



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
ЖИТОМИРСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ  
ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
ПІДГОТОВКИ ТА НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ  
МАГІСТРІВ ГАЛУЗІ ЗНАНЬ  
«ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНЕ  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ»**

**МАТЕРІАЛИ VI ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**27 лютого 2026 року**

**Ужгород - Житомир**



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
ЖИТОМИРСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ  
ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ



**Актуальні питання  
підготовки та наукової діяльності  
магістрів галузі знань  
«Охорона здоров'я та соціальне забезпечення»**

**Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції  
з міжнародною участю**

**27 лютого 2026 року  
Ужгород - Житомир**

**УДК 614(063):371.134  
А43**

**Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення»:** матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Ужгород-Житомир, 27 лютого 2026 р. Ужгород, 2026. 233 с.

У виданні представлені матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю **«Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення»**», яка відбулася 27 лютого 2026 року. Матеріали висвітлюють питання підготовки магістрів галузі знань «Охорона здоров'я», «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення», результати наукових досліджень з питань збереження здоров'я, реалізованих здобувачами другого (магістерського) та третього (освітньо-наукового) рівнів вищої освіти, науково-педагогічними працівниками, фахівцями та професіоналами у сфері збереження здоров'я.

За науковий зміст, оформлення, якість та достовірність матеріалів відповідальність несуть учасники конференції.

Рекомендовано до друку науково-методичною комісією факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (протокол № 8 від 16 лютого 2026 року)

© ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2026  
© Навчально-науковий центр супроводу розвитку систем охорони здоров'я,  
громадського здоров'я та соціальної сфери, 2026

## НАУКОВИЙ КОМІТЕТ

**МИРОНЮК І. С.** – доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**БРИЧ В. В.** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**ДУБ М. М.** – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**СТЕБЛЮК С. В.** – доктор педагогічних наук, заступник декана факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**СЛАБКІЙ Г. О.** – доктор медичних наук, професор, в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я, епідеміології та інфекційних хвороб ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**ГОРДІЙЧУК С. В.** – доктор педагогічних наук, в.о. ректора Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

**ШАТИЛО В. Й.** – доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України, радник ректор з навчальної роботи Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

**ЗАБЛОЦЬКА О. С.** – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри технології медичної діагностики, лікування, реабілітації та здоров'я людини Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

**ЗАБОЛОТНОВ В. О.** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медсестринства Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

## ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

### ГОЛОВА:

**БРИЧ В. В.** - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наук про здоров'я, директор навчально-наукового центру супроводу розвитку систем охорони здоров'я, громадського здоров'я та соціальної сфери ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**ДУБ М. М.** – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, доцент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**БІЛАК-ЛУК'ЯНЧУК В. Й.** – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**ШАТИЛО В. Й.** – доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України, радник ректор з навчальної роботи Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

**КІРЯЧОК М. В.** - кандидат філологічних наук, доцент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, проректор з соціально-гуманітарного розвитку та міжнародного співробітництва

**АНТОНОВ О. В.** – кандидат філологічних наук, доцент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, завідувач науково-методичної лабораторії Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

## ПРОГРАМА

VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю  
«Актуальні питання підготовки та наукової діяльності  
магістрів галузі знань «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення»»

**Місце проведення:** ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,  
факультет здоров'я та фізичного виховання. м. Ужгород  
(дистанційно, через платформу Google Meet)

**27.02.2026**

**11:45 –12.00 – підключення учасників конференції**

**12:00 – 12:10 – відкриття конференції – привітання учасникам**

**12:10 – початок пленарного засідання**

## ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

### Модератори

**БРИЧ Валерія** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наук про здоров'я;  
**ДУБ Мар'яна** – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, доцент кафедри наук про здоров'я.

**1. АНТИМІКРОБНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД**

*ЛЕХАН Валерія Микитівна, ЗАЯРСЬКИЙ Микола Іванович  
Дніпровський державний медичний університет*

**2. SOCIAL DETERMINANTS OF PERSONS IN AN ADVERSE SOCIAL SITUATION IN SLOVAKIA. СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ОСІБ У СКЛАДНІЙ СОЦІАЛЬНІЙ СИТУАЦІЇ В СЛОВАЧЧИНІ**

*VANSÁČ Peter  
Університет охорони здоров'я та соціальної роботи св. Єлизавети, Братислава,  
Інститут блаженного Метода Домініка Трчки Михайлівці, Словацька Республіка*

**3. DIGITALIZATION AS AN INDICATOR OF THE HIGHER EDUCATION SYSTEM'S READINESS FOR THE CHALLENGES OF MODERN HEALTHCARE. ЦИФРОВІЗАЦІЯ ЯК ІНДИКАТОР ГОТОВНОСТІ СИСТЕМИ ВИЩОЇ ОСВІТИ ДО ВИКЛИКІВ СУЧАСНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*POPOVIČOVÁ Mária  
Catholic University in Ružomberok, Slovak Republic*

**4. DIGITAL LITERACY OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN THE CONTEXT OF E-HEALTH. ЦИФРОВА ГРАМОТНІСТЬ ФАХІВЦІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ЕЛЕКТРОННОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*BAVECKA Jozef  
Catholic University in Ružomberok, Slovak Republic*

**5. ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГЛАУКОМОЮ ЗА ДОПОМОГОЮ СТАНДАРТИЗОВАНИХ АНКЕТ**

*БОБКОВИЧ Катерина Олегівна, МЕЛЬНИК Володимир Олексійович, КОВАЛЬОВА Аліна Миколаївна*

*Буковинський державний медичний університет*

**6. ACADEMIC SUCCESS DETERMINANTS IN HEALTHCARE EDUCATION. ДЕТЕРМІНАНТИ АКАДЕМІЧНОЇ УСПІШНОСТІ У СФЕРІ ОСВІТИ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**  
*SNOPEK Petr*

*Tomas Bata University in Zlin (Університет Томаша Бати у Зліні), Лікарня Томаша Бати у Зліні, Czech Republic*

**7. САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНІ РИЗИКИ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ (2020 - 2024): РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РЕГІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

*ПРИСЯЖНЮК Софія Олегівна, ШАТИЛО Віктор Йосипович*

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**8. ОБІЗНАНІСТЬ ЖІНОК ЩОДО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЯК ПИТАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

*РЯЗАНОВА Олена Анатоліївна, НЕСТЕРЕНКО Валентина Геннадіївна.,*

*УСЕНКО Світлана Георгіївна*

*Харківський національний медичний університет*

**9. SOCIÁLNA OSAMELOSŤ SENIOROV V KONTEXTE SOCIÁLNYCH DETERMINANTOV ZDRAVIA. СОЦІАЛЬНА САМОТНІСТЬ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ В КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВ'Я**

*BARKASI Daniela, PILKO Ján, KOCHAN Pavol*

*Університет охорони здоров'я та соціальної роботи св. Єлизавети, Братислава, Інститут блаженного Метода Домініка Трчки Михайлівці, Словацька Республіка*

**10. ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*БРАТУШКА Дарина Юріївна, МАРТИНЕНКО Наталія Миколаївна*

*Харківський національний медичний університет*

**11. OPTIMIZATION OF PREHOSPITAL CARE ALGORITHMS IN CASES OF MASS CASUALTIES AMONG THE CIVILIAN POPULATION**

*СРОХОВА Ганна Андріївна, МАРТИНЕНКО Наталія Миколаївна*

*Харківський національний медичний університет*

**12. ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СУЧАСНУ МЕДСЕСТРИНСЬКУ ПРАКТИКУ: ПЕРЕВАГИ ТА БАР'ЄРИ**

*ІВАНКОВА Віера*

*Університет охорони здоров'я та соціальної роботи св. Єлизавети, Братислава*

**13. МОТИВАЦІЯ ДІТЕЙ ОСВІТНИМИ ЗАКЛАДАМИ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ АКТИВНІСТЮ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ: ПОРІВНЯННЯ ВІДПОВІДЕЙ УЧНІВ ТА БАТЬКІВ**

*ШЕПЕЛЛА Гретта Лайошовна*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**14. МЕДСЕСТРИНСЬКА СКЛАДОВА КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦІВ ІЗ ТРАВМАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

*МИРОНЧУК Оксана Валентинівна, ШАТИЛО Віктор Йосипович*

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**15. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

*КОЛОДНИЦЬКА Антоніна Павлівна*

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**16. VITAMIN D DEFICIENCY AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM. ДЕФІЦИТ ВІТАМІНУ D ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

*БЕЛОВИЧОВА Марія, ЧЕРВЕНА Люсія, ЯНЬОВА Зузана, ДОСТАЛОВА Катаріна, ЯНКЕЛОВА Надежда*

*Факультет громадської охорони здоров'я, Словацький університет охорони здоров'я, Братислава*

**СТЕНДОВІ ДОПОВІДІ**

**1. ANALYSIS OF PATIENT AWARENESS REGARDING SCINTIGRAPHIC EXAMINATION IN NUCLEAR MEDICINE**

*Babecka J.*

**2. PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR INTERNALLY DISPLACED PERSONS AS A KEY SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH IN THE CONTEXT OF CRISIS CHALLENGES**

*Mishchenko O. M., Mishchenko M. M., Voloshyna S. L.*

**3. ПРОФЕСІЙНА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У СФЕРІ ЕСТЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ: РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ АСПЕКТ**

*Аль Брісмаві Н. В.*

**4. ЗАХОДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ПІДТРИМКИ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ**

*Антал Н.М.*

**5. СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ**

*Березовська О.М.*

**6. ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я» В РАМКАХ ПІДГОТОВКИ ПРОФЕСІОНАЛІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

*Білак-Лук'яничук В.Й.*

7. РЕЖИМ І ХАРЧУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ  
*Бойко М. Б., Шкварок М. Г., Кокоріна С. А.*
8. ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ НАВЧАЛЬНОГО КУРСУ З ВИКЛАДАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я  
*Брич В.В.*
9. РОЛЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ  
*Бугайчук С. О., Гришук С. М.*
10. АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК  
*Булганіна С.К.*
11. ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАГУВАННЯ НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ (РАКЕТНО-ДРОНОВІ ІНЦИДЕНТИ) В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННИХ ЗАГРОЗ  
*Вежновець Т. А., Москаленко М. В., Короткий О. В.*
12. НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ ВИХОВАННЯ ЯК ЗАСІБ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ  
*Гаяш О. В., Голяк М. А.*
13. РОЛЬ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ  
*Гордійчук С. В., Кірячок М. В.*
14. ІНТЕГРАЦІЯ ТЕЛЕРЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОФЕСІЙНУ ПІДГОТОВКУ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ  
*Гузак О.Ю.*
15. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ І ПОТРЕБА У РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПІДТРИМЦІ  
*Доброва А.-М. С., Махновська І. Р.*
16. НАУКОВО-ДОСЛІДНА ПРАКТИКА МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК КЛЮЧОВИЙ ЕЛЕМЕНТ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ  
*Дуб М.М.*
17. СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ МОЛОДІ ПРО ЧИННИКИ РИЗИКУ ТА ЇХ ТРАНСГЕНЕРАЦІЙНИЙ ВПЛИВ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я  
*Забродська К. М., Махновська І. Р.*
18. ТРАНСФОРМАЦІЯ СОЦІАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВ'Я ВРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ: РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ  
*Заславський Д.Д., Іцкович М.К.*
19. РЕГІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ КОРУ  
*Іванина І.М.*

20. МІСЦЕ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ У ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ НА ВСІХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ  
*Ігнатко В. Я.*
21. ВІЗИНГ У ДІТЕЙ ДО 5 РОКІВ ЖИТТЯ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ: КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПРОГНОЗ  
*Ігнатко Л. В.*
22. АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІЇ HELICOBACTER PYLORI З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ: АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ  
*Ігнатко Я.Я., Ігнатко О.І.*
23. ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА У ПРАКТИЦІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ А6 СПЕЦІАЛЬНА ОСВІТА  
*Кляп М.І.*
24. УПРАВЛІНСЬКІ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-МЕНЕДЖЕРІВ: АНАЛІЗ РІВНЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ  
*Коток О. Ю., Дмитрук О. В.*
25. ГОТОВНІСТЬ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ІНТЕГРАТИВНИЙ ПОКАЗНИК КОМПЕТЕНТІСНОЇ ПІДГОТОВКИ  
*Корнаш І. І., Миронюк І. С.*
26. ДО ПИТАННЯ ДОСТУПНОСТІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ  
*Корон О.А., Слабкий Г.О., Осауленко С. В., Хасілева А.О.*
27. ПОШИРЕНІСТЬ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ В КОНТЕКСТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я  
*Куприч О. О., Дуб М. М.*
28. АКТУАЛЬНІСТЬ МІЖНАРОДНОЇ СПІВПРАЦІ У ПІДГОТОВЦІ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
*Луцакевич М.А., Брич В.В.*
29. ВПЛИВ МІТОХОНДРІЙ НА СПОРТИВНІ РЕЗУЛЬТАТИ: АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДЖЕРЕЛ  
*Маріонда І.І., Карабанов Є.О.*
30. НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ГРОМАДАХ В УМОВАХ ВОЄННИХ ТА ПІСЛЯВОЄННИХ ВИКЛИКІВ  
*Мартиненко Н.М., Холодова В.Р., Нестеренко В.Г.*
31. МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ  
*Мартиненко Н.М., Юхименко Є.П., Нестеренко В.Г.*
32. ФАКТОРИ РИЗИКУ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ У ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ  
*Машкевич О.Г., Вежновець Т.А.*

33. РОЛЬ РАНЬОГО СКРИНІГУ ГЛАУКОМИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я  
*Мельник В. О., Бобкович К. О., Паламар Б. І.*
34. ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНІКИ ЕМОЦІЙНОЇ СВОБОДИ СЕРЕД ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ – МЕШКАНЦІВ БУДИНКУ ПРЕСТАРІЛИХ  
*М'якина О.В, Нещенко О.О.*
35. ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ  
*Нечипорук О. О., Серебряков О. М.*
36. СПЕЦИФІКА РОБОТИ З ВЕТЕРАНАМИ ЯК ВРАЗЛИВОЮ ГРУПОЮ: БАР'ЄРИ У КОМУНІКАЦІЇ, СТИГМА ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ  
*Палько Т.В.*
37. РОЗВИТОК РЕГІОНАЛЬНОЇ МЕРЕЖІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ (НА ПРИКЛАДІ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ)  
*Потюк С. В.*
38. ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ НА РОЗВИТОК ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ДИТЯЧОГО МОЗКУ  
*Рирак В. В., Васьковська О. Л.*
39. ПОВЕДІНКОВІ ТА ЕКОНОМІЧНІ ЧИННИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я  
*Рудик М. А., Гришук С. М.*
40. ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ ЦИФРОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ  
*Русин Л.П.*
41. МОДЕЛЬ 5С ЯК МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ІНСТРУМЕНТ ТРАНСФОРМАЦІЇ СТРАТЕГІЙ ІМУНІЗАЦІЇ В УМОВАХ КРИЗОВИХ ВИКЛИКІВ  
*Сароз К.Ю., Брич В.В.*
42. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЦИФРОВОЇ ЗРІЛОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ У ГЛОБАЛЬНОМУ ТА ЄВРОПЕЙСЬКОМУ КОНТЕКСТАХ  
*Сімон К.І.*
43. ОПТИМІЗАЦІЯ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧИХ ЗАНЯТЬ ДЛЯ ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ 35-40 РОКІВ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА  
*Сивохоп Е.М., Сивохоп Е.Е.*
44. АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА КАШЛЮК В ПЕРІОД ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВОЄННОЇ АГРЕСІЇ  
*Слабкий Г.О., Маркович В.П., Білак-Лук'ячук В.Й.*
45. ГОСТРЕ РЕСПІРАТОРНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ: НАУКОВІ ПІДХОДИ  
*Стеблюк Е. Е., Дубовенко Д. О.*

46. МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ  
*Стеблюк С. В.*
47. ДИТЯЧИЙ ТРАВМАТИЗМ ЯК ПРІОРИТЕТНА ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я:  
ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ПРОФІЛАКТИКА НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ  
*Троян І. П., Дуб М. М.*
48. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ ПІСЛЯ ТРИВАЛОЇ ІММОБІЛІЗАЦІЇ  
ПАЦІЄНТІВ  
*Фенич Д.В., Філак Я.Ф.*
49. ВИЇЗНІ ФОРМИ МЕДИЧНИХ І ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК ЗАСІБ РЕАЛІЗАЦІЇ  
СТРАТЕГІЙ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД  
*Фурик Т. В.*
50. ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ ПОТЕНЦІАЛ УРОКІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ЗАКЛАДАХ  
ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ  
*Хома Т. В.*
51. ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК СУЧАСНИЙ ІНСТРУМЕНТ ОПТИМІЗАЦІЇ СТИЛЮ ТА  
ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ  
*Чік В.М.*
52. МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ТА ЦИФРОВІ КОМПЕТЕНЦІЇ ПРИ ПІДГОТОВЦІ  
ПРОФЕСІОНАЛІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я  
*Чудінов С. В., Миронюк І. С.*
53. ПЕРСПЕКТИВИ ТА ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ ДЛЯ ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ  
ОСВІТИ В УКРАЇНІ  
*Шаня Н. С., Табачук Л. П., Опелянська Г. Г.*
54. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДОГЛЯДУ ЗА ХІРУРГІЧНИМИ ХВОРИМИ  
*Шкварок М. Г., Бойко М. Б.*
55. ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ:  
ВІДПОВІДЬ НА ВОЄННІ ТА ПОСТВОЄННІ ВИКЛИКИ  
*Яцина О.Ф.*

---

# Тези

## учасників конференції

---

# DIGITAL LITERACY OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN THE CONTEXT OF E-HEALTH

*Babecka Jozef*

*Catholic University in Ružomberok, Faculty of Health Sciences, Slovak Republic*

**Key words:** digital literacy, E-Health, healthcare professionals, digital competencies, electronic health records

**Relevance of the Problem:** The digitalization of healthcare represents one of the most significant transformation challenges of contemporary health systems. The implementation of E-Health tools, electronic health records, telemedicine, and data analytics platforms places increased demands on the digital competencies of healthcare professionals. Insufficient digital literacy may negatively affect the quality of care, patient safety, and the effectiveness of clinical decision-making (WHO, 2019; European Commission, 2021). In the Slovak Republic, comprehensive data on the level of digital competencies of healthcare professionals in regional healthcare facilities remain limited.

**Aim of the Study:** The aim of the study was to assess the level of digital literacy among healthcare professionals at the University Hospital with Polyclinic Ružomberok and to identify factors significantly influencing it.

**Materials and Methods:** The research was conducted using a quantitative design in the form of an anonymous questionnaire survey. The research sample consisted of 162 respondents (61% nurses, 24% physicians, 15% other healthcare professionals) employed at the University Hospital with Polyclinic Ružomberok. The mean age of respondents was  $41.3 \pm 9.8$  years.

The questionnaire included 28 items focused on self-assessment of digital competencies, use of electronic health records, telemedicine tools, and knowledge of data protection principles. Data were analyzed using descriptive statistics and the chi-square test. The level of statistical significance was set at  $p < 0.05$ .

**Results.** A high level of digital literacy was reported by 34% of respondents, a moderate level by 49%, and a low level by 17%. A statistically significant difference was found depending on age ( $p = 0.003$ ) and completion of specialized training in E-Health ( $p < 0.001$ ).

As many as 58% of respondents reported uncertainty when working with advanced functions of electronic health records, and 63% expressed the need for systematic further education in digital technologies. Only 29% of respondents considered themselves competent in using analytical data for clinical decision-making.

**Conclusions:** The findings highlight the need for systematic integration of digital competencies into undergraduate and postgraduate education of healthcare professionals. Strengthening digital literacy represents a strategic prerequisite for effective implementation of E-Health systems and for improving the quality and safety of healthcare delivery.

## References

1. World Health Organization. *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Geneva: WHO; 2019.
2. European Commission. *eHealth Action Plan 2021–2027*. Brussels: European Commission; 2021.
3. OECD. *Health at a Glance: Europe 2022*. Paris: OECD Publishing; 2022.
4. Topol E. *Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future*. London: Health Education England; 2019.

# ANALYSIS OF PATIENT AWARENESS REGARDING SCINTIGRAPHIC EXAMINATION IN NUCLEAR MEDICINE

*Babecka Jozef*

*Catholic University in Ruzomberok, Faculty of Health Sciences, Slovak Republic*

**Keywords:** scintigraphy, nuclear medicine, patient awareness, radiopharmaceuticals, radiation safety, patient education

**Relevance of the Problem:** Scintigraphy represents an important functional imaging modality in nuclear medicine, enabling visualization of physiological and pathological processes using radiopharmaceuticals. Despite its diagnostic significance, studies indicate that patients often have insufficient knowledge regarding radiation exposure, safety principles, and procedural preparation, which may increase anxiety and negatively influence cooperation during examination (IAEA, 2014; European Association of Nuclear Medicine, 2017). Improving patient awareness is therefore an essential component of quality assurance and patient-centered care in nuclear medicine practice.

**Aim of the Study:** The aim of this research is to analyze the level of patient awareness regarding scintigraphic examination in nuclear medicine and to identify selected demographic factors influencing knowledge levels.

**Materials and Methods:** A quantitative cross-sectional study is being conducted at the Department of Nuclear Medicine, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – Faculty Hospital. Data are collected using a structured, non-standardized questionnaire consisting of 24 items focused on: general understanding of scintigraphy, awareness of radiation safety, knowledge of preparation and post-procedural recommendations, sources of information.

At the current stage, the research sample includes **675 patients** undergoing various scintigraphic examinations. Statistical analysis includes descriptive statistics, chi-square test, and Spearman's correlation coefficient ( $p < 0.05$ ). The study is ongoing; the presented data represent preliminary results.

**Research Results:** Preliminary analysis shows that **41.3%** of respondents correctly identified scintigraphy as a functional imaging method using radiopharmaceuticals. Although **76.9%** of patients were aware that radioactive substances are administered during the procedure, only **38.7%** correctly evaluated the radiation dose as low and medically controlled. Higher educational attainment was significantly associated with better knowledge scores ( $p < 0.001$ ). A statistically significant negative correlation between age and awareness level was identified ( $r = -0.21$ ,  $p = 0.004$ ). Pre-examination anxiety was reported by **46.8%** of participants and was significantly associated with insufficient information provision ( $\chi^2 = 6.87$ ,  $p = 0.009$ ).

**Conclusions:** Preliminary findings indicate a moderate level of patient awareness, with persistent gaps in understanding radiation safety and procedural principles. Educational level and age significantly influence awareness outcomes. The ongoing research will provide final data enabling formulation of evidence-based recommendations aimed at strengthening structured patient education and communication strategies in nuclear medicine departments.

## References

1. International Atomic Energy Agency. (2014). *Radiation protection and safety in medical uses of ionizing radiation*. IAEA Safety Standards Series No. SSG-46. Vienna: IAEA.
2. European Association of Nuclear Medicine. (2017). *EANM guidelines for patient information and radiation protection in nuclear medicine*. Vienna: EANM.

## SOCIÁLNA OSAMELOSŤ SENIOROV V KONTEXTE SOCIÁLNYCH DETERMINANTOV ZDRAVIA

*Barkasi Daniela<sup>1</sup>, Pilko Ján<sup>2</sup>, Kochan Pavol<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Університет охорони здоров'я та соціальної роботи св. Єлизавети, Братислава, Інститут блаженного Метода Домініка Трчки Михайлівці, Словацька Республіка*

*<sup>2</sup>Православний богословський факультет Пряшівського університету в Пряшеві*

**Ключові слова:** соціальна самотність; старші; соціальні детермінанти здоров'я; соціально-економічний статус; інвалідність по здоров'ю

**Aktuálnosť problému.** Sociálna osamelosť seniorov v kontexte sociálnych determinantov zdravia predstavuje závažný spoločenský aj zdravotný problém. Sociálne determinanty zdravia ako sú príjem, vzdelanie, bývanie, dostupnosť zdravotnej starostlivosti, sociálne siete či komunitná podpora významne ovplyvňujú kvalitu života starších ľudí. Ukazuje sa, že emocionálne a kognitívne zdravie v starobe profituje zo stratégií zameraných na budovanie sociálnych väzieb a predchádzanie izolácii. Navyše koníčky a spoločenské aktivity navodzujú pocit spolupatričnosti a podporujú mieru nezávislosti seniora [1]. Osamelosť u seniorov môže viesť k zhoršeniu psychického zdravia, ale aj fyzického zdravia. Nedostatok sociálnych kontaktov často súvisí so stratou partnera, odchodom do dôchodku, zdravotnými obmedzeniami alebo nízkym socio-ekonomickým statusom. Preto je dôležité vnímať osamelosť nielen ako individuálny problém, ale aj ako dôsledok širších sociálnych podmienok. V zdravotníckych zariadeniach sa pri starostlivosti o seniorov často stretávame so situáciami, v ktorých seniori trpia chronickou bolesťou alebo funkčnými obmedzeniami. V tejto súvislosti zdôrazňuje, že výsledným a najproblematickejším prejavom starnutia je syndróm krehkosti. Tento medicínsky syndróm vzniká dôsledkom kumulatívneho poklesu fyziologických systémov a je priamo spojený so zvýšenou morbiditou a stratou sebestačnosti.

Osamelosť tak v ošetrovateľskom kontexte prestáva byť len emocionálnym stavom a stáva sa súčasťou komplexného obrazu krehkého pacienta, u ktorého sociálna izolácia urýchľuje fyzický úpadok a zvyšuje riziko úmrtnosti [2]. Chronická bolesť a zdravotné znevýhodnenie však významne ovplyvňujú mobilitu, sociálnu participáciu a schopnosť udržiavať medziľudské vzťahy, čím zvyšujú riziko sociálnej izolácie a subjektívne prežívanej osamelosti [3]. Choroba a osamelosť sú pre človeka vážnymi etickými problémami. Človek je viac ako fyzické telo, a preto v zdraví aj v chorobe, je nevyhnutné aby boli uspokojované všetky zložky jeho ľudskej existencie [4]. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v § 12 reflektuje vážnosť osamelosti a sociálnej izolácie ako faktorov nepriaznivej sociálnej situácie, na základe ktorých možno seniorovi poskytnúť pobytovú službu v zariadení pre seniorov aj v prípadoch, kedy

primárnym dôvodom nie je len strata sebestačnosti, ale absencia nevyhnutnej rodinnej podpory [5].

Vzťah medzi zdravotným znevýhodnením a sociálnou osamelosťou možno vysvetliť prostredníctvom bio-psycho-sociálneho modelu, ktorý zdôrazňuje prepojenie fyzického zdravia, psychologických procesov a sociálneho fungovania jednotlivca. Chronické ochorenia a funkčné obmedzenia môžu znižovať mobilitu, frekvenciu sociálnych kontaktov a obmedzovať participáciu na spoločenských aktivitách, čím sa zvyšuje riziko subjektívne prežívanej osamelosti [6]. Výskumy realizované najmä u seniorov poukazujú na to, že zhoršený zdravotný stav patrí medzi významné prediktory osamelosti [7]. Meta-analytické zistenia zároveň potvrdzujú stabilnú, stredne silnú asociáciu medzi zdravotnými obmedzeniami a osamelosťou [8]. Viaceré teoretické a empirické východiská naznačujú, že zdravotné znevýhodnenie predstavuje významný rizikový faktor narušenia sociálnej integrácie. Naše zistenia tak podporujú bio-psycho-sociálny model, podľa ktorého zdravotné znevýhodnenie ovplyvňuje nielen fyzické fungovanie jednotlivca, ale aj jeho psychologickú pohodu a kvalitu sociálnych vzťahov.

**Cieľ výskumu.** Cieľom výskumu bolo zistiť existenciu súvislosti medzi mierou prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov, ktorí sú prijímateľmi sociálnych služieb v kontexte vybraných faktorov.

Čiastkovými cieľmi výskumu bolo zistiť:

- existenciu súvislosti medzi mierou prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov a nízkym socio-ekonomickým statusom,
- existenciu súvislosti medzi mierou prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov a ich zdravotným znevýhodnením.

### **Materiál a metódy.**

**Výskumná vzorka:** pozostávala zo 112 prijímateľov sociálnych služieb z Michalovského domova seniorov, kde sa poskytuje sociálna služba – zariadenie pre seniorov a zariadenie opatrovateľskej služby. Z celkového počtu bolo z hľadiska pohlavia zastúpených 28 mužov a 84 žien.

**Nástroj:** Štandardizovaný dotazník Social and Emotional Loneliness Scale for Adults – Short Form, ktorý je skrátenou verziou sociálnej a emocionálnej škály osamelosti. Dotazník obsahuje 15 otázok (položiek), zadelených do subškál: romantickej, rodinnej a sociálnej subškály. Dotazník bol doplnený socio-demografickými otázkami.

**Štatistická metóda:** Na overenie súvisu medzi mierou prežívanej sociálnej osamelosti a sledovanými premennými bola použitá Spearmanová súčinná korelácia.

### **Výsledky výskumu.**

**Hypotéza 1:** Existuje súvislosť medzi mierou prežívanej sociálnej osamelosti a nízkym socio-ekonomickým statusom u seniorov.

Priemerná miera prežívanej sociálnej osamelosti dosiahla hodnotu  $M = 2,87$  ( $SD = 0,74$ ) na škále 1–5, pričom zvýšenú mieru osamelosti (skóre nad 3) vykazovalo 38 % respondentov. Nízky ekonomický status bol na základe sebahodnotenia príjmovej situácie a subjektívneho ekonomického zabezpečenia identifikovaný u 41 % respondentov. Prehľad výsledkov je uvedený v tabuľke 1.

Tabuľka 1

Tesnosť vzťahov medzi mierou prežívanej sociálnej osamelosti a nízkym socio-ekonomickým statusom u seniorov (N = 112)

		Miera prežívania sociálnej osamelosti			
		romantická subškála	rodinná subškála	sociálna subškála	celková úroveň
Nízky socio-demografický status	Subjektívne vnímaný nízký status	0,28**	0,34***	0,32**	0,32***
	Subjektívne ekonomické zabezpečenie	-,031***	-0,26**	-0,35***	-0,40***

Spearmanov korelačný koeficient; \*sig.  $p < 0,05$ ; \*\*sig.  $p < 0,01$ ; \*\*\*sig.  $p < 0,001$

Spearmanova korelačná analýza preukázala štatisticky významné vzťahy medzi subjektívne vnímaným socio-ekonomickým statusom a všetkými dimenziami sociálnej osamelosti. Seniori, ktorí svoje spoločenské postavenie hodnotili ako nižšie, vykazovali vyššiu mieru osamelosti v romantickej, rodinnej aj sociálnej oblasti, ako aj v celkovom skóre osamelosti. Zároveň sa potvrdilo, že lepšie subjektívne ekonomické zabezpečenie súvisí s nižšou mierou prežívanej osamelosti. Ekonomická stabilita sa tak javí ako významný ochranný faktor, ktorý môže zmierňovať riziko sociálnej a emocionálnej izolácie v seniorskej populácii.

Hypotéza H1 bola potvrdená. Socio-ekonomický status predstavuje významný determinant prežívania osamelosti u seniorov a jeho vplyv sa prejavuje naprieč všetkými sledovanými vzťahovými dimenziami.

**Hypotéza 2:** Existuje súvislosť medzi mierou prežívanej sociálnej osamelosti a zdravotným znevýhodnením.

Zdravotné znevýhodnenie vo forme dlhodobého ochorenia alebo funkčného obmedzenia uviedlo 36 % respondentov. Seniori so zdravotným znevýhodnením dosiahli vyššiu priemernú mieru sociálnej osamelosti ( $M = 3,28$ ;  $SD = 0,69$ ) v porovnaní so seniormi bez zdravotného znevýhodnenia ( $M = 2,69$ ;  $SD = 0,72$ ). Tento rozdiel podporuje zistenia korelačnej analýzy a poukazuje na zvýšené riziko prežívania osamelosti u zdravotne znevýhodnených seniorov. Výsledky u zobrazené v tab. 2.

Tabuľka 2

Tesnosť vzťahov medzi mierou prežívanej sociálnej osamelosti a zdravotným znevýhodnením u seniorov (N = 112)

		Miera prežívania sociálnej osamelosti			
		romantická subškála	rodinná subškála	sociálna subškála	celková úroveň
Nízky socio-demografický status	Prítomnosť dlhodobého ochorenia	0,26**	0,34**	0,38***	0,42***
	Subjektívne hodnotenie zdravotného stavu	-,031	-0,35***	-0,43***	-0,44**

Spearmanov korelačný koeficient; \*sig.  $p < 0,05$ ; \*\*sig.  $p < 0,01$ ; \*\*\*sig.  $p < 0,001$

Vzťahy medzi premennými boli overené pomocou Spearmanovho korelačného koeficientu ( $\rho$ ), pričom výsledky preukázali štatisticky významné asociácie medzi zdravotným znevýhodnením a mierou prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov. Prítomnosť dlhodobého ochorenia súvisela s vyššou mierou osamelosti naprieč všetkými dimenziami, najvýraznejšie v sociálnej oblasti a v celkovom skóre. Tento nález potvrdzuje, že chronické ochorenia a funkčné obmedzenia nezasahujú len telesnú rovinu, ale premietajú sa aj do kvality sociálneho začlenenia seniora. Subjektívne hodnotenie zdravotného stavu vykázalo negatívny vzťah k osamelosti, čo znamená, že lepšie vnímané zdravie je spojené s nižším prežívaním osamelosti. Hypotéza H2 bola potvrdená. Zdravotné znevýhodnenie sa ukazuje ako významný determinant osamelosti, pričom rozhodujúcu úlohu zohráva nielen objektívny zdravotný stav, ale najmä to, ako senior svoje zdravie subjektívne prežíva.

**Záver.** Lineárna regresná analýza potvrdila, že nízky socio-ekonomický status bol signifikantným prediktorom sociálnej osamelosti. Zistený stredne silný pozitívny vzťah medzi nízkym socio-ekonomickým statusom a mierou prežívanej sociálnej osamelosti je v súlade s teoretickými aj empirickými východiskami v oblasti sociálnej psychológie a sociológie. Teória sociálneho kapitálu predpokladá, že prístup k sociálnym zdrojom, sieťam a participácii je nerovnomerne distribuovaný naprieč sociálnymi vrstvami [9, 10]. Jedinci s nižším socio-ekonomickým statusom disponujú spravidla menším sociálnym kapitálom, čo môže viesť k obmedzeným sociálnym interakciám a vyššej miere subjektívne prežívanej osamelosti. Empirické výskumy tieto predpoklady potvrdzujú. Autori zistili, že nižšia úroveň sociálneho kapitálu významne súvisí so zvýšenou mierou osamelosti naprieč vekovými skupinami [11]. Rovnako štúdie poukazujú na to, že nižší príjem, nižšie vzdelanie a ekonomická neistota predstavujú významné rizikové faktory osamelosti [12].

Lineárna regresná analýza potvrdila, že zdravotné znevýhodnenie bolo signifikantným prediktorom sociálnej osamelosti. Zistený štatisticky významný vzťah medzi zdravotným znevýhodnením a mierou prežívanej sociálnej osamelosti je v súlade s poznatkami zdravotnej a sociálnej psychológie. Chronické ochorenia a fyzické obmedzenia znižujú možnosti sociálnej participácie, mobility a zapojenia do spoločenských aktivít, čím môžu prispievať k zvýšenému riziku subjektívne prežívanej osamelosti [6]. Výskumy poukazujú na to, že zhoršený zdravotný stav je významným prediktorom osamelosti v staršom veku, pričom osamelosť zároveň spätne ovplyvňuje zdravotné ukazovatele a mortalitu [13].

Autori identifikovali zdravotné obmedzenia ako jeden z najsilnejších rizikových faktorov osamelosti v populácii seniorov [7]. Na kvalitu života v seniorskej populácii vplýva veľké množstvo faktorov, medzi ktoré patria: základné potreby, životné podmienky, sociálne prostredie, hodnotové orientácie, dostupnosť zdravotnej starostlivosti, záujmové činnosti a aktivity. Kvalita života ovplyvňuje sociálne, zdravotnícke, ekonomické a environmentálne podmienky, týkajúce sa ľudského a spoločenského rozvoja. Subjektívne hodnotenie vlastného zdravia ovplyvňuje prítomnosť zdravotných problémov a ich intenzitu, ale aj faktory, akými sú psychická výbava jednotlivca, jeho skúsenosti, socio-kultúrne vplyvy prostredia a podobne. [14].

Výskumy taktiež poukazujú na význam faktorov, ako sú sociálna opora, kvalita rodinných vzťahov či dostupnosť zdravotnej starostlivosti [15]. Sociálna opora zraniteľným skupinám predstavuje napríklad aj dôležitú úlohu cirkvi, ktorá ju napĺňa prostredníctvom charitatívnych programov, podpory prevencie a posilňovania psychického a duchovného zdravia. Týmto spôsobom reaguje na sociálne determinanty zdravia a zároveň vychádza z princípov dôstojnosti, solidarity a spoločného dobra [16]. Dostatočná sociálna podpora môže zmierňovať negatívny vplyv zdravotných obmedzení na subjektívne prežívanie osamelosti, zatiaľ čo jej absencia môže tento vzťah zosilňovať.

## Література

1. Ivanková, V. Podpora kompetentnosti seniora v starostlivosti o vlastné zdravie v zdravotníckom zariadení. In: Zborník vedeckých prác z inštitucionálneho projektu VŠZaSP SV. ALŽBETY 1/2023 „podpora zdravého starnutia v okrese Michalovce /Peter Vansač - ISBN 978-80-8132-291-4. - Roč. 1, 2024, s. 31-48.
2. Popovičová, M., Bárta, R. Dekubity ako problém ošetrovateľskej starostlivosti u seniorov. In Juriš, P. *Zdravotné a sociálne problémy seniorov v súčasnosti*. Zborník vedecko výskumných prác. Srbsko, Báčsky Petrovac : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava 2022. ISBN: 978-80-82536-00-0. s. 43-54.
3. Ivanková, V. Syndróm krehkosti ako ošetrovateľský problém. In *Zborník vedecko výskumných prác s názvom „Zdravotné a sociálne problémy seniorov v súčasnosti“: pri príležitosti Medzinárodného dňa seniorov (1. októbra, 2023) /zostavovateľ Peter Juriš – Nový Sad: Pharm advice plus, 2023. (Zemun: Jeftina Štampa). Издање: Прво 203 стр. Резимеи на engl. Језику уј сваки рад. Библиографија. Начин издавања: електронска, књига. ISBN -978-86-82536-01-7. s. 36-51.*
4. Vansač, P., Kenderešová, E. Etické problémy človeka s civilizačným ochorením. In: Babečka, J. a kol. 2024. Ružomerské zdravotnícke dni 2024 – XVIII. ročník. Ružomberok: Verbum, 2024, 462 s. ISBN: 978-80-561-1125-3.
5. Vansač P., Kenderešová E. Voľnočasové aktivity seniorov v zariadeniach sociálnych služieb ako súčasť zdravého starnutia. Perspektívy animácie voľného času v prospech rozvoja spoločnosti : zborník (výstup projektu KEGA 025PU-4/2023) / eds.: P. Tirpák, A. Kielian. Prešov : GTF PU, 2025. S. 107–121. ISBN 978-80-555-3556-2.
6. Hawkey, L. C., Cacioppo, J. T. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40 (2), 2010. p. 218–227.
7. Victor, C. R., Scambler, S., Bowling, A., Bond, J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25(3), 2005. p. 357–375.
8. Pinquart, M., Sörensen, S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 2010. p. 245–266.

9. Bourdieu, P. The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* Greenwood. 1986, p. 241-285.
10. Putnam, R. D. *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster. 2000. 45 p.
11. Nyqvist, F., Victor, C. R., Forsman, A. K., Cattan, M. The association between social capital and loneliness in different age groups: A population-based study in Western Finland. *BMC Public Health*, 16, 2016. 542 p.
12. Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., Lennartsson, C. Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 19(5), 2015. p. 409–417.
13. Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., Cacioppo, J. T. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 212. p. 907–914.
14. Belovičová M. Vybrané kapitoly z geriatric. Učebnica pre študentov zdravotníckych odborov. VŠZaSP sv. Alžbety, Tlačiareň Svidnícka, 2019. 78s (4.5 AH), ISBN 978-80-8132-203-7.
15. Cacioppo, J. T., Cacioppo, S. Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL). *Advances in Experimental Social Psychology*, 58, 2018. p. 127–197.
16. Noga V., Kenderešová E. Sociálne determinanty zdravia a ich interpretácia v kontexte sociálnej náuky cirkvi. In: Babečka J., Zastko L. (eds.). Ružomerské zdravotnícke dni 2025 – XIX. ročník. Zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie. Ružomberok : Katolícka univerzita v Ružomberku, VERBUM – vydavateľstvo KU, 2025, s. 88–98. ISBN 978-80-561-1195-6.

## HYPOVITAMINÓZA D AKO VEREJNO-ZDRAVOTNÍCKY PROBLÉM

### VITAMIN D DEFICIENCY AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM

*Беловичова Марія, Червена Люсія, Яньова Зузана, Досталова Катаріна,  
Янкелова Надежда*

*Факультет громадської охорони здоров'я, Словацький університет охорони  
здоров'я, Братислави*

**Keywords:** vitamin D, hypovitaminosis D, oncological diseases, substitution, public health

**Current Issue.** Vitamin D has a significant impact on our health. It is a fat-soluble vitamin (stored in adipose tissue). Vitamin D is a steroid hormone, regulates the function of over 200 genes and participates in over 200 metabolic reactions. It occurs in 3 forms: vitamin D1 (calciferol), vitamin D2 (ergocalciferol) and vitamin D3 (cholecalciferol). Vitamin D1 is found in cod liver oil, vitamin D2 in plants and vitamin D3 is formed in the skin of humans and animals under the influence of body temperature within a few hours of exposure to UVB (wave length of light 290-315 nm). The best effect is achieved with a wavelength of 295-300 nm. 80-100% of the demand for vitamin D comes from synthesis in the skin [1].

Vitamin D ensures the physiological development and metabolism of bones, is also very important for the proper functioning of the cardiovascular system and lipid metabolism. Vitamin D is also an important factor in the prevention of cardiovascular diseases. It reduces the risk of hypertension, endothelial dysfunction, increases the concentration of HDL cholesterol, reduces markers of inflammation (C-reactive protein) and is effective in the prevention of atherosclerosis [2]. Vitamin D also provides effective prevention against oncological diseases (colon, pancreatic, prostate and breast cancer) [3].

Hypovitaminosis D is a very common phenomenon worldwide. In Europe and the USA, approximately 30-50% of the population is at risk of vitamin D deficiency. It is estimated that up to 1 billion people worldwide have low blood levels of vitamin D [4, 5].

The latitude between 35° and 64° north latitude (N) covers a significant part of the Northern Hemisphere, including mainly temperate and subtropical climate zones in Europe, Asia and North America. The European population living in this latitude (35–64° N) is unable to synthesize vitamin D from the skin on an average of 126 days per year (the so-called “vitamin D winter”)[6].

Factors contributing to the development of hypovitaminosis: a) working mostly indoors; b) avoiding sunlight (clothing, sunscreens) especially during the peak UVB (10 a.m.-3 p.m.); c) air pollution; d) aging population - lower production of vit. D in the skin. With increasing age, the ability of the skin to synthesize vitamin D decreases - over the age of 65 this ability is reduced by up to 75% [7].

However, the main cause of hypovitaminosis D is clearly a lack of sunlight, which is probably due to strict arguments of dermatologists against excessive sunbathing with an increased risk of malignant melanoma. In a part of the population, this information provokes phobias of sunlight and frequent use of strong UV filters, which reduce the amount of absorbed UV radiation below the level necessary for the formation of sufficient vitamin D reserves in the body [7].

Vitamin D deficiency is defined by a 25-hydroxyvitamin D (25(OH)D) level < 25-30 nmol/l and a suboptimal state by a 25(OH)D level < 50 - 100 nmol/l, with its association increasing with an adverse metabolic phenotype, which includes insulin resistance, type 2 diabetes mellitus and cardiovascular diseases and conditions associated with overweight and obesity [8].

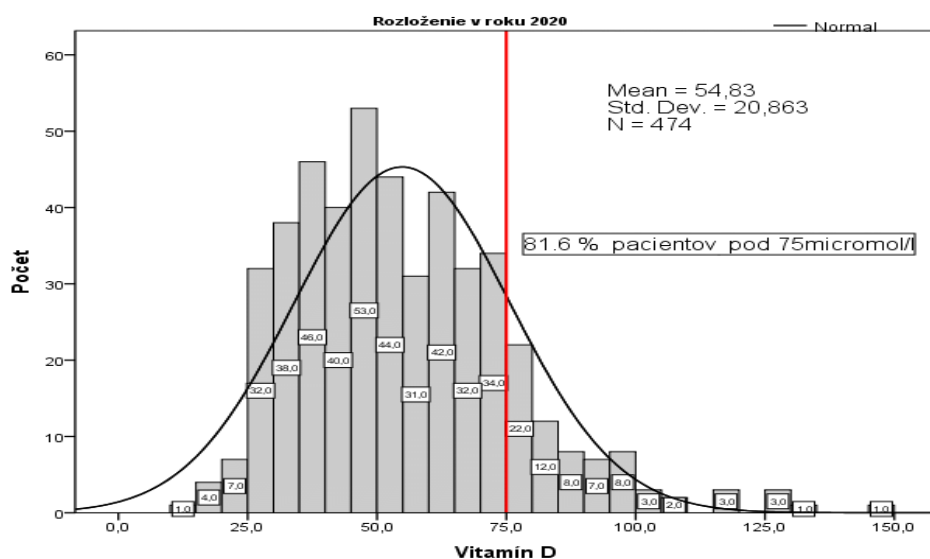
Vitamin D levels in individual Slovak laboratories vary. For example, the Unilabs laboratory provides the following commentary on its results: a) less than 30 nmol/l = vitamin D deficiency; b) 30 - 75 nmol/l = mild vitamin D deficiency; c) 75 - 200 nmol/l = optimal vitamin D level; d) above 300 nmol/l = toxic vitamin D level.

The Synlab laboratory gives the following description for the result of the vitamin D level: a) < 30 nmol/l - significantly insufficient concentration; b) 30 - 50 nmol/l insufficient concentration; c) 50 - 75 nmol/l slightly insufficient concentration; d) 75 - 100 nmol/l optimal concentration; e) > 150 nmol/l high concentration (risk of toxic effects).

**Research objectives:** To determine the level of vitamin D in a sample of the population visiting an internal medicine clinic and to derive recommendations from this.

**Material and methodology:** As part of blood sampling at the internal medicine clinic, we performed a vitamin D level test in a group of 474 patients in the winter months of 2020. The average age of the patients was 59.7 ± 11.3 years. The patients were seen in our clinic for non-alcoholic fatty liver disease.

**Results.** When analyzing the set of our patients, we found that up to 81.6% of the patients in the set had hypovitaminosis D! The average vitamin D value was 54.63 nmol/l. Only 18.4% of the patients in our set had a level greater than 76 nmol/l, which is an extremely low number. Vitamin D levels are clearly shown in graph no. 1.



**Chart No. 1 Distribution of vitamin D levels in patients**

**Conclusion.** In recent years, the issue of vitamin D has come to the forefront of professional and public health interest, mainly due to the high prevalence of its deficiency in the population [5].

A significant body of evidence suggests that vitamin D is essential for maintaining health and its deficiency is associated with many acute and chronic diseases [9]. However, vitamin D deficiency is still common worldwide. In Europe, vitamin D deficiency has been found in 40% of the population (25-hydroxyvitamin D [25(OH)D] < 50 nmol/L) and in 13% severe deficiency (25(OH)D < 30 nmol/L) [4].

The situation in Slovakia is alarming: 60 to 80% of people may have reduced levels of this vitamin, 30% of the population has a severe deficiency, and in the case of seniors it is up to 95% (NCZI 2015-2024).

Vitamin D deficiency is one of the most serious causes contributing to the development of: a) rickets; b) prostate, breast, ovarian and colon cancer; c) chronic muscle pain; d) multiple sclerosis; e) diabetes mellitus type 1 and 2; f) psoriasis; g) schizophrenia; h) autism; i) other autoimmune diseases as well as rheumatoid arthritis [1]. This condition can be caused by various factors, including diseases, inadequate diet or other disorders and therefore requires a thorough assessment and individual approach [10].

In our sample, over 80% of patients had hypovitaminosis D. Vitamin D deficiency is a significant public health problem in Slovakia in all age categories of adults. Therefore, it is necessary to conduct regular education regarding the need for vitamin D supplementation, the proper use of vitamin D (together with vitamin K2; we must not forget about other vitamin D cofactors, such as: vitamin A, vitamin E, magnesium, zinc and boron) [1]. It is necessary to take care of the prevention of hypovitaminosis D, especially in high-risk individuals.

## Literature

1. Safuta J. 2020. *Mit chorob nieuleczalnych i wielki biznes*. Neo Jarek Safuta 2020, 474 str. ISBN 978-83-956045-0-8.
2. Bačová, I., Bachledová, S., Gáborová, M., Švorc, P., Lukačínová, A., Grešová, S., Štimmelová, J., Peregrim, I. Bona, M., Petrášová, D. 2019. Nedostatok vitamínu D u dospeljej populácie a jeho súvislosť s kardiovaskulárnymi ochoreniami. *Ateroskleróza*, 2019; XXXIII (1-2).
3. Prídavková, Dana, Klimentová, A., Mokáň, Marian. Vzťah medzi tukovým tkanivom a vitamínom D. str. 370-387. In: Edds: Belovičová, M, Makara, P.: Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu. *Zborník vedeckých prác 16.-18.7. 2020 Collegium Humanum – Warsaw Management University, Warszawa 2020*, 440 s. ISBN 978-83-958245-0-0.
4. Cashman, K.D., Dowling, K.G., Škrabáková, Z. et al. 2016. Vitamin D deficiency in Europe: pandemic? *Am J Clin Nutr.* 103, 2016, 1033-44. doi: 10.3945/ajcn.115.120873
5. Popovicova, M., Belovicova, M., Hudakova, T. 2021. Hypovitaminosis D in Child Population. *Clinical Social Work* 2021, 12(3): 40-45. DOI:10.22359/cswhi\_12\_3\_07.

6. Khanna T., Shraim R., Zarkovic M. et al. 2022. Comprehensive Analysis of Seasonal and Geographical Variation in UVB Radiation Relevant for Vitamin D Production in Europe. *Nutrients* 2022, 14, 5189. <https://doi.org/10.3390/nu14235189>.
7. Palacios C, Gonzalez L.: Is vitamin D deficiency a major global public health problem? *Steroid Mol Biol.* 2014; 144: 138-145. doi: 10.1016/j.jsbmb.2013.11.003.
8. Pourshahidi, L.K. 2015. Vitamin D and obesity: current perspectives and future directions. In *Proc Nutr Soc.* 2015 May;74(2):115-24. ISSN 1475-2719. doi: 10.1017/S0029665114001578
9. Theodoratou, E., Tzoulaki, I., Zgaga, L., Ioannidis, J.P. 2014. Vitamin D and multiple health outcomes: Umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies and randomised trials. *BMJ* 2014, 348, g2035. DOI: [10.1136/bmj.g2035](https://doi.org/10.1136/bmj.g2035).
10. Ivanková V.2025. Úlohy sestry v hodnotení nutričného stavu seniorov. In *Obezita a metabolický syndróm. Zborník vedeckých prác 2025*. Wydawnictwo Katedry Filozofii, Vizja University in Warsaw. ISBN - 978- 83 - 61087 - 97 – 7. s.111-130.

# ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СУЧАСНУ МЕДСЕСТРИНСЬКУ ПРАКТИКУ: ПЕРЕВАГИ ТА БАР'ЄРИ

*Ivanková Viera*

*Університет охорони здоров'я та соціальної роботи св. Єлизавети,  
Братислава, Словацька Республіка*

**Ключові слова:** цифрові технології, медсестринська практика, якість догляду, електронна медична карта, технологічні інновації

**Актуальність проблеми.** У контексті сучасних глобальних викликів, таких як критичний дефіцит робочої сили в охороні здоров'я та демографічні тенденції старіння населення, цифрові технології представляють стратегічну можливість для оптимізації попиту на персонал та безперервного підвищення якості надаваної допомоги [3]. Ми говоримо про допоміжні професії, для яких характерним є тісний і регулярний контакт з людьми, а також прагнення надавати адресну допомогу [1]. Ми живемо в динамічну еру, в якій інновації набувають дедалі вагомішого значення та суттєво сприяють трансформації різних суспільних галузей. Наше повсякденне життя перебуває під впливом цих змін з неймовірною швидкістю, насамперед внаслідок впровадження складних цифрових інструментів у робочі процеси [5].

Цифрові сестринські інструменти охоплюють широкий спектр засобів, призначених для прямої підтримки клінічної практики. Від конвенційних технологій вони відрізняються передусім здатністю до розширеної обробки даних, що дозволяє медичним сестрам виконувати сестринські завдання з вищою точністю, ефективніше, а часто і в дистанційному режимі. Прикладами є електронні медичні записи (для зсефективнення документації пацієнтів), системи телеопіки (для дистанційного моніторингу пацієнтів), роботи (для допомоги в рутинних завданнях) та системи підтримки прийняття рішень [8].

Сучасні системи охорони здоров'я постають перед безпрецедентними структурними викликами, серед яких — прогресивне демографічне зрушення, критична нестача сестринського персоналу та зростаючі труднощі з утриманням кваліфікованих сестер у клінічній практиці. У цьому контексті цифрові сестринські технології (DNT) вбачаються як стратегічне рішення з високим потенціалом для стабільності сектору. Попри очевидні переваги, інтеграція DNT у сестринські процеси залишається багатовимірною проблемою, успіх якої залежить від прийняття технологій кінцевими користувачами [9].

Хоча науковий дискурс часто акцентує увагу на медичних результатах з точки зору лікаря, необхідно усвідомлювати, що сестринська справа становить домінуючу частину глобальної системи охорони здоров'я. Медичні сестри складають приблизно 44,7% світової робочої сили в охороні здоров'я, що в абсолютних цифрах означає майже 27,9 мільйона професіоналів [2]. З огляду на їхню безпосередню присутність біля ліжка пацієнта, саме медсестри є ключовими детермінантами успішної імплементації інформаційно-комунікаційних технологій [7].

Сучасні цифрові інструменти розроблені таким чином, щоб оптимізувати сестринський догляд за допомогою двох ключових механізмів: підтримки клінічного прийняття рішень (системи, що використовують цифрові протоколи для підвищення точності та швидкості втручань) та технологічної суплементції завдань, що означає використання робототехніки та сенсорики (наприклад, датчики падіння, моніторинг життєво важливих функцій), які звільняють персонал від рутинних дій і підвищують безпеку пацієнта [8].

Інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) на сьогодні є ключовим інструментом, який докорінно формує майбутнє всього сектору охорони здоров'я [6]. Проте успішна інтеграція цифрових сестринських технологій (DNT) вирішальною мірою залежить від того, наскільки медичний персонал ідентифікує себе з ними та звикне до них у клінічній практиці [4]. Їх впровадження в повсякденну сестринську рутину є не просто тимчасовим технологічним трендом, а необхідністю для загального підвищення ефективності роботи медсестри. Ефективне використання ІКТ дозволяє медсестрам оптимізувати адміністративні процеси та точніше вести сестринську документацію, що створює простір для безпосереднього догляду за пацієнтом.

**Мета дослідження.** Метою дослідження було з'ясувати, які технологічні інновації, на думку медсестер, сприяють підвищенню ефективності медсестринських процесів, та ідентифікувати бар'єри, що обмежують їх повноцінну імплементацію в сучасну медсестринську практику.

**Матеріали та методи.** Дослідження було проведено методом анкетування (20 запитань), розповсюдженого у двох лікарнях на сході Словаччини. Загалом було проаналізовано 157 валідних відповідей ( $N = 157$ ) при рівні повернення анкет 78,5 %. Демографічний аналіз показав середній вік 42,64 року та середній стаж роботи 12,48 року. Для статистичного аналізу даних було обрано непараметричний U-критерій Манна-Вітні та коефіцієнт кореляції Спірмена.

**Результати дослідження.** Збір даних підтвердив, що цифрові інструменти вже стали невід'ємною частиною медсестринської рутини. Електронну медичну карту (ЕМК) використовують 94,3 % медсестер (148 зі 157), причому 85,4 % респондентів працюють із технологіями протягом своєї зміни постійно. У таблиці 1 представлені параметри, зосереджені на позитивному сприйнятті та ступені інтеграції технологій. Варто відзначити високу впевненість медсестер у своїх цифрових навичках: 62 % респондентів оцінили себе як просунутих користувачів.

*Таблиця 1*

### Сприйняття переваг та інтенсивність використання технологічних інновацій (N=157)

Параметр спостереження	N	%
Постійне використання технологій під час зміни	134	85,40 %
Сприйняття інновацій як „дуже корисних“	52	33,12 %
Суб'єктивна оцінка: „просунутий користувач“	97	62,00 %
Прискорення адміністративних завдань завдяки ЕМК	47	29,70 %

*Джерело: власна розробка.*

Попри високий рівень використання та позитивне сприйняття, ми виявили значні бар'єри (Таблиця 2). Найкритичнішим моментом є дефіцит навчання (52 %), що свідчить про те, що хоча медсестри мають загальні цифрові навички, їм бракує спеціалізованої підготовки щодо конкретних лікарняних систем.

Таблиця 2

**Бар'єри та потреби медсестер у сфері цифрових технологій**

Параметр спостереження	N	%
Дефіцит у навчанні новим технологіям	82	52,00 %
Запит на програмне забезпечення для планування догляду	64	40,80 %
Виникнення технічних проблем (мінімум 1 раз на тиждень)	41	26,00 %
Недостатня технічна підтримка (відчуття медсестри)	35	22,00 %
Потреба в автоматизованих пристроях для позиціонування	33	21,00 %

*Джерело: власна розробка.*

**Статистичне тестування та інтерпретація.** У межах перевірки гіпотез ми досліджували зв'язки між демографічними показниками та ставленням до технологій. Статистичне тестування (Таблиця 3) продемонструвало, що інтенсивність використання технологій та сприйняття бар'єрів не залежать від типу відділення, стажу роботи чи рівня освіти медсестер ( $p > 0,05$ ).

Таблиця 3

**Результати статистичного тестування гіпотез**

Г	Тест	Значення	P-значення	Висновок
1	U-критерій Манна-Вітні	$U = 1\,295\,500$	0,892	Статистично значущої різниці залежно від типу відділення не виявлено.
2	Кореляція Спірмена	$Rho = 0,061$	0,451	Статистично значущого зв'язку між перевагами та освітою не виявлено.
3	Кореляція Спірмена	$Rho = -0,061$	0,445	Статистично значущого зв'язку між тех. проблемами та стажем не виявлено.

*Джерело: власна розробка.*

Цей факт вказує на універсальність технологічних викликів у межах стаціонарної допомоги. Результати корелюють із сучасними світовими трендами в медсестринській інформатиці. Відсутність значущої різниці у використанні технологій залежно від типу відділення ( $p = 0,892$ ) свідчить про високий ступінь стандартизації цифрових процесів у досліджуваних закладах. ЕМК стала універсальним інструментом незалежно від клінічної спеціалізації.

Цікавим висновком є відсутність кореляції між стажем роботи та частотою технічних проблем ( $p = 0,445$ ). Цей результат спростовує вкорінений у суспільстві стереотип про те, що старші покоління медсестер мають вищі технічні бар'єри. Наші дані підтверджують висновки Вальцера та ін. (2025), що технічні перешкоди мають переважно системний характер (нестабільність ПЗ, слабка інтероперабельність) і впливають на персонал повсюдно. Відсутність зв'язку між освітою та сприйняттям користі ( $p = 0,451$ ) вказує на те, що цифровізація сприймається як необхідність на всіх кваліфікаційних рівнях.

Однак виявлений 52 % дефіцит у навчанні свідчить про те, що хоча медсестри приймають технології, їх повноцінному використанню заважають організаційні фактори. Для менеджменту лікарень це означає, що рішенням є не селективне навчання певних груп, а системна підтримка цифрових компетенцій та модернізація інфраструктури, зокрема ПЗ для планування догляду (40,8 %).

**Висновок.** Цифрові технології в сучасній медсестринській практиці є незамінним інструментом підвищення якості та безпеки догляду. Проте дослідження виявило критичні бар'єри: технічні проблеми та, насамперед, значний дефіцит у навчанні персоналу (52%). Для успішної імплементації керівництву закладів охорони здоров'я необхідно інвестувати не лише в інфраструктуру, а й пріоритетно в безперервну освіту медсестер. Лише технологічно підготовлений персонал зможе повною мірою використати потенціал цифровізації для дебіюрократизації та оптимізації медсестринських процесів.

## Література

1. Barkasi, D. – Leczová, D. *Motivácia k voľbe študijného odboru študentov pomáhajúcich profesií*. 1. vyd. Michalovce: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. v Bratislave, Ústav bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach, 2019. 90 s. ISBN 978-80-8132-210-5.
2. Boniol, M. et al. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030. In *BMJ Global Health*. 2022. Vol. 7, no. 6. e009316. URL: <https://gh.bmj.com/content/7/6/e009316>
3. EUROPEAN UNION. Shaping Europe's digital future. Brussels: European Commission. 2020. URL: <https://eufordigital.eu/library/shaping-europes-digital-future/>
4. Kalanková, D. et al. Personálne zabezpečenie ako faktor ošetrovateľskej starostlivosti. *Zdravotnícke listy*. 2021. Roč. 9, č. 1, s. 6–10.
5. Kenderešová, E. – Noga, V. Etický rozmer fenoménu sociálnych médií v spoločnosti. In: NIKLOVÁ, M. a kol. *Socialia 2025: ohrozenia detí, mládeže a dospelých*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, Belianum, 2025. 208 s. ISBN 978-80-557-2294-8.
6. Popovičová, M. *Využitie informačnokomunikačných technológií v práci sestry* Logos polytechnikos.. 2023. No. 14, vol. 1, p. 16-35.
7. ROULEAU, G. et al. Effects of ICT on Nursing Care: Results of an Overview of Systematic Reviews. In *J Med Internet Res*. 2017. Vol. 19, no. 4. e122.
8. Schlicht, L. et al. Digital technologies in nursing: An umbrella review. *Int J Nurs Stud*. 2025. Vol. 161. 104950. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39603090/>
9. Walzer, S. et al. Factors Influencing the Implementation and Adoption of DNT. In *J Med Internet Res*. 2025. Vol. 27. e64616. URL: <https://www.jmir.org/2025/1/e64616>

## DIGITALIZATION AS AN INDICATOR OF THE HIGHER EDUCATION SYSTEM'S READINESS FOR THE CHALLENGES OF MODERN HEALTHCARE

### ЦИФРОВІЗАЦІЯ ЯК ІНДИКАТОР ГОТОВНОСТІ СИСТЕМИ ВИЩОЇ ОСВІТИ ДО ВИКЛИКІВ СУЧАСНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Popovičová Mária*

*Католицький університет у Ружомберку, Факультет охорони здоров'я,  
Кафедра медсестринства, Ружомберок, Словацька Республіка*

**Ключові слова:** цифрова трансформація; цифрові компетентності; медична освіта; онлайн-навчання; цифровізація вищої освіти

**Актуальність проблеми.** Цифрові технології у сучасній вищій освіті становлять ключовий чинник трансформації навчального процесу, організації навчання та розвитку компетентностей студентів. У науковому дискурсі використовуються поняття цифрові технології, інформаційно-комунікаційні технології або освітні технології, які в освітньому контексті часто розглядаються як взаємопов'язані концепти [1]. Цифрові технології охоплюють широкий спектр інструментів і середовищ, що підтримують навчання, комунікацію, співпрацю та творчість, суттєво впливаючи на якість освітнього досвіду [2]. Сучасні огляди підкреслюють, що їхній ефект не є автоматичним, оскільки ефективна інтеграція потребує педагогічної продуманості, системної підтримки та стратегічного управління [3]. Технологія без чіткого дидактичного задуму може не підвищувати якість навчання й залишатися лише формальним доповненням до освітнього процесу [4]. Впровадження цифрових інструментів зумовлюється низкою бар'єрів, серед яких опір змінам, брак часу на підготовку занять і обмежені цифрові компетентності викладачів [5, 6].

Актуальні дослідження вказують, що успішна цифровізація вищої освіти залежить не лише від технічної інфраструктури. Визначальним чинником є готовність академічних працівників адаптуватися до нових моделей навчання, зокрема гібридного та технологічно підтриманого [3]. У багатьох професіях дедалі більшої ваги набуває фахове та ефективне використання цифрових технологій, а студенти, які володіють цими навичками, отримують конкурентну перевагу на ринку праці та ширші можливості професійного розвитку [7]. Недостатня підготовка або підтримка може суттєво обмежувати масштаби використання цифрових технологій. Рівень їх впровадження відображає не лише специфіку спеціальності, а й ступінь інституційної готовності. Ключовим виміром цифровізації є розвиток цифрової грамотності та цифрових компетентностей студентів. Цифрова грамотність означає здатність ефективно, безпечно й критично використовувати цифрові інструменти та інформацію [8].

Сучасні дослідження підкреслюють, що у середовищі вищої освіти зберігаються відмінності в рівні цифрових навичок, які можуть впливати на академічну успішність і професійну готовність випускників [9]. Використовується також поняття «цифрові розриви», що можуть обмежувати розвиток навичок XXI століття. Ці відмінності особливо проявляються у здатності працювати з передовими інструментами, такими як штучний інтелект, онлайн-платформи чи цифрові середовища співпраці. У контексті медичних освітніх програм розвиток цифрових компетентностей набуває особливого значення, оскільки цифровізація охоплює клінічну документацію, телемедицину, симуляційне навчання та аналітичну роботу з даними. Пандемія COVID-19 стала каталізатором цифровізації вищої освіти та виявила реальну готовність окремих спеціальностей до онлайн-навчання. Як зазначають Martincová et al. (2025), інструменти, засновані на технологіях, зокрема віртуальні симуляції та механізми персоналізованого зворотного зв'язку, можуть підтримувати самокероване навчання студентів і зміцнювати їхню впевненість у клінічному прийнятті рішень [10]. Стратегічні документи Європейської комісії (2020) підкреслюють необхідність формування стабільної цифрової екосистеми, якісної інфраструктури та системного розвитку цифрових компетентностей [11]. Zou et al. (2025) наголошують, що інтеграція технологій, включно зі штучним інтелектом, віртуальною реальністю та адаптивними системами навчання, стане визначальним чинником якості вищої освіти в найближчі роки [3]. Технологічні інновації, такі як електронні медичні записи чи телемедицина, суттєво трансформують надання медичної допомоги та потребують медичного персоналу з високим рівнем цифрової грамотності. Систематична освіта у сфері цифрових технологій створює передумови для їх ефективного використання в клінічній практиці, де цифрові інструменти можуть слугувати важливим засобом запобігання пропущеним і незавершеним сестринським втручанням [12]. Водночас практично орієнтовані спеціальності, зокрема медичні, можуть сприймати перехід до повністю онлайн-середовища як більш складний через обмежені можливості повноцінної заміни клінічного та симуляційного навчання цифровими засобами.

Отже, цифровізація вже не є доповненням до традиційної освіти, а її невід'ємною складовою та водночас критерієм якості. Відмінності у рівні використання технологій, сприйнятті розвитку цифрових навичок чи оцінюванні складності онлайн-навчання не можна розглядати лише як технічний феномен. Вони є індикатором готовності системи вищої освіти реагувати на динаміку цифрової епохи. Здатність ефективно інтегрувати цифрові технології виходить за межі суто педагогічного виміру та стає стратегічною передумовою конкурентоспроможності випускників у сучасному суспільстві та системі охорони здоров'я. Попри технологічний прогрес і високий рівень онлайн-взаємозв'язку дедалі частіше звертається увага на поверхневе засвоєння інформації та недостатнє розуміння складних процесів, що лежать в основі функціонування цифрових систем. Це явище пов'язують зі зростаючою складністю сучасного світу та інформаційним перевантаженням особистості

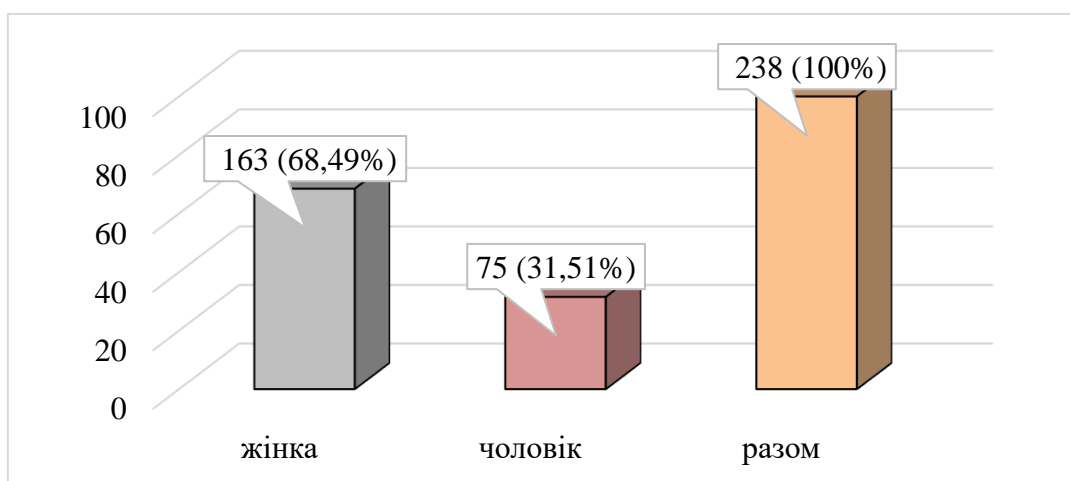
[13]. З огляду на зазначене, дослідження використання цифрових технологій у середовищі вищої освіти набуває особливої актуальності. Сприйняття рівня їх використання, розвитку цифрових навичок чи складності онлайн-навчання є важливим індикатором готовності системи вищої освіти до викликів цифрової епохи. Представлене дослідження реагує на сучасні виклики цифрової трансформації та має на меті емпірично оцінити стан цифровізації у контексті медичної та немедичної освіти. Отримані результати надають не лише уявлення про поточну ситуацію, а й підґрунтя для подальшого стратегічного розвитку вищої освіти.

**Мета та часткові цілі дослідження.** Основною метою дослідження було проаналізувати роль цифрових технологій у вищій освіті та визначити їх значення для підготовки майбутніх медичних працівників в умовах сучасної цифровізації.

**Часткові цілі:**

- Охарактеризувати дослідницьку вибірку за статтю респондентів.
- Охарактеризувати представництво спеціальностей у дослідницькій сукупності.
- Проаналізувати зв'язок між спеціальністю навчання та рівнем використання цифрових технологій у навчальному процесі.
- Дослідити відмінності у сприйнятті розвитку цифрових навичок під час навчання між студентами медичних і немедичних спеціальностей.
- Оцінити відмінності між спеціальностями у сприйнятті складності переходу на онлайн-навчання під час пандемії COVID-19.

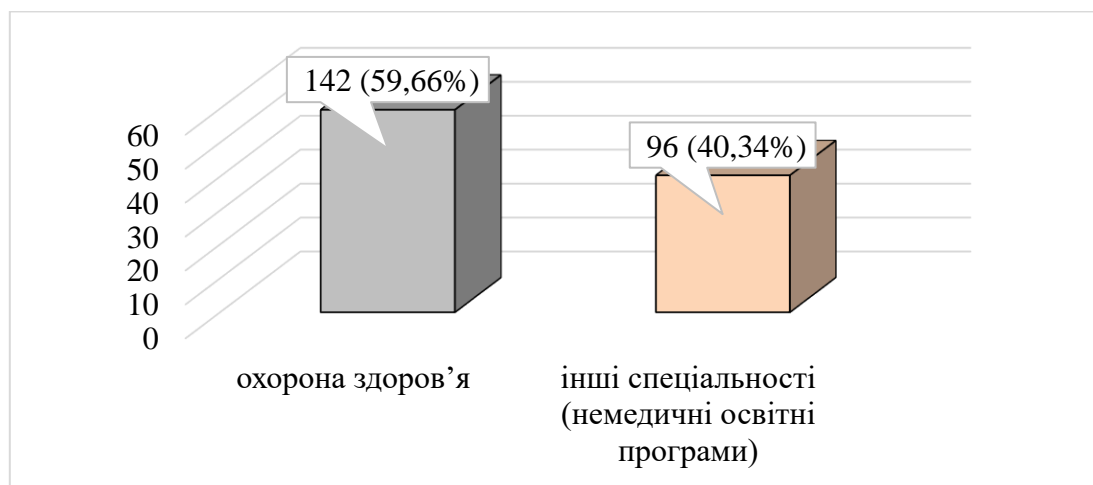
**Результати дослідження.** У цій частині представлені результати емпіричного дослідження, спрямованого на використання та сприйняття цифрових технологій у вищій освіті. Аналіз ґрунтується на відповідях 238 респондентів і опрацьований відповідно до окремих досліджуваних змінних та дослідницьких гіпотез.



**Графік 1** Стать респондентів

Графік 1 відображає склад дослідницької вибірки за статтю. Із загальної кількості 238 респондентів жінки становили 163 особи (68,49%), а чоловіки 75

осіб (31,51%), що свідчить про виражено фемінізований характер дослідницької сукупності. Такий розподіл відповідає структурі спеціальностей, особливо у сфері охорони здоров'я, де традиційно переважає більша частка жінок. Водночас це не є надмірно дисбалансоване співвідношення, що дає змогу здійснювати релевантні порівняльні аналізи. Майже дві третини жінок у вибірці відображають ширшу тенденцію фемінізації допоміжних і медичних професій. Зазначений склад є важливим і з точки зору інтерпретації результатів, пов'язаних із цифровими технологіями в освіті, оскільки деякі дослідження вказують на можливі відмінності між чоловіками та жінками у сприйнятті власних цифрових компетентностей. Таким чином, дослідницька вибірка забезпечує релевантний контекст для подальшого аналізу отриманих результатів.



Графік 2 Структура дослідницької вибірки за спеціальністю навчання

Із загальної кількості 238 респондентів студенти медичних освітніх програм становили 142 особи (59,66%), тоді як інші спеціальності представляли 96 респондентів (40,34%). Категорія «інші спеціальності» охоплювала немедичні освітні програми, зокрема природничі науки, математику та інформатику, технічні науки, гуманітарні й суспільні науки, а також соціальні та економічні науки. Перевага медичних спеціальностей є методологічно обґрунтованою з огляду на тематичну спрямованість дослідження. Водночас забезпечено достатнє представництво немедичних програм, що дає змогу здійснювати релевантні порівняльні статистичні аналізи. Цікавим є той факт, що майже 40% респондентів походять із немедичних спеціальностей, що дозволяє розглядати цифровізацію не лише як специфіку медичної освіти, а як ширший міждисциплінарний феномен. Таким чином, дослідницька вибірка створює унікальні можливості для порівняння технологічної трансформації у практично орієнтованих медичних програмах зі спеціальностями, де цифровізація традиційно є складовою навчання (наприклад, інформатика чи технічні науки).

**Гіпотеза 1. Н1:** Припускаємо, що існує статистично значущий зв'язок між спеціальністю навчання (охорона здоров'я vs. інші) та рівнем використання цифрових технологій у закладах вищої освіти.

**Досліджувані змінні:**

- Освітня програма
- Рівень використання цифрових технологій у навчальному процесі

**Таблиця 1**

Зв'язок між спеціальністю навчання та рівнем використання цифрових технологій у навчальному процесі

спостережувані частоти	рівень використання цифрових технологій у навчальному процесі						
	понад 67% навчання	%	34–66% навчання	%	менше ніж 33% навчання	%	разом
спеціальність навчання							
охорона здоров'я	45	18,91	59	24,79	38	15,97	142
інші спеціальності	27	11,34	48	20,17	21	8,82	96
разом	72		107		59		238
р-значення					1,701		
$\chi^2$ -тест					0,426		
df					2		

У межах перевірки гіпотези H1 було досліджено зв'язок між спеціальністю навчання (охорона здоров'я vs. інші спеціальності) та рівнем використання цифрових технологій у навчальному процесі. Контингентна таблиця відображає розподіл відповідей відповідно до спеціальності навчання та рівня використання цифрових технологій у навчанні. Понад 67% навчального процесу зазначили 45 студентів спеціальностей у сфері охорони здоров'я (18,91%) та 27 студентів інших спеціальностей (11,34%). Діапазон 34–66% навчання обрали 59 студентів охорони здоров'я (24,79%) і 48 студентів інших спеціальностей (20,17%). Менше ніж 33% навчання вказали 38 студентів охорони здоров'я (15,97%) та 21 студент інших спеціальностей (8,82%). Розподіл відповідей між групами є відносно збалансованим. Для перевірки статистичної значущості відмінностей було застосовано критерій  $\chi^2$  незалежності. Значення тестової статистики становило  $\chi^2 = 0,427$  при  $df = 2$ , а р-значення дорівнювало 0,703 ( $p > 0,05$ ). На підставі отриманих результатів статистично значущого зв'язку між спеціальністю навчання та рівнем використання цифрових технологій у навчальному процесі не виявлено. Цікавим є те, що попри припущення про вищу технологічну інтенсивність медичної освіти (наприклад, використання симуляційних центрів, електронної документації чи фахових баз даних), різниця порівняно з іншими спеціальностями не виявилася статистично значущою. Отриманий результат свідчить про те, що цифрові технології сьогодні інтегровані в навчальний процес різних спеціальностей, і їх використання вже не є винятковою характеристикою медичної освіти, а відображає ширшу тенденцію трансформації середовища вищої освіти.

**Гіпотеза 2. H2:** Припускаємо, що сприйняття розвитку цифрових навичок під час навчання відрізняється залежно від спеціальності навчання (охорона здоров'я vs. інші).

**Досліджувані змінні:**

- Спеціальність навчання
- Сприйняття розвитку цифрових навичок (Так/Скоріше так vs. Скоріше ні/Ні)

**Таблиця 2**

Зв'язок між спеціальністю навчання та сприйняттям розвитку цифрових навичок під час навчання

спостережувані частоти	розвиток цифрових навичок				
спеціальність навчання	так/скоріше так	%	скоріше ні/ні	%	разом
охорона здоров'я	118	43,54	24	8,86	142
інші спеціальності	64	23,62	32	11,81	96
разом	182		56		238
р-значення			<b>0,0033</b>		
$\chi^2$ -тест			8,595		
df			1		

Контингентна таблиця відображає зв'язок між спеціальністю навчання та сприйняттям розвитку цифрових навичок під час навчання. Із числа студентів медичних спеціальностей (n=142) 118 респондентів (43,54% від загальної вибірки) зазначили, що навчання розвиває їхні цифрові навички (так/скоріше так), тоді як 24 респонденти (8,86%) висловили протилежну думку (скоріше ні/ні). У групі інших спеціальностей (n=96) позитивно відповіли 64 респонденти (23,62%), а 32 респонденти (11,81%) зазначили, що навчання не сприяє розвитку їхніх цифрових навичок. Критерій  $\chi^2$  незалежності підтвердив статистично значущий зв'язок між спеціальністю навчання та сприйняттям розвитку цифрових навичок ( $\chi^2 = 8,60$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,003$ ). Оскільки  $p < 0,05$ , гіпотеза H2 підтверджена. Водночас слід зазначити, що хоча результат є статистично значущим, р-значення не є надзвичайно низьким, що свідчить радше про помірну, ніж про суттєву різницю між групами. Отже, студенти медичних спеціальностей частіше сприймають своє навчання як таке, що сприяє розвитку цифрових компетентностей, однак цю різницю не можна трактувати як принципово домінуючу. Водночас варто підкреслити, що високий рівень розвитку цифрових навичок очікується і в таких галузях, як природничі науки, математика та інформатика чи технічні науки, де робота з цифровими інструментами є природною складовою навчання. Отримані результати свідчать про те, що хоча сфера охорони здоров'я демонструє вищу перцепцію розвитку цифрових навичок, цифровізація освіти є ширшим феноменом, притаманним усьому середовищу вищої освіти.

**Гіпотеза 3. НЗ:** Припускаємо, що існує статистично значущий зв'язок між спеціальністю навчання (охорона здоров'я vs. інші спеціальності) та оцінюванням складності переходу на онлайн-навчання під час пандемії COVID-19.

**Досліджувані змінні:**

- Спеціальність навчання

- Оцінювання складності переходу на онлайн-навчання (Так/Скоріше так vs. Скоріше ні/Ні)

Таблиця 3

Зв'язок між спеціальністю навчання та оцінюванням складності переходу на онлайн-навчання під час пандемії COVID-19

спостережувані частоти	складність переходу на онлайн-навчання під час COVID-19				
спеціальність навчання	так/скоріше так	%	скоріше ні/ні	%	разом
охорона здоров'я	79	29,15	63	23,25	142
інші спеціальності	27	9,96	69	25,46	96
разом	106		132		238
р-значення			<b>2,80309E-05</b>		
$\chi^2$ -тест			17,546		
df			1		

Контингентна таблиця відображає зв'язок між спеціальністю навчання та оцінюванням складності переходу на онлайн-навчання під час пандемії COVID-19. Із числа студентів медичних спеціальностей ( $n=142$ ) 79 респондентів (29,15% від загальної вибірки) зазначили, що перехід на електронне навчання був складним (так/скоріше так), тоді як 63 респонденти (23,25%) вказали, що він не був складним (скоріше ні/ні). У групі інших спеціальностей ( $n=96$ ) 27 респондентів (9,96%) оцінили перехід як складний, а 69 респондентів (25,46%) зазначили, що перехід не був складним. Для перевірки статистичної значущості відмінностей було застосовано критерій  $\chi^2$  незалежності. Значення тестової статистики становило  $\chi^2 = 17,55$  при  $df=1$ , а р-значення дорівнювало  $2,80 \times 10^{-5}$  ( $p < 0,001$ ). Отриманий результат свідчить про високий рівень статистичної значущості зв'язку між спеціальністю навчання та оцінюванням складності переходу на електронне навчання. Таким чином, гіпотеза підтверджена. Результати вказують на те, що студенти медичних спеціальностей сприймали перехід на онлайн-навчання як значно складніший порівняно зі студентами інших спеціальностей. Цю різницю можна інтерпретувати з урахуванням специфіки медичної освіти, яка значною мірою базується на практичному, клінічному та симуляційному навчанні. Пандемія COVID-19 стала не лише технічною викликом, а й виявила вразливість практично орієнтованих спеціальностей до раптової цифровізації. Медична освіта, що традиційно ґрунтується на контакті з пацієнтом і практичній діяльності, була змушена перейти у віртуальне середовище, що студенти сприйняли як суттєве навантаження. Водночас саме цей тиск міг прискорити трансформацію медичної освіти в напрямі більш системної інтеграції цифрових технологій.

**Висновок.** Цифрові технології сьогодні стали невід'ємною частиною повсякденного життя та суттєво трансформують середовище вищої освіти. Їх використання виходить за межі технічної підтримки навчання й становить інструмент, що впливає на способи комунікації, організацію навчального процесу та сам процес засвоєння знань. Університети за допомогою електронних навчальних платформ, електронних ресурсів і цифрових інструментів

розширюють доступ до освіти та підтримують гнучкість навчання. Водночас вони забезпечують можливість залучення студентів, які в традиційній моделі освіти з різних причин були б обмежені. Як підкреслює UNESCO (2020), освітні системи мають готувати молоде покоління до динамічного майбутнього, у якому цифрові компетентності є невід'ємною складовою професійної та суспільної реалізації [13]. Технологічні інновації забезпечують студентам більший комфорт, доступність матеріалів і ефективніше опрацювання інформації, проте водночас висувають підвищені вимоги до викладачів та освітніх інституцій. Пандемія COVID-19 значно прискорила цей процес і виявила як готовність, так і обмеження академічного середовища. Швидкий перехід до онлайн-формату продемонстрував необхідність системної підтримки розвитку цифрових навичок і стратегічного управління цифровізацією. Сучасний етап можна охарактеризувати як період інтенсивної цифрової трансформації вищої освіти. Здатність ефективно інтегрувати технології вже не є конкурентною перевагою, а стає стандартом якості освіти. Таким чином, цифровізація більше не є питанням вибору, а питанням готовності. Заклади вищої освіти, які здатні поєднати технологічні інновації з педагогічною якістю, формують міцну основу сучасної освіти. Системний розвиток цифрових компетентностей водночас визначає майбутній вигляд професійних стандартів у суспільстві.

## Література

1. Salavati S. Use of Digital Technologies in Education: The Complexity of Teachers' Everyday Practice. Växjö: Linnaeus University Press; 2016. 317 p. Available at: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-57421>
2. Kalaš I. Spoznávame potenciál digitálnych technológií v predprimárnom vzdelávaní. Analytická štúdia. Bratislava: Ústav informácií a prognóz školstva; 2011. 169 p. ISBN 978-80-7098-495-6.
3. Zou Y., Kuek F., Feng W., Cheng X. Digital learning in the 21st century: trends, challenges, and innovations in technology integration. *Frontiers in Education*. 2025. Vol. 10. DOI: 10.3389/feduc.2025.1562391. Available at: [https://www.frontiersin.org/journals/education/articles/10.3389/feduc.2025.1562391/full?utm\\_source](https://www.frontiersin.org/journals/education/articles/10.3389/feduc.2025.1562391/full?utm_source)
4. Bodsworth H., Goodyear V. Barriers and facilitators to using digital technologies in the Cooperative Learning model in physical education. *Physical Education and Sport Pedagogy*. 2017; 22(6). DOI: 10.1080/17408989.2017.1294672.
5. Kretschmann R. Physical education teachers' subjective theories about integrating information and communication technology (ICT) into physical education. *Turkish Online Journal of Educational Technology*. 2015;14(1). Available at: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1057351.pdf>
6. Palao J., Hastie P., Cruz P., Ortega E. The impact of video technology on student performance in physical education. *Technology, Pedagogy and Education*. 2015;24(1). DOI: 10.1080/1475939X.2013.813404.

7. Vansač P. Opportunities and Pitfalls for Young People in the Online Space. *Philosophy and Canon Law*. 2023. Vol. 9, no. 1. P. 1–10. ISSN 2451-2141.
8. Ferrari A. Digital competence in practice: An analysis of frameworks. Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies. Seville: European Commission; 2012. DOI: 10.2791/82116.
9. Ndibalema P. Digital literacy gaps in promoting 21st century skills among students in higher education institutions in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *Cogent Education*. 2025. Vol. 12, Issue 1. DOI: 10.1080/2331186X.2025.2452085.
10. Martincová J., Staňková I., Snopek P., Zemánková L. Engagement, self-efficacy and self-regulation as predictors of academic success in non-medical healthcare education. *BMC Medical Education*. 2025. Vol. 25:1451. DOI: 10.1186/s12909-025-08043-4.
11. European Commission. Digital Education Action Plan 2021–2027: Resetting education and training for the digital age. Brussels: European Commission; 2020. Available at: [https://education.ec.europa.eu/sites/default/files/document-library-docs/deap-communication-sept2020\\_en.pdf](https://education.ec.europa.eu/sites/default/files/document-library-docs/deap-communication-sept2020_en.pdf)
12. Ivanková, V. Technologické inovácie a ich využitie pri znižovaní zmeškanej ošetrovateľskej starostlivosti In *Cesta k modernému ošetrovateľstvu 2025: recenzovaný zborník príspevků a abstrakt z odbornej konferencie s mezinárodnou účasťou*. ISBN: 978-8087347-55-3. s. 58-68.
13. Kenderešová E., Noga V. Etický rozmer fenoménu sociálnych médií v spoločnosti. In: Niklová M, Hrabovská Z, Szabó S, eds. *Socialia 2025: „Ohrozenia detí mládeže a dospelých“: zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie Socialia 2025; 25.–26.09.2025; Banská Bystrica, Slovensko*. 1. vyd. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, Belianum; 2025. p. 106–114. ISBN 978-80-557-2294-8.
14. UNESCO. Global Education Monitoring Report 2020: Inclusion and Education: All Means All. Paris: UNESCO; 2020. Available at: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373878>

## ACADEMIC SUCCESS DETERMINANTS IN HEALTHCARE EDUCATION

*Snopek Petr*

*Кафедра наук про охорону здоров'я, факультет гуманітарних наук  
Університету Томаша Баті у Зліні  
Лікарня Томаша Баті у Зліні  
Czech Republic*

**Ключові слова:** академічний успіх; самоефективність; саморегуляція навчання; медична освіта; студенти-медики

**Background.** Academic success is a multifaceted concept in educational research and includes indicators such as academic performance, satisfaction, degree attainment, and subsequent career success [1, 2]. In non-medical healthcare education, academic success is particularly important because it directly affects professional readiness and the quality and safety of patient care [3]. In addition to acquired knowledge, a helping professional should also have certain personal qualities that predispose them to perform their work professionally and humanely [20]. Previous research indicates that early academic performance predicts later educational outcomes and successful study completion, while insufficient learning strategies increase the risk of adaptation difficulties and dropout [3–6]. In addition to cognitive and learning strategies, motivation plays a crucial role in academic success. In the context of healthcare professions, needs related to security, social recognition, and self-esteem are particularly important, with social respect being considered one of the strongest motivational factors [21].

Although the shortage of healthcare professionals is often attributed to structural factors such as funding or infrastructure, increasing attention is being paid to psychological factors related to students' learning achievements and motivation [3]. Among these factors, self-efficacy and self-regulation of learning have been identified as key determinants influencing academic success [7, 8]. These variables increase the likelihood of degree completion and support the development of competencies essential for effective performance in healthcare professions.

In the broader context of the quality of care provided, strategic investments in the education of healthcare personnel and the strengthening of technical infrastructure are essential to realizing the full potential of modern innovations. Indeed, technological progress has the potential to significantly reduce the rate of missed care, improve patient outcomes, increase patient satisfaction, and ensure the long-term sustainability of healthcare systems [22].

Self-efficacy refers to students' beliefs in their ability to successfully perform academic and clinical tasks. Higher levels of self-efficacy are associated with greater persistence, more effective learning strategies, and better adaptation to demanding educational environments [7, 8, 9]. In healthcare education, self-efficacy has been

linked to improved practical performance, clinical confidence, and professional readiness [9].

Self-regulation of learning involves behavioral, metacognitive, and motivational processes that enable students to plan, monitor, and adapt their learning activities [7, 8, 10]. Given the academic and clinical demands of healthcare education, self-regulation is considered a core competency for achieving academic success and supporting long-term professional development [11].

**Aim of the Study.** The aim of the study was to analyze the relationship between academic success and two selected psychological variables—self-efficacy and self-regulation of learning—among students enrolled in non-medical healthcare study programs. An additional objective was to determine the predictive power of these variables with respect to students' perceived academic success.

**Methods.** The study employed a quantitative, explanatory research design incorporating correlational and predictive analyses. Data were collected through an online questionnaire administered to students enrolled in non-medical healthcare programs at fourteen universities in the Czech Republic. A total of 540 students participated in the study, representing a wide range of non-medical healthcare disciplines, including nursing, midwifery, physiotherapy, paramedicine, radiologic assistance, and nutritional therapy.

Self-efficacy was measured using the Self-Efficacy Formative Questionnaire developed by Gaumer Erickson and Noonan, which focuses on students' beliefs in their abilities and their perception of effort, progress, and learning [12]. Self-regulation of learning was assessed using the DAUS1 questionnaire, which evaluates motivational orientation, self-confidence, metacognitive strategies, and perceived meaningfulness of study [13].

Academic success was measured using two approaches. The first was grade point average (GPA), a commonly used indicator in higher education research [14]. The second approach involved students' subjective perceptions of their academic success, including their sense of achievement and the importance they attach to academic success.

Data analysis was conducted using IBM SPSS Statistics 28.0. Descriptive statistics were used to assess levels of self-efficacy, self-regulation of learning, and academic success. Pearson's correlation coefficient was applied to examine relationships between variables, and regression analysis (STEPWISE method) was used to identify predictors of academic success.

**Results.** Descriptive analyses indicated relatively high levels of self-efficacy and slightly above-average levels of self-regulation of learning among the participants. Students generally reported positive perceptions of their academic success.

Correlation analysis revealed statistically significant positive relationships between academic success and both psychological variables. A strong relationship was observed between academic success and self-regulation of learning ( $r = 0.55$ ;  $p < .01$ ), while a moderate positive correlation was identified between academic success and self-efficacy ( $r = 0.43$ ;  $p < .01$ ). In contrast, correlations between academic success and GPA were weak and statistically insignificant, suggesting that grades alone may not adequately reflect students' readiness for clinical practice [14, 15].

Regression analysis confirmed the predictive value of the examined variables. Self-regulation of learning emerged as the strongest predictor of academic success,

explaining approximately 30 % of the variance. The inclusion of self-efficacy further increased the explained variance, indicating that academic success in non-medical healthcare education is substantially influenced by these psychological factors rather than by academic performance indicators alone.

**Discussion.** The findings of this study highlight the central role of self-regulation of learning and self-efficacy in students' academic success. The strong association between self-regulation and academic success supports previous research emphasizing the importance of self-directed learning in demanding educational contexts [11, 17]. Students who are able to plan, monitor, and adapt their learning strategies are better equipped to cope with academic and clinical challenges.

The positive association between self-efficacy and academic success confirms the role of confidence in shaping learning behavior, persistence, and academic resilience [7, 18, 19]. In healthcare education, higher self-efficacy may encourage students to engage more actively in clinical learning situations and approach complex professional tasks with greater confidence.

**Conclusion.** This study demonstrates that self-efficacy and self-regulation of learning are significant predictors of academic success among students in non-medical healthcare education. Among these factors, self-regulation of learning plays the most prominent role. Educational strategies aimed at strengthening students' self-regulatory skills and supporting self-efficacy may contribute to improved academic performance and better preparation for professional practice in healthcare settings.

## Література

- [1] WHO. Health workforce. [https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1)
- [2] Krause, K.L., Coates, H. (2008). Students' Engagement in First-Year University. *Assessment & Evaluation in Higher Education*. 33(5), 493-505. <https://doi.org/10.1080/02602930701698892>
- [3] Boniol, M., Kunjumen, T., Nair, T.S., et al. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health* 2022;7:e009316. doi:10.1136/bmjgh-2022-009316
- [4] Tuominen-Soini, H., Salmela-Aro, K., Niemivirta, M. (2012). Achievement goal orientations and academic well-being across the transition to upper secondary education. *Learning and Individual Differences*, 22(3), 290-305. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2012.01.002>
- [5] Widlund, A., Tuominen, H., Korhonen, J. (2018). Academic well-being, mathematics performance and educational aspirations in lower secondary education: Changes within a school year. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00297>
- [6] Skinner, E. A., Pitzer, J. R. (2012). Developmental dynamics of student engagement, coping, and everyday resilience. In CHRISTENSON, S. L., RESCHLY, A. L., & WYLIE, C. (Eds.). *Handbook of Research in Student Engagement*. New York: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-2018-7\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-2018-7_2)
- [7] Richardson, M., Abraham, C., Bond, R. (2012). Psychological correlates of university students' academic performance: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(2), 353-387. <https://doi.org/10.1037/a0026838>

- [8] Robbins, S. B., Lauver, K., LE, H., Davis, D., Langley, R., Carlstrom, A. (2004). Do psychosocial and study skill factors predict college outcomes? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 130(2), 261–288. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.261>
- [9] Zengin, N., Pinar, R., Akinçi, A. C., Yildiz, H. (2014). Psychometric properties of the self-efficacy for clinical evaluation scale in Turkish nursing students. *Journal of clinical nursing*, 23(7-8), 976-984. <https://doi.org/10.1111/jocn.12257>
- [10] Cuyvers, K., VAN Oostveen, C., Endedijk, M. D., Struben, V. (2024). Nurses' self-regulated learning in clinical wards: Important insights for nurse educators from a multi-method research study. *Nurse education today*, 137, 106179. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106179>
- [11] Rashid, T., Asghar, H. M. (2016). Technology use, self-directed learning, student engagement and academic performance: Examining the interrelations. *Computers in Human Behavior*, 63, 604-612. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.084>
- [12] Gaumer Erickson, A. S., Noonan, P. M. (2018). Self-efficacy formative questionnaire. In *The skills that matter: Teaching interpersonal and intrapersonal competencies in any classroom*. Corwin, 175-176. <https://dx.doi.org/10.4135/9781506376349>
- [13] Hrbáčková, K., Švec, V. (2010). Analýza procesu autoregulace učení studentů pomáhajících profesí. [Analysis of the process of self-regulation of learning of students of helping professions]. In HRBÁČKOVÁ, K. et al. *Kognitivní a nonkognitivní determinanty rozvoje autoregulace učení studentů*. [Cognitive and non-cognitive determinants of the development of self-regulation of student learning]. Brno: Paido, 70-72.
- [14] York, T., Gibson, C. E., Rankin, S. (2015). Defining and measuring academic success. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*. 20(5). <https://doi.org/10.7275/hz5x-tx03>
- [15] Codier, E., Odell, E. (2014). Measured emotional intelligence ability and grade point average in nursing students. *Nurse Education Today*, 34(4), 608-612. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.007>
- [16] Alyahyan, E., Düşteğör, D. (2020). Predicting academic success in higher education: literature review and best practices. *International Journal of Educational Technology in Higher Education*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s41239-020-0177-7>
- [17] Zimmerman, B. J. (2002). Becoming a self-regulated learner: An overview. *Theory Into Practice*, 41(2), 64-70. [https://doi.org/10.1207/s15430421tip4102\\_2](https://doi.org/10.1207/s15430421tip4102_2)
- [18] Fang, N. (2014). Correlation between students' motivated strategies for learning and academic achievement in an engineering dynamics course. *Global Journal of Engineering Education*, 16(1), 6-12. <http://www.wiete.com.au/journals/GJEE/Publish/vol16no1/01-Fang-N.pdf>
- [19] Lynch, D. J., & Trujillo, H. (2011). Motivational beliefs and learning strategies in organic chemistry. *International Journal of Science and Mathematics Education*, 9, 1351–1365. <https://doi.org/10.1007/s10763-010-9264-x>
- [20] Barkasi, D., Leczová, D. 2019. *Motivácia k voľbe študijného odboru študentov pomáhajúcich profesií*. 1. vyd. Michalovce : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. v Bratislave, Ústav bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach, 2019. 90 s. ISBN: 978-80-8132-210-5.
- [21] Popovičová, M, Vansáč, P., Pristášová, K. (2017). *Motivácia sestier k autonómnej ošetrovateľskej praxi*. In MEDSTAT 2017. Monografia s tematickým zameraním na medicínsku štatistiku. Ružomberok : MedStato.z. 2017. s 133-146. ISBN 978-80-972293-1-3.
- [22] Ivanková, V. (2025). *Technologické inovácie a ich využitie pri znižovaní zmeškanej ošetrovateľskej starostlivosti* In *Cesta k modernému ošetrovateľstvu 2025: recenzovaný zborník príspevků a abstrakt z odbornej konferencie s mezinárodnou účasťou*. ISBN: 978-8087347-55-3. s. 58-68.

## СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ОСІБ У НЕСПРИЯТЛИВІЙ СОЦІАЛЬНІЙ СИТУАЦІЇ У СЛОВАЧЧИНІ

### SOCIAL DETERMINANTS OF PERSONS IN AN ADVERSE SOCIAL SITUATION IN SLOVAKIA

*Vansač Peter*

*Університет охорони здоров'я та соціальної роботи св. Єлизавети,  
Братислава, Інститут блаженного Метода Домініка Трчки Михайлівці,  
Словацька Республіка*

**Ключові слова:** несприятлива соціальна ситуація; соціальне виключення; вразливі групи; бездомність; соціальна робота

**Актуальність проблеми.** Несприятлива соціальна ситуація окремої особи або групи є одним із ключових викликів сучасної соціальної політики. За визначенням Cangár et al. [1], така ситуація виникає, коли людина не здатна власними силами або за допомогою природної підтримки середовища ефективно вирішувати життєві труднощі. Kenderešová [18] зазначає, że втрата довіри до себе та суспільства має далекосяжні наслідки, що проявляються як у фізичному, так і в психологічному стані особистості.

У законодавстві Словацької Республіки поняття несприятливої соціальної ситуації має чітке нормативне закріплення. Згідно із Законом № 461/2003 Z. z. про соціальне страхування, довготривалий несприятливий стан пов'язується зі зниженням здатності виконувати оплачувану працю внаслідок погіршення здоров'я, що триває понад один рік [12]. Соціальні детермінанти суттєво впливають на стан здоров'я окремих осіб та населення в цілому [17]. Закон № 448/2008 Z. z. про соціальні послуги визначає несприятливу соціальну ситуацію як загрозу соціального виключення або обмеження можливостей особи інтегруватися в суспільство та самостійно вирішувати свої проблеми [13]. Основними причинами такого стану є бідність, втрата житла, серйозні проблеми зі здоров'ям, інвалідність, залежності, старший вік, догляд за особами з інвалідністю, а також проживання в просторово сегрегованих і соціально депривованих локалітетах [2, 3].

У цьому контексті першочерговими є потреби в безперервному сестринському нагляді під час виписки пацієнта зі стаціонару, оскільки це пов'язано з несприятливим станом здоров'я та старістю. Проблематика ефективного менеджменту пацієнтів із комплексними клінічними та соціальними потребами вимагає продуманої інтеграції медичної допомоги та соціальних послуг. Така інтеграція нині є однією з найактуальніших тем у наданні допомоги людям похилого віку та особам, залежним від довготривалої допомоги іншої особи у виконанні повсякденних видів діяльності [14]. Особливо актуальною є проблема осіб, які не мають забезпечених базових життєвих потреб, таких як житло, харчування, одяг та гігієна. За даними Repková [2],

спосіб життя та соціальне середовище суттєво впливають на здатність людини задовольняти ці потреби. Європейська типологія ETHOS підкреслює, що бездомність не обмежується лише особами, які перебувають на вулиці, а охоплює також «приховану бездомність» – людей у нестабільних, тимчасових або непридатних житлових умовах. Як зазначають Žiškova et al. [3], до групи ризику входять також особи, що виходять з інституцій (в'язниці, дитячі будинки, лікувальні заклади), жертви домашнього насильства та люди, яким безпосередньо загрожує втрата житла. За Barkasi бездомність у сучасний період є найвиразнішою та найскладнішою формою соціального виключення, масштаб якої певною мірою відрізняється залежно від конкретних локалітетів [15].

Соціальні проблеми набувають масового характеру та суспільної значущості, коли їхні наслідки систематично впливають на функціонування окремих осіб, родин та ширших соціальних груп. Сучасні дослідження підкреслюють, що соціальна проблема стає критичною не лише через поширеність, а й через недостатню інституційну реакцію, обмежену доступність соціальних послуг та неефективність механізмів соціальної політики [6–10].

Вагомим чинником формування несприятливої соціальної ситуації є залежності — як від психоактивних речовин, так і поведінкові. Сучасні нейробиологічні та психосоціальні дослідження, узагальнені в DSM-5-TR [11], підтверджують, що залежність є хронічним розладом, який суттєво знижує здатність особи до соціального функціонування, сприяє соціальній ізоляції та підвищує ризик бідності, бездомності й соціальної маргіналізації. Аналітичні матеріали United Nations [7, 8] наголошують на необхідності цілеспрямованих і своєчасних інтервенцій — від профілактичних програм до інтегрованих заходів ресоціалізації.

Також ми можемо порівняти це з результатами дослідження Беловічової, Поповічової та Немчікової «Актуальна ситуація щодо поширення гепатиту С у ресоціалізаційних центрах Східної Словаччини». Скринінг на гепатит С проводився серед клієнтів ресоціалізаційних та благодійних установ, громадських центрів і поселень у межах Східної Словаччини. У разі позитивного результату на антитіла до ВГС (anti-HCV), клієнтів направляли до центрів лікування хронічного гепатиту С для подальшої діагностики [16].

«Окрім внутрішньовенного вживання наркотиків, спільного використання інструментарію при введенні наркотиків та татуювань, клієнти в анкеті часто вказували кілька факторів ризику, які стали причиною їхнього приходу до ресоціалізаційного закладу. Серед найпоширеніших проблем була алкогольна залежність. Користь проекту полягає в: безперервній освіті клієнтів ресоціалізаційних закладів, виявленні конкретних осіб із хронічною інфекцією гепатиту С (ХГС) та здійсненні вторинної профілактики» [16]. З огляду на це, дослідження несприятливої соціальної ситуації та пов'язаних із нею соціальних детермінант є надзвичайно актуальним у контексті сучасних соціальних трансформацій. Воно створює теоретичне й емпіричне підґрунтя для розвитку ефективних соціальних послуг, спрямованих на підтримку вразливих осіб та

системне запобігання соціальному виключенню в сучасному європейському суспільстві.

**Мета дослідження.** Метою дослідження було виявити наявність статистично значущих відмінностей між причинами перебування отримувачів соціальних послуг та частотою виникнення обраних соціальних проблем. Дослідження спрямоване на уточнення впливу фінансового становища, залежностей, втрати сім'ї, безробіття та бездомності на соціальну функціональність клієнтів.

**Нульова гіпотеза (H<sub>0</sub>):** Між причиною перебування отримувачів соціальних послуг у закладі та наявністю окремих соціальних проблем немає статистично значущих відмінностей.

**Альтернативна гіпотеза (H<sub>1</sub>):** Між причиною перебування отримувачів соціальних послуг у закладі та наявністю обраних соціальних проблем існують статистично значущі відмінності.

**Матеріали та методи.** Вибірка: 473 отримувачі соціальних послуг, розміщені у закладах соціальних послуг, Центрах для дітей і сім'ї, а також у маргіналізованих ромських громадах.

**Інструмент:** Нестандартизований опитувальник із 18 запитань, для перевірки гіпотези використано питання №3 (причини перебування) та питання №16 (соціальні проблеми).

**Статистичний метод:** Тест Манна–Вітні (Mann–Whitney U test), який застосовувався для порівняння двох незалежних груп (відповідь «так»/«ні») з непараметричними даними.

**Рівень значущості:**  $\alpha = 0,05$ .

**Результати дослідження**

**Таблиця 1**

*Статистично значущі відмінності між причинами перебування та соціальними проблемами (Mann–Whitney U test)*

Причина перебування	Соціальна проблема	U	z	p	Група з вищим рівнем проблем
Фінанси	Догляд за дитиною (9)	21 497,0	-3,473	0,001	не зазначили фінанси
Фінанси	Реалізація прав (10)	20 198,0	-3,540	<0,001	не зазначили фінанси
Алкоголь	Мобільність (1)	8 199,0	-2,510	0,012	зазначили алкоголь
Алкоголь	Приготування їжі (4)	8 147,5	-2,166	0,030	зазначили алкоголь
Алкоголь	Самообслуговування (7)	8 332,5	-2,416	0,016	зазначили алкоголь
Втрата сім'ї	Реалізація прав (10)	7 065,0	-2,330	0,020	не зазначили втрату сім'ї
Безробіття	Мобільність (1)	17 061,0	-1,961	0,050	не зазначили безробіття
Безробіття	Домогосподарство і житло (6)	14 909,0	-3,286	0,001	не зазначили безробіття
Безробіття	Догляд за дитиною (9)	16 263,0	-2,728	0,006	не зазначили безробіття
Безробіття	Реалізація прав (10)	14 389,0	-3,935	<0,001	не зазначили безробіття
Бездомність	Мобільність (1)	17 195,0	-1,974	0,048	не зазначили бездомність
Бездомність	Приготування їжі (4)	13 032,0	-5,586	<0,001	зазначили бездомність
Бездомність	Догляд за дитиною (9)	13 529,0	-7,916	<0,001	зазначили бездомність
Бездомність	Реалізація прав (10)	14 494,0	-3,962	<0,001	зазначили бездомність

*Джерело: власне дослідження*

### **Висновки.**

**Фінанси:** Отримувачі соціальних послуг, які не зазначили фінансові причини перебування, мали значно вищу частоту проблем у сфері догляду за дитиною та реалізації прав. Це підтверджує, що фінансове незабезпечення не є єдиним фактором соціальної вразливості, особливо у сферах батьківських обов'язків і адміністративної компетентності [1, 2, 3].

**Алкоголь:** У групі, яка вказала алкоголь як причину перебування, частіше спостерігалися проблеми з мобільністю, приготуванням їжі та самообслуговуванням, що узгоджується з дослідженнями про наслідки залежностей [4, 5, 11]. Це підтверджує функціональні та медичні обмеження у щоденному житті.

**Втрата сім'ї:** Виявлено значущу відмінність лише у проблемі реалізація прав, яка була частіше у тих, хто не зазначав втрату сім'ї. Це узгоджується з даними [5, 6], які підкреслюють, що адміністративні та правові труднощі можуть бути пов'язані з іншими формами соціальної вразливості, а не лише з розпадом сімейних зв'язків.

**Безробіття:** Ті, хто не зазначив безробіття, мали вищу частоту проблем у сферах мобільності, догляду за домогосподарством і дитиною, реалізації прав. Це відповідає концепції, що соціальні проблеми часто кумулюються поза ринком праці [5, 9].

**Бездомність:** Виявлено диференційований вплив:

- Проблеми мобільності частіше у тих, хто не зазначив бездомність,
- Проблеми приготування їжі, догляду за дитиною та реалізація прав – у тих, хто зазначив бездомність.

Ці результати підтверджують високий рівень соціальної ексклюзії та адміністративної вразливості осіб без домівки [2, 3, 7].

### **Література**

1. Cangár M. a kol. Kvalita a dlhodobá starostlivosť. Štúdiá o aspektoch kvality v dlhobej starostlivosti. Bratislava : Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, 2017. 52 s. ISBN 978-80-972551-2-1.
2. Repková K. Politika sociálnych služieb (v kocke). Prešov : Inštitút edukológie a sociálnej práce FF PU v Prešove, Prešovská univerzita v Prešove, 2012. S. 39–40. ISBN 978-80-555-0621-0.
3. Žišková J. a kol. Stratégia riešenia problematiky ľudí bez domova na území mesta Trnavy na roky 2017 – 2020 s výhľadom do roku 2025. Trnava, 2017. 55 s. URL: <https://www.trnava.sk/userfiles/file/Strat%C3%A9gia%20rie%C5%A1enia%20problematicky%20%20BEud%C3%AD%20bez%20domova%20v%20Trnave%202017%20-%202020.pdf>
4. Nestler E. J. The Neurobiology of Cocaine Addiction. Sci Pract Perspect. 2005. Vol. 3, no. 1. P. 4–10. DOI: <https://doi.org/10.1151/spp05314>
5. Blinka L. a kol. Online závislosti. Praha : Grada Publishing, a.s., 2015. 200 s. ISBN 978-80-271-0991-3.

6. OECD. Social Protection and Inclusion Policies in OECD Countries. Paris : OECD Publishing, 2020.
7. World Health Organization. Social Determinants of Health. Geneva : World Health Organization, 2014.
8. World Health Organization. Global Report on Social Determinants of Health Equity. Geneva : World Health Organization, 2022.
9. United Nations. World Social Report 2020: Inequality in a Rapidly Changing World. New York : United Nations, 2020.
10. United Nations. World Social Protection Report 2020–2022. Geneva : United Nations, 2021.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5th ed., text revision. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2022.
12. Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení (Slovenská republika). URL: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2003/461/>
13. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (Slovenská republika). URL: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2008/448/>
14. Ivanková, V., Bárta, R. Manažment zabezpečenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti pri plánovanom prepustení staršieho pacienta z ústavnej starostlivosti = *Management of health and social care in the planned discharge of an elderly patient from constitutional care*. In: Interdisciplinárna spolupráca v pomáhajúcich profesiách v kontexte starostlivosti o seniorov: zborník vedecko-výskumných prác pri príležitosti Medzinárodného dňa seniorov (1. október 2023) [elektronický dokument]. 2023. S. 52–61. ISBN 978-86-82536-01-7.
15. Barkasi, D. Sociálna situácia ľudí bez domova v meste Michalovce. In: Vancáková, S. *Človek na periférii spoločnosti. Riešenie krízových situácií*: zborník V. medzinárodnej vedeckej konferencie. Košice: Občianske združenie Maják nádeje, 2019. S. 96–105. ISBN 978-80-89937-15-8.
16. Belovičová M., Popovičová M., Nemčíková M. Aktuálna situácia vo výskyte hepatitídy C v resocializačných zariadeniach východného Slovenska. Programový zborník s abstrakty. XLVIII. Májové hepatologické dny. Výročný kongres České hepatologické spoločnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí (ON-LINE, 12–14 května 2021). 2021. S. 37–38. ISBN 978-80-906981-3-0.
17. Noga V., Kenderešová E. Sociálne determinanty zdravia a ich interpretácia v kontexte sociálnej náuky cirkvi. *Ružomerské zdravotnícke dni 2025 – XIX. ročník. Zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie* / eds. J. Babečka, L. Zastko. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, VERBUM – vydavateľstvo KU, 2025. S. 88–98. ISBN 978-80-561-1195-6.
18. Kenderešová, E. 2021. Hedonistický spôsob života. In: Zborník vedeckých prác – Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu 2021. Warszawa: Collegium Humanum Warsaw Management University, 2022. 568 s. ISBN: 978-83-958245-5-5.

# PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR INTERNALLY DISPLACED PERSONS AS A KEY SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH IN THE CONTEXT OF CRISIS CHALLENGES

*Mishchenko O. M.<sup>1</sup>, Mishchenko M. M.<sup>2</sup>, Voloshyna S. L.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Educational and Scientific Medical Institute of NTU “KhPI”*

<sup>2</sup>*Kharkiv National Medical University*

**Keywords:** social determinants of health, psychosocial support, internally displaced persons, vulnerable population groups, mental health, social protection, gender aspects

**Relevance of the problem.** Social determinants of health play a leading role in shaping the physical and mental well-being of the population, especially under conditions of socioeconomic instability and armed conflicts. Internally displaced persons (IDPs) belong to the most vulnerable social groups, as they experience loss of housing, social ties, stable income, and access to health and social services. Research evidence indicates that psychosocial factors, including chronic stress, anxiety, and depression, significantly worsen the health status of IDPs and reduce their adaptive capacity. In this context, psychosocial support is considered one of the key instruments of the modern social protection and public health system.

**Purpose of the study.** To analyze the role of psychosocial support as a social determinant of health among internally displaced persons and to substantiate the need for integrated approaches to social protection for vulnerable population groups.

**Materials and methods.** The methodological framework of the study was based on methods of system analysis and synthesis, content analysis of scientific publications, and generalization of findings from contemporary international research. The results of epidemiological and socio-psychological studies addressing the impact of psychosocial factors on the health of IDPs were analyzed. The scientific literature search and source analysis were conducted for the period 2020–2024.

**Results of the study.** The analysis of current scientific evidence demonstrated that psychosocial factors are key social determinants of health for IDPs and other vulnerable population groups. It was shown that prolonged exposure to stress-related events, including forced displacement, loss of social status, housing, and stable income, is significantly associated with an increased risk of depressive, anxiety, and post-traumatic stress disorders, as well as with deterioration of somatic health [1].

The obtained results indicate that insufficient psychosocial support correlates with reduced quality of life, social isolation, and limited access to health care systems, which in turn exacerbates health inequalities between different social groups [2]. Women, older adults, and families with children are particularly vulnerable, as the interaction of gender-related and socioeconomic factors substantially intensifies the negative effects of psycho-emotional stress.

An analysis of international research findings showed that the implementation of comprehensive psychosocial support programs combining psychological

counseling, social case management, and community-based support contributes to a reduction in anxiety and depressive symptoms, enhances psychological resilience, and facilitates the restoration of social functioning among IDPs [3]. At the same time, interdisciplinary care models integrating medical, social, and psychosocial services are the most effective.

It was also established that regional differences in access to social and health care services have a significant impact on psychosocial adaptation outcomes among vulnerable groups. Regions with well-developed networks of community-based and non-governmental organizations demonstrate better indicators of mental health and social integration of IDPs compared to regions with limited resources [4]. This emphasizes the importance of considering the territorial context when designing social protection programs.

Thus, the obtained results confirm that psychosocial support is not merely an auxiliary component but a key element of the social protection system, directly influencing health status, social stability, and overall well-being of vulnerable population groups in the context of contemporary crisis challenges [5].

**Conclusions.** Psychosocial support is an important social determinant of health for internally displaced persons and should be regarded as a priority area of modern social policy. The development and implementation of integrated social protection models that take into account the needs of vulnerable groups, as well as regional and gender-specific aspects, will contribute to improving population health and social well-being under crisis conditions.

## References

1. Charlson F., van Ommeren M., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H., Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019. Vol. 394, No. 10194. P. 240–248. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
2. Fancourt D., Steptoe A., Bu F. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet Psychiatry*. 2021. Vol. 8, No. 2. P. 141–149. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30482-X.
3. Greenberg N., Rafferty L. Post-traumatic stress disorder in the aftermath of COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*. 2021. Vol. 20, No. 1. P. 53–54. DOI: 10.1002/wps.20838.
4. Lugo-Candelas C., Corbeil T., Wall M., Posner J., Bird H., Canino G., Fisher P. W., Suglia S. F., Duarte C. S. ADHD and risk for subsequent adverse childhood experiences: understanding the cycle of adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2021. Vol. 62, No. 8. P. 971–978. DOI: 10.1111/jcpp.13352.
5. Olatunji B. O., Christian C., Strachan E., Levinson C. A. Central and peripheral symptoms in network analysis are differentially heritable: a twin study of anxious misery. *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 274. P. 986–994. DOI: 10.1016/j.jad.2020.05.045.

## OPTIMIZATION OF PREHOSPITAL CARE ALGORITHMS IN CASES OF MASS CASUALTIES AMONG THE CIVILIAN POPULATION

*Yerokhova H.A., Martynenko N.M.*

*Kharkiv National Medical University*

**Keywords:** prehospital stage, combat trauma, medical triage, interagency cooperation, resource scarcity, public health, social medicine.

**Introduction.** Modern armed conflicts are characterized by the high intensity of long-range weapons, leading to a significant number of casualties among the civilian population. Mass casualty incidents are accompanied by polytrauma, blast injuries, and thermal burns, requiring immediate intervention at the prehospital stage [1]. Under such conditions, the Emergency Medical Services (EMS) system faces challenges that exceed standard peacetime protocols: disruption of logistics routes, overburdening of dispatch centers, and the necessity to operate under the threat of secondary strikes. From the perspective of social medicine, the effective organization of EMS is a strategic tool for preserving the country's labor potential and reducing the disability rate among the population [5].

**Aim of publication.** To conduct a comprehensive analysis of the specifics of EMS organization during prolonged emergency situations and to develop proposals for optimizing its operational algorithms to enhance the resilience of the healthcare system.

**Materials and Methods.** The study is based on a systems approach and content analysis of Ukraine's regulatory and legal framework [3], statistical data on the structure of combat trauma among civilians, and scientific works by domestic and foreign specialists from the 2023–2025 period. Methods of logical generalization and comparative analysis of international standards (WHO, TECC) were applied.

**Results and Discussion.** The analysis of EMS operations in crisis conditions allowed for the identification of four critical optimization vectors essential for social medicine:

1. *Modification of algorithms in “resource scarcity” situations:* in peacetime, the EMS model is oriented toward an individual approach to every patient. However, wartime conditions dictate a transition to disaster medicine principles. This involves adapting equipment lists for medical teams (shifting focus to massive hemorrhage control and airway management) and forming backup mobile groups capable of deploying to high-pressure zones.

2. *Medical triage as a tool for social justice:* with the simultaneous arrival of dozens of casualties, triage becomes a key ethical and organizational mechanism. Utilizing protocols (e.g., START or SALT) allows for the most efficient distribution of limited team resources to save the greatest number of lives, which is a public health priority [2].

3. *Interagency coordination and the “unified medical space” concept*: During hostilities, the boundary between civilian and military medicine becomes fluid. Optimization involves: creating unified interaction protocols with State Emergency Service paramedics and military medics (MedEvac); using secure communication tools to coordinate the hospitalization of victims into specialized facilities (trauma centers, burn units); and involving primary healthcare in treating "minor" casualties to offload the EMS system.

4. *Psychological resilience and specialized staff training*: operating under constant stress requires the implementation of psychological support programs for personnel (debriefings) and regular training with mass casualty simulations. It is vital to ensure every worker is trained according to TECC (Tactical Emergency Casualty Care) standards, adapted for civilian teams in frontline zones [4].

**Conclusions.** The optimization of prehospital care in wartime is a multifaceted process involving medical, managerial, and logistical solutions. Transitioning to flexible triage algorithms, strengthening interagency coordination, and adapting to resource scarcity allow the healthcare system to maintain resilience. Implementing the proposed directions contributes to minimizing permanent losses among the civilian population and reduces the burden of state social costs for the subsequent rehabilitation of victims.

## References

1. Гур'єв С. О., Кушнір В. А., Соловйов О. С. Особливості надання екстреної медичної допомоги в умовах воєнного стану: організаційно-управлінський аспект. *Український науково-практичний центр ЕМД та МК*. 2023. С. 45–52.
2. Роцін Г. Г., Дорош В. М. Стратегія медичного сортування при масових ураженнях в умовах збройних конфліктів. *Медицина невідкладних станів*. 2024. Т. 20, № 1. С. 12–18.
3. Порядок організації надання медичної допомоги постраждалим внаслідок НС та під час дії воєнного стану : Наказ МОЗ України від 25.01.2024 р. № 124.
4. World Health Organization. *Emergency medical services systems in conflict settings: clinical and operational guidelines*. Geneva : WHO, 2024. 112 p.
5. Скалецький Ю. М., Кононенко В. В. Соціальна медицина та управління охороною здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій воєнного характеру. Київ : Медкнига, 2023. 240 с.

## ПРОФЕСІЙНА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У СФЕРІ ЕСТЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ: РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ АСПЕКТ

*Аль Брісмаві Н. В.*

*Житомирський медичний інститут ЖОР*

**Ключові слова:** медична сестра, естетична медицина, реабілітація, сестринський догляд, косметологічні процедури

**Актуальність теми:** Сучасна естетична медицина є одним із найбільш динамічних напрямів розвитку системи охорони здоров'я, що поєднує досягнення клінічної медицини, дерматології, психології та медсестринства з метою покращення зовнішнього вигляду й психоемоційного стану пацієнтів [1; 2]. Інвазивна косметологія, яка включає ін'єкційні та апаратні методи корекції, демонструє стійку тенденцію до зростання у світовій медичній практиці. За даними Міжнародного товариства естетичної пластичної хірургії (ISAPS, 2023), кількість інвазивних косметологічних процедур за останні п'ять років зросла більш ніж на 30 %, із щорічним приростом у середньому 10–15 % [4].

В Україні також спостерігається активний розвиток сфери естетичної медицини та збільшення кількості закладів, що надають косметологічні послуги. Водночас питання забезпечення якісного післяпроцедурного догляду, профілактики можливих ускладнень та організації ефективної реабілітації пацієнтів залишаються актуальними [2; 3]. У цьому контексті зростає значення професійної діяльності медичної сестри як ключової складової мультидисциплінарної команди.

Саме медична сестра забезпечує безперервність лікувально-діагностичного процесу, здійснює моніторинг стану пацієнта у післяпроцедурний період, контролює дотримання рекомендацій та своєчасно виявляє можливі ускладнення. Рівень її професійної компетентності безпосередньо впливає на безпеку та ефективність естетичних втручань, швидкість відновлення пацієнтів і формування довіри до медичних послуг у сфері естетичної медицини [1; 5].

**Мета дослідження.** Обґрунтувати професійну роль медичної сестри у сфері естетичної медицини та визначити основні напрями вдосконалення сестринського догляду під час реабілітації пацієнтів після інвазивних косметологічних процедур.

**Матеріали та методи.** У процесі підготовки тез використано бібліосемантичний, аналітичний, порівняльний та системно-структурний методи дослідження. Проаналізовано сучасні вітчизняні та зарубіжні наукові джерела 2020–2024 років, рекомендації міжнародних професійних асоціацій (ISAPS,

BACN), а також матеріали, що висвітлюють особливості організації сестринського догляду у сфері естетичної медицини [2; 4; 5].

**Результати та їх обговорення.** Реабілітація після інвазивних косметологічних втручань потребує комплексного та системного підходу, що охоплює клінічний, психологічний і освітній компоненти медичного супроводу [3]. У сучасній практиці естетичної медицини медична сестра виконує багатогранні функції, поєднуючи клінічні, організаційні, комунікативні та освітні аспекти професійної діяльності [2]. Вона є ключовою ланкою між пацієнтом і лікарем-косметологом, забезпечуючи безперервність лікувально-реабілітаційного процесу та належну якість післяпроцедурного догляду.

Серед найпоширеніших ускладнень після інвазивних косметологічних процедур відзначають гематоми, набряки, еритему, локальні запальні реакції та порушення мікроциркуляції [3; 5]. Своєчасне виявлення й корекція таких станів належать до професійних компетентностей медичної сестри. У клінічному аспекті її діяльність спрямована на моніторинг стану шкіри та загального самопочуття пацієнта, контроль життєвих показників, дотримання стандартів асептики й антисептики, обробку місць ін'єкцій і застосування місцевих профілактичних засобів. Важливе значення має ведення медичної документації, фіксація результатів процедур і фотофіксація динаміки змін, що дозволяє об'єктивно оцінювати ефективність втручань і своєчасно інформувати лікаря про можливі ускладнення [1; 2].

У практиці естетичної медицини доцільно виділяти три основні етапи сестринського догляду: передпроцедурний, післяпроцедурний і контрольний. На кожному з них медична сестра виконує відповідні функції: підготовку пацієнта до процедури, інформування щодо особливостей післяпроцедурного режиму, спостереження за перебігом відновлення, оцінку реакцій організму та корекцію догляду відповідно до клінічного стану пацієнта.

У комунікативному вимірі медична сестра виступає посередником між пацієнтом і медичною командою. Вона забезпечує надання чітких рекомендацій щодо домашнього догляду, режиму фізичної активності, використання косметичних і дерматологічних засобів. Формування довірливих взаємин із пацієнтом сприяє підвищенню його прихильності до виконання медичних рекомендацій і позитивно впливає на кінцевий результат лікування.

Психологічна підтримка є невід'ємною складовою сестринського супроводу. Медична сестра допомагає зменшити рівень тривожності пацієнта, попереджає виникнення негативних емоційних реакцій, пов'язаних із тимчасовими змінами зовнішності, формує позитивне ставлення до процесу відновлення. Освітня функція передбачає надання доказової інформації щодо особливостей реабілітаційного періоду, принципів раціонального догляду за шкірою, режиму харчування та здорового способу життя, що сприяє стабілізації результатів естетичних втручань.

У міжнародній практиці роль медичної сестри у сфері естетичної медицини розширюється до функцій координатора процесу догляду, консультанта з профілактики ускладнень і наставника пацієнта у період

реабілітації [4; 5]. В українських умовах така модель професійної діяльності перебуває на етапі становлення, однак її впровадження вже демонструє позитивні результати щодо підвищення якості реабілітаційного супроводу, зниження частоти післяпроцедурних ускладнень і зростання рівня задоволеності пацієнтів медичними послугами у сфері естетичної медицини.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Професійна діяльність медичної сестри у сфері естетичної медицини виходить за межі традиційного догляду та охоплює клінічні, організаційні й реабілітаційні аспекти медичного супроводу. Її компетентність визначає безпеку інвазивних процедур, ефективність відновлення та рівень задоволеності пацієнтів результатами лікування [2].

Перспективи подальших досліджень доцільно спрямувати на стандартизацію протоколів сестринського догляду, удосконалення освітніх програм підготовки медичних сестер і впровадження доказових підходів до організації реабілітаційного супроводу пацієнтів після інвазивних косметологічних процедур [1; 3; 5].

## Література

1. Гонтарук О. В., Коваль О. С. Основи медичної косметології: посібник для медсестер. Львів: Сполом, 2022. 262 с.
2. Федорчук Н. І. Медсестринство в естетичній медицині. Тернопіль: ТДМУ, 2020. 212 с.
3. Мельник Т. С. Реабілітація після косметологічних втручань. Дніпро: ДДМУ, 2022. 176 с.
4. Beverly Hills Surgical Aftercare. The Essential Role of Aftercare Nursing. 2023. URL: <https://www.beverlyhillssurgicalaftercare.com/>
5. Zins J. E., Morrison C. M. The Role of the Nurse in Facial Aesthetic Surgery. *Aesthetic Surgery Journal*. 2021. Vol. 41, no.6. P. 742–748.

## ЗАХОДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ПІДТРИМКИ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ

*Антал Н. М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** грудне вигодовування, охорона здоров'я, громадське здоров'я, Baby-Friendly Hospital Initiative, політика охорони материнства та дитинства

**Актуальність проблеми.** Грудне вигодовування є одним із найефективніших та економічно доцільних заходів профілактики захворювань, а також ключовим чинником збереження та зміцнення здоров'я матері й дитини. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та ЮНІСЕФ, у багатьох країнах, зокрема в Україні, рівень грудного вигодовування залишається нижчим за рекомендовані показники. Грудне вигодовування має доведений позитивний вплив на здоров'я дітей, сприяючи зниженню частоти інфекційних і неінфекційних захворювань як у дитячому, так і в дорослому віці. У жінок, які годували грудьми, відзначається зменшення ризику розвитку раку молочної залози та яєчників, артеріальної гіпертензії, серцево-судинних захворювань і цукрового діабету. Ефективність впливу грудного вигодовування на здоров'я матері та дитини значною мірою визначається своєчасністю початку прикладання до грудей, тривалістю вигодовування та дотриманням сучасних рекомендацій [1].

На поширеність та тривалість грудного вигодовування негативно впливають соціально-економічні умови, агресивний маркетинг замінників грудного молока, недостатня підготовка медичних працівників та обмежена інституційна і соціальна підтримка матерів. В умовах сучасних викликів, зокрема гуманітарної кризи та воєнного стану, питання впровадження ефективних заходів системи охорони здоров'я, спрямованих на підтримку грудного вигодовування, набуває особливої актуальності з позицій громадського здоров'я.

**Мета дослідження.** Аналіз заходів системи охорони здоров'я, спрямованих на підтримку грудного вигодовування, та оцінка їх ролі у збереженні здоров'я матері й дитини.

**Матеріали та методи.** Аналітичне узагальнення виконано на основі огляду наукових публікацій, міжнародних рекомендацій ВООЗ і ЮНІСЕФ. Застосовано методи аналізу, порівняльного узагальнення та логіко-аналітичного підходу.

**Результати дослідження.** Аналіз наукових даних свідчить, що грудне вигодовування з моменту народження та його продовження до двох років і більше, за умови виключно грудного вигодовування протягом перших шести місяців життя, має значні переваги для здоров'я як немовляти, так і матері. Грудне молоко є оптимальним харчуванням для дитини раннього віку,

забезпечуючи її всіма необхідними поживними речовинами, а також містить імунологічні та біологічно активні компоненти, відсутні у промислових замінниках грудного молока, що сприяють захисту від інфекційних захворювань і формуванню здорової мікробіоти кишечника [2].

Згідно з результатами публікації *The Current State of Breastfeeding in Ukraine: An Interview With Lidiia Romanenko and Olha Shlemkevych*, сучасна ситуація з грудним вигодовуванням в Україні характеризується недостатнім рівнем системної підтримки матерів з боку закладів охорони здоров'я та суспільства. Автори наголошують на необхідності посилення інформаційно-просвітницьких заходів, підвищення рівня підготовки медичних працівників та створення сприятливого соціального середовища, а також координації дій між державними структурами, громадськими організаціями та сім'ями для покращення практик грудного вигодовування.

Встановлено, що впровадження *Ініціативи з підтримки грудного вигодовування*, заснованої на принципах «Десяти кроків успішного грудного вигодовування», розпочалося в Україні у 1996 році, а з 2001 року активно реалізується в закладах охорони здоров'я матері та дитини. До 2014 року мережа центрів підтримки грудного вигодовування функціонувала у всіх регіонах України, охоплюючи пологові будинки, дитячі лікарні, амбулаторні заклади та жіночі консультації [3].

У зазначеній публікації детально описано організаційні заходи з підтримки грудного вигодовування, зокрема дотримання «теплого ланцюга» та забезпечення раннього контакту «шкіра до шкіри», що сприяє своєчасному початку грудного вигодовування та стабільному стану новонароджених. До ключових практик належать оптимальні умови у пологовому залі, раннє прикладання до грудей, спільне перебування матері та дитини, відстрочення рутинних процедур та належна підтримка у разі медичних втручань.

За наявними даними, до повномасштабної війни 92% новонароджених в Україні розпочинали грудне вигодовування у першу годину життя, 56% дітей перебували на виключно грудному вигодовуванні до шести місяців, а близько 25% отримували грудне молоко до одного року і більше. У закладах охорони здоров'я впроваджувалися родинні пологи, тривалий контакт «шкіра до шкіри», консультаційна підтримка та групи взаємодопомоги для матерів.

Під час воєнних дій значення грудного вигодовування суттєво зросло, оскільки грудне молоко стало найбезпечнішим та доступним джерелом харчування для немовлят у ситуаціях евакуації та перебування у бомбосховищах. За відсутності можливості грудного вигодовування застосовувалися заходи контрольованого штучного вигодовування з урахуванням вимог безпеки. Окремо підкреслюється необхідність психологічної підтримки матерів та роль громадських і міжнародних організацій у збереженні практик грудного вигодовування в кризових умовах.

Порівняльний аналіз впровадження Глобальної стратегії з харчування немовлят та дітей раннього віку в країнах Європи, включно з Україною, засвідчив значну варіабельність результатів. Ключовими чинниками успіху

визначено стале урядове лідерство, наявність національного координуючого органу, ефективні механізми моніторингу та оцінки, дотримання Міжнародного кодексу з маркетингу заміників грудного молока, реалізацію Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини», а також сприятливі культурні традиції. Основними перешкодами залишаються недостатнє нормативне забезпечення, вплив комерційних інтересів та соціокультурні установки, що знижують цінність грудного вигодовування [4].

Результати дослідження *Majer J. et al. (2024) Infant and young child feeding practices among conflict-affected Ukrainian households* підтверджують відносну стабільність показників грудного вигодовування в Україні попри тривалу кризу та воєнні умови. За даними опитування 724 дітей віком 0–23 місяці у трьох регіонах України, виключно грудне вигодовування отримували 51% немовлят, а ранній початок грудного вигодовування відзначено у 65% випадків. Виявлено негативний зв'язок між отриманням заміників грудного молока як гуманітарної допомоги та показниками виключно грудного і тривалого грудного вигодовування. Освіта матері визначена як значущий чинник формування оптимальних практик годування. Отримані дані підкреслюють необхідність дотримання національних і міжнародних рекомендацій щодо підтримки грудного вигодовування та раціонального використання заміників грудного молока [4].

Висновки. Грудне вигодовування є ефективним і науково обґрунтованим заходом збереження здоров'я матері та дитини. Аналіз засвідчив, що системна підтримка грудного вигодовування з боку системи охорони здоров'я, дотримання міжнародних рекомендацій ВООЗ і ЮНІСЕФ та належна підготовка медичних працівників мають вирішальне значення для збереження і поширення практик грудного вигодовування, зокрема в умовах гуманітарних і воєнних криз. Подальше зміцнення національних програм підтримки грудного вигодовування є важливим пріоритетом громадського здоров'я в Україні.

## Література

1. Kornash I. I., Brych V. V. Breastfeeding support as a public health need. *Ukraine. nation's health*. 2024. No. 1. P. 22–27. DOI:10.32782/2077-6594/2024.1/04.
2. Infant and young child feeding practices among conflict-affected Ukrainian households: A cross-sectional survey in Kyiv, Lviv and Odesa regions / J. Majer et al. *Maternal & child nutrition*. 2024. DOI:10.1111/mcn.13742.
3. Infant feeding policies and monitoring systems: A qualitative study of European Countries / H. Gray et al. *Maternal & child nutrition*. 2022. DOI:10.1111/mcn.13425.
4. Romanenko L., Shlemkevych O., Arendt M. The current state of breastfeeding in ukraine: an interview with lidia romanenko and olha shlemkevych. *Journal of human lactation*. 2023. P. 089033442211364. DOI:10.1177/08903344221136477.

## СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Березовська О. М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** епідеміологія, інфекційні захворювання, війна, імунізація, діти

**Актуальність проблеми.** Згідно статистики, у світі від збройних конфліктів страждає кожна десята дитина. Наслідки цих конфліктів можуть бути як прямими, які включають смерть, травматизацію, так і непрямими. Непрямі наслідки пов'язані з такими факторами, як неприйнятні та небезпечні умови життя, руйнування інфраструктури, екологічні небезпеки, переміщення, розлучення з родиною тощо. Збройні конфлікти створюють умови, за яких функціонування системи громадського здоров'я утруднюється, зокрема спостереження за станом здоров'я населення, розслідування спалахів захворювань, доставка вакцин. Це призводить до зростання інфекційної захворюваності, особливо серед дітей, спалахів вакцинокерованих захворювань [1]. Причому, підвищення рівня інфекційної захворюваності та смертності серед дітей може спостерігатися ще тривалий час після закінчення активного конфлікту [2].

**Мета дослідження.** Метою дослідження є аналіз сучасних викликів епідеміології інфекційних захворювань у дітей в умовах війни та визначення пріоритетних напрямків профілактики й контролю інфекцій.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз зарубіжних наукових публікацій за останні десять років, які стосуються особливостей виникнення і поширення інфекційних захворювань у дітей в умовах воєнних конфліктів, шляхом інформаційного пошуку в електронній базі даних PubMed.

**Результати дослідження.** В умовах війни інфекції дихальних шляхів, діарея, лихоманка та малярія набувають значного поширення і нерідко мають летальні наслідки серед дітей [3].

Військові дії спричиняють переміщення населення, в першу чергу дітей та підлітків. Це створює каскад наслідків для здоров'я населення та труднощі для моніторингу та контролю дитячих інфекційних захворювань [4]. Внаслідок збройного конфлікту виникає середовище, яке сприяє поширенню інфекційних захворювань. Зокрема, виникає руйнування інфраструктури охорони здоров'я, забруднення джерел води, проблеми з постачанням продовольства. Провідними факторами виникнення інфекційної захворюваності серед дітей є неможливість проведення планової імунізації, скупченість внаслідок переміщення та недоїдання [5]. Внаслідок недоїдання відбуваються зміни імунної відповіді та підвищується сприйнятливість до інфекцій [6].

Як показує історія, конфлікти на Близькому Сході спричинили спалахи холери, кору, поліомієліту, дифтерії, шкірного лейшманіозу [5]. У збройних конфліктах у період до Другої світової війни рівень смертності від інфекційних захворювань був вищим, ніж від самих збройних дій. Зокрема, малярія залишила свій слід в історії [7]. Наслідком конфлікту в Сирії стало порушення роботи системи охорони здоров'я, в тому числі заходів з вакцинації населення. Це спричинило епідемію кору: у період з січня 2015 року по червень 2019 року було зареєстровано 30241 випадок кору [8].

Заходи з розпізнавання спалахів інфекційних захворювань та швидкого реагування на них є надзвичайно важливими. Ключова роль належить організації базової імунізації дітей в цих умовах [2].

Збройні конфлікти мають безпосередній вплив на медичне обслуговування та планову імунізацію дітей. За словами професора José Manuel Barroso «Вакцини належать до найефективніших та економічно вигідних заходів у сфері охорони здоров'я та розвитку, доступних сьогодні» [9].

Одним із перспективних способів надання медичної допомоги постраждалим внаслідок збройного конфлікту в сучасних умовах є використання телемедицини. Дослідження, проведене серед суданських педіатрів, показало що 353 дитини, які постраждали внаслідок збройних конфліктів у Судані в 2023 році, отримали якісні телемедичні консультації лікарів, які були змушені виїхати за межі країни, з позитивними клінічними результатами [10].

В умовах збройних конфліктів необхідно забезпечити лікування поточних спалахів інфекційних захворювань та зміцнення системи охорони здоров'я з метою запобігання майбутнім спалахам. Епідеміологічний нагляд може бути забезпечений завдяки швидким мультиплексним молекулярним тестам. Антимікробні препарати першої лінії мають бути загальнодоступними. Також не менш значимим є відновлення систем водопостачання та забезпечення належного харчування, запобігання голоду [11].

**Висновки.** Військові конфлікти мають значний вплив на епідеміологічні процеси та сприяють поширенню інфекційних захворювань серед дитячого населення. Основними детермінантами погіршення епідемічної ситуації є порушення функціонування системи громадського здоров'я, погіршення санітарно-епідеміологічних умов, обмеження доступності медичної допомоги та труднощі з організацією планової імунізації дітей. В умовах війни пріоритетними напрямками профілактики й контролю інфекційних захворювань є оптимізація заходів громадського здоров'я, впровадження протиепідемічних інтервенцій з метою запобігання спалахам інфекційних захворювань, забезпечення належного медичного обслуговування населення та підтримка планової вакцинації дитячого населення.

## Література

1. The Effects of Armed Conflict on Children / A. Kadir et al. *Pediatrics*. 2018. Vol. 142, no. 6. P. e20182586. URL: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2586>
2. Pediatric Infectious Diseases Encountered During Wartime—Part 1: Experiences and Lessons Learned From Armed Conflict in the Modern Era / M. Ottolini et al. *Current Infectious Disease Reports*. 2021. Vol. 23, no. 12. URL: <https://doi.org/10.1007/s11908-021-00770-1>
3. Kadir A., Shenoda S., Goldhagen J. Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review. *PLOS ONE*. 2019. Vol. 14, no. 1. P. e0210071. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210071>
4. Cascading Risks for Preventable Infectious Diseases in Children and Adolescents during the 2022 Invasion of Ukraine / A. Maggioni et al. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, no. 12. P. 7005. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph19127005>
5. Emerging outbreaks associated with conflict and failing healthcare systems in the Middle East / I. I. Raad et al. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2018. Vol. 39, no. 10. P. 1230–1236. URL: <https://doi.org/10.1017/ice.2018.177>
6. Correlation of Cytokines with Parasitic Infections, Undernutrition and Micronutrient Deficiency among Schoolchildren in Rural Tanzania: A Cross-Sectional Study / E. C. Mrimi et al. *Nutrients*. 2023. Vol. 15, no. 8. P. 1916. URL: <https://doi.org/10.3390/nu15081916>
7. Mertens J. E. A History of Malaria and Conflict. *Parasitology Research*. 2024. Vol. 123, no. 3. URL: <https://doi.org/10.1007/s00436-024-08167-4>
8. Measles in conflict-affected northern Syria: results from an ongoing outbreak surveillance program / S. Mehtar et al. *Conflict and Health*. 2021. Vol. 15, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00430-0>
9. Pio I. Systematic review on the dynamics of vaccination coverage in the context of armed conflict: analysis of the vaccination coverage for children’s routine immunization in relation to the evolution of armed conflicts. *F1000Research*. 2025. URL: <https://doi.org/10.12688/f1000research.162926.1>
10. Salih K. M. A. Experience and perspectives of Sudanese pediatricians in delivering telemedicine services to children during armed conflict in Sudan. *BMC Health Services Research*. 2025. Vol. 25, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13496-w>
11. Conflicts in Gaza and around the world create a perfect storm for infectious disease outbreaks / J. E. Kearney et al. *PLOS Global Public Health*. 2024. Vol. 4, no. 2. P. e0002927. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002927>

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я» В РАМКАХ ПІДГОТОВКИ ПРОФЕСІОНАЛІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Білак-Лук'ячук В.Й.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** громадське здоров'я, моніторинг і оцінка, індикатори ефективності, теорія змін, візуалізація даних

**Актуальність.** Моніторинг і оцінка (МіО) не є суто технічною дисципліною. У системі громадського здоров'я вона поєднує епідеміологію, біостатистику, соціологію та менеджмент. Головна особливість викладання полягає у формуванні у здобувачів вищої освіти системного мислення: вміння бачити зв'язок між конкретним заходом (інтервенцією) та довгостроковими показниками здоров'я нації. Сучасна система громадського здоров'я (ГЗ) в Україні переходить від моделі адміністративного контролю до моделі управління, що базується на доказах (evidence-based management). У цьому контексті «Моніторинг і оцінка» (МіО) перестає бути допоміжною функцією і стає центральним інструментом прийняття рішень. Викладання цього предмету вимагає специфічних підходів, оскільки професіонал із ГЗ має не просто збирати статистику, а оцінювати ефективність втручань на рівні популяцій.

**Мета:** проаналізувати основні зміни та вимоги до викладання дисципліни «Моніторинг і оцінка в системі громадського здоров'я» в умовах реформування галузі.

**Матеріали та методи.** У ході виконання роботи було використано доступні інформаційні ресурси та результати власних спостережень та напрацювань за темою дослідження. Базуючись на системному підході використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

**Результати.** Основні підходи та принципи викладання предмету «Моніторинг і оцінка в системі громадського здоров'я», що набули особливої актуальності в умовах реформування галузі охорони здоров'я, для наочності та зручності краще структурувати на наступні блоки:

*Міждисциплінарний характер курсу* – важливою особливістю дисципліни є її синтетичність. Вона знаходиться на перетині кількох галузей, що, в свою чергу, вимагає інтегрованого підходу, який включатиме епідеміологічний аспект – навчити студентів вибору оптимальних показників як кінцевих точок оцінки (наприклад, захворюваність, смертність); соціологічний аспект – опанування методів збору якісних даних (фокус-групи, глибокі інтерв'ю тощо) для розуміння поведінкових чинників здоров'я; економічний аспект – розуміння аналізу «вартість – ефективність», що є надзвичайно важливим для планування та розподілу в умовах обмежених ресурсів у системі охорони здоров'я; управлінський аспект – використання результатів проведеної оцінки для стратегічного планування.

*Від теорії до практики – кейс-метод та реальні дані* - викладання дисципліни втрачає сенс без роботи з «живими» даними. Акцент має зміщуватися з вивчення сухих визначень та схем до аналізу реальних державних програм (наприклад, програма по запобіганню поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, програми вакцинації, послуг з підтримки ментального здоров'я тощо). Важливо навчити студентів підбору чутливих індикаторів для оцінки ефективності конкретних проєктів. Велике практичне значення має використання симуляцій, за допомогою яких студенти можуть виявити помилки в логічних моделях програм.

*Формування логічного мислення через Теорію змін (Theory of Change)* – стрижнем викладання має стати не вивчення формул, а засвоєння логіки втручання: застосування логіко-структурної матриці (*LogFrame*) – студенти вчаться розрізняти рівні індикаторів та результатів, розуміти логічний рух від Inputs (ресурси), Outputs (безпосередні продукти) до Outcomes (середньострокові зміни) та Impact (довгостроковий вплив на здоров'я населення).

Особливу увагу слід приділити проблемі «кривих» показників, коли типовою помилкою є підміна результатів процесами (наприклад, результатом вважається кількість проведених тренінгів замість зміни поведінки учасників тренінгів). Викладання має фокусуватися на критичному аналізі індикаторів на предмет їхньої валідності та надійності.

Планування політики (програми, заходу) відповідно до «теорії змін» дає змогу послідовно візуалізувати процес досягнення короткострокових, середньострокових і довгострокових результатів діяльності. У цій моделі конкретний результат логічно пов'язаний з конкретними діями, необхідними для його досягнення, та ресурсами, необхідними для виконання кожної дії. Відповідно до очікуваних результатів будується система моніторингу і оцінки результативності впровадження політики (програми, заходу). Моніторинг дає змогу простежувати використані ресурси, форми та види діяльності, а також проміжні результати впровадження політики (програми, заходу), а оцінка спрямована на визначення ефективності її реалізації, тобто короткострокових і довгострокових результатів.

Ключовим викликом є навчання студентів вибудовувати причинно-наслідкові зв'язки. Викладання має базуватися на глибокому опануванні теорії змін. Студенти мають усвідомити, що моніторинг – це не просто збір цифр, а інструмент управління, який дозволяє коригувати стратегію «тут і зараз».

*Практико-орієнтоване навчання* – викладання дисципліни неефективне без роботи з реальним сектором. Особливостями методики повинні бути: робота з «брудними» даними – у реальному житті дані часто неповні або суперечливі; студенти мають вчитися проводити верифікацію даних та працювати в умовах обмеженої інформації. Цінним є використання «кейс-стаді» – аналіз успішних та провальних міжнародних та національних програм (наприклад, програми з подолання туберкульозу, кампанії з вакцинації проти COVID-19, проєкти з ментального здоров'я). Надзвичайну ефективність показав метод «симуляція оціночного візиту» – рольова гра, де студенти виступають у ролі зовнішніх оцінювачів, вчаться збирати докази та формулювати рекомендації, що будуть надані виконавцям програм.

Цифрова грамотність та інструментарій – на сучасному етапі професіонал з громадського здоров'я повинен володіти цифровими інструментами. Тому у навчальний план важливо інтегрувати інструменти збору даних, ознайомлення з сучасними платформами такими, як Google Forms або спеціалізованими системами, які є стандартом у багатьох країнах. Не менш важливим є володіння сучасними методами візуалізації даних – створення дашбордів та інфографіки. Результати моніторингу і оцінки мають бути зрозумілими для політиків та громади, а не лише для вузького кола аналітиків.

*Етичні та політичні аспекти оцінки* – особливий акцент при викладанні дисципліни слід приділити етичним питанням. Зокрема, дотримання конфіденційності, особливо в роботі з уразливими групами населення (ВІЛ-позитивні, люди з залежностями, внутрішньо переміщені особи), та при роботі в сфері фінансового моніторингу. Слід акцентувати увагу на незалежності оцінювача – обговорення конфлікту інтересів, коли замовник оцінки завідомо очікує лише позитивних результатів. Фахівці мають бути готові до професійної стійкості у представленні об'єктивних, навіть якщо вони «незручні», фактів. Оцінка часто є політично чутливою – важливо навчити майбутніх працівників системи громадського здоров'я принципам об'єктивності, конфіденційності даних та етики. Викладання має включати дискусії про те, як реагувати на «негативні» результати оцінки та як доносити їх до зацікавлених сторін (стейкхолдерів) без втрати довіри.

*Подолання психологічного бар'єру «контролю»* - у пострадянському просторі моніторинг часто сприймається як форма ревізії чи нагляду з метою покарання. Завдання викладача – змінити парадигму сприйняття. Моніторинг і оцінка має викладатися як «Learning for Improvement» – навчання задля покращення. Студенти повинні усвідомити, що виявлення помилок у реалізації програми – це успіх оцінки, а не привід для депресії команди, адже це дозволяє вчасно змінити курс і досягнути успіху. У цьому ракурсі важливим є формування культури МіО, або іншими словами подолання сприйняття моніторингу як «контролю» або «покарання». Студенти мають вийти з розумінням того, що МіО – це культура навчання всередині організації. Це інструмент, який допомагає зрозуміти, чому програма працює або не працює, та як зробити її кращою для громади.

**Висновки.** Для покращення якості викладання предмету «Моніторинг і оцінка в системі громадського здоров'я» необхідно: залучати до викладання практиків, які безпосередньо займаються оцінкою міжнародних грантових проєктів або державних програм; створювати спільні проєкти з регіональними центрами контролю та профілактики хвороб, де студенти могли б проходити практику «в полі»; інтегрувати модулі з моніторингу і оцінки в інші клінічні та управлінські дисципліни для забезпечення наскрізності навчання. Викладання предмету «Моніторинг і оцінка в системі громадського здоров'я» в рамках підготовки професіоналів з громадського здоров'я потребує переходу від академічного лекторства до формату «майстерні». Тільки через поєднання аналітичних навичок, технічної грамотності та етичної стійкості можна виховати кадри, здатні забезпечити доказовість реформ у медичній галузі.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГЛАУКОМОЮ ЗА ДОПОМОГОЮ СТАНДАРТИЗОВАНИХ АНКЕТ

*Бобкович К. О.<sup>1</sup>, Мельник В. О.<sup>2</sup>, Ковальова А. М.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Буковинський державний медичний університет*

*<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

**Ключові слова:** глаукома, громадське здоров'я, сліпота, якість життя, депресія

**Актуальність проблеми.** Серед усіх причин в структурі офтальмологічної захворюваності глаукома постає однією з провідних в контексті широкої розповсюдженості та прогресуючого перебігу, що може призвести до незворотної сліпоти. За даними MSVI помірна втрата зору визначається як гострота зору 6/60 або краще, але <6/18; важка втрата зору - при гостроті зору 3/60 або краще, але <6/60. Сліпота визначалася як представлення гостроти зору <3/60 [8]. В Європі на глаукому страждає на 12,3 мільйона осіб, включаючи 6,9 мільйона осіб з недиагностованим захворюванням. Прогнозується, що до 2050 року це навантаження зросте на понад 1 мільйон осіб через зміну вікової структури населення, з переважанням первинної відкритокутової глаукоми [4].

**Мета дослідження** – проаналізувати сучасні аспекти глаукоми щодо оцінки впливу симптомів захворювання на якість життя пацієнтів та наявність тривожних і депресивних розлади з точки зору громадського здоров'я.

**Матеріали та методи.** У дослідженні було проаналізовано наукові джерела за останні 10 років (2015-2025pp.) щодо раннього виявлення, діагностики, лікування та оцінки якості життя пацієнтів на глаукому. Літературний скоупінг-аналіз здійснений шляхом використання міжнародних баз даних (Web of Science, Scopus, PubMed) та освітніх платформ в напрямку офтальмології (American Academy of Ophthalmology and the American Glaucoma Society, World Glaucoma Association), з використанням ключових слів: «community eye health», «glaucoma», «blindness», «disease burde», «Quality of Life» тощо.

**Результати дослідження.** Оскільки глаукома на ранніх етапах не викликає скарг у пацієнта, це призводить до прогресування захворювання, виникнення оптичної нейропатії, що може ускладнитися незворотніми змінами – атрофією зорового нерва та сліпотою. Порушення зору і, тим більше, його втрата негативно впливають на якість життя та комплаєнс пацієнта. Враховуючи високу поширеність глаукоми, значну роль відіграє економічний та соціальний фактор [5, 6]. Пацієнти з діагностованою глаукомою потребують довічного лікування та постійного моніторингу. Усі ці фактори впливають у тому числі на психологічний стан пацієнтів. Для оцінки якості життя пацієнта з глаукомою варто враховувати наступні характеристики: фізичне і психічне здоров'я, зайнятість, освіта, дозвілля, безпека навколишнього середовища, цінності та переконання.

Серед джерел літератури, що вивчають якість життя пацієнтів з глаукомою, нами було проаналізовані стандартизовані анкети, для тих хто має глаукому: Glaucoma Quality of Life-15 (GQL-15), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) та Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) [2, 7]. Анкета якості життя при глаукомі (GQL-15) розроблена для аналізу впливу глаукоми на повсякденне функціонування пацієнтів. Опитувальник складається з 15 пунктів, які відображають труднощі, пов'язані із зоровими функціями, орієнтацією в просторі, пересуванням, емоційним благополуччям. Кожне питання оцінюється за шкалою від 0 до 5, де 0 означає неможливість виконання завдання з причин, не пов'язаних із зором, 1 — відсутність труднощів, а 5 — виражені труднощі. Кінцеві результати можуть коливатися в діапазоні від 15 до 75. Більш виражені обмеження зорово-залежної діяльності і, як наслідок, нижча якість життя характеризуються вищими значеннями за результатами опитування. Анкета GQL-15 продемонструвала високу внутрішню узгодженість ( $\alpha$  Кронбаха = 0,986), що засвідчує її надійність в аналізі якості життя пацієнтів із глаукомою. Отримані результати свідчать, що зростання балів GQL-15 статистично асоціюється в обернено пропорційній залежності зі зниженням функціональної незалежності та погіршенням суб'єктивної оцінки стану здоров'я [2,7]. Генералізована шкала тривожного розладу-7 (GAD-7) застосовувалася у пацієнтів для оцінки рівня тривожних симптомів впродовж останніх двох тижнів. Опитувальник складається з 7 пунктів, кожен з яких оцінюється за шкалою від 0 до 3 (від «зовсім не турбувало» до «майже щодня»), із загальним балом від 0 до 21. Вираженість тривожних проявів знаходиться в прямо пропорційній залежності до кількості набраних балів. Надійність GAD-7 у даному дослідженні була високою ( $\alpha$  Кронбаха = 0,95). Оцінка результатів продемонструвала також прямий ваземозв'язок між підвищеними показниками тривоги та вираженістю зорових обмежень, що свідчить про тісний взаємозв'язок між прогресуванням глаукоми та психоемоційним станом [1,3]

За допомогою анкети здоров'я пацієнта-9 (PHQ-9) оцінювали тяжкість симптомів депресії. Опитувальник включає 9 пунктів, які відображають частоту проявів депресії за останні два тижні, з оцінюванням кожного пункту від 0 до 3. Загальний бал може становити від 0 до 27, де вищі значення відповідають більш вираженим депресивним симптомам. У поточному дослідженні PHQ-9 продемонструвала високу внутрішню надійність ( $\alpha$  Кронбаха = 0,968) [3]. Статистичний аналіз показав, що підвищені показники депресії частіше реєструвалися у пацієнтів із високими балами GQL-15, що підтверджує негативний вплив зорових порушень на емоційне благополуччя та загальну якість життя.

**Висновки.** Використання GQL-15 у поєднанні з GAD-7 та PHQ-9 дозволяє не лише кількісно оцінити зниження якості життя у пацієнтів із глаукомою, але й виявити супутні тривожні та депресивні розлади, що має важливе значення для комплексного підходу до ведення таких пацієнтів.

## Література

1. Alexander Christopher Rokohl et al. Psychological comorbidity in glaucoma: prevalence and impact of anxiety and depression. *Br J Ophthalmol.* 2025. Nov 20. Vol.109, Issue12. P.1351-1356. DOI: 10.1136/bjo-2025-327650
  2. Amani Abu-Shaheen et al. Vision-Related Quality of Life Among Glaucoma Patients in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2025. May. 2. Vol.25, Issue 1. P.54-65. DOI:10.18295/squmj.10.2024.051
  3. Bindu S Ajith et al. Cross sectional study of depression, anxiety and quality of life in glaucoma patients at a tertiary centre in North Kerala. *Indian J Ophthalmol.* 2022. February. Vol.70, Issue 2. P.546-551. DOI: 10.4103/ijo.IJO\_1389\_21
  4. Kelsey V. Stuart et al. Prevalence of Glaucoma in Europe and Projections to 2050: Findings from the European Eye Epidemiology Consortium. *Ophthalmology.* October 2025. Vol.132, Issue 10. P.1114-1124. DOI: 10.1016/j.ophtha.2025.06.002
  5. Matthew J Burton et al. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. *The Lancet. Global health.* April 2021. Vol 9. E489-E551. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30488-5
- Solomon Sarpong Merepa., et al. Socioeconomic Influence of Glaucoma on Patients. *EC Ophthalmology.* 2018. Vol.9, Issue 1. P.03-09. [https://www.researchgate.net/publication/337935788\\_Socioeconomic\\_Influence\\_of\\_Glaucoma\\_on\\_Patients](https://www.researchgate.net/publication/337935788_Socioeconomic_Influence_of_Glaucoma_on_Patients)
6. Vanja Kopilaš, Mirko Kopilaš. Quality of life and mental health status of glaucoma patients. *Front. Med.* June. 2024. 11. P.01-07. DOI:10.3389/fmed.2024.1402604
  7. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study & the GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators. Global estimates on the number of people blind or visually impaired by glaucoma: A meta-analysis from 2000 to 2020. *Eye.* 2024. 38. P. 2036–2046. DOI: 10.1038/s41433-024-02995-5

## РЕЖИМ І ХАРЧУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

*Бойко М. Б., Шкварок М. Г., Кокоріна С. А.*

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** післяопераційне харчування, нутрієнти, енергетичні потреби, ентеральне та парентеральне харчування, дієти за Певзнером

**Актуальність проблеми.** Раціональне харчування у післяопераційному періоді є одним із ключових чинників успішного відновлення пацієнтів після хірургічних втручань. Хірургічний стрес супроводжується вираженими метаболічними порушеннями, зокрема інсулінорезистентністю та активацією катаболічних процесів, що призводить до підвищеного розпаду білка та уповільнення регенерації тканин. Дефіцит основних нутрієнтів, порушення водно-електролітного балансу та неадекватний вибір способу годування можуть ускладнювати перебіг післяопераційного періоду, подовжувати терміни госпіталізації та підвищувати ризик ускладнень. У зв'язку з цим питання організації збалансованого харчування, вибору дієтичного режиму та сучасних стратегій нутрієнтної підтримки є надзвичайно актуальним у хірургічній практиці.

**Мета дослідження.** Метою дослідження є аналіз основних принципів післяопераційного харчування, енергетичних та водних потреб організму, способів годування хворих, а також дієтичних режимів за Певзнером і сучасних підходів до нутрієнтної підтримки з метою оптимізації відновлення пацієнтів після хірургічних втручань.

**Матеріали та методи.** У роботі використано аналіз та узагальнення наукових публікацій, клінічних рекомендацій і міжнародних стандартів.

### **Результати дослідження.**

*Загальні принципи та енергетичні потреби.* У післяопераційному періоді організм потребує збалансованого надходження нутрієнтів. Оптимальне співвідношення білків, жирів та вуглеводів становить 1:2:4 (білки — 13-17%, жири — 30-35%, вуглеводи — 50-55%) [1]. Білок є основним пластичним матеріалом для регенерації тканин та формування імунних комплексів. Його дефіцит призводить до гіпопротеїнемії та уповільнює одужання. Вуглеводи та ліпіди забезпечують енергетичні потреби. Недостатня кількість вуглеводів змушує організм утилізувати власні білки та жири, що може спричинити незворотні порушення обміну. Енергетична цінність: для хворих на ліжковому режимі добова потреба в енергії знижується до 1900–2300 Ккал. Водний режим: Добова потреба у воді становить близько 2,5 літри, з яких 1,5 літри мають надходити у вигляді вільної рідини (чай, компот тощо).

### *Способи годування хворих*

1. Природне (ентеральне): Прийом їжі через рот відповідно до призначеної дієти.

2. Штучне:

Ентеральне зондове: через шлунковий або інтестинальний зонд, а також через стоми (гастростому, єюностому).

Парентеральне: введення поживних речовин (амінокислот, жирових емульсій, глюкози) внутрішньовенно через магістральні судини.

Харчувальні клізми: використовуються рідко для введення розчинів глюкози або амінокислот у пряму кишку.

3. Комбіноване: поєднання природного та штучного шляхів.

### *Дієтичний режим за Певзнером*

У хірургічній практиці використовують систему лікувальних столів для поступового відновлення функцій ШКТ: Нульова дієта показана після операцій на органах шлунково-кишкового тракту, при напівнепритомному стані (черепно-мозкова травма). Ця дієта забезпечує мінімальне хімічне, механічне і термічне подразнення органів травлення, попереджує метеоризм і забезпечує харчувальними речовинами, коли утруднений або неможливий прийом звичайної їжі. Дієта N1-а призначається через 6 – 7 днів після операцій на шлунку з метою мінімального подразнення травного тракту при дотриманні ліжкового режиму. Їжу готують в рідкому і напіврідкому вигляді і приймають її кожні 2 – 3 години. Дієта N1 показана після операцій на шлунку як перехідне харчування від дієти N1-а до фізіологічно повноцінної їжі. Вона призначена для зменшення запальної реакції і загоєння слизової оболонки шлункового тракту шляхом обмеження термічних, хімічних і механічних подразників. Близька до дієти N1 дієта Мейленграхта, яку використовують при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Разом з лікарськими засобами ці блюда пригнічують кислу реакцію шлункового вмісту. Температура їжі не перевищує 40°C. Дієта N5-а використовується при гострому холециститі через 3 – 7 днів від початку захворювання, на 5 – 6 добу після операцій на жовчовивідних шляхах і при гострому панкреатиті. Вживається механічно і хімічно шадна їжа, що підтримує функціональний спокій всіх органів травлення. Дієта N9 показана при цукровому діабеті. Вона сприяє нормалізації вуглеводного обміну. При цій дієті енергетична цінність помірно знижена за рахунок зменшеного вмісту в їжі вуглеводів і жирів. Замість цукру і солодощів використовують замінники, помірно обмежена куховарська сіль. Дієта N11 призначається при виснаженні організму після операції або травми у разі відсутності хвороб травної системи. Вона цілеспрямована на підвищення захисних сил організму і поліпшення стану обміну. Дієта N15 використовується при різних захворюваннях, що не вимагають спеціального лікувального режиму харчування, а також в перехідний етап до звичайного харчування після використання інших дієт. Вона забезпечує фізіологічно повноцінне харчування [2].

*Фізіологічні механізми та сучасні стратегії.* Згідно з сучасними дослідженнями, хірургічний стрес провокує інсулінорезистентність та активує

катаболічні процеси. Для пом'якшення цих ефектів рекомендують: Вуглеводне навантаження за 2-3 години до операції (для зменшення післяопераційного катаболізму). Імунодієтотерапію із застосуванням аргініну, омега-3 жирних кислот та глутаміну для модуляції запальної відповіді та покращення загоєння ран. Використання сумішей з амінокислотами, зокрема лейцином, для стимуляції синтезу м'язового білка та запобігання атрофії [3].

*Режим догляду за пацієнтами зі стомами.* При штучному годуванні через гастростому чи ентеростому важливо починати введення їжі поступово (зі 100-150 мл кожні 2-3 години на другий день після операції). Особлива увага приділяється гігієні шкіри навколо стоми (обробка розчином фурациліну, нанесення пасти Лассара) для запобігання мацерації. Неспроможність швів при фіксації стоми є небезпечним ускладненням, що вимагає негайного повторного втручання [1].

**Висновки.** Рациональне післяопераційне харчування є важливим чинником успішного відновлення пацієнтів після хірургічних втручань. Збалансоване надходження нутрієнтів, правильний вибір способу годування та застосування лікувальних дієт за Певзнером сприяють зменшенню катаболічних процесів, покращенню регенерації тканин і профілактиці ускладнень. Використання сучасних стратегій нутрієнтної підтримки підвищує ефективність лікування та якість післяопераційного догляду.

## Література

1. Організація харчування хірургічних хворих. /Загальні питання ролі харчування хворих в післяопераційний період, способи годування./ URL: <https://studfile.net/preview/1902792/page:28/>.
2. Дієтичне природне ентеральне харчування хірургічного хворого. / URL: <https://studfile.net/preview/1902792/page:29/>
3. Prehabilitation Strategies: Enhancing Surgical Resilience with a Focus on Nutritional Optimization and Multimodal Interventions/ URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11932842/>

## ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Братушка Д. Ю., Мартиненко Н. М.*

*Харківський національний медичний університет*

**Ключові слова:** диджиталізація медицини, економічна ефективність, медичні інформаційні системи, оптимізація операційних витрат, рентабельність інновацій

**Актуальність проблеми.** Медицина ХХІ століття відзначається активним впровадженням диджиталізації процесів, що у свою чергу перебудовує заходи до управління медичними закладами. В нинішніх умовах цифрові технології стають не лише об'єктом конкурентоспроможності, а й основою до фінансової стабільності [2]. Завдання полягає в пошуку раціонального розподілу та використання бюджетних коштів завдяки використанню сучасних цифрових інструментів.

**Мета дослідження.** Аргументація економічної доцільності інноваційних технологій у галузі медицини та дослідження розподілу затрат, асоційованих з їх впровадженням.

**Матеріали та методи.** Для досягнення результату були задіяні методи порівняльного та структурного економічного аналізу. Досліджувалися аспекти фінансово-економічних взаємовідносин, що виникають у процесі модифікації медичної галузі завдяки застосуванню цифрових платформ [3].

**Результати дослідження.** Виявлено, що рентабельність від інноваційних технологій зростає з часом і демонструється за допомогою декількох основних чинників: *оптимізації операційних витрат:* запровадження електронного документообігу дає можливість зменшити затрати в середньому на 14–29% за рахунок скорочення витрат на адміністрування та паперові носії; *управління ресурсами та запасами:* шляхом втілення систем цифрової реєстрації медикаментів дозволяє знизити втрати ліків через завершення терміну придатності на 12–23% відповідно до засад державного фінансування послуг [1]; *економії робочого часу:* диджиталізація стандартних процедур дозволяє переорієнтувати робочі години медпрацівників на надання допомоги, що збільшує кількість пацієнтів без розширення штату; *мінімізація фінансових ризиків:* електронізація надає прозорість операціям, що допомагає мінімізувати втрати (5–10%), обумовлені системними похибками при шифруванні діагнозів.

**Висновки.** Фінансова обґрунтованість застосування ІТ-рішень полягає у формуванні відкритої системи менеджменту коштів. Незважаючи на потребу великих стартових інвестицій, довгострокова перевага можлива завдяки оптимізації робочого часу та скороченню невидимих збитків.

## Література

1. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 04.02.2026).
2. Риков О. А. Роль медичних інформаційних систем в управлінні сучасним закладом охорони здоров'я. *Економіка і менеджмент у сфері охорони здоров'я*. 2020. № 1. С. 45–52.
3. Мінцер О. П., Бабінцев В. А. Цифрова трансформація охорони здоров'я: від стратегії до реалізації. *Медична інформатика та інженерія*. 2021. № 2. С. 10–18.

## ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ НАВЧАЛЬНОГО КУРСУ З ВИКЛАДАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Брич В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** громадське здоров'я, компетентнісний підхід, активні методи навчання, цифрова педагогіка, оцінювання результатів навчання

**Актуальність проблеми.** Сфера громадського здоров'я характеризується міждисциплінарністю, високою динамічністю та необхідністю ухвалення управлінських і професійних рішень в умовах складності й невизначеності. Сучасні виклики, зокрема епідемічні загрози, зростання ролі соціальних і поведінкових детермінант здоров'я, інформаційні ризики, обмежені кадрові та фінансові ресурси, потребують підготовки фахівців, здатних працювати на популяційному рівні, застосовувати доказовий підхід, здійснювати міжсекторальну взаємодію, комунікувати зі стейкхолдерами та реалізовувати ефективні профілактичні й промоційні втручання. Водночас традиційна дидактика, орієнтована переважно на репродуктивне засвоєння знань, не забезпечує формування необхідних професійних і педагогічних компетентностей, що зумовлює актуальність модернізації підходів до формування навчальних курсів з питань викладання у сфері громадського здоров'я.

**Мета дослідження:** обґрунтувати підходи до формування навчального курсу з викладання громадського здоров'я на основі компетентнісного підходу, активних і практикоорієнтованих методів навчання та цифрових інструментів оцінювання результатів навчання.

**Матеріали та методи.** Дослідження виконано у форматі описово-методичного аналізу та педагогічного проектування навчальної дисципліни. Застосовано аналіз нормативно-методичних документів і сучасних наукових джерел; систематизацію активних і практикоорієнтованих методів навчання; узагальнення підходів до цифрового оцінювання, формування портфоліо та забезпечення академічної доброчесності.

**Результати дослідження.** У результаті проведеного описово-методичного аналізу та педагогічного проектування запропоновано модель навчального курсу з викладання громадського здоров'я, орієнтовану на формування професійних і педагогічних компетентностей здобувачів вищої освіти відповідно до сучасних викликів системи охорони здоров'я та потреб громад. Модель курсу побудована за принципом логічної послідовності й інтеграції теоретичних знань, практичних навичок та рефлексивної діяльності здобувачів освіти.

Структурно навчальний курс сформовано за низкою взаємопов'язаних змістових блоків, які охоплюють: сучасні підходи до дидактики у сфері громадського здоров'я; компетентнісний підхід і формування вимірюваних результатів навчання; педагогічний дизайн курсу та окремого заняття; активні й інтерактивні методи навчання; проблемно-орієнтоване навчання, кейс-метод і технологію перевернутого заняття; навчання через практику, залучення до роботи з громадою та міжсекторальну взаємодію; цифрову педагогіку та забезпечення академічної доброчесності.

Особливу увагу в межах курсу приділено використанню активних і практикоорієнтованих методів навчання, що сприяють розвитку критичного мислення, аналітичних навичок, комунікаційної компетентності та здатності ухвалювати обґрунтовані рішення на популяційному рівні. Застосування кейс-методу, аналізу реальних ситуацій у громадах, групових проєктів і моделювання професійних ролей дозволяє наблизити освітній процес до реальних умов діяльності фахівців з громадського здоров'я.

Важливим результатом проєктування курсу є інтеграція цифрових інструментів у всі етапи навчання та оцінювання. Ключовим елементом підсумкового оцінювання визначено підготовку цифрового портфолію, що реалізується шляхом створення здобувачем освіти власного Google Classroom для мінікурсу з громадського здоров'я. Портфолію включає модульну структуру курсу, навчальні матеріали, практичні завдання, тестові інструменти, оціночні рубрики та задекларовані політики академічної доброчесності. Такий формат забезпечує комплексну оцінку рівня сформованості педагогічних, цифрових і професійних компетентностей, а також здатності здобувача освіти до самостійного проєктування й реалізації освітніх продуктів.

Запропонована модель курсу створює умови для формування у здобувачів освіти системного бачення проблем громадського здоров'я, розвитку навичок роботи з доказовою інформацією, планування профілактичних і промоційних втручань та ефективної комунікації з різними групами населення і стейкхолдерами.

**Висновки.** Поєднання компетентнісного підходу, активних і практикоорієнтованих методів навчання та цифрових інструментів оцінювання створює ефективну основу для формування навчального курсу з питань викладання у сфері громадського здоров'я та сприяє підготовці професіоналів, готових до професійної діяльності в реальних умовах громади.

## РОЛЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ

*Бугайчук С. О., Грищук С. М.*

*Житомирський медичний інститут ЖОР*

**Ключові слова:** реабілітація, якість, медичний персонал, адаптація, бар'єри

**Актуальність проблеми:** Реабілітація учасників бойових дій (УБД) є складним та багатовимірним процесом, що включає фізичну, психологічну та соціальну підтримку. Учасники бойових дій часто стикаються з травмами різного характеру, посттравматичними стресовими розладами та проблемами адаптації до цивільного життя, що зумовлює необхідність комплексного підходу до реабілітації [4]. Медичні сестри, завдяки безпосередній взаємодії з пацієнтами та координованій роботі з іншими фахівцями, відіграють ключову роль у забезпеченні якості та ефективності цього процесу [5, с.67; 3, с.384].

Водночас існують значні бар'єри, що знижують ефективність реабілітаційної системи: організаційні труднощі, обмежена доступність послуг, недостатня обізнаність пацієнтів про доступні ресурси та недосконала матеріально-технічна база закладів [1, с.19]. Розуміння ролі медичних сестер і проблем, що виникають у процесі реабілітації, є необхідним для розробки більш ефективних програм підтримки та інтеграції УБД у цивільне життя [2, с.45].

**Мета дослідження:** визначити роль медичних сестер у процесі реабілітації учасників бойових дій та обґрунтувати шляхи підвищення його ефективності.

**Матеріали та методи:** у роботі застосовано медико-соціологічний метод, статистичний метод, метод системного аналізу та логічного узагальнення.

**Результати та їх обговорення:** до дослідження долучили 60 учасників бойових дій, серед яких переважають чоловіки (83%) віком 30–39 років (40%), більшість мають стаж служби понад 5 років (63%). Час після демобілізації різний, найчастіше 1–2 роки (27%). Тобто, вибірка охоплювала переважно досвідчених військових середнього віку, частина з яких вже інтегрується у цивільне життя.

Серед респондентів 60% уже проходили курси реабілітації, найпоширеніші види – медична (50%) та психологічна (40%). Місця проведення реабілітації: спеціалізовані центри (33%), військові заклади (23%), онлайн/громадські програми (10%). Тривалість курсів здебільшого 1–3 місяці (33%), 27% УБД проходять реабілітацію на момент проведення опитування.

З проблемами під час реабілітації стикалися 40% респондентів, вони стосувалися найчастіше організаційного характеру, територіальної доступності та недостатньої інформації. Емоційний стан під час реабілітації був переважно напружений (33%) або мотивований (30%). Середня оцінка задоволеності якістю реабілітаційних послуг – 3,8/5, ефективності – 3,7/5.

Лише 17% опитаних вважають, що держава забезпечує достатню підтримку під час реабілітації УБД, 40% – недостатню, 33% – частково, ще 10% не змогли оцінити. Це свідчить про потреби у вдосконаленні системи реабілітації, підвищенні її доступності та якості.

Учасники дослідження визначили кілька ключових напрямів покращення системи реабілітації для УБД:

- збільшення кількості спеціалізованих центрів – 50% опитаних;
- покращення матеріально-технічного забезпечення закладів – 60%;
- підвищення доступності послуг (територіально, фінансово) – 53%;
- залучення кваліфікованих психологів та психотерапевтів – 40%;
- покращення інформування учасників про доступні послуги – 47%;
- підвищення ролі медичних сестер у реабілітації – 33%.

Отже, респонденти акцентують увагу на необхідності розширення інфраструктури, покращенні матеріальної бази та доступності послуг, підвищенні обізнаності та ролі медичного персоналу.

У цьому контексті важливе значення має роль медичних сестер у реабілітаційному процесі, адже вони є ключовими у комплексній реабілітації, особливо у психологічній підтримці та адаптації УБД. Серед опитаних 70% оцінюють їхній вплив як високий або дуже високий; 83% довіряють медичним сестрам під час реабілітації; їхня роль оцінюється як ключова або важлива у 83% випадків.

Пріоритетними функціями медичної сестри у напрямку реабілітації є проведення процедур, психологічна підтримка, допомога в адаптації, навчання навичкам самообслуговування.

Основними пропозиціями учасників опитування, які стосуються для покращення роботи медичних сестер у процесі реабілітації, є: створення безпечного середовища та індивідуальна увага до кожного УБД; підвищення професійного рівня; співпраця з психологами та інформування учасників про доступні ресурси; забезпечення доступності центрів та сучасної матеріальної бази.

Це доводить, що УБД потребують організованої, доступної та комплексної системи реабілітації, де медична сестра виступає ключовим посередником між пацієнтом та іншими учасниками реабілітаційного процесу.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Отже, медичні сестри є ключовим елементом ефективної реабілітації УБД, забезпечуючи як фізичну, так і психологічну підтримку. Основні проблеми процесу реабілітації пов'язані з організаційними бар'єрами, недостатньою інформованістю учасників та обмеженнями у доступності послуг. Для підвищення ефективності реабілітації необхідно комплексно модернізувати систему, а саме розширювати інфраструктуру, покращувати матеріально-технічну базу, забезпечувати індивідуальний підхід та посилювати роль медичних сестер.

У перспективі дослідження планується визначити роль медичної сестри в міждисциплінарній команді, яка забезпечує реабілітацію УБД.

## Література

1. Бриндіков Ю.Л. Зарубіжний досвід реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Педагогічні науки: збірник наукових праць. Херсонський державний університет. Херсон, Вип. LXXVIII (78). Том 2. 2017 р. с. 19.
2. Крук І.М., Григус І.М. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень. *Rehabilitation and Recreation*. № 12. 2022 р. С. 45.
3. Мась Н.М. Особливості психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія. 2017 р. С.384.
4. Радчук Т. В., Грищук С. М. Медична реабілітація під час війни: міжнародний досвід та перспективи його впровадження в Україні. *Роль та місце лікарняних кас на етапі трансформації системи охорони здоров'я України : наук.-практ. конф. з міжнар. участю (до 25-річчя утворення благодійної організації „Лікарняна каса Житомирської області“)*, 24 лип. 2025 р., Київ ; Житомир, 2025. С. 58–61.
5. Сафін О.Д., Коляда Н.М. Соціально-психологічна реабілітація вразливих категорій громадян від наслідків війни: колективна монографія за загальною ред. О. О. Кравченко, МОН України, Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини.-ФОП Ямчинський О.В., 2022 р. С. 67.

## АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК

*Булганіна С. К.*

*Житомирський медичний інститут ЖОР*

**Ключові слова:** нетримання сечі, жінки, акушерство, пологи, якість життя

**Актуальність проблеми.** Нетримання сечі є однією з найбільш поширених урогінекологічних проблем, що має значний вплив на фізичний, психологічний та соціальний стан жінок [1, 3, 10]. За даними сучасних досліджень, поширеність нетримання сечі серед жіночого населення зростає з віком та значною мірою пов'язана з особливостями репродуктивного та акушерського анамнезу [3, 4]. Вагінальні пологи, багаторазові пологи, народження великого плода, а також акушерські ускладнення, зокрема розриви промежини III–IV ступеня та застосування інструментальних методів розродження, розглядаються як важливі фактори ризику порушення функції м'язів тазового дна [2, 6, 7].

Незважаючи на високу поширеність даної патології, значна частка жінок недооцінює симптоми нетримання сечі або не звертається по медичну допомогу, що сприяє прогресуванню захворювання та погіршенню якості життя [8, 10]. У зв'язку з цим вивчення ролі акушерського анамнезу у формуванні нетримання сечі є актуальним напрямом сучасних медичних досліджень [1, 6].

**Мета дослідження.** Метою дослідження було оцінити особливості акушерського анамнезу жінок та визначити його роль як фактора ризику розвитку нетримання сечі за результатами анкетного опитування.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилося методом анонімного анкетування. Усього було опитано 200 респондентів віком від 30 до 85 років. Серед опитаних переважали жінки — 82,5 %, чоловіки становили 17,5 %. Віковий склад вибірки включав переважно осіб середнього та старшого віку, що відповідає віковим групам підвищеного ризику розвитку нетримання сечі [3, 4]. Окремий блок анкети був присвячений жінкам і включав питання щодо кількості пологів, шляху розродження та наявності акушерських ускладнень. Також усім респондентам незалежно від статі ставилися питання щодо наявності мимовільної втрати сечі та впливу даного стану на повсякденне життя. Отримані дані оброблялися з використанням методів описової статистики [1, 2].

**Результати дослідження.** Аналіз соціально-демографічних характеристик показав, що у структурі вибірки переважали жінки (82,5 %), що дозволяє розглядати отримані результати як репрезентативні передусім для жіночого населення. Найбільшу частку становили респонденти віком 50–59 років (20 %) та 30–40 років (19 %). Значна частка осіб віком 60 років і старше є клінічно

важливою, оскільки вікові зміни м'язово-зв'язкового апарату тазового дна сприяють розвитку нетримання сечі [3, 6].

Аналіз акушерського анамнезу жінок показав, що більшість респонденток мали досвід пологів. Один раз народжували 43,1 % жінок, двічі — 36,5 %, троє і більше разів — 7,8 %, тоді як 12,6 % жінок не мали пологів в анамнезі. Багаторазові пологи розглядаються як фактор підвищеного навантаження на структури тазового дна та можуть сприяти розвитку функціональних порушень [6, 7].

Переважає більшість жінок (82,6 %) народжували вагінальним шляхом, тоді як шляхом кесарського розтину — 17,4 %. Висока частота вагінальних пологів має клінічне значення, оскільки саме цей шлях розродження асоціюється з найбільшим механічним впливом на м'язи тазового дна [2, 6].

Щодо перебігу пологів, 64,4 % жінок зазначили, що пологи проходили без ускладнень. Водночас 30,6 % респонденток повідомили про наявність акушерських ускладнень. Найпоширенішим ускладненням було народження великого плода (20 %), що є відомим фактором ризику травматизації родових шляхів [7, 9]. Розриви промежини III–IV ступеня відзначалися у 16,4 % жінок, а використання акушерських щипців або вакуум-екстрактора — у 5,7 %, що підтверджує значну частоту тяжких акушерських травм [2, 6].

Аналіз поширеності нетримання сечі показав, що 54,5 % респондентів повідомили про наявність мимовільної втрати сечі, тоді як 45,5 % не відзначали даного симптому. Подібні показники узгоджуються з даними міжнародних досліджень щодо високої поширеності нетримання сечі серед жінок середнього та старшого віку [1, 3, 4].

Оцінка впливу нетримання сечі на повсякденне життя засвідчила різний ступінь соціальної дезадаптації. Відсутність впливу симптомів відзначили 28 % опитаних, незначний вплив — 20,5 %, середній — 17,5 %. Водночас 12,5 % респондентів повідомили про сильний негативний вплив нетримання сечі на якість життя, що підтверджує клінічну та соціальну значущість проблеми [8, 10]. Окрема група опитаних (21,5 %) зазначила відсутність нетримання сечі, що пояснює відсутність впливу даної проблеми на їхню повсякденну активність.

### **Висновки.**

1. Нетримання сечі є поширеною патологією серед дорослого населення та виявляється більш ніж у половини опитаних жінок [1, 3].

2. Акушерський анамнез жінок характеризується високою частотою вагінальних і багаторазових пологів, а також значною часткою акушерських ускладнень [2, 7, 9].

3. Народження великого плода, тяжкі розриви промежини та інструментальні пологи можуть розглядатися як важливі фактори ризику розвитку нетримання сечі [6, 7].

4. Значний негативний вплив нетримання сечі на якість життя частини жінок підкреслює необхідність раннього виявлення даної проблеми та впровадження профілактичних заходів серед груп ризику [8, 10].

## Література

1. Abrams P., Cardozo L., Wagg A., Wein A. *Incontinence*. 6th ed. Bristol: International Continence Society, 2017. 1448 p.
2. Haylen B. T., de Ridder D., Freeman R. M. et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*. 2016. Vol. 27, No. 2. P. 165–194.
3. Milsom I., Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*. 2019. Vol. 22, No. 3. P. 217–222.
4. Hunskaar S., Lose G., Sykes D., Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU International*. 2004. Vol. 93. P. 324–330.
5. Bo K., Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Physical Therapy*. 2005. Vol. 85, No. 3. P. 269–282.
6. DeLancey J. O. L. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005. Vol. 192, No. 5. P. 1488–1495.
7. Костюк О. О., Татарчук Т. Ф. Акушерський анамнез як фактор ризику розвитку дисфункції тазового дна у жінок. *Репродуктивна ендокринологія*. 2019. № 4. С. 62–67.
8. Апресян С. В. Нетримання сечі у жінок: сучасні погляди на етіологію та фактори ризику. *Здоров'я жінки*. 2020. № 6. С. 45–50.
9. Тихомиров А. Л. Урогінекологічні наслідки ускладнених пологів. *Акушерство та гінекологія*. 2018. № 5. С. 89–94.
10. Norton P., Brubaker L. Urinary incontinence in women. *The Lancet*. 2006. Vol. 367. P. 57–67.

# ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАГУВАННЯ НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ (РАКЕТНО-ДРОНОВІ ІНЦИДЕНТИ) В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННИХ ЗАГРОЗ

*Вежновець Т. А., Москаленко М. В., Короткий О. В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

**Ключові слова:** стійкість закладів охорони здоров'я, безпека лікарень, надзвичайні ситуації, система реагування, управління інцидентами.

**Актуальність проблеми.** В умовах воєнного стану заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) України функціонують у середовищі постійних ризиків, пов'язаних із ракетними та дронними ударами, пошкодженням інфраструктури, масовим надходженням постраждалих та дефіцитом ресурсів. За таких обставин надзвичайна ситуація трансформується у кризу управління, що характеризується обмеженим часом на ухвалення рішень, високою невизначеністю та значними потенційними втратами.

У світовій практиці сформувалися спеціальні підходи до реагування на надзвичайні ситуації, що базуються на стандартизованих протоколах, міжсекторальній координації, ризик-орієнтованому плануванні та системній підготовці персоналу [1-5].

Чинна нормативно-правова база реагування на надзвичайні ситуації в закладах охорони здоров'я має переважно рамковий характер і не забезпечує достатньої деталізації управлінських та операційних механізмів реагування безпосередньо на рівні ЗОЗ [6-10]. Відсутність уніфікованих алгоритмів дій, чітко визначених ролей персоналу та системної моделі управління інцидентами призводить до фрагментарності реагування та залежності від індивідуальних управлінських рішень.

**Мета дослідження.** Проведення аналізу чинних нормативно-правових документів України та міжнародних джерел щодо організації реагування на надзвичайні ситуації, а також планів реагування закладів охорони здоров'я України і рівня обізнаності персоналу з питань реагування на надзвичайні ситуації, зокрема ракетно-дронові інциденти.

**Матеріали та методи.** У межах дослідження проведено комплексний аналіз нормативно-правової бази України у сфері реагування на надзвичайні ситуації, зокрема 2 законів України, 7 постанов Кабінету Міністрів України, 5 наказів Міністерства охорони здоров'я України, 2 наказів Державної служби України з надзвичайних ситуацій та 4 наказів Міністерства внутрішніх справ України. Також проаналізовано 60 міжнародних джерел, включаючи рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, принципи Health

Emergency and Disaster Risk Management (Health-EDRM), Hospital Safety Index (HSI) та Hospital Incident Command System (HICS).

Додатково здійснено аналіз чинних планів реагування на надзвичайні ситуації п'яти закладів охорони здоров'я, розташованих у м. Запоріжжя, м. Миколаїв, м. Одеса та м. Чернігів. Оцінку рівня обізнаності персоналу щодо системи реагування на ракетно-дронові інциденти проведено серед 465 медичних працівників із використанням спеціально розробленої анкети, що містила 50 структурованих запитань, які були згруповані в чотири блоки: обізнаність щодо інфраструктурної та функціональної готовності ЗОЗ; обізнаність з організації готовності ЗОЗ до реагування на НС та катастрофи; обізнаність щодо порядку дій персоналу в період підвищеної готовності; обізнаність щодо порядок дій персоналу в надзвичайній ситуації. Оцінка здійснювалася за 4-ма рівнями обізнаності: 0-40 % — недостатній, 41-75 % — базовий, 76-90 % — задовільний, 91-100 % — поглиблений.

**Результати дослідження.** Проведений аналіз свідчить, що в Україні державний, регіональний, місцевий та об'єктовий рівні реагування на надзвичайні ситуації офіційно визначені Кодексом цивільного захисту та деталізовані Положенням про Єдину державну систему цивільного захисту, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України [5-6]. ЗОЗ нормативно віднесені до об'єктового рівня ЄДСЦЗ та функціонують у межах функціональної підсистеми медичного захисту населення відповідно до чинних нормативно-правових актів.

Нормативно-правова база передбачає обов'язковість розроблення ЗОЗ планів реагування на надзвичайні ситуації, у яких мають бути визначені управлінська логіка реагування, алгоритми дій персоналу, механізми міжвідомчої взаємодії, а також заходи щодо забезпечення безперервності надання медичної допомоги в умовах кризових подій.

Водночас у ході дослідження встановлено, що більшість ЗОЗ не мають інтегрованої системи реагування на надзвичайні ситуації, а наявні плани характеризуються переважно декларативним і формалізованим змістом. Оцінка планів реагування на надзвичайні ситуації ЗОЗ засвідчила недостатній рівень організаційної підготовки, відсутність стандартних операційних процедур, нечіткість механізмів управління інцидентами та обмежену обізнаність персоналу щодо власних функцій і відповідальності у кризових ситуаціях.

Порівняльний аналіз із міжнародною практикою показав, що у провідних моделях реагування основний акцент робиться на управлінській логіці, організаційній стійкості та забезпеченні безперервності надання медичної допомоги, тоді як у вітчизняних умовах переважає нормативно-описовий підхід, який не завжди трансформується у практичні управлінські та операційні рішення на рівні закладу охорони здоров'я.

Результати дослідження загальної обізнаності працівників ЗОЗ щодо готовності до реагування на надзвичайні ситуації (ракетно-дронові інциденти) свідчать, що в чотирьох з п'яти ЗОЗ рівень загальної обізнаності працівників був оцінений як базовий (ЗОЗ № 1 —  $60,3 \pm 4,5$  %, ЗОЗ № 2 —  $72,4 \pm 1,2$  %, ЗОЗ № 3

54,3 ± 2,7 %, ЗОЗ № 5 — 52,4 ± 4,5 %), а у одному ЗОЗ (ЗОЗ № 4 — 76,1 ± 2,0 %) як задовільний.

Середня обізнаність керівників ЗОЗ щодо інфраструктурної та функціональної готовності ЗОЗ становила 59,5 ± 10,9 % (базовий рівень оцінки). Показник коливався від 96,3 % до 30,1 %, що вказує на суттєво різницю в обізнаності керівників щодо вказаної готовності. Лише в одному ЗОЗ керівник мав поглиблений рівень обізнаності щодо інфраструктурної та функціональної готовності ЗОЗ до реагування в надзвичайних ситуаціях.

Середня обізнаність керівників ЗОЗ щодо організації готовності ЗОЗ до реагування на надзвичайні ситуації (ракетно-дронові інциденти) становила 68,4 ± 12,6 % (базовий рівень оцінки). Показник коливався від 49,7 % до 75,1 %, що також вказує на суттєво різницю в обізнаності керівників щодо вказаної готовності. Лише в одному ЗОЗ керівник мав поглиблений рівень обізнаності щодо організації готовності ЗОЗ до реагування на надзвичайні ситуації (ракетно-дронові інциденти).

Дослідження обізнаності працівників ЗОЗ щодо порядку готовності до реагування у фазі підвищеної готовності до ракетно-дронових інцидентів становив 59,13 ± 3,55 %, а у фазі надзвичайної ситуації — 67,54 ± 2,56 %. Вказані показники оцінені як базові, що вказує на недостатню підготовку працівників ЗОЗ до реагування на надзвичайні ситуації, спровоковані ракетно-дроновими інцидентами.

**Висновки.** Результати дослідження підтверджують доцільність формування в ЗОЗ інтегрованої системи реагування на надзвичайні ситуації, зокрема ракетно-дронові інциденти, відповідно до міжнародних підходів і стандартів, що включає застосування стандартизованих інструментів оцінки готовності та безпеки ЗОЗ, розроблення і впровадження стандартних операційних процедур, створення команд швидкого реагування в ЗОЗ на основі чітко визначених рольових функцій, а також розмежування управлінських повноважень між командою швидкого реагування та комісією з питань надзвичайних ситуацій ЗОЗ, постійні тренінги з підготовки працівників ЗОЗ до реагування в надзвичайних ситуаціях.

## Література

1. World Health Organization. Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. Geneva: WHO; 2019. ISBN 978-92-4-151618-1. [Internet]. [cited 2026 January 28]; Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/219a1a08-9ec5-4f2d-9aff-54c713fcfa7c/content>
2. World Health Organization. Hospital Safety Index: Guide for Evaluators. Geneva: WHO; 2015. ISBN 978 92 4 154898 4. [Internet]. [cited 2026 January 28]; Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5d54b488-05ec-4660-82d5-841ea67c7645/content>

3. California Hospital Association. Hospital Incident Command System (HICS). Washington, DC; 2014. [Internet]. [cited 2026 January 28]; Available from: <https://calhospital.org/calhospitalprepare/hics/>

4. World Health Organization. Emergency Response Framework (ERF). Geneva: WHO; 2024. ISBN 978-92-4-005806-4. [Internet]. [cited 2026 January 28]; Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1d80f036-e529-430c-92ec-1a11b20a6757/content>

5. Sphere Association. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Geneva; 2018. ISBN 978-1-908176-707. [Internet]. [cited 2026 January 28]; Available from: <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-Handbook-2018-EN.pdf>

6. Кодекс цивільного захисту України від 02 жовтня 2012 р. № 5403-VI (із змінами). [Інтернет]. [процитовано 28 січня 2026]; Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text>

7. Постанова Кабінету Міністрів України від 9 січня 2014 р. № 11 «Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту». [Інтернет]. [процитовано 28 січня 2026]; Доступно з: <https://www.kmu.gov.ua/npas/246985837>

8. Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2024 р. № 70 «Про затвердження Порядку організації та здійснення контролю виконання органами державної влади та органами місцевого самоврядування вимог законодавства у сфері цивільного захисту». [Інтернет]. [процитовано 28 січня 2026]; Доступно з: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-poriadku-orhanizatsii-ta-zdiisnen-a70>

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.03.2023 № 542 (із змінами) «Про затвердження Положення про функціональну підсистему медичного захисту населення єдиної державної системи цивільного захисту». [Інтернет]. [процитовано 28 січня 2026]; Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0590-23#n17>

10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2025 № 151 «Про затвердження Плану реагування на надзвичайні ситуації». [Інтернет]. [процитовано 28 січня 2026]; Доступно з: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-24-01-2025-151-pro-zatverdzhennya-planu-reaguvannya-na-nadzvichajni-situaciyi-sluzhboyu-medicini-katastrof>

# НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ ВИХОВАННЯ ЯК ЗАСІБ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

*Гаяш О. В., Голяк М. А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** діти з інтелектуальними порушеннями, психосоціальна підтримка, нетрадиційні методи виховання, арттерапія, казкотерапія, ігрова терапія, музикотерапія, соціальні детермінанти здоров'я, емоційний стан, інтеграція

У сучасних соціальних умовах проблема збереження психічного та соціального здоров'я дітей належить до провідних завдань освіти й соціальної сфери. Особливої уваги потребують діти з інтелектуальними порушеннями, для яких характерними є труднощі соціальної адаптації, знижена стресостійкість, емоційна нестабільність, обмеженість комунікативного досвіду. У цьому контексті виховання виступає не лише педагогічним, а й психосоціальним ресурсом підтримки дитини.

Соціальні детермінанти здоров'я (умови сімейного виховання, доступ до освітніх і соціальних послуг, соціальне оточення, рівень прийняття у громаді) суттєво впливають на психоемоційний стан дітей з інтелектуальними порушеннями. Неприятливі соціальні умови посилюють ризики соціальної ізоляції, тривожності, поведінкових порушень. Тому важливим є впровадження таких виховних практик, які одночасно забезпечують розвиток особистості дитини та виконують функцію психосоціальної підтримки.

Ефективним напрямом у цьому аспекті є використання нетрадиційних методів виховання, що базуються на емоційно-ціннісному, діяльнісному та тілесно-сенсорному досвіді дитини. До них належать арттерапевтичні технології, казкотерапія, ігрова терапія, музикотерапія, театралізована діяльність, сенсорні вправи, релаксаційні техніки.

**Мета дослідження** – обґрунтувати потенціал нетрадиційних методів виховання як ефективного засобу психосоціальної підтримки дітей з інтелектуальними порушеннями.

Результати дослідження викладено на основі аналізу, узагальнення та систематизації наукових джерел з проблем психосоціальної підтримки, соціальних детермінант здоров'я, виховання дітей з інтелектуальними порушеннями та використання нетрадиційних педагогічних технологій.

Застосування арттерапії у виховному процесі сприяє зниженню внутрішнього напруження, розвитку здатності до емоційного самовираження, формуванню позитивної «Я-концепції» дитини. Казкотерапія допомагає безпечно опрацювати страхи й переживання, формує моральні орієнтири та

соціально прийнятні моделі поведінки.

Одним з видів арттерапії, в основі якого лежить театралізація психокорекційного процесу є імаготерапія. О. Гноєвська та І. Кузьменко зазначають, що комунікативні дії в театральній грі опосередковані через ігрову діяльність. Враховуючи, що основою театральної (образної) гри є уявна ситуація, очевидно стає також зв'язок уяви та емоцій. Не викликає сумніву, що розвиток емоцій і становлення їх тісно пов'язані з розвитком уяви і включенням її в структуру емоційного процесу. Театральна діяльність дозволить дитині вивільнити свої емоції, та допоможе, в подальшому, регулювати поведінку [1, с. 22].

Ігрова терапія створює умови для природної соціалізації, розвитку комунікативних навичок, засвоєння соціальних ролей. Ігри є складовою частиною світу дітей і необхідні для їхнього фізичного і психічного розвитку. Очевидно й те, що вони є цінним інструментом в управлінні емоціями та соціальними стосунками, а також у чисто розважальних цілях. [2, с. 8]. У психосоціальному плані гра сприяє розвитку співпраці, викликає ентузіазм, діти краще пізнають самі себе, розвивають навички співпраці, вираження індивідуальних чи групових емоцій завдяки обговоренню, яке відбувається у атмосфері взаємної поваги.

Музикотерапія та тілесно-орієнтовані методи позитивно впливають на регуляцію емоційного стану, сприяють зниженню тривожності, покращують здатність до самоконтролю. Театралізована діяльність і лялькотерапія розширюють соціальний досвід, розвивають емпатію, навички взаємодії та співпраці. Важливо, що ці методи доступні дітям із різним рівнем інтелектуального розвитку, оскільки спираються не лише на вербальні, а й на образні, рухові та сенсорні канали сприймання.

Важливою складовою психосоціальної підтримки дітей з інтелектуальними порушеннями є розвиток соціальних навичок та взаємодії з оточуючими. Один з ефективних методів розвитку соціальних навичок у дітей – це групова робота. У рамках групової діяльності діти мають можливість взаємодіяти між собою, вчитися спілкуватися, вирішувати конфлікти та розвивати емоційну сферу. Важливо створити дружню та підтримуючу атмосферу, де кожна дитина почувається важливою та прийнятою. Такі методи, як рольові ігри, арт-терапія або психодрама, можуть бути використані для покращення соціальних навичок та розвитку емоційної компетентності у дітей з порушеннями інтелектуальної сфери [3].

Важливим напрямом нетрадиційної виховної роботи є залучення дітей з інтелектуальними порушеннями до елементів волонтерської діяльності та організація здоров'язбережувальних заходів у взаємодії з родиною. Посильна участь у соціально значущих справах (допомога одноліткам, участь у творчих благодійних ініціативах, екологічних акціях, шкільних заходах підтримки) сприяє формуванню у дитини відчуття власної значущості, соціальної цінності, відповідальності та належності до спільноти. Це знижує рівень соціальної ізоляції, підвищує самооцінку та розвиває емпатійні якості.

Не менш значущими є здоров'язбережувальні виховні практики, що

реалізуються у партнерстві з батьками: спільні рухові активності, ігрові форми дозвілля, арт- та сенсорні вправи, релаксаційні техніки. Такі заходи сприяють зміцненню емоційного контакту між дитиною і батьками, зниженню тривожності, стабілізації психоемоційного стану дитини, а також зменшенню психоемоційного навантаження родини. У такий спосіб виховання набуває системного психосоціального характеру, поєднуючи розвиток особистості дитини з підтримкою її найближчого соціального середовища.

Нетрадиційні методи виховання сприяють створенню безпечного психосоціального простору, у якому дитина з інтелектуальними порушеннями відчуває прийняття, успіх і підтримку. Вони зменшують прояви дезадаптації, підвищують життєстійкість, формують соціальні компетентності та позитивний досвід взаємодії з оточенням.

Окрім цього, доцільно активно залучати фахівців у сфері інклюзивної освіти та психосоціальної підтримки до спільної роботи з дітьми й проведення спеціалізованих занять. Це можуть бути педагоги-дефектологи, психологи, логопеди та інші спеціалісти, які мають досвід роботи з різними категоріями вразливих дітей. Їхній професійний досвід, компетентності й практичні вміння сприятимуть забезпеченню комплексної підтримки та гармонійному розвитку дітей у груповому середовищі.

Отже, використання нетрадиційних методів виховання слід розглядати як важливий компонент сучасних підходів до психосоціальної підтримки дітей з інтелектуальними порушеннями. Їх інтеграція у виховну систему закладу освіти та сімейне виховання сприяє зміцненню психічного здоров'я, соціального благополуччя й повноцінній інтеграції дитини у суспільство.

## Література

1. Гноєвська О. Ю., Кузьменко І. П. Нетрадиційні методи та підходи у вихованні дітей з порушеннями мовлення. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. Вип. 41. С. 20-26. DOI: 10.31392/NPU-nc.series19.2020.41.03
2. Посібник для спеціалістів Психосоціальна підтримка дітей та молоді. 2024. URL: [https://tdh-ukraine.org/sites/default/files/2024-08/Manual\\_Ps-pidtrymka\\_A4\\_03\\_ThD\\_print.pdf](https://tdh-ukraine.org/sites/default/files/2024-08/Manual_Ps-pidtrymka_A4_03_ThD_print.pdf).
3. Психологічна підтримка дітей зі спеціальними потребами – найефективніші методи та корисні рекомендації для досягнення позитивних результатів. URL: <https://psychologist.com.ua/psixologichna-pidtrimka-ditej-zi-spetsialnimi-potrebami-efektivni-metodi-ta-rekomendatsii>

## РОЛЬ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ

*Гордійчук С. В., Кірячок М. В.*

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** цифровізація охорони здоров'я, пацієнт, промоція здоров'я, цифрова грамотність

**Актуальність проблеми.** Диджиталізація, що торкається усіх сфер суспільного життя, безумовно, відіграє значну роль в розвитку системи охорони здоров'я, зокрема громадського здоров'я. Вагомим є й значення цифрової трансформації медичної галузі в контексті промоції здорового способу життя та профілактиці захворювань. Як зауважують Квітка С. та Миргородська М., цифровізація охорони здоров'я як світовий тренд значно впливає на якість життя населення, а також забезпечує «формування новітньої цифрової моделі надання медичної допомоги, в основі якої лежить ідея пацієнта нової якості – автономного, відповідального та компетентного приймати участь у вирішенні питань власного лікування» [1, с. 15].

Результати дослідження науковців Barello S. та ін. [2] засвідчують, що активна позиція пацієнтів у збереженні власного здоров'я (їх залучення як активних членів медичної команди на засадах партнерства та взаємодії, управління власним здоров'ям, емоційна усвідомленість тощо), зокрема з використанням цифрових технологій, підвищує ефективність та результативність надання медичних послуг. Проведений дослідниками аналітичний огляд наукових розвідок з теми визначив, що «досягнення більш цілісного та систематичного розуміння процесу залучення пацієнтів може допомогти в адаптації заходів електронного здоров'я до потреб та пріоритетів пацієнтів у кожній сфері та на кожному етапі їхнього досвіду управління здоров'ям» [2].

**Мета дослідження** Проаналізувати вплив цифрових технологій та інструментів гейміфікації на залученість пацієнтів до промоції власного здоров'я, зміну їхньої поведінки та підвищення ефективності профілактичних заходів.

**Матеріали та методи** Дослідження базується на аналітичному огляді наукових розвідок та систематичному аналізі літератури, що стосується впровадження eHealth, використання мобільних додатків та ігрових елементів у сфері охорони здоров'я.

**Результати дослідження.** Сучасний інформаційний простір пропонує відкритий доступ до широкого спектру інформації про здоров'я та інструментів її здобуття й інтерпретації: від онлайн-консультацій лікарів (лікарів-блогерів), які працюють спираючись на принципи доказової медицини, до wellness-

блогерів та інфлюенсерів, від персональних медичних приладів (трекерів сну, діагностичних приладів, селф-трекерів та ін.) до онлайн-спільнот певного медичного спрямування. З одного боку, використання гаджетів та додаткова поінформованість про принципи збереження здоров'я надають відчуття впевненості, контролю, турботи про власний організм, більш усвідомленого ставлення до підтримки здорового способу життя, профілактики захворювань. З іншого боку, ефективне використання технологій потребує певного рівня цифрової грамотності, що має безупинно зростати.

Дослідники Johnson D. та ін. відзначають, що сьогодні провідні глобальні ризики захворювань безпосередньо пов'язані зі способом життя (хронічним стресом, недостатньою фізичною активністю, незбалансованим харчуванням тощо), а тому їх профілактика великою мірою залежить від індивідуальної поведінки особи та мотивації у збереженні власного здоров'я [3]. Підтримувати рівень залученості до збереження здоров'я, на думку науковців, може допомогти широкий спектр споживчих додатків для моніторингу та управління власним здоров'ям і благополуччям, а також гейміфікація, що використовується для підвищення рівня мотивації у досягненні результатів, пов'язаних зі здоров'ям.

Причинами потенційно успішного впливу цифрових технологій та гейміфікації на зміну поведінки у сфері здоров'я можуть бути:

- гейміфіковані системи можуть внутрішньо мотивувати до початку та перманентного дотримання принципів поведінки, спрямованої на здоров'я та благополуччя;

- широка доступність завдяки розвитку мобільних технологій (трекери активності, мобільні застосунки та ін.);

- застосування ігрових елементів у сфері охорони здоров'я може охоплювати всі основні хронічні ризики для здоров'я: фізичну активність, дієту та контроль ваги, дотримання режиму прийому ліків, реабілітацію, психічне благополуччя, вживання ліків тощо;

- окрім мотивації до здорового способу життя, залучення до ігрових додатків може безпосередньо сприяти благополуччю, створюючи позитивний досвід задоволення основних психологічних потреб, а також інших елементів благополуччя, таких як позитивні емоції, залученість і досягнення [3].

**Висновки.** Цифрова трансформація охорони здоров'я сприяє переходу до пацієнт-орієнтованої моделі, де використання технологій підвищує результативність медичних послуг через активну участь пацієнта як партнера. Гейміфікація та цифрові додатки є ефективними інструментами для підтримки високого рівня залученості до збереження здоров'я, оскільки вони трансформують складні процеси профілактики у внутрішньо вмотивовану діяльність. Ефективність цифрових інструментів безпосередньо залежить від здатності технологій підлаштовуватися під пріоритети пацієнта та його рівня компетентності в інформаційному просторі. Використання гаджетів не лише сприяє фізичному здоров'ю, а й покращує загальне психологічне благополуччя, створюючи простір для емоційної усвідомленості та соціальної підтримки.

## Література

1. Квітка С., Миргородська М. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я: фактори впливу на якість життя населення. *Public administration aspects*. 2024. №12. С.14-21.
2. Barello S., Triberti S., Graffigna G., Libreri C., Serino S., Hibbard J., Riva G. eHealth for patient engagement: A systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2016. № 6. P. 1-13.
3. Johnson D., Deterding S., Kuhn K., StanevaA., Stoyanov S., Hides L. Gamification for health and wellbeing: A systematic review of the literature Internet Interventions. 2016. Volume 6. P. 89-106.

## ІНТЕГРАЦІЯ ТЕЛЕРЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОФЕСІЙНУ ПІДГОТОВКУ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

*Гузак О. Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** телереабілітація, фізична терапія, професійна підготовка, цифрові технології

**Актуальність проблеми.** Розвиток цифрових технологій та зростання потреби у дистанційних реабілітаційних послугах зумовлюють необхідність інтеграції телереабілітації у підготовку майбутніх фахівців з фізичної терапії.

Застосування даних технологій розширює можливості дистанційного ведення пацієнтів, забезпечує безперервність реабілітаційного процесу та підвищує доступність відновного лікування після операцій і травм [2]. Водночас ефективність телереабілітації значною мірою залежить від сформованості у фахівця цифрових компетенцій, уміння організовувати комунікацію з пацієнтом, контролювати дотримання програми та оцінювати якість виконання терапевтичних вправ [5].

Наукові дані підтверджують доцільність інтеграції телереабілітаційних технологій у навчальний процес підготовки фізичних терапевтів як інноваційного компонента професійної освіти [1].

Сучасні освітні ресурси підкреслюють необхідність методичного забезпечення навчання телереабілітації, включно з практичними сценаріями та підходами до оцінювання результатів [4]. Додатково перспективним напрямом є використання цифрових систем контролю якості рухів і виконання вправ, що може підвищити об'єктивність оцінювання та якість клінічних рішень у дистанційному форматі [6]. Важливим підґрунтям для стандартизації навчальних підходів і клінічного впровадження телереабілітації є сучасні рекомендації професійних асоціацій, до прикладу клінічні настанови Американської асоціації фізичної терапії [3], а також національні освітні стандарти, зокрема компетентність ЗК 05 «Здатність використовувати інформаційні та комунікаційні технології» (Наказ МОН України №1541, 2024) [7].

**Мета дослідження.** Проаналізувати наукові підходи до інтеграції телереабілітаційних технологій у підготовку фахівців з фізичної терапії та визначити їх значення для формування компетентностей дистанційного супроводу пацієнтів і оцінювання якості виконання терапевтичних вправ.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження слугували наукові публікації українських та зарубіжних авторів, присвячені телереабілітаційним технологіям, ефективності телереабілітації, дистанційному моніторингу пацієнтів, цифровим освітнім ресурсам та інструментам оцінювання якості рухів.

У дослідженні використано контент-аналіз, порівняльний аналіз, систематизацію та узагальнення даних. Структурно-логічний підхід дозволив визначити ключові напрями інтеграції телереабілітації в освітній процес.

**Результати дослідження.** Аналіз джерел показав, що телереабілітація є перспективним елементом підготовки фізичних терапевтів. Вона формує навички дистанційного супроводу пацієнтів, організації комунікації та контролю виконання вправ [1;4]. Дослідження підтверджують її ефективність у відновленні після операцій і травм за умови належного планування та супроводу [2].

Виявлено, що дистанційний формат роботи потребує від фахівця сформованих компетентностей щодо моніторингу стану пацієнта, оцінювання безпечної рухової активності, корекції програми та підтримки прихильності пацієнта до виконання вправ, оскільки серед ключових проблем телереабілітації виокремлюються обмеження відділеного контролю, технічні бар'єри та ризики недостатньої об'єктивності оцінювання рухів [5].

Показано, що методичне забезпечення освітнього процесу має включати спеціалізовані ресурси для викладачів, орієнтовані на структурування навчальних модулів, формування цифрової компетентності та використання доказових підходів до впровадження телереабілітації в підготовку майбутніх спеціалістів [4]. Окрему роль у підвищенні точності оцінювання якості виконання вправ відіграють цифрові системи та технології аналізу рухів, зокрема рішення на основі сенсорних даних і алгоритмів оцінювання, які можуть бути використані як інструмент навчання та контролю виконання вправ у дистанційному форматі [6].

Крім того, аналіз клінічних настанов професійних організацій засвідчив, що телереабілітація має бути інтегрована у практику фізичної терапії з дотримання принципів безпеки, ефективності, стандартизованого оцінювання та етичних вимог, що створює основу для включення відповідних компетентностей у освітні програми підготовки фізичних терапевтів [3]. Загалом результати свідчать про необхідність системного впровадження телереабілітаційних технологій у навчальний процес як інструменту підвищення готовності студентів до сучасних форматів реабілітаційної допомоги [1;3;4].

**Висновки.** Телереабілітаційні технології є перспективним напрямом модернізації підготовки фахівців з фізичної терапії, оскільки сприяють формуванню компетентностей дистанційного супроводу пацієнтів і контролю виконання терапевтичних вправ. Доказові дані підтверджують ефективність телереабілітації, зокрема у відновленні після операцій і травм, що обґрунтовує її включення до навчальних програм як практичного компонента. Водночас дистанційний формат потребує належного моніторингу стану пацієнта, об'єктивного оцінювання якості рухів та врахування технічних і організаційних обмежень. Використання освітніх ресурсів для викладачів і цифрових інструментів аналізу рухів підвищує якість навчання та забезпечує стандартизацію підходів відповідно до сучасних клінічних рекомендацій.

## Література

1. Бакалюк Т. Г., Стельмах Г. О., Макаруч Н. Р. Телереабілітаційні технології в підготовці фахівців з фізичної терапії. *Медична освіта*. 2022. № 3. С. 5–9. URL: <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2022.3.13400>
2. Дуб М. М., Ніколенко О. І., Мезенцева І. В. Ефективність телереабілітації у фізичній терапії: можливості дистанційного відновлення після операцій та травм. *Public Health Journal*. 2025. № 1. С. 102–110. URL: <https://doi.org/10.32782/pub.health.2025.1.14>
3. Telerehabilitation in Physical Therapist Practice: A Clinical Practice Guideline from the American Physical Therapy Association / A. C. Lee et al. *Physical Therapy*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzae045>
4. Telerehabilitation Resources for Educators in Physical Therapy / L. M. Davies et al. *Journal of Physical Therapy Education*. 2025. Vol. 39, no. 1. P. 98–99. URL: <https://doi.org/10.1097/jte.0000000000000401>
5. TELEREHABILITATION. CURRENT OPPORTUNITIES AND PROBLEMS OF REMOTE PATIENT MONITORING / O. Romanchuk et al. *Neonatology, Surgery and Perinatal Medicine*. 2024. Vol. 14, no. 4(54). P. 183–190. URL: <https://doi.org/10.24061/2413-4260.xiv.4.54.2024.25>
6. Wang H. D., Ma M. Physi Q. *Proceedings of the ACM on Interactive, Mobile, Wearable and Ubiquitous Technologies*. 2022. Vol. 6, no. 4. P. 1–25. URL: <https://doi.org/10.1145/3570349>
7. Міністерство освіти і науки України. Стандарт вищої освіти за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація» (бакалавр). Затверджено наказом МОН №1541 від 29.10.2024. Київ: МОН України. URL: <https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2024/30-10-2024/227-terapiya-ta-reabilitatsiya-bakalavr-1541-vid-29-10-2024.pdf>

## ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ І ПОТРЕБА У РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПІДТРИМЦІ

*Доброва А.-М. С., Махновська І. Р.*

*Житомирський медичний інститут ЖОР*

**Ключові слова:** ветерани війни, психоемоційний стан, фізичне здоров'я, реабілітація, адаптація

**Актуальність проблеми.** Повномасштабна війна зумовила суттєве зростання кількості осіб, які зазнали тривалого впливу бойового стресу та фізичних перевантажень. Наслідки участі у бойових діях проявляються не лише у формі соматичних порушень, а й у стійких змінах психоемоційного стану, що впливають на працездатність, адаптацію та якість життя ветеранів [1; с.56]. У зв'язку з цим особливої ваги набуває вивчення комплексного стану здоров'я учасників бойових дій і оцінка ефективності наданої їм реабілітаційної допомоги.

Незважаючи на розширення системи підтримки ветеранів, питання доступності, якості та результативності реабілітаційних заходів залишаються недостатньо дослідженими. Аналіз самооцінки фізичного і психоемоційного стану після участі у бойових діях дозволяє виявити ключові проблемні аспекти відновлення, визначити бар'єри отримання допомоги та обґрунтувати необхідність удосконалення реабілітаційних програм. Це зумовлює наукову та практичну значущість дослідження [2; с.25-27].

**Мета дослідження.** Визначити особливості змін фізичного та психоемоційного стану ветеранів війни після участі у бойових діях і оцінити досвід та ефективність реабілітаційної допомоги.

**Матеріали та методи.** У роботі застосовано медико-соціологічний метод, статистичний метод, порівняльний аналіз отриманих показників, метод системного аналізу та логічного узагальнення.

**Результати та їх обговорення.** У дослідженні взяли участь 36 респондентів – ветеранів війни. За віковою структурою вибірка рівномірно представлена особами віком 26–45 років (50,0%) та 46–60 років (50,0%). Усі опитані – чоловіки (100%). Переважна більшість респондентів брали участь у бойових діях під час повномасштабної війни з 2022 року (83,3%), тоді як 16,7% мають досвід участі у бойових діях у період 2014–2021 років. За тривалістю військової служби встановлено, що 50,0% респондентів мають стаж 1–3 роки, 33,3% – 6–10 років, 16,7% – понад 10 років.

Самооцінка стану здоров'я після участі у бойових діях свідчить про наявність змін психофізичного благополуччя у більшості ветеранів. Аналіз фізичного здоров'я виявив негативну динаміку: частка ветеранів, які оцінювали свій стан як добрий, зменшилася з 66,7% до 16,7%. Водночас зросла частка осіб із задовільною оцінкою (до 50,0%) та з'явилися респонденти з негативною

самооцінкою фізичного стану (33,3%). Серед основних змін учасники відзначали зниження загальної працездатності, підвищену втомлюваність і соматичний дискомфорт, що обмежує повсякденну активність. Виявлені тенденції можуть свідчити про формування стійких функціональних порушень, які потребують тривалої медико-реабілітаційної підтримки.

Психоемоційний стан до участі у бойових діях оцінювався як відносно сприятливий: 50,0% респондентів визначали його як добрий, 50,0% – як задовільний. Після повернення спостерігається негативна динаміка: 50,0% оцінюють свій стан як задовільний, 33,3% – як добрий, 16,7% – як поганий. У структурі змін переважають підвищена тривожність, психоемоційне виснаження та порушення сну, які відзначалися у більшості опитаних. Частина ветеранів також повідомляла про труднощі емоційної регуляції, зниження стресостійкості та напруженість у повсякденному функціонуванні. За суб'єктивною оцінкою учасників, ці зміни мають тривалий і стійкий характер. Виявлена симптоматика вказує на переважання тривожно-астенічних проявів та порушення адаптаційних механізмів психіки.

Професійну медичну діагностику наслідків участі у бойових діях проходили 50,0% респондентів, не проходили – 50,0%. Зниження працездатності відзначили 50,0% опитаних, відсутність змін – 33,3%, підвищення працездатності – 16,7%. Поведінкові або адаптаційні труднощі після повернення з війни зазначили 50,0% респондентів. Інвалідність у зв'язку з участю у бойових діях мають 16,7% опитаних.

Реабілітацію проходили 83,3% респондентів, не проходили — 16,7%. Серед отриманої допомоги окремі учасники зазначили комплексну реабілітацію, допомогу ветеранських центрів та програми тривалого відновлення (по 16,7%). Високу якість та ефективність реабілітаційних послуг відзначили лише 16,7% опитаних. Серед основних бар'єрів ефективної реабілітації названо недостатнє фінансування та низький рівень міжвідомчої координації (по 16,7%).

Серед застосованих методів реабілітації респонденти зазначили:

- масаж і мануальну терапію – 33,3%;
- фізіотерапію – 16,7%;
- фізіотерапію у поєднанні з психіатричною допомогою – 16,7%;
- відсутність реабілітаційних процедур – 16,7%.

Отримані результати свідчать про переважання фізіотерапевтичних методів відновлення при обмеженому залученні спеціалізованої психіатричної допомоги.

Після проходження реабілітації часткове покращення фізичного або психоемоційного стану відзначили 50,0% респондентів, тоді як 50,0% не зафіксували змін.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Отже, встановлено тенденцію до погіршення фізичного та психоемоційного стану після участі у бойових діях, що проявляється зниженням позитивних самооцінок здоров'я, появою функціональних фізичних порушень та домінуванням тривожно-астенічних проявів. Виявлено поширені труднощі адаптації, зниження

працездатності та тривалий характер психоемоційних змін. Реабілітаційна допомога здебільшого має фізіотерапевтичну спрямованість, тоді як спеціалізована психіатрична підтримка залучається обмежено. Часткове покращення стану після реабілітації відзначила лише половина опитаних, що свідчить про необхідність удосконалення системи відновлення ветеранів.

Подальші дослідження будуть спрямовані на аналіз міжнародного досвіду отримання реабілітації серед опитаних ветеранів війни та порівняння ефективності різних моделей відновлення.

## Література

1. Жукова Д. Л. Соціальна робота з учасниками бойових дій щодо адаптації до умов мирного життя: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 231 «Соціальна робота». м. Запоріжжя: ЗНУ, 2025 р. С. 56.
2. Сухаренко В.А. Державна підтримка програм реабілітації військовослужбовців: аналіз і перспективи розвитку: кваліфікаційна робота бакалавра: 281 «Публічне управління та адміністрування». Університет митної справи та фінансів. м. Дніпро, 2025 р. С. 25-27.

# НАУКОВО-ДОСЛІДНА ПРАКТИКА МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК КЛЮЧОВИЙ ЕЛЕМЕНТ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ

*Дуб М.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** науково-дослідна практика, магістри громадського здоров'я, професійні компетентності, підготовка фахівців

**Актуальність проблеми.** В умовах реформування системи охорони здоров'я та імплементації компетентнісного підходу у вищій освіті зростає потреба у підготовці фахівців громадського здоров'я, здатних до науково обґрунтованого аналізу, оцінки ризиків і прийняття управлінських рішень [1, 2]. Відповідно до нового Стандарту вищої освіти України за спеціальністю «Громадське здоров'я», ключовим результатом навчання магістрів є сформованість інтегральної компетентності, що передбачає здатність розв'язувати складні задачі та проблеми у сфері громадського здоров'я на основі досліджень та інноваційної діяльності [4]. У цьому контексті науково-дослідна практика набуває особливого значення як механізм реалізації вимог стандарту та формування професійної готовності майбутніх фахівців [6].

**Мета дослідження:** проаналізувати роль науково-дослідної практики у формуванні інтегральної та фахових компетентностей магістрів спеціальності «Громадське здоров'я».

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження слугували положення Стандарту вищої освіти України за спеціальністю «Громадське здоров'я», наукові публікації з проблем професійної підготовки фахівців громадського здоров'я та нормативно-правові документи у сфері вищої освіти [3, 4]. У роботі застосовано методи аналізу, систематизації та узагальнення наукових джерел, а також порівняльний аналіз змісту освітніх програм і завдань науково-дослідної практики. Методологічну основу становили системний і компетентнісний підходи [5].

**Результати дослідження.** У ході дослідження встановлено, що зміст і завдання науково-дослідної практики безпосередньо орієнтовані на формування інтегральної компетентності, визначеної Стандартом вищої освіти, шляхом залучення здобувачів освіти до самостійної дослідницької діяльності, аналізу реальних проблем громадського здоров'я та обґрунтування шляхів їх вирішення [4]. Отримані результати узгоджуються з міжнародними підходами до підготовки фахівців громадського здоров'я, які підкреслюють необхідність інтеграції освіти, науки та практики [6].

З'ясовано, що участь здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня у науково-дослідній практиці забезпечує формування фахових

компетентностей, передбачених стандартом, зокрема здатності до збору, систематизації та інтерпретації медико-демографічних і санітарно-епідеміологічних даних; здійснення епідеміологічного аналізу; оцінки стану здоров'я населення; аналізу соціальних детермінант здоров'я; розробки науково обґрунтованих рекомендацій для програм профілактики та зміцнення здоров'я населення, а також застосування методів біостатистики для обробки результатів досліджень [1, 2, 6]. Особливого значення набуває формування навичок роботи з офіційними статистичними базами даних, міжнародними аналітичними звітами та результатами епідеміологічних досліджень, що сприяє розвитку доказового підходу у сфері громадського здоров'я.

Виявлено, що науково-дослідна практика сприяє розвитку аналітичного та критичного мислення, формуванню навичок оцінки якості наукових доказів і застосування принципів доказового громадського здоров'я, що є складовою інтегральної компетентності та необхідною умовою ухвалення управлінських рішень у сфері охорони здоров'я [1, 5, 7]. Крім того, виконання індивідуальних дослідницьких завдань у межах практики сприяє формуванню універсальних компетентностей, зокрема навичок академічного письма, підготовки наукових публікацій, представлення результатів досліджень та міждисциплінарної комунікації, що відповідає вимогам Стандарту щодо підготовки магістрів до професійної та наукової діяльності [4, 5, 8].

**Висновки.** Науково-дослідна практика магістрів громадського здоров'я є ключовим механізмом реалізації вимог Стандарту вищої освіти України за спеціальністю «Громадське здоров'я», зокрема щодо формування інтегральної компетентності. Вона забезпечує розвиток дослідницьких, аналітичних і професійних навичок, необхідних для ефективної діяльності у сфері громадського здоров'я та прийняття науково обґрунтованих управлінських рішень. Удосконалення організації та змісту науково-дослідної практики доцільно розглядати як стратегічний напрям підвищення якості підготовки магістрів даної спеціальності.

## Література

1. World Health Organization. *Essential public health operations*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2020. 56 p.
2. Beaglehole R., Bonita R. *Public health at the crossroads: achievements and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press, 2019. 274 p.
3. Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 № 1556-VII (зі змінами). Відомості Верховної Ради України. 2014. № 37–38. Ст. 2004. С. 2716–2798.
4. Стандарт вищої освіти України за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти. Київ: МОН України, 2022. 17 с.
5. Слабкий Г. О., Дудник С. В. Компетентнісний підхід у підготовці фахівців з громадського здоров'я. Київ, 2020. С. 45–52.

6. Frenk J., Chen L., Bhutta Z. A., Cohen J., Crisp N., Evans T., Fineberg H., et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2019; 393(10182): 1923–1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31852-8

7. Kruk M. E., Gage A. D., Arsenault C., Jordan K., Leslie H. H., Roder-DeWan S., Adeyi O., et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*. 2019; 6(11): e1196–e1252. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3

8. Czabanowska K., Smith T., Könings K. D., Möltner A., Brand H. In search for a public health leadership competency framework to support leadership curriculum—A consensus study. *European Journal of Public Health*. 2020; 30(4): 724–730. DOI:10.1093/eurpub/ckaa027

## СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ МОЛОДІ ПРО ЧИННИКИ РИЗИКУ ТА ЇХ ТРАНСГЕНЕРАЦІЙНИЙ ВПЛИВ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я

*Забродська К. М., Махновська І. Р.*

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** освіченість, репродуктивне здоров'я, чинники ризику, молодь, нащадки, спадковість, профілактика, мутації, епігенетичні зміни, спосіб життя

**Актуальність проблеми.** У сучасних умовах інтенсивної антропогенної діяльності, що супроводжується недостатньо контрольованим застосуванням хімічних і токсичних речовин, техногенних фізичних чинників та соціальних ризиків, питання збереження репродуктивного здоров'я набуває критичного значення [10; 12]. Аналіз ризиків репродуктивного здоров'я є пріоритетним для забезпечення демографічного розвитку суспільства, оскільки основи відтворення поколінь закладаються ще з дитинства, а в юнацькому віці поведінкові наслідки суттєво підвищують загрози [5; 8]. За даними ВООЗ, сексуальне та репродуктивне здоров'я є невід'ємною частиною загального добробуту людини, а його порушення призводить до зростання ризиків безпліддя, спадкових захворювань та зниження фертильності на 10-20 % [9]. Особливо актуальним є вивчення проблеми серед старшокласників віком 15-18 років, коли поведінкові звички ще пластичні та піддаються корекції, що є необхідною умовою для формування стійкої мотивації до здорового способу життя [7; с. 256]. Психологи та нейробіологи зазначають, що в цьому періоді через підвищену чутливість до соціального впливу та незрілий самоконтроль наслідки поведінки (тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків, споживання «сміттєвої» їжі, хронічний стрес) суттєво підвищують ризики [7]. Несвоєчасне інформування про детермінанти ризику призводить до накопичення генетичних мутацій та епігенетичних змін (метилування ДНК, модифікації гістонів, регуляція некодуючих РНК), які передаються трансгенераційно, збільшуючи ймовірність репродуктивних розладів у нащадків [4; 6; 5].

В Україні ситуація ускладнюється урбанізацією, масованою прихованою рекламою шкідливих звичок у соціальних мережах та низькою обізнаністю молоді про трансгенераційні наслідки, що погіршує репродуктивний потенціал та демографічну стабільність [2; 3]. Екзогенні (радіація, токсини) та ендогенні (нераціональне харчування, стрес) фактори викликають стійкі епігенетичні порушення з довготривалими наслідками для генофонду нації [4; 10; 12; 5].

Отже, соціологічне дослідження обізнаності молоді про чинники ризику та їх трансгенераційний вплив на репродуктивне здоров'я є надзвичайно актуальним як для науки (виявлення прогалин у знаннях про епігенетичні механізми), так і для практики (розробка диференційованих просвітницьких

програм, посилення міжсекторальної співпраці закладів освіти та Центрів громадського здоров'я) [1; 8]. Це сприятиме формуванню культури здоров'я з раннього віку та збереженню репродуктивного потенціалу майбутніх поколінь [6; 5].

**Мета дослідження:** проаналізувати обізнаність старшокласників (15-18 років) про чинники ризику репродуктивного здоров'я та їх трансгенераційні наслідки, виявити зв'язок між рівнем знань, поведінковими звичками, вразливістю до медіа-впливу та мотивацією до здоров'язберігаючої поведінки, а також обґрунтувати сучасні профілактичні підходи для збереження репродуктивного потенціалу молоді та демографічної безпеки [2; 8].

**Матеріали та методи.** Для досягнення мети дослідження використано комплекс взаємопов'язаних загальнонаукових та спеціальних методів:

- бібліосемантичний - аналіз наукових джерел з генетики, епігенетики, репродуктивного та громадського здоров'я;
- системний аналіз та логічне узагальнення - формування цілісного уявлення про механізми впливу фізичних, хімічних, біологічних, психосоціальних та поведінкових чинників на репродуктивне здоров'я молоді;
- порівняльний аналіз - зіставлення чинників ризику та профілактичних моделей в Україні та країнах з передовим досвідом;
- медико-соціологічний - анонімне онлайн-анкетування;
- математично-статистичний - обробка даних.

**Результати дослідження.** Проведене анонімне онлайн-анкетування 284 старшокласників (15-18 років) трьох ліцеїв м. Коростеня, Житомирської області (незалежні вибірки: 113 осіб у травні 2025 р. та 171 особа у вересні 2025 р.) дозволило оцінити рівень обізнаності, ставлення та поведінкові практики молоді щодо чинників ризику репродуктивного здоров'я та їх трансгенераційного впливу [2; 3].

Основні результати:

- 68–88 % респондентів мають базові знання про найпоширеніші чинники ризику (куріння, алкоголь, ПСШ, неправильне харчування), проте лише 18 % розуміють їх комплексний вплив на епігенетичні зміни.
- Глибоке розуміння трансгенераційних механізмів низьке: 45,8-78,0 % (залежно від ліцею) чітко усвідомлюють внутрішньоутробне накопичення змін, а здатність назвати конкретні епігенетичні чинники продемонстрували менше 8 % учнів.
- Обізнаність щодо впливу харчування, токсинів, стресу та ПСШ становить 7,85-12,8 %.
- Статистично значущі відмінності виявлено між ліцеями різного рейтингу ( $p < 0,05$  за критерієм  $\chi^2$ ): у закладі з вищим рейтингом показники обізнаності достовірно вищі.
- Попри високу мотивацію (87,5 % готові змінювати звички заради здоров'я майбутніх дітей) та критичне ставлення до шкідливих звичок (88 % не вважають їх «крутими»), реальна поведінка залишається ризикованою: 90 %

регулярно вживають фастфуд, лише 20 % дотримуються норми споживання овочів і фруктів.

- Основні джерела інформації: школа (38 %), сім'я (32 %), соціальні мережі (29 %). Найефективнішими форматами молодь вважає зустрічі з лікарями (25 %) та тренінги (18 %).

Отримані дані свідчать про суттєвий розрив між знаннями та поведінкою, високу вразливість до прихованої реклами в соціальних мережах (89 % респондентів стикалися з нею) та низький рівень медіаграмотності (лише 51 % чули про приховану рекламу). Зазначені результати підкреслюють необхідність оновлення освітніх програм, посилення медіаграмотності, впровадження віково-адаптованих просвітницьких форматів і міжсекторальної співпраці для формування стійкої здоров'язберігаючої поведінки молоді.

У цьому контексті особливої актуальності набуває *питання ранньої просвітницької роботи*, оскільки виявлені прогалини в знаннях та поведінкових моделях формуються ще в дитячому та підлітковому віці [5; 7]. Лише системне навчання з раннього віку принципам захисту генетичного та епігенетичного матеріалу (з поясненням молекулярних механізмів) здатне суттєво знизити трансгенераційні ризики [4; 6]. Це, у довгостроковій перспективі (20-30 років), може сприяти підвищенню народжуваності здорових дітей і демографічній стабільності України [2; 3]. Дослідження вносить регіональний внесок у наукове обґрунтування розробки таких освітніх стратегій.

**Для мінімізації ризиків** пропонується впроваджувати віково-адаптовану модель профілактики з акцентом на: 1) комплексну сексуальну освіту з поясненням епігенетичних механізмів; 2) пір-освіту (рівний-рівному) - найпопулярніший формат серед учнів (24 %); 3) цифрові формати: TikTok-челенджі та короткі відеоролики (їх обрали 17 % респондентів); 4) розвиток медіаграмотності для протидії прихованій рекламі шкідливих звичок (89 % респондентів стикалися з прихованою рекламою шкідливих звичок у соціальних мережах); 5) міжсекторальну співпрацю закладів освіти, Центрив громадського здоров'я, сім'ї та молодіжних центрів.

**Диференціація за віком:** 1) 15 років - ігрові формати (Kahoot-квізи, інтерактивні уроки); 2) 16 років - пір-менторство та тренінги; 3) 17-18 років - цифрові платформи, TikTok-челенджі, QR-курси з епігенетики.

Доведено, що системне впровадження підвищує обізнаність на 40-70 % після одного заняття та сприяє формуванню стійкої мотивації до здоров'язберігаючої поведінки [2].

**Висновки.** Проведене дослідження виявило істотні прогалини в обізнаності старшокласників (15-18 років) щодо комплексного та трансгенераційного впливу чинників ризику на репродуктивне здоров'я. Попри базові знання про окремі шкідливі фактори, більшість не розуміє епігенетичних механізмів і їхніх довготривалих наслідків для нащадків, що призводить до розриву між високою мотивацією та ризикованою поведінкою. Виявлено статистично значущі відмінності обізнаності залежно від рейтингу закладу освіти ( $p < 0,05$ ), а також високу вразливість до прихованої реклами в соцмережах

на тлі низької медіаграмотності. Отримані дані підтверджують необхідність раннього системного просвітництва та міжсекторальної співпраці для збереження репродуктивного потенціалу молоді та демографічної стабільності України.

## Література

1. Мосійчук Л. В. Епігенетичні зміни та їх вплив на здоров'я потомства. Медико-біологічні науки. 2023. № 1. С. 88–94. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/zdobutky-eks-med/article/download/15023/13827/48417> (дата звернення: 11.04.2025).
2. Оцінка ситуації щодо сексуального та репродуктивного здоров'я і прав в Україні: аналітичне дослідження / UNFPA Ukraine. 2025. URL: <https://ukraine.unfpa.org/uk/publications/> (дата звернення: 18.11.2025).
3. Ukraine Regional SitRep – 6 months 2025. UNFPA Eastern Europe and Central Asia Regional Office. 2025. URL: <https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-08/Ukraine%20Regional%20SitRep%20-%206%20months%202025.pdf> (дата звернення: 06.01.2026).
4. Baccarelli A. Environmental epigenetics: chemical exposures and fetal outcomes. *Nature Reviews Genetics*. 2019. Vol. 20, no. 8. P. 465–481.
5. Hanson M. A., Gluckman P. D. Early developmental conditioning of later health and disease. *Physiological Reviews*. 2022. Vol. 102, no. 1. P. 231–267.
6. Skinner M. Epigenetic transgenerational inheritance. *Nature Reviews Endocrinology*. 2015. Vol. 12. P. 68–70. DOI: 10.1038/nrendo.2015.206.
7. Blakemore S.-J. *Inventing ourselves: the secret life of the teenage brain*. New York: PublicAffairs, 2023. 256 p.
8. Chandra-Mouli V., Ferguson B. J., Plesons M. et al. The political, research, programmatic and social responses to adolescent sexual and reproductive health and rights in the 25 years since ICPD. *Journal of Adolescent Health*. 2019. Vol. 65, no. 6. P. S16–S40.
9. Infertility. Geneva: World Health Organization, 2024. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility> (дата звернення: 07.10.2025).
10. Woodruff T. J., Dolezal A., Karr C. J. et al. *Environmental impacts on reproductive health and fertility*. Cambridge: Cambridge University Press, 2021. 350 p. URL: <https://www.cambridge.org/core/books/environmental-impacts-on-reproductive-health-and-fertility/66E0350862AEAF33AA758B8BE5CB3EC7> (дата звернення: 11.04.2025).
11. Early-life nutrition and adult outcomes: Developmental Origins of Health and Disease review. *PNAS*. 2013. URL: <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1301817110> (дата звернення: 03.01.2026).
12. Златник М. Г. Endocrine-Disrupting Chemicals and Reproductive Health. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2016. Vol. 61, no. 4. P. 442–455. DOI: 10.1111/jmwh.12500.

## ТРАНСФОРМАЦІЯ СОЦІАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВ'Я ВРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ: РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

*Заславський Д. Д., Іцкович М. К.*

*Дніпровський державний медичний університет*

**Ключові слова:** соціальні детермінанти здоров'я; вразливі групи населення; воєнний стан; психосоціальна стійкість; громадське здоров'я; внутрішньо переміщені особи; цифрова інклюзія

**Актуальність проблеми.** У сучасних умовах воєнного стану в Україні спостерігається динамічна реконфігурація соціальних детермінант здоров'я (СДЗ) [1]. Традиційні чинники благополуччя поступаються місцем новим викликам: деструкції соціальних зв'язків, цифровому розриву та логістичним бар'єрам. Особливої гостроти набуває питання адаптації вразливих груп населення (ВПО, ветеранів, осіб похилого віку) до обмеженого доступу до медичних сервісів [2]. Науковий аналіз цих трансформацій є необхідним для розробки стратегій стійкості громадських систем охорони здоров'я.

**Мета дослідження.** Проаналізувати трансформацію структури соціальних детермінант здоров'я вразливих груп населення за допомогою багатофакторного оцінювання та візуалізації профілів вразливості.

**Матеріали та методи.** Дослідження мало поперечний аналітичний дизайн та проведене у січні 2026 року шляхом анкетування 107 респондентів. Розподіл за віковими групами здійснювався відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я (18–44, 45–59, 60–74, 75+ років).

Оцінювання соціальних детермінант здоров'я здійснювалося за 5-бальною шкалою Лайкерта (1 — відсутність бар'єру, 5 — критичний бар'єр) за шістьма векторами: економічна стійкість, медична логістика, цифрова інклюзія, психосоціальна стійкість, підтримка громади та побутове благополуччя. Для кожного вектора розраховано середні значення показників. Візуалізацію профілів вразливості проведено методом радарних діаграм. Статистичну обробку даних здійснено з використанням методів описової статистики.

**Результати дослідження.** У дослідженні взяли участь  $n = 107$  респондентів, розподілених за віковими групами відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я. Аналіз інтегральних показників за шістьма векторами соціальних детермінант здоров'я дозволив виявити структурні зрушення у профілі вразливості населення в умовах воєнного стану.

Найбільш вираженим бар'єром виявився вектор психосоціальної стійкості (3,58 бала). Отримані дані свідчать про домінування хронічного стресу, підвищеної тривожності, емоційного виснаження та зниження відчуття безпеки. Це дозволяє говорити про формування стійкого психоемоційного навантаження як системного чинника ризику, що потенційно має довготривалий вплив на соматичне здоров'я.

Другим за значущістю компонентом стала підтримка громади (3,15 бала). Респонденти частіше зазначали послаблення горизонтальних соціальних

зв'язків, обмеження неформальної допомоги та зменшення соціального капіталу. Таким чином, спостерігається трансформація традиційних механізмів соціальної підтримки, що раніше виконували буферну функцію щодо стресових факторів.

Показник економічної стійкості (2,74 бала) займає проміжну позицію. Попри очевидні фінансові виклики, економічні труднощі виявилися менш критичними порівняно з психосоціальними чинниками. Це може свідчити про певну адаптацію домогосподарств до нових умов або про пріоритетність емоційних переживань у суб'єктивному сприйнятті вразливості.

Вектори побутового благополуччя (2,66 бала), медичної логістики (2,04 бала) та цифрової інклюзії (2,02 бала) продемонстрували відносно нижчий рівень бар'єрності. Зокрема, помірні значення за медичною логістикою можуть свідчити про збереження базової функціональності системи охорони здоров'я навіть в умовах обмежень. Невисокий рівень цифрового розриву вказує на поступову адаптацію населення до електронних сервісів та дистанційних форматів взаємодії.

Окремий аналіз внутрішньо переміщених осіб показав більш виражений профіль комплексної вразливості. У цій групі фіксується підвищення показників психосоціальної нестабільності (3,77 бала) та економічних бар'єрів (2,92 бала), що відображає кумулятивний ефект вимушеної міграції, втрати звичного соціального середовища та нестабільності доходів.

Загальна конфігурація профілю має асиметричний характер: домінують нематеріальні детермінанти (психоемоційні та соціальні), тоді як інфраструктурні чинники демонструють відносно стабілізований стан. Такий розподіл свідчить про глибинну трансформацію структури соціальних детермінант здоров'я в умовах воєнного стану — від матеріально-ресурсної до психосоціальної домінанти.

**Висновки.** В умовах воєнного стану відбувається зміщення структури соціальних детермінант здоров'я від класичних економічних бар'єрів до психосоціальних чинників. Найбільш критичним вектором є психосоціальна нестабільність населення. Внутрішньо переміщені особи демонструють вищий рівень комплексної вразливості, зокрема за показниками стресового навантаження. Отримані результати свідчать про необхідність інтеграції психосоціальних інтервенцій у регіональні програми громадського здоров'я. Метод багатовекторної оцінки із використанням радарної візуалізації дозволяє формувати індивідуалізовані профілі ризику та може бути використаний для стратегічного планування заходів системи охорони здоров'я.

## Література

1. Балашов, К. В., Могільницький, А. О., Пасенко, М. С., Слабкий, Г. О., Гульчій, О. П. Соціальні детермінанти здоров'я людини та суспільства: від проблем оцінки до розроблення практичних заходів. *Intermedical journal*. 2023 № 1. С. 7–18. DOI: 10.32782/2786-7676/2023.1.01
2. Ковач І. М. Окремі проблеми адміністративно-правового забезпечення використання інформаційних сервісів в медицині у контексті воєнного стану в Україні. *Сучасний науковий журнал*. 2023. № 2 (2). С. 26–32. DOI: 10.36994/2786-9008-2023-2-3

## РЕГІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ КОРУ

*Іванина І. М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
ДУ «Закарпатський обласний центр контролю та профілактики хвороб  
Міністерства охорони здоров'я України»*

**Ключові слова:** імунізація, вакцинація КПК, охоплення щепленнями, колективний імунітет, первинна медична допомога

**Актуальність дослідження.** За даними Міністерства охорони здоров'я України, кір – одна найконтагіозніших інфекцій відомих у світі [1]. Кір характеризується серйозними ускладненнями та високою смертністю, становить серйозну загрозу для громадського здоров'я. Хвороба небезпечна для всіх невакцинованих дітей та дорослих. У випадку контакту з вірусом кору захворіє 9 з 10 людей, що не мають імунітету проти хвороби [2]. Ефективна імунопрофілактика є ключовим заходом запобігання спалахам цього захворювання, а вакцинація – єдиним надійним захистом з метою попередження тяжких ускладнень і летальних наслідків від цієї небезпечної хвороби. Діти й дорослі, які не отримали профілактичних щеплень, перебувають у групі підвищеного ризику інфікування. Імунізація має стратегічне значення та розглядається як складова національної безпеки, оскільки рівень здоров'я населення безпосередньо залежить від охоплення вакцинацією. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, для формування колективного імунітету рівень щеплень проти кору має становити не менше 95% [3]. Для Закарпатської області як прикордонного регіону з інтенсивними міграційними процесами забезпечення високого охоплення вакцинацією проти кору є особливо важливим для підтримання біологічної безпеки та епідемічної стабільності громад.

**Мета дослідження:** оцінити динаміку та рівень охоплення вакцинацією КПК-1 і КПК-2 у закладах охорони здоров'я Закарпатської області за формами власності у 2024–2025 роках, визначити особливості сезонних коливань вакцинального процесу та обґрунтувати напрями оптимізації організації імунізації для досягнення цільових показників охоплення.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на основі аналізу зведених звітів про проведення профілактичних щеплень [4] закладів охорони здоров'я Закарпатської області різних форм власності (комунальні некомерційні підприємства, товариства з обмеженою відповідальністю, фізичні особи-підприємці) за 2024–2025 роки. Використано інформацію щодо планових та фактичних показників виконання щеплень КПК-1 (вакцинація дітей у 1 рік) та КПК-2 (ревакцинація дітей у 6 років), а також дані помісячної динаміки проведення щеплень [4; 5]. Здійснено порівняльний аналіз рівнів охоплення вакцинацією у динаміці за роками та між різними формами власності закладів, визначено абсолютні та відносні показники виконання плану (%), а також темпи приросту/зниження. Для оцінки сезонних особливостей вакцинального процесу

проаналізовано помісячні коливання кількості проведених щеплень. Методами дослідження були описова статистика, структурний та порівняльний аналіз.

**Результати дослідження.** Аналіз даних за 2024 рік показав стабільно високу тенденцію охоплення першою дозою вакцин (табл. 1).

Таблиця 1

## Показники охоплення щепленнями КПК-1 (2024–2025 рр.)

Заклади охорони здоров'я за формами власності	2024р.			2025р.			Динаміка
	план	виконано	%	план	виконано	%	
Комунальні некомерційні підприємства	6603	5683	86,1	5473	5327	97,3	+11,2%
Товариства з обмеженою відповідальністю	990	736	74,3	835	643	77,0	+2,7%
Фізичні особи-підприємці	469	432	92,1	534	511	95,7	+3,6%
<b>Всього</b>	<b>8062</b>	<b>6851</b>	<b>85,0</b>	<b>6842</b>	<b>6481</b>	<b>95</b>	<b>+10%</b>

У 2025 році спостерігається суттєве покращення виконання плану вакцинації КПК-1 порівняно з 2024 роком: загальний рівень зріс з 85,0% до 95,0%, що наближається до рекомендованого ВООЗ показника. Найбільше зростання зафіксовано в комунальних некомерційних підприємствах — з 86,1% до 97,3% (+11,2%), що свідчить про підвищення ефективності роботи первинної ланки. Фізичні особи-підприємці демонструють стабільно високі показники (від 92,1% у 2024 р. до 95,7% у 2025 р.; +3,6%). У товариствах з обмеженою відповідальністю відзначається помірне зростання (з 74,3% до 77,0%; +2,7%), проте цей сектор зберігає найнижчий рівень виконання. Загалом результати свідчать про посилення спроможності системи імунізації, з провідною роллю комунального сектору та потребою подальшого залучення приватних надавачів до досягнення цільових показників охоплення.

У 2025 році загальний рівень виконання плану щеплень КПК-2 зріс з 80,8% до 89,1%, що свідчить про позитивну динаміку охоплення ревакцинацією дітей у 6 років, однак показник залишається нижчим за цільовий рівень 95% (табл.2).

Таблиця 2

## Показники охоплення щепленнями КПК-2 (2024–2025 рр.)

Заклади охорони здоров'я по формам власності	2024 р.			2025 р.			Динаміка
	план	виконано	%	план	виконано	%	
Комунальні некомерційні підприємства	11487	9152	79,7	9774	8891	91,0	+11,3%
Товариства з обмеженою відповідальністю	810	670	82,7	768	551	71,7	-11,0%
Фізичні особи-підприємці	809	767	94,8	887	742	83,7	-11,2%
<b>Всього</b>	<b>13106</b>	<b>10589</b>	<b>80,8</b>	<b>11429</b>	<b>10184</b>	<b>89,1</b>	<b>+8,3%</b>

Комунальні некомерційні підприємства продемонстрували суттєве покращення результатів: виконання плану зросло з 79,7% у 2024 році до 91,0% у 2025 році (+11,3%), що стало основним чинником загального підвищення охоплення. Водночас у приватному секторі відзначається негативна динаміка. У товариствах з обмеженою відповідальністю показник знизився з 82,7% до 71,7% (-11,0%), а серед фізичних осіб-підприємців — з 94,8% до 83,7% (-11,2%). Це

свідчить про необхідність посилення координації та мотивації приватних надавачів послуг щодо участі у програмах планової ревакцинації. Загалом результати підкреслюють провідну роль комунального сектору в забезпеченні ревакцинації та потребу цілеспрямованих управлінських рішень для вирівнювання внеску різних форм власності у досягнення регіональних цільових показників охоплення.

Аналіз помісячної динаміки вакцинального процесу свідчить про наявність чітко вираженої сезонності. Найвищі показники щеплень зазвичай реєструються у серпні–вересні (напередодні початку навчального року) та у березні, тоді як у зимові місяці спостерігається зниження темпів вакцинації, що пов'язано з сезонним зростанням захворюваності на ГРВІ. Водночас серпень характеризується відносно нижчим навантаженням на заклади охорони здоров'я, що створює можливості для планування та проведення наздоганяючих щеплень. Висока активність вакцинації навесні 2025 року дозволила частково перерозподілити навантаження і зменшити пікову потребу у вересні, що свідчить про покращення організації процесу та більш усвідомлене планування щеплень з боку батьків і лікарів.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про суттєве покращення показників охоплення вакцинацією КПК-1 та КПК-2 у Закарпатській області у 2025 році порівняно з 2024 роком, що відображає підвищення спроможності регіональної системи імунізації. Провідну роль у забезпеченні позитивної динаміки відіграють комунальні некомерційні підприємства, тоді як у приватному секторі, особливо щодо ревакцинації КПК-2, спостерігається нестабільність показників, що потребує посилення координації та управлінських впливів. Виявлена сезонність вакцинального процесу з піками у березні та серпні–вересні має враховуватися при плануванні ресурсів і проведенні наздоганяючих щеплень. Загалом досягнення рівня охоплення, наближеного до рекомендованих ВООЗ значень для КПК-1, та позитивна динаміка щодо КПК-2 створюють передумови для зміцнення колективного імунітету, однак вимагають подальших цілеспрямованих заходів для досягнення цільових показників ревакцинації.

## Література

1. Міністерство охорони здоров'я України, Кіп, швидкий і небезпечний: як захиститися від хвороби та її ускладнень. URL: <https://moz.gov.ua/uk/kir-shvidkij-i-nebezpechnij-jak-zahistitisja-vid-hvorobi-ta-ii-uskladnen#/>
2. Національний портал з імунізації, Кіп: Інфекційні захворювання. URL: <https://vaccine.org.ua/infections/kir/>
3. World Health Organization (WHO) Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind. URL: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030?hl>
4. Наказ МОЗ України від 25.07.2008 №413 «Про затвердження обліково-звітних форм планування і виконання профілактичних щеплень «УкрВак 08»» п.2.6.
5. Наказ МОЗ України №595 від 11.08.2014 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні» (у редакції наказу МОЗ України від 11 серпня 2014 року №551) розділ II Порядок проведення щеплень.

## МІСЦЕ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ У ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ НА ВСІХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ

*Ігнатко В. Я.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** лікар загальної практики сімейної медицини, рак молочної залози, рання діагностика

**Актуальність проблеми.** Одним із найважливіших і найскладніших викликів для сучасної сфери охорони здоров'я є онкологічні захворювання. На жаль, сьогодні утримується тенденція до постійного зростання рівня онкозахворювань, існують труднощі з діагностикою на ранній стадії, залишається висока вартість і складність лікування [1]. Рак молочної залози (РМЗ) — це поліетіологічне захворювання великої гетерогенності, яка охоплює як генетичні так і негенетичні фактори. Цільовою групою первинної профілактики РМЗ є всі жінки з 21 року [2]. Останні глобальні статистичні дані показали, що рак молочної залози був основною причиною смертності від раку серед жінок, займаючи п'яте місце серед загальних смертей від раку [3].

**Мета дослідження.** Визначити і обґрунтувати роль лікаря загальної практики сімейної медицини у ранній діагностиці та лікуванні раку молочної залози.

**Матеріали та методи.** Для досягнення поставленої мети було проведено ретроспективний та бібліосемантичний аналіз літературних даних, наукових публікацій, присвячених проблемам ранньої діагностики раку молочної залози та роль лікаря ЗПСМ як у діагностиці, так і лікуванні на амбулаторному етапі.

**Результати.** Первинна профілактика РМЗ здійснюється надавачами ПМД, з якими пацієнтками було укладено декларацію. Вона повинна включати в себе консультування та інформаційно-просвітницьку діяльність щодо поведінкових, соціальних, медичних та інших ризиків для здоров'я, які можуть викликати РМЗ. При цьому лікарі первинної ланки можуть проводити консультування на прийомі у закладі охорони здоров'я, а також користуватись засобами електронної комунікації (у тому числі електронними, текстовими та/або мультимедійними повідомленнями). Вони повинні висвітлювати питання факторів ризику виникнення РМЗ, засоби профілактики хвороби, важливість самообстеження молочних залоз, та обов'язковість проходження періодичних медичних оглядів, скринінгів, популяризація активного здорового способу життя. Для цього потрібно формувати у лікарів первинної ланки певні професійні повноваження або компетенції для підвищення якості надання медичної допомоги.

Основними компетенціями лікарів первинної ланки з питань профілактики та ранньої діагностики РМЗ повинні бути:

1. Вміти та сприяти впровадженню та реалізації скринінгових програм ранньої діагностики РМЗ.
2. Здатність проводити моніторинг онкоепідеміологічної ситуації у пацієнтів або у громаді, які знаходяться під спостереженням лікаря ЗПСМ.
3. Формування ефективної комунікації з групами ризику по виникненню РМЗ.
4. Здатність проводити мотивацію у пацієнтів проходження цільових профілактичних оглядів для виявлення візуальних форм ЗН на ранніх стадіях.
5. Сприяти формуванню відповідального ставлення пацієнтів до власного здоров'я.
6. Здатність обирати та використовувати сучасні методи дослідження (опитування, огляду, спеціального клінічного обстеження, визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень пацієнтів онкологічними захворюваннями) відповідно до поставленої мети, завдань та очікуваних результатів.
7. Здатність надавати психологічну підтримку хворим на РМЗ та членам їхніх родин.
8. Спроможність і прихильність до безперервного професійного розвитку для лікарів первинної ланки з питань комплексної онкологічної медичної допомоги пацієнтам з РМЗ.

## Література

1. Про схвалення Національної стратегії контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року та затвердження плану дій з її реалізації на період до 2025 року, Кабінет міністрів України, розпорядження від 2 серпня 2024 №730-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/730-2024-%D1%80#n17>
2. United Nation. Sustainable Development Goals 2015–2030 [Internet]. Available from: <https://unosd.un.org/content/sustainable-development-goals-sdgs>
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.08.2024 № 1368 «Про забезпечення скринінгу і ранньої діагностики окремих видів раку та моніторингу стану здоров'я пацієнтів з груп ризику». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1273-24#Text>

## ВІЗИНГ У ДІТЕЙ ДО 5 РОКІВ ЖИТТЯ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ: КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПРОГНОЗ

*Ігнатко Л. В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** лікар загальної практики-сімейної медицини, бронхообструктивний синдром, візинг

**Актуальність проблеми.** Бронхообструктивний синдром – це збірний термін, який включає симптомокомплекс специфічних клінічних проявів порушення бронхіальної прохідності, що має у своїй основі звуження або оклюзію нижніх дихальних шляхів [1]. При цьому виникає бронхоспазм, який ускладнює процес видихання. Це викликає хрипи (візинг) при видиху. Хрипи при такому стані (візинг) – це свистячий звук, викликаний диханням через звужені дихальні шляхи. Бронхоспазм також може викликати частий кашель без звуку хрипів [1, 3]. Дитина з бронхоспазмом може кашляти або дихати з візингом. Точна причина візингу у дітей може бути незрозумілою, особливо у дітей дошкільного віку. Близько 20% пацієнтів хворіють у дитинстві та принаймні 40% дітей віком до 6 років мають щонайменше один епізод візингу [2]. Діагностика і лікування цього симптому є складним завданням через брак діагностичних прийомів та різноманітність діагнозів у дітей до 5 років життя [1, 4].

**Мета дослідження.** Вивчення та аналіз клініко-анамнестичної візингу у дітей з раннього віку до 5 років.

**Матеріали та методи.** Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 46 дітей, віком від 2 місяців до 5-х років життя, що перебували на лікуванні у відділенні молодшого та старшого дитинства, МДКЛ м.Ужгород.

**Результати.** Згідно з отриманими даними, у дітей з візингом до двох років життя обтяжений сімейний анамнез по спадковості спостерігався у 21% випадків, натомість діти, які мали мультитригерний візинг до 5 років практично у 64% випадків мали обтяжену спадковість. Гострими респіраторними вірусними інфекціями на першому році життя хворіли практично 90% обстежених. Планові профілактичні щеплення згідно з календарем щеплень одержали 91,7% дітей з бронхообструктивним синдромом. Антенатальний період був обтяжений: у 1/4 хворих з візингом (у чотирьох жінок розвинувся токсикоз вагітності, загроза її переривання з наступною госпіталізацією і терапією з використанням гормональних препаратів, шестеро перехворіли ГРВІ). Вивчаючи динаміку перебігу бронхообструктивного синдрому у дітей до 5 років життя, виявлено, що повторюваність візингу після трьох років значно вищій у дітей, які мали супутній atopічний дерматит. Свистячі хрипи до 5 років життя є вкрай гетерогенною патологією, а їх наявність часто з віком минає – до 6-8 років життя,

і тому не може свідчити про наявність бронхіальної астми. Візинг у дітей молодшого віку дуже часто спостерігається при вірусних інфекціях.

### Література

1. Риков О.А. Синдром бронхіальної обструкції у дітей (візинг, свистяче дихання) Клінічна настанова, заснована на доказах . ISSN 26637553 Modern pediatrics. Ukraine 5(109)/2020. URL: <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2020/10/14-1.pdf>
2. Козловська. А. Діагностика та лікування бронхіальної астми у дітей віком 5 років і молодше: Global Initiative for Asthma – GINA, перегляд 2019 Дитячий лікар. №3 (66). 2019. С. 24-39. URL: <https://d-1.com.ua/ua/archive/2019/3%2866%29/pages-24-39/diagnostika-ta-likuvannya-bronhialnoyi-astmi-u-ditey-vikom-rokiv-i-molodshe>
3. Настанова 00612. Утруднене дихання у дітей. 2017. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3427>
4. Захворювання органів дихання у дітей: особливості перебігу та сучасні методи лікування: навчальний посібник / Ю.В. Марушко, Т.В. Гищак, Т.В. Марушко та співав.; за ред. Ю.В. Марушка. К., 2024. 296 с.

## АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІЇ *HELICOBACTER PYLORI* З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ: АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

*Ігнатко Я.Я., Ігнатко О.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** бронхіальна астма, *Helicobacter pylori*, алергічні захворювання, інфекції, імунна відповідь, атопія, мікробіота

**Актуальність дослідження.** Взаємозв'язок між інфекційними процесами та алергічними захворюваннями дихальних шляхів є предметом численних досліджень протягом останніх десятиліть. Особливий інтерес викликає роль інфекційних агентів у формуванні алергічного фенотипу та розвитку бронхіальної астми. Бронхіальна астма є одним із найпоширеніших хронічних захворювань органів дихання, яке значно впливає на якість життя пацієнтів та становить важливу медико-соціальну проблему.

За сучасними даними, інфекційні агенти можуть як сприяти розвитку астми, так і чинити протективний вплив залежно від типу збудника, віку інфікування та індивідуальних особливостей імунної відповіді. Особливо важливу роль відіграють механізми взаємодії між інфекційними агентами та імунною системою організму, включаючи активацію вродженого та адаптивного імунітету.

В останні роки значна увага приділяється ролі нереспіраторних бактерій, зокрема *Helicobacter pylori*, у розвитку алергічних захворювань. Дана грамнегативна бактерія колонізує слизову оболонку шлунка і традиційно розглядається як етіологічний фактор гастриту та виразкової хвороби. Проте сучасні дослідження свідчать про можливий протективний ефект *H. pylori* щодо розвитку алергічних захворювань, включаючи бронхіальну астму.

Результати великих популяційних досліджень демонструють обернений зв'язок між серопозитивністю до *H. pylori* та поширеністю бронхіальної астми, алергічного риніту та інших атопічних станів. Особливо виражений цей ефект серед осіб молодого віку та пацієнтів із раннім початком астми. Таким чином, подальше вивчення ролі *H. pylori* у патогенезі бронхіальної астми є актуальним та перспективним напрямком сучасної медицини.

**Мета дослідження.** Вивчити сучасні наукові дані щодо взаємозв'язку між інфекцією *Helicobacter pylori* та розвитком бронхіальної астми, а також оцінити можливі механізми протективного впливу даного мікроорганізму на формування алергічних захворювань дихальних шляхів.

**Матеріали та методи дослідження.** Матеріалом для дослідження стали результати клінічних та епідеміологічних досліджень, опублікованих у міжнародних наукових виданнях протягом останніх років.

Проведено аналіз наукових публікацій, присвячених взаємозв'язку між інфекційними захворюваннями та бронхіальною астмою, із особливим акцентом на *Helicobacter pylori*.

Методи дослідження включали: бібліосемантичний аналіз наукової літератури, систематизацію отриманих даних, порівняльний аналіз результатів різних досліджень, узагальнення сучасних наукових підходів. Було проаналізовано результати популяційних досліджень, у тому числі дослідження, проведені на базі National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), що включали тисячі пацієнтів різного віку. Також проаналізовано результати клінічних досліджень серед дорослого населення Європи, США та Азії.

**Результати дослідження.** Результати проведеного аналізу свідчать про наявність складного взаємозв'язку між інфекційними процесами та розвитком бронхіальної астми. Доведено, що вірусні інфекції раннього дитячого віку можуть сприяти розвитку бронхіальної астми шляхом формування алергічного типу імунної відповіді. Водночас деякі бактеріальні інфекції можуть мати протективний ефект щодо розвитку atopічних захворювань. Особливий інтерес становить *Helicobacter pylori*, яка може впливати на імунну систему організму шляхом модуляції імунної відповіді.

Популяційні дослідження показали:

- зниження поширеності бронхіальної астми серед осіб із серопозитивністю до *H. pylori*;
- зниження частоти алергічного риніту;
- зниження частоти atopічних захворювань.

У великих дослідженнях встановлено, що серопозитивність до *H. pylori* була обернено пов'язана з діагнозом бронхіальної астми.

Європейські дослідження продемонстрували нижчу поширеність *H. pylori* серед пацієнтів із харчовою алергією порівняно з контрольною групою.

Епідеміологічні дослідження серед студентів показали статистично значущий зворотний зв'язок між наявністю антитіл до *H. pylori* та алергічними захворюваннями.

Окрему увагу привертають штами *H. pylori*, що містять фактор вірулентності *CagA*, які можуть забезпечувати більш виражений захисний ефект щодо розвитку астми.

Можливими механізмами протективного впливу *Helicobacter pylori* є:

- стимуляція Т-хелперної відповіді типу 1
- зменшення домінування Th2-імунної відповіді
- індукція регуляторних Т-лімфоцитів
- модифікація імунної відповіді слизових оболонок
- вплив на розвиток імунної системи в ранньому віці

Також встановлено, що *Helicobacter pylori* може впливати не тільки на імунну систему, але й на формування дихальних шляхів у ранньому дитинстві.

Таким чином, інфекція *Helicobacter pylori* може розглядатися як один із факторів, що модифікують ризик розвитку бронхіальної астми.

### **Висновки.**

1. Інфекційні фактори відіграють важливу роль у розвитку бронхіальної астми та формуванні алергічних захворювань.

2. Встановлено наявність оберненого зв'язку між інфекцією *Helicobacter pylori* та розвитком бронхіальної астми.

3. *Helicobacter pylori* може чинити протективний вплив щодо розвитку алергічних захворювань шляхом модуляції імунної відповіді.

4. Найбільш виражений захисний ефект спостерігається при інфікуванні в ранньому дитячому віці.

5. Подальші дослідження необхідні для уточнення механізмів впливу *Helicobacter pylori* на розвиток бронхіальної астми.

6. Вивчення взаємодії між інфекціями та алергічними захворюваннями є перспективним напрямком сучасної медицини.

## Література

1. Liu M, Wang Y, Du B. Update on the association between *Helicobacter pylori* infection and asthma in terms of microbiota and immunity. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2024;20:4.

2. Chen Y, Zhan X, Wang D. Association between *Helicobacter pylori* and risk of childhood asthma: a meta-analysis of 18 observational studies. *J Asthma.* 2022;59(5):890–900.

3. Liu X, Zhang Y, Li Q, et al. Inverse association between *Helicobacter pylori* infection and childhood asthma: a cross-sectional study. *BMC Pediatr.* 2022;22:682.

4. Chung C, Lee KN, Han K, Shin DW, Lee SW. *Helicobacter pylori* infection is associated with an increased risk of chronic obstructive pulmonary disease and asthma. *Gut Pathog.* 2025;17:75.

5. Ali IA, Rashwan MT, Metawaa SA, Sobeih AA. *Helicobacter pylori* infection and childhood atopic asthma. *Benha Med J.* 2025.

6. Elbehiry A, Marzouk E, Abalkhail A. Unraveling *Helicobacter pylori*: insights into pathogenesis, immune evasion, and progress toward effective vaccination. *Vaccines (Basel).* 2025;13(7):725.

7. Effects of neutrophil-activating protein of *Helicobacter pylori* on allergic asthma in experimental models. *Adv Biomed Res.* 2025;14:28.

# ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА У ПРАКТИЦІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ А6 СПЕЦІАЛЬНА ОСВІТА

*Кляп М. І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** здоров'язбережуваче освітнє середовище, професійна компетентність, спеціальна освіта, інклюзивне навчання, магістерська підготовка, педагогічні умови

**Актуальність проблеми.** Сучасні трансформації освітньої системи України, пов'язані із зростанням кількості дітей з особливими освітніми потребами та впровадженням інклюзивного навчання, актуалізують проблему створення здоров'язбережувального освітнього середовища. Відповідно до положень Законів України «Про освіту», «Про дошкільну освіту» та нормативних документів Міністерства освіти і науки України, одним із ключових завдань закладів освіти є збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я здобувачів освіти - школярів та дошкільників. Водночас і рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я підкреслюють необхідність інтеграції принципів здоров'язбереження в освітню політику держав.

Особливої ваги ця проблема набуває у сфері спеціальної та інклюзивної освіти, де педагог працює з дітьми, які мають порушення психофізичного розвитку, хронічні захворювання або особливості сенсорної, когнітивної чи емоційно-вольової сфери.

Теоретичні засади здоров'язбережувальної педагогіки розроблялися у працях українських учених, зокрема І. Бега, О. Савченко, С. Миронової, А. Колупаєвої та ін. У дослідженнях акцентується увага на особистісно орієнтованому підході, гуманізації освітнього процесу, створенні умов для гармонійного розвитку особистості при дотриманні охоронно-педагогічних вимог у організації освітнього процесу [1; 2, с. 65]. Здоров'я здобувачів освіти розглядається як базова цінність і ключовий показник якості освітнього процесу.

**Мета дослідження:** теоретично проаналізувати сучасні підходи до визначення сутності поняття «здоров'язбережувальне освітнє середовище» в закладі освіти та основні аспекти формування здоров'язбережувальної компетентності у магістрів зі спеціальності «Спеціальна освіта», розкрити основні шляхи практичної реалізації цього питання, що полягає в активізації професійної підготовки майбутніх фахівців

**Матеріали та методи:** У роботі застосовано комплекс теоретичних методів: аналіз, систематизація та порівняння інформації із психолого-педагогічної літератури за темою дослідження; синтез та узагальнення результатів роботи.

**Результати дослідження.** Поняття «здоров'язбережуюче освітнє середовище» розглядається як комплексна характеристика освітнього простору, що включає: фізичну безпеку (санітарно-гігієнічні умови, безбар'єрність, ергономіку); психоемоційний комфорт (підтримка, доброзичлива атмосфера); соціальну інтеграцію (толерантність, інклюзія, співпраця); профілактику професійного та навчального перевантаження.

Ключові компоненти здоров'язберігаючого середовища:

- організаційно-гігієнічний: дотримання норм освітленості, температурного режиму, чистоти, відповідність меблів зросту дітей, раціональний розклад, що враховує працездатність;

- навчально-методичний: використання здоров'язберігаючих технологій, зміна видів діяльності, фізкультхвилинки, динамічні паузи, навчання правил особистої гігієни та поведінки в екстремальних ситуаціях;

- психологічний: створення сприятливого емоційного клімату, відсутність насильства та стресу, підтримка, демократичний стиль взаємодії педагогів з учнями;

- виховний: формування у дітей свідомого ставлення до власного здоров'я, мотивація до здорового способу життя, навички самоконтролю.

Таке середовище не лише зміцнює фізичне здоров'я, але й сприяє розвитку творчого мислення та суб'єктної позиції учасників освітнього процесу [3].

У спеціальній та інклюзивній освіті до цих складових додається необхідність індивідуалізації освітнього маршруту та системної корекційно-розвиткової роботи.

Стандартом вищої освіти за другим (магістерським) рівнем передбачено формування у здобувачів ряду компетентностей (інтегральної, загальних та спеціальних). Серед спеціальних є компетентність, яка безпосередньо вимагає, щоб здобувач мав здатність до організації здоров'язбережуючого освітнього середовища, у тому числі інклюзивного освітнього середовища.

Компетентність щодо організації здоров'язбережуючого освітнього середовища має інтегративний характер і формується впродовж усього періоду професійної підготовки. До її структури входить:

1. Когнітивний компонент, який передбачає знання вікової, спеціальної та інклюзивної психології; розуміння медико-біологічних основ розвитку дітей; обізнаність у сфері здоров'язберезувальних технологій; знання нормативно-правової бази.

2. Операційно-діяльнісний компонент, який включає уміння адаптувати освітнє середовище відповідно до потреб дитини; застосування диференційованих методів навчання; організацію безпечного фізичного та

цифрового простору; використання технологій профілактики перевтоми та стресу.

3. Ціннісно-мотиваційний компонент, що охоплює усвідомлення пріоритетності здоров'я як базової цінності; розвиток емпатії та професійної відповідальності; готовність до командної взаємодії (педагог, психолог, асистент учителя, батьки, медичні працівники) [3].

Ефективність формування зазначеної компетентності забезпечується наявністю таких педагогічних умов:

- інтеграція змісту фахових дисциплін за рахунок включення питань здоров'язбереження у курси педагогіки, психології, методик навчання та корекційної роботи;

- практикоорієнтованість підготовки шляхом організація педагогічної практики в інклюзивних закладах освіти з можливістю аналізу реальних кейсів;

- використання інтерактивних методів навчання через тренінги, моделювання професійних ситуацій, рольові ігри, кейс-метод;

- рефлексивна діяльність магістрантів за допомогою аналізу власного досвіду, самооцінювання рівня сформованості компетентностей;

- формування культури професійного здоров'я майбутнього педагога з метою профілактики емоційного вигорання, розвитку стресостійкості.

На освітній-професійній програмі «Олігофренопедагогіка. Інклюзивна освіта» формування компетентності щодо здатності організувати здоров'язбережуваче освітнє середовище відбувається на ряді дисциплін, в т.ч. на предметі «Спеціальна та інклюзивна освіта у дошкільних закладах». Розглядаючи питання про специфіку організації інклюзивного навчання в дошкільні здобувачі-магістранти аналізують особливості універсального дизайну, забезпечення безбар'єрності для вихованців ЗДО, використання на заняттях з дошкільниками здоров'язберігаючих технологій. Вивчаючи особливості реалізації в навчальній роботі з дошкільниками освітнього напрямку «Особистість дитини» Програми розвитку дітей дошкільного віку з інтелектуальними порушеннями (2023р.) студенти засвоюють вміння щодо організації фізкультурно-оздоровчої діяльності з дітьми з порушеннями інтелекту в ЗДО через фізичне виховання, відповідні активності в режимі дня та фізкультурно-масові заходи. Саме такі складові освітньої програми дають можливість сформуванню здоров'язбережувачої компетентності у майбутніх магістрів спеціальної освіти.

У процесі магістерської підготовки також доцільно впроваджувати спецкурси з основ здоров'язбережувальних технологій; майстер-класи із застосування ергономічних та адаптивних засобів; міждисциплінарні семінари; проєктну діяльність (розроблення моделей здоров'язбережувачого освітнього середовища); супервізію під час педагогічної практики.

Важливою складовою є створення здоров'язбережувального середовища у самому закладі вищої освіти, що виступає моделлю професійної діяльності майбутнього фахівця.

**Висновки.** Формування компетентності щодо організації здоров'язбережуючого освітнього середовища у магістрів спеціальності А6 Спеціальна освіта є комплексним процесом, який поєднує теоретичну підготовку, практичну діяльність і розвиток професійних цінностей. Системний підхід до реалізації зазначених педагогічних умов сприятиме підготовці конкурентоспроможних фахівців, здатних забезпечувати безпечний, комфортний і розвивальний освітній простір для дітей з особливими освітніми потребами.

## Література

1. Миронова С., Чопік О. Корекційна психопедагогіка, Олігофренопедагогіка: підручник, 2-е видання, перероблене і доповнене. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2023. 332 с. URL: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/7549>
2. Колупаєва А.А., Таранченко О.М. Інклюзивна освіта: покроково для педагогів: навчально-методичний посібник. (Серія «Інклюзивна освіта»). Київ, 2023. 232 с.
3. Белкова Т. Сучасні підходи до визначення сутності поняття «здоров'язбережуюче освітнє середовище». URL: <file:///C:/Users/admin/Downloads/PDF.pdf>

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Колодніцька А. П.*

*Житомирський медичний інститут ЖОР*

**Ключові слова:** імунопрофілактика, імунізація, вакцинація, інфекційні хвороби, профілактика

**Актуальність проблеми.** Вивчення сучасних підходів імунізації є одним з важливих складових медичної галузі для населення, однак сьогодні імунопрофілактика визнана одним з найуспішніших у сфері громадського здоров'я. Основними цілями профілактики є збереження здоров'я населення через зниження захворюваності, смертності та інвалідності від інфекційних хвороб. За допомогою формування колективного імунітету та зниження витрат системи охорони здоров'я на лікування інфекційних хвороб, завдяки проведенню профілактики. Досліджуючи сучасні підходи до імунізації, дозволяє визначити ефективність методів для підвищення рівня вакцинації [1]. Останніми роками сфера охорони здоров'я зазнає швидкого оновлення через глобальні виклики сьогодення, а саме зміни у способі життя, глобальну мобільність, міграції, зростаюче розмаїття популяцій, поширення хвороб, новітні пропозиції медичних послуг [5].

**Мета дослідження:** Вивчити сучасні підходи імунопрофілактики в громадському здоров'ї, їх ефективність, доступність, та важливість охоплення вакцинацією населення.

**Матеріали та методи:** Бібліосемантичний: Аналіз наукових публікацій, нормативно-правових документів, рекомендацій ВООЗ та інших міжнародних організацій. Соціологічне опитування: Онлайн-анкети для населення (100 анкет) та медичних працівників (218 анкет) для визначення обізнаності, ставлення до вакцинації.

**Результати дослідження:** Вакцинація є одним з геніальних винаходів людства, які дозволили суттєво знизити дитячу смертність в світі. Згідно з даними ВООЗ імунізація зберігає від 2 до 3 мільйонів дитячих життів щороку.

Чому вакцинація потрібна:

- Вакцинація може захистити її від ускладнень небезпечних захворювань, госпіталізації та смерті.
- Вакцинація заощаджує час та бюджет родини, дозволяючи скоротити кількість робочих та навчальних днів, втрачених через хворобу.
- Вакцинація захищає не тільки вашу дитину, а й тих дітей та дорослих з її оточення, які через реальні медичні протипокази чи малий вік не можуть бути вакциновані.
- Вакцинація має додаткові переваги для здоров'я. Наприклад, згідно результатів наукових досліджень у вакцинованих дітей рідше розвиваються хронічні алергічні захворювання, а вакцинація немовлят від ротавірусу знижує шанси на розвиток в них цукрового діабету 1 типу.

- Вакцинація дозволяє віддати дитину в садочок чи школу у випадку переїзду за кордон до країн, де щеплення є обов'язковою умовою для відвідування дитячих навчально-виховних закладів [3].

За новими змінами з 1 січня 2026 року «Календар щеплень» оновився та передбачає захист проти 11 інфекційних хвороб замість 10: до графіку щеплень введено вакцинацію проти вірусу папіломи людини (ВПЛ). Наразі, в 2026 році, коштом держави ця вакцина буде доступна для дівчаток 12-13 років.

Вакцина проти туберкульозу (БЦЖ) тепер буде вводиться в пологовому стаціонарі не на 3-5 добу життя немовляти, а вже за 24 години після народження. Це дозволить не затримувати породіль у пологових стаціонарах, а виписувати їх якомога раніше відповідно до світових стандартів. Також за умови відсутності відомих контактів з хворими та туберкульоз щеплення БЦЖ без попередньої проби Манту можна буде проводити не до 2-х, а до 7-ми місяців життя дитини.

Гармонізовано схеми вакцинації проти гепатиту В, кашлюку, дифтерії, правця, поліомієліту, НІВ-інфекції та поліомієліту: тепер первинний курс щеплень проти всіх цих інфекцій буде проводитися за єдиною схемою 2-4-6-18 місяців. При цьому конкретизовано перелік обставин, за яких немовля обов'язково має отримати “нульову” дозу вакцини проти гепатиту В в пологовому стаціонарі.

Змінено графік вакцинації проти кору, епіпаротиту та краснухи: перша доза вакцини вводиться, як і раніше, в 12 місяців, а вік введення другої дози змінено на 4 роки. Це необхідно, аби діти сформували повний захист проти названих інфекцій вже в дитячому садочку.

Здійснено повний перехід на інактивовану поліомієлітну вакцину (ІПВ): тепер для всіх доз проти поліомієліту буде вводиться вакцина ІПВ. Курс вакцинації проти поліомієліту складатиметься з 5-ти доз: ревакцинацію проти поліомієліту в 14 років буде відмінено.

Від захворювань, для профілактики яких існує вакцина, зареєстрована в Україні, можна захиститися, отримавши відповідні щеплення в лікувально-профілактичних закладах за направленням лікаря [4].

Згідно проведеного дослідження, анкетних даних медичних працівників: Наскільки Ви вважаєте вакцинацію важливим заходом для профілактики інфекційних захворювань серед населення в цілому? Серед 218 опитаних 73,4% вважають – надзвичайно важливим, 25,2 % вважає – важливим та 1,4 % вважає – скоріше важливим чим ні [Мал.1 ].

7. Наскільки Ви вважаєте вакцинацію важливим заходом для профілактики інфекційних захворювань серед населення в цілому?  
218 відповідей



Мал.1

На питання: Наскільки Ви довіряєте науковим даним щодо безпеки та ефективності вакцин? Серед 218 опитаних 67,9% вважають – повністю довіряю, 30,7% вважають- скоріше довіряють ніж ні, 0,9% вважають – скоріше не довіряють і 0,5% вважають в залежності від виробника та країни [Мал.2].

12. Наскільки Ви довіряєте науковим даним щодо безпеки та ефективності вакцин?  
218 відповідей



Мал.2

Згідно анкетних даних населення щодо вакцинації зі 100 опитаних на питання: Чи вважаєте ви вакцинацію захистом від інфекційних хвороб? 81% - вважає безумовно, 18% - скоріше так та 1% - вважають, що завдяки вакцинації можна легше перенести певне захворювання [Мал.3].

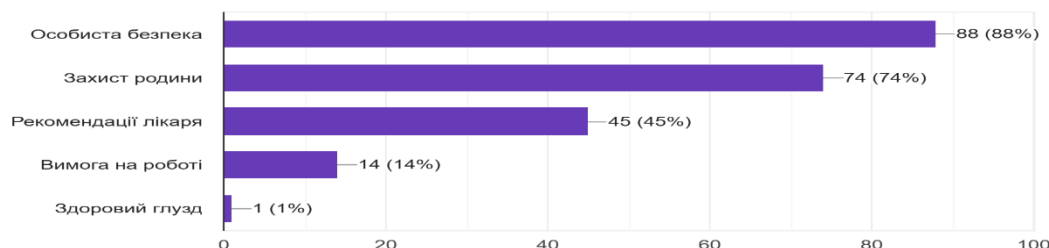
7. Чи вважаєте Ви вакцинацію, захистом від інфекційних хвороб  
100 відповідей



Мал.3

На питання: Які основні причини спонукають Вас вакцинуватися? Зі 100 опитаних 88% вважають – особистою безпекою, 74% вважають – захистом родини, 45% вважають – за рекомендацією лікаря, 14% вважають – згідно вимог на роботі та 1% вважають задля здорового глузду [Мал. 4].

12. Які основні причини спонукають вас вакцинуватися? (можна обрати кілька варіантів)  
100 відповідей



Мал. 4

**Висновки:** Сучасні підходи до імунопрофілактики у сфері громадського здоров'я базуються на науково обґрунтованих рішеннях, оновленні національних календарів щеплень відповідно до міжнародних стандартів та розширенні обізнаності та доступу населення до вакцинації. Вакцинація залишається одним із найефективніших інструментів зниження дитячої смертності та профілактики інфекційних захворювань, щороку рятуючи мільйони життів. Оновлення «Календаря щеплень» з 2026 року демонструє стратегічний підхід держави до зміцнення колективного імунітету, зокрема через впровадження вакцинації проти вірусу папіломи людини, гармонізацію схем імунізації та повний перехід на інактивовану поліомієлітну вакцину. Такі зміни спрямовані на підвищення ефективності захисту дітей, оптимізацію медичних процесів і наближення до світових практик. Таким чином, сучасна імунопрофілактика — це не лише індивідуальний захист дитини, а й важлива складова національної безпеки у сфері громадського здоров'я, що забезпечує збереження людського потенціалу, економічну стабільність та формування здорового майбутнього покоління.

## Література

1. Імунопрофілактика інфекційних хвороб: навчально-методичний посібник / Л.І. Чернишова, Ф.І. Лапій, А.П. Волоха та ін.; за ред. Л.І. Чернишової, Ф.І. Лапія, А.П. Волохи. Київ, 2020. 304 с.
2. Наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 585. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-28022020-585-pro-stvorennja-nacionalnoi-tehnicnoi-grupi-ekspertiv-z-pitan-imunoprofilaktiki>
3. Національний календар щеплень. URL: <https://moz.gov.ua/uk/nacionalnij-kalendar-profilaktichnih-sheplen-perevirte-chi-vakcinovana-ditina-vid-nebezpechnih-zahvorjuvan>
4. Національний портал з імунізації. URL: <https://vaccine.org.ua/pro-vakczynacziyu/dity/>
5. Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки: Закон України від 21 жовтня 2009 р. № 1658-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2010. № 2, № 2-3. Ст. 12.

## УПРАВЛІНСЬКІ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-МЕНЕДЖЕРІВ: АНАЛІЗ РІВНЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ

*Коток О. Ю., Дмитрук О. В.*

*Житомирський медичний інститут ЖОР*

**Ключові слова:** медичні сестри-менеджери, управлінські компетенції, теоретична підготовка, менеджмент в медсестринстві

**Актуальність проблеми.** Сучасні умови реформування системи охорони здоров'я України, зростання управлінського навантаження та розширення функціональних обов'язків медичних сестер-менеджерів зумовлюють підвищені вимоги до рівня їх управлінських компетенцій. Особливого значення набуває теоретична підготовка, яка є основою ефективного планування, організації роботи персоналу, мотивації та контролю якості медичної допомоги [1; с.8, 2; с.147]. Водночас наявність у значної частини медичних сестер-менеджерів базової освіти без належної управлінської складової актуалізує необхідність оцінки рівня сформованості теоретичних знань у сфері менеджменту та визначення напрямів їх удосконалення.

**Мета дослідження.** Проаналізувати рівень теоретичної підготовки медичних сестер-менеджерів як складової їхніх управлінських компетентностей.

**Матеріали та методи.** У роботі використано медико-соціологічний метод (анкетування), статистичний метод для обробки та узагальнення отриманих даних, а також методи системного аналізу та логічного узагальнення для інтерпретації результатів і формування висновків.

**Результати та їх обговорення.** Перш за все, проаналізуємо соціально-демографічні та професійні характеристики медичних сестер-менеджерів, адже вони впливають на формування управлінських компетентностей. Віковий аналіз показав, що більшість респондентів належать до працездатного віку 26–60 років — 73,2%. Молоді фахівці віком 18–25 років становлять 22,3%, а особи старше 60 років — 4,5%, що забезпечує кадрову стабільність і адаптивність управлінського персоналу.

Щодо рівня освіти, лише 8,9% мають ступінь магістра, 26,8% - бакалавра, тоді як 64,3% здобули освіту молодшого спеціаліста або фахового молодшого бакалавра, що обмежує можливості формування управлінських компетентностей. За займаними посадами переважають старші медичні сестри — 84,8%, тоді як головні медичні сестри або медичні директори з медсестринства становлять 15,2%, що відповідає штатній структурі ЗОЗ.

Найбільша частка респондентів працює у приватних медичних закладах — 35,8% та закладах первинної медико-санітарної допомоги — 16,1%. Аналіз стажу управлінської діяльності показав, що 42,9% обіймають посаду до одного року, тоді як 21,4% мають досвід понад 15 років, при цьому стаж не завжди визначає ефективність управлінської діяльності.

Важливим аспектом дослідження стала оцінка рівня сформованості теоретичних управлінських знань медичних сестер-менеджерів. За результатами самооцінки 52,6% респондентів визначили свій рівень управлінських компетентностей як високий, а 47,4% — як середній; низьких оцінок не зафіксовано, що свідчить про загалом достатню теоретичну підготовку.

Об'єктивна перевірка знань підтвердила ці результати: 94,6% опитаних правильно визначили основні управлінські функції (планування, організація, мотивація, контроль), а 90,1% коректно окреслили стратегічну мету клінічного менеджменту як забезпечення ефективного лікувально-діагностичного процесу. Водночас частина респондентів помилково ототожнювала стратегічні цілі з адміністративним контролем і кадровими питаннями.

Аналіз розуміння ролі медичної сестри-менеджера показав, що 84,8% усвідомлюють поєднання управлінських і клінічних функцій, проте виявлено неточності у визначенні рівнів управління та функціональних обов'язків менеджерів низового й вищого рівнів, що свідчить про фрагментарні прогалини у знаннях щодо управлінської структури та системного застосування управлінського інструментарію для реалізації функцій управління як видів професійної діяльності.

Високий рівень теоретичної підготовки зафіксовано щодо базових понять менеджменту: всі респонденти правильно визначили сутність тайм-менеджменту, самоменеджменту та ключових лідерських навичок. Більшість (89,3%) добре орієнтуються у визначенні пріоритетності завдань.

Респонденти продемонстрували глибоке розуміння процесного підходу в охороні здоров'я: 100% зазначили, що ефективність лікувально-діагностичного процесу забезпечується взаємодією лікаря, медсестринського догляду та активної участі пацієнта, а 94,7% підтвердили визначальну роль організації медсестринського догляду в підвищенні результативності лікування.

Щодо мотивації персоналу, переважна більшість (89,5%) визнала найбільш ефективним поєднання матеріальних і нематеріальних стимулів. Аналіз відповідей за двофакторною теорією Ф. Герцберга показав, що медичні сестри-менеджери загалом правильно ідентифікують істинні мотиватори, однак частина респондентів помилково відносить гігієнічні фактори до мотивуючих і навпаки, що вказує на окремі теоретичні неточності.

Більшість опитаних розглядають організаційну культуру (78,9%) та знання з психології управління (84,2%) як важливі нематеріальні інструменти управління, які сприяють ефективній командній взаємодії та підвищенню результативності керівництва.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Отже, більшість медичних сестер-менеджерів належать до працездатного віку, що забезпечує кадрову стабільність і адаптивність управлінського персоналу.

Встановлено, що теоретична підготовка у сфері менеджменту є достатньою для виконання базових управлінських функцій, але існують окремі прогалини у знанні ієрархії управління та мотиваційних механізмів. Високий рівень знань за базовими поняттями тайм- та самоменеджменту, лідерства та

організації медсестринського догляду підтверджує ефективність підготовки персоналу.

Визначено потребу у цілеспрямованому поглибленні управлінської освіти, зокрема щодо стратегічного планування, мотивації персоналу, розмежування функцій менеджерів різних рівнів та системного застосування управлінського інструментарію в реалізації функцій управління.

Подальші дослідження мають оцінити практичні компетентності медичних сестер-менеджерів для підвищення ефективності управлінської діяльності.

## Література

1. Дмитрук О.В. Медичний менеджмент в Україні: основні поняття, проблеми, перспективи реалізації. *Вісник Київського інституту бізнесу та технологій*. № 2. 2012 р. С. 8.

2. Дмитрук О.В. Формування системи управління підприємствами рекреаційної сфери: дисертація. на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук. Спеціальність 08.00. 04–економіка і управління підприємствами (за видами економічної діяльності). м. Київ. 2011 р. С.147.

## ГОТОВНІСТЬ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ІНТЕГРАТИВНИЙ ПОКАЗНИК КОМПЕТЕНТІСНОЇ ПІДГОТОВКИ

*Корнаш І. І., Миронюк І. С.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** компетентнісна підготовка, громадське здоров'я, готовність до професійної діяльності, освітні програми, узгодженість освіти і практики

**Актуальність проблеми.** У сучасних умовах розвитку громадського здоров'я ефективність професійної діяльності фахівців дедалі більше пов'язується з рівнем сформованості їхніх компетентностей, а не лише обсягом отриманих знань. У WHO–ASPHER Competency Framework for the Public Health Workforce in the European Region компетентності визначаються як інтеграція знань, практичних навичок, цінностей і професійних установок, що забезпечують здатність діяти в умовах складних викликів сьогодення. Водночас у наукових дослідженнях наголошується, що наявність формальних освітніх програм і задекларованих результатів навчання не гарантує готовності до професійної діяльності, оскільки між змістом підготовки та реальними потребами практики може існувати розрив. У цьому контексті готовність до професійної діяльності набуває значення ключового показника узгодженості між освітнім процесом і вимогами сфери громадського здоров'я [1, 2].

**Мета дослідження.** Проаналізувати компетентнісні орієнтири підготовки фахівців з громадського здоров'я та концептуалізувати готовність до професійної діяльності як показник узгодженості між освітнім процесом і реальними вимогами практики.

**Матеріали та методи.** Дослідження ґрунтується на аналізі міжнародних нормативних документів і наукових публікацій, із застосуванням методів аналітичного огляду, порівняльного та контент-аналізу.

**Результати дослідження.** У результаті аналізу сучасних публікацій встановлено, що готовність фахівця громадського здоров'я до професійної діяльності має комплексний і багатовимірний характер та формується як інтеграція різних груп компетентностей. Професійні компетентності структуровано за ключовими доменами, що охоплюють аналітичні підходи та методи громадського здоров'я, розуміння детермінант здоров'я населення, управління і лідерство, розробку та реалізацію політик, комунікацію, роботу з населенням і спільнотами, а також етичні засади професійної діяльності [3].

Подальший аналіз міжнародних підходів до формування кадрового потенціалу у сфері охорони здоров'я засвідчив, що готовність фахівця громадського здоров'я до професійної діяльності дедалі частіше трактується як

системна спроможність діяти в умовах складних і динамічних систем охорони здоров'я, а не лише як результат структурного опису професійних компетентностей.

Якщо європейські компетентнісні рамки зосереджуються на визначенні ключових доменів, то у глобальних підходах Всесвітньої організації охорони здоров'я акцент переноситься на процесуальний і контекстно зумовлений характер, що проявляється у здатності фахівців адаптуватися до умов практики, працювати в міжпрофесійних і міжсекторальних командах та приймати рішення з урахуванням потреб населення. Такий підхід дозволяє розглядати готовність до професійної діяльності не лише як результат сформованості компетентностей, а як динамічну характеристику їх практичної реалізації в системі охорони здоров'я [3, 4].

У дослідженнях, присвячених підготовці кадрів у сфері громадського здоров'я, що ґрунтуються на оцінці відповідності сформованих компетентностей потребам роботодавців, показано, що найбільш виразні прогалини виявляються у сферах управління, комунікації, лідерства, адаптації до умов невизначеності та роботи з громадами. Виявлені розбіжності засвідчують недостатню узгодженість між компетентнісними моделями підготовки та фактичними умовами професійної діяльності [5].

Міжнародні підходи до підготовки кадрів громадського здоров'я акцентують увагу на використанні компетентнісних рамок як практичних інструментів узгодження освітніх програм із вимогами професійної діяльності та практичними потребами функціонування систем громадського здоров'я. У межах ініціатив Всесвітньої організації охорони здоров'я та Всесвітньої федерації асоціації громадського здоров'я запропоновано підходи, спрямовані на оцінку, планування та вдосконалення підготовки фахівців з урахуванням різних професійних ролей і контекстів практичної діяльності, що сприяє підвищенню відповідності між освітою та вимогами функціонування систем охорони здоров'я [6].

**Висновки.** Проведений аналіз засвідчив доцільність використання компетентнісних рамок як інструментів узгодження підготовки фахівців громадського здоров'я з вимогами професійної діяльності. Готовність до професійної діяльності визначено як інтегративний показник, що відображає практичну реалізацію сформованих компетентностей у реальному професійному контексті. Орієнтація освітніх програм на формування готовності фахівців громадського здоров'я розглядається як один із шляхів зменшення розриву між підготовкою та практикою.

## Література

1. WHO–ASPHER Competency Framework for the Public Health Workforce in the European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2020. 72 p. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/347866>
2. Czabanowska K., Rodriguez Feria P. Training needs assessment tools for the public health workforce at an institutional and individual level: a review. *European*

*Journal of Public Health*. 2023. Vol. 33, No. 6. P. 933–940. DOI: 10.1093/eurpub/ckad183.

3. Foldspang A., Birt C. A., Otok R., Czabanowska K., Smith T., Bjegovic-Mikanovic V. ASPHER's European List of Core Competences for the Public Health Professional. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018. Vol. 46, Suppl. 23. P. 1–52. DOI: 10.1177/1403494818797072.

4. Global competency framework for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, 2022. 72 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034686>

5. Czabanowska K., Smith T., Könings K. D., Sumskas L., Otok R., Bjegovic-Mikanovic V. Identifying the gaps between public health training and practice: a workforce competencies comparative analysis. *European Journal of Public Health*. 2022. Vol. 32, No. 6. P. 933–939. DOI: 10.1093/eurpub/ckac150.

6. Coombe L., Robinson P. The education and training of the public health workforce: working at the intersection of the WFPHA Global Charter and the WHO Roadmap. *Journal of Public Health Policy*. 2025. Vol. 46. P. 222–228. DOI: 10.1057/s41271-024-00545-7.

## ДО ПИТАННЯ ДОСТУПНОСТІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

*Корон О. А.<sup>1</sup>, Слабкий Г. О.<sup>1</sup>, Осауленко С. В.<sup>2</sup>, Хасілева А. О.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

<sup>2</sup>ДВНЗ «Національний медичний університет імені О.О. Богомольця»

**Ключові слова:** офтальмологічна допомога, доступність, бар'єри

**Актуальність проблеми.** Населення із хворобами органу зору стикається з численними бар'єрами у доступі до спеціалізованої медичної допомоги [1]. При цьому необхідно відмітити, що проблема доступності спеціалізованої офтальмологічної допомоги набуває актуальності в контексті зростання патології органу зору у дітей, глобального постаріння населення, зростання поширеності хронічних захворювань та підвищення рівня нерівності у сфері охорони здоров'я. Дослідження 2020-2024 років виявили значні диспропорції у доступності офтальмологічних послуг для різних соціально-економічних груп, географічних регіонів та етнічних спільнот [2, 3].

**Мета дослідження** полягає в систематизації сучасних наукових даних щодо бар'єрів доступності спеціалізованої офтальмологічної допомоги для різних соціальних груп населення та аналіз ефективних стратегій їх подолання для формування доказової бази щодо розробки інтервенцій, спрямованих на зменшення нерівності у сфері офтальмологічного здоров'я.

**Матеріали і методи дослідження.** *Матеріали:* 23 наукові публікації, які відповідали меті дослідження. Пошук здійснювався за ключовими словами: "ophthalmology access", "eye care barriers", "vulnerable populations", "health equity", "vision care disparities", "social determinants". До аналізу включалися оригінальні дослідження, систематичні огляди та мета-аналізи, опубліковані англійською мовою. *Методи:* бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу.

**Результати дослідження.** В ході проведеного аналізу наукових інформаційних джерел встановлено, що доступність спеціалізованої офтальмологічної допомоги обмежується чотирма основними групами бар'єрів: економічними (прямі та непрямі витрати на послуги), географічними (віддаленість закладів охорони здоров'я, відсутність транспортного сполучення), соціально-культурними (низька офтальмологічна грамотність, мовні бар'єри) та організаційними (тривалість очікування, незручний графік).

За результатами проведеного аналізу встановлено, що найбільш вразливими групами з низьким рівнем доступності до спеціалізованої офтальмологічної допомоги є люди похилого віку (незадоволені потреби 35%), мешканці сільських територій (відстань до спеціаліста 50-100 км), особи з низьким соціально-економічним статусом (ризик обмеження доступу у 3,5 рази вищий), етнічні меншини (ризик пізнього виявлення глаукоми у 2,1 рази вищий) та мігранти.

Автори досліджень зазначеної проблеми одним із головним бар'єрів відмічають низький економічний стан сімей хворих. При цьому економічні бар'єри включають не лише вартість медичних послуг та оптичної корекції, але й непрямі витрати (втрата заробітку, транспортні витрати, оплата догляду), що створює катастрофічний фінансовий тягар для домогосподарств з низьким доходом і призводить до відмови від необхідного лікування.

Результати проаналізованих публікацій вказують на те, що найвищу ефективність в забезпеченні населення доступною спеціалізованою допомогою демонструють комплексні інтервенції: телемедичний скринінг діабетичної ретинопатії (збільшення доступу 40-150%), мобільні офтальмологічні клініки (60-200%), фінансове субсидування (35-80%), освітні кампанії (20-45%) та інтеграція скринінгу у первинну ланку охорони здоров'я (25-60%).

Досягнення справедливості у доступі до офтальмологічної допомоги вимагає інтегрованої політики охорони здоров'я, яка системно усуває або зменшує всі типи бар'єрів з урахуванням специфічних потреб особливо вразливих груп населення, включаючи дітей, осіб похилого віку, мешканців сільських територій, етнічні меншини, мігрантів та осіб з низьким соціально-економічним статусом.

**Висновки:** значення отриманих результатів полягає у формуванні доказової бази для розробки цільових інтервенцій, спрямованих на підвищення доступності офтальмологічної допомоги особливо для вразливих груп населення. Виявлені закономірності можуть використовуватися для планування програм громадського здоров'я, розподілу офтальмологічних ресурсів та формування політики у сфері охорони здоров'я органу зору.

## Література

1. World Health Organization. World report on vision. Geneva: WHO; 2019. 160 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>
2. Lee KE, Sussberg JA, Nelson LB, Thuma TBT. Review of the Disparities in Access to Pediatric Eye Care Among Low Socioeconomic Status and Underrepresented Racial Minority Groups Exacerbated by the Economic Downturn in Pediatric Ophthalmology. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2024;61(3):172-8. doi:10.3928/01913913-20231026-05
3. Elam AR, Tseng VL, Rodriguez TM, Mike EV, Warren AK, Coleman AL, et al. Disparities in vision health and eye care. *Ophthalmology*. 2022;129(10):e89-113. doi:10.1016/j.optha.2022.07.010

## ПОШИРЕНІСТЬ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ В КОНТЕКСТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Куприч О. О., Дуб М. М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** інтернет-залежність, студентська молодь, профілактика, громадське здоров'я

**Актуальність проблеми.** Інтернет-залежність розглядається сучасною наукою як форма проблемного або адиктивного використання мережі Інтернет, що супроводжується втратою контролю над онлайн-активністю та негативними психосоціальними наслідками для особистості [1, 4]. У системі громадського здоров'я дана проблема набуває особливої актуальності у зв'язку зі зростанням поширеності поведінкових ризиків серед молоді та їхнім впливом на якість життя і психічне здоров'я населення [5, 6].

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати актуальність інтернет-залежності серед студентської молоді як проблеми громадського здоров'я, проаналізувати основні чинники її формування та окреслити пріоритетні напрями профілактики в умовах сучасного цифрового суспільства.

**Матеріали та методи.** Матеріалами слугували наукові публікації вітчизняних і зарубіжних авторів, аналітичні огляди, рекомендації міжнародних організацій у сфері громадського здоров'я та ментального благополуччя студентської молоді. У процесі дослідження використано методи аналізу, синтезу, узагальнення та систематизації наукових джерел, що дозволило розкрити сутність інтернет-залежності, визначити основні фактори ризику її формування та обґрунтувати профілактичні підходи з позицій громадського здоров'я.

**Результати дослідження.** Студентська молодь є вразливою групою щодо формування інтернет-залежності через поєднання вікових особливостей, високого рівня академічного навантаження та активної цифровізації освітнього середовища [2, 3]. За даними міжнародних досліджень, надмірне використання соціальних мереж і цифрових платформ асоціюється зі зниженням рівня фізичної активності, порушенням режиму сну та підвищенням рівня психоемоційного напруження [7, 10]. З позицій громадського здоров'я інтернет-залежність слід розглядати як багатфакторне явище, детерміноване індивідуальними, соціальними та середовищними чинниками [11]. Встановлено, що проблемне використання Інтернету корелює з тривожними та депресивними проявами, що підкреслює необхідність інтеграції заходів із підтримки ментального здоров'я в студентському середовищі [7, 9].

Профілактика інтернет-залежності має ґрунтуватися на принципах первинної профілактики та міжсекторальної взаємодії. Ефективними вважаються освітні програми з формування здорової цифрової поведінки, підвищення рівня медіа- та цифрової грамотності, а також популяризація фізичної активності як захисного

чинника здоров'я [2, 6, 8]. Важливу роль відіграє впровадження комплексних підходів, спрямованих на зниження поведінкових ризиків без надмірної медикалізації цифрової активності молоді [11, 12].

Таким чином, інтернет-залежність серед студентської молоді постає як комплексна проблема громадського здоров'я, що негативно впливає на психічне, фізичне та соціальне благополуччя. Її поширення зумовлене поєднанням індивідуальних особливостей, соціального середовища та умов цифровізації освітнього й повсякденного життя. Ефективна протидія цьому явищу потребує впровадження системних профілактичних заходів, спрямованих на формування відповідальної цифрової поведінки, зміцнення психоемоційної стійкості та підтримку здорового способу життя у студентському середовищі.

**Висновки.** Інтернет-залежність серед студентської молоді є актуальною проблемою громадського здоров'я, що потребує системного профілактичного підходу з урахуванням сучасних соціально-детермінованих чинників здоров'я та викликів цифрового суспільства.

## Література

1. Kuss D. J., Lopez-Fernandez O. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 6, № 1. P. 143–176.
2. Vondráčková P., Gabrhelík R. Prevention of Internet addiction: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*. 2016. Vol. 5, № 4. P. 568–579.
3. Anderson M., Jiang J. Teens, social media & technology 2018 [Electronic resource]. Washington: Pew Research Center, 2018. URL: <https://www.pewresearch.org>
4. Kuss D. J., Griffiths M. D. Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017. Vol. 14, № 3. Article 311.
5. Cheng C., Li A. Y. Internet addiction prevalence and quality of (real) life: A meta-analysis of 31 nations across seven world regions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2018. Vol. 21, № 6. P. 367–375.
6. World Health Organization. Public health implications of excessive use of the Internet and other communication and gaming platforms for children and adolescents [Electronic resource]. Geneva: WHO, 2018.
7. Lam L. T., Wong E. M. Stress moderates the relationship between problematic Internet use and depression. *Journal of Adolescent Health*. 2017. Vol. 60, № 4. P. 451–456.
8. Okan O., Bauer U., Levin-Zamir D., Pinheiro P., Sørensen K. International handbook of health literacy. Bristol: Policy Press, 2020. 720 p.
9. World Health Organization. Guidelines on mental health at work [Electronic resource]. Geneva: WHO, 2022.
10. Montag C., Becker B., Gan C. The multipurpose application WeChat: A review on recent research. *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. Article 2247.
11. Kardefelt-Winther D. et al. How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours?. *Addiction*. 2017. Vol. 112, № 10. P. 1709–1715.
12. Poli R. Internet addiction update: Diagnostic criteria, assessment and prevalence. *Neuropsychiatry*. 2017. Vol. 7, № 1. P. 4–8.

## АНТИМІКРОБНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД

*Лехан В. М., Заярський М. І.*

*Дніпровський державний медичний університет*

**Ключові слова:** антимікробна резистентність, освіта магістрів медицини, міждисциплінарний підхід, AWaRe, антимікробне управління, громадське здоров'я

**Актуальність проблеми.** Антимікробна резистентність (АМР) є глобальною загрозою, що ускладнює лікування інфекційних хвороб, підвищує ризики ускладнень та смертності, а також створює значне економічне навантаження на систему охорони здоров'я [1, 2]. Для України проблема АМР є особливо актуальною як в умовах воєнних дій, так і через високу частку призначень антибіотиків на рівні первинної медико-санітарної допомоги і закладів спеціалізованої медичної допомоги, поширеність нераціонального їх використання [3]. АМР не існує лише у медицині. Концепція «Єдине здоров'я» звертає увагу на зв'язок між використанням антибіотиків у ветеринарії, екології та медицині. Сучасні виклики потребують підготовки лікарів, здатних діяти на клінічному, організаційному та популяційному рівнях у межах комплексного міждисциплінарного підходу.

**Мета дослідження.** Обґрунтувати необхідність розробки наскрізної міждисциплінарної програми підготовки магістрів медицини, яка інтегрує знання проблеми АМР і принципи антимікробного управління та громадського здоров'я в межах дисциплін викладання.

**Матеріали та методи.** Дослідження базується на аналізі національних стратегічних документів [3], рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), матеріалів Європейського центру з профілактики та контролю захворювань, Продовольчої та сільськогосподарської організації Об'єднаних Націй та сучасних наукових публікацій щодо антимікробного управління та профілактики інфекцій [1, 4]. Використано аналітичний огляд і систематизацію матеріалів, без залучення первинних емпіричних даних.

**Результати дослідження.** Аналіз сучасних освітніх програм показав, що підготовка магістрів часто фрагментована і недостатньо охоплює комплекс проблем АМР. Для ефективного формування компетентностей необхідна наскрізна міждисциплінарна програма, яка інтегрує біомедичну, гігієнічну, клінічну та епідеміологічну підготовку з питань механізмів формування резистентності, принципів антимікробного управління, включаючи класифікацію ВООЗ AWaRe (Access, Watch, Reserve), інфекційного контролю, а також соціальних і поведінкових аспектів раціонального використання антибіотиків в умовах електронного рецептурного відпуску антибіотиків в Україні. Програма має передбачати розвиток практичних навичок організації та

проведення інформаційно-комунікаційних заходів, спрямованих на підвищення обізнаності населення і медичних працівників, а також інтеграцію знань у контекст системи первинної медико-санітарної допомоги. Координація діяльності кафедр соціальної медицини та громадського здоров'я, сімейної медицини, фармакології, епідеміології та інфекційних хвороб, клінічних і гігієнічних кафедр є ключовою умовою реалізації програми [2, 3]. Такий підхід дозволяє формувати у майбутніх лікарів цілісне бачення проблеми АМР та готовність до ефективних дій на клінічному та популяційному рівнях.

**Висновки.** Проблема антимікробної резистентності у підготовці магістрів медицини має розглядатися через призму наскрізної міждисциплінарної програми, яка має враховуватися у подальшій модернізації освітніх навчальних програм, освітніх компонентів закладами вищої медичної освіти України. Розробка наскрізної програми, що поєднує біомедичні, клінічні та громадсько-орієнтовані організаційні компоненти, акцентує на принципах AWaRe та антимікробного управління і розвиває комунікаційні компетентності, є критично необхідною для формування готовності майбутніх лікарів до ефективної участі у стримуванні АМР на клінічному та популяційному рівнях.

## Література

1. Antimicrobial resistance. *World Health Organization*. 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance> (дата звернення 23.01.2026р.)

2. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance. *World Health Organization*. Geneva: WHO, 2015. 28 p. URL: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/193736/9789241509763\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/193736/9789241509763_eng.pdf?sequence=1) (дата звернення 20.01.2026р.)

3. Про схвалення Державної стратегії боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 13 груд. 2024 нар. №1265-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1265-2024-%D1%80> (Дата звернення: 23.01.2026).

4. Antimicrobial stewardship programmes in health-care facilities in low- and middle-income countries. A practical toolkit. Geneva: *World Health Organization*; 2019. Geneva: WHO, 2019. 88 p. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329404/9789241515481-eng.pdf?sequence=1> (дата звернення 28.08.2025р.)

## АКТУАЛЬНІСТЬ МІЖНАРОДНОЇ СПІВПРАЦІ У ПІДГОТОВЦІ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Луцакевич М. А., Брич В. В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** міжнародна співпраця, медична освіта, підготовка здобувачів вищої освіти, охорона здоров'я

**Актуальність проблеми.** Багаточисельні сучасні виклики, зокрема пандемія COVID-19, воєнний стан, демографічні зміни, терористичні загрози та глибокі трансформації систем охорони здоров'я, переконливо засвідчили, що підготовка здобувачів освіти галузі знань «Охорона здоров'я» не може здійснюватися ізольовано в межах однієї країни. Ефективне реагування на глобальні та національні загрози здоров'ю населення потребує узгоджених міжнародних підходів, обміну досвідом і формування спільного освітнього та наукового простору. Для України актуальність міжнародної співпраці у підготовці здобувачів освіти галузі знань «Охорона здоров'я», а відповідно до чинної класифікації – «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення», суттєво зростає в умовах євроінтеграційного курсу держави, реформування системи охорони здоров'я та модернізації вищої освіти відповідно до стандартів Європейського простору вищої освіти. Всі спеціальності цієї галузі – клінічні, реабілітаційні, фармацевтичні, психологічні, управлінські та профілактичні – відіграють взаємодоповнювальну роль у розвитку та зміцненні системи громадського здоров'я. Міжнародна академічна співпраця сприяє гармонізації освітніх програм, впровадженню доказових підходів у підготовці фахівців, розвитку системного та міждисциплінарного мислення, підвищенню рівня практичної підготовки та формуванню міжкультурної компетентності здобувачів освіти.

**Мета дослідження:** теоретичне обґрунтування актуальності міжнародної співпраці в підготовці здобувачів освіти галузі знань «Охорони здоров'я».

**Матеріали і методи.** Для проведення дослідження використано бібліографічний метод, метод аналізу та узагальнення джерел наукової інформації.

**Результати дослідження.** У результаті аналізу наукових джерел, стратегічних документів та міжнародних освітніх практик встановлено, що міжнародна співпраця є одним із ключових чинників розвитку сучасної системи підготовки здобувачів освіти галузі знань «Охорона здоров'я». Вона забезпечує узгодженість освітніх підходів, підвищення якості навчальних програм та формування спільного розуміння ролі фахівців різних спеціальностей у зміцненні як індивідуального, так і громадського здоров'я.

Для здобувачів освіти у сфері охорони здоров'я на докваліфікаційному етапі навчання ознайомлення з різними моделями систем охорони здоров'я, практичними умовами та культурними особливостями є необхідним для формування комплексного бачення глобальних викликів у сфері здоров'я [1].

Через програми академічної мобільності, спільні ініціативи з обміну досвідом та розробку інтегрованих навчальних планів, здобувачі освіти набувають доступу до передових клінічних протоколів і технологій, формуючи універсальні компетенції, адаптовані до міждисциплінарних викликів.

Швейцарські проєкти міжнародної співпраці в Україні спрямовані на відновлення та посилення локальних систем охорони здоров'я, підтримку громад і розвиток інституційного потенціалу, що створює передумови для інтеграції елементів практичної міжнародної співпраці в підготовку здобувачів вищої освіти галузі знань «Охорона здоров'я» [2]. Зокрема, у межах Україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти» здійснюється оновлення освітніх програм, розвиток симуляційного навчання та посилення практичної складової підготовки фахівців охорони здоров'я [3]. Проєкт «Education and Health for Ukraine» (EduHealth UA), реалізований за підтримки Estonian Centre for International Development (ESTDEV), спрямований на розвиток української системи реабілітації через модернізацію навчальних планів, підготовку кадрів та впровадження сучасних міжнародних стандартів у вищу та професійну освіту медичних фахівців [4]. Реалізація таких ініціатив сприяє впровадженню міжнародних стандартів і доказових освітніх підходів у систему вищої освіти України та підвищує готовність випускників до професійної діяльності в умовах трансформації системи охорони здоров'я та розвитку громадського здоров'я.

З наукової перспективи, участь у міжнародних дослідницьких проєктах стимулює розвиток доказової медицини, критичного мислення та аналітичних навичок, перетворюючи локальні освітні системи на складові глобальної мережі знань. Важливо також підкреслити, що цифрова співпраця, включаючи онлайн-платформи та телемедицину, розширює горизонти доступу до ресурсів, сприяючи формуванню цифрової грамотності як невід'ємної складової професійної ідентичності.

Водночас, міжкультурна взаємодія культивує толерантність і етичну свідомість, готуючи фахівців до роботи в мультикультурних середовищах, де розуміння нюансів різних систем охорони здоров'я стає ключем до ефективної глобальної практики. У 2025 році в межах ініціативи International Medical Partnership між українськими та іноземними медичними установами було налагоджено нові напрямки співпраці, зокрема в онкології, хірургії, ментальному здоров'ї, неонатології та реабілітації, що сприяє інтеграції української медицини до міжнародного професійного простору та підвищенню якості медичної освіти й практики [5]. Така співпраця не лише оптимізує підготовку кадрів, але й формує нове покоління професіоналів, здатних відповідати на складні виклики сучасної охорони здоров'я через синтез культурних і наукових перспектив.

Міжнародне партнерство між університетами та медичними установами різних країн продемонструвало, що використання інноваційних освітніх підходів, зокрема телесимуляції, є ефективним інструментом підготовки фахівців охорони здоров'я в умовах криз і конфліктів, сприяючи розвитку клінічного мислення, управлінських навичок і зміцненню систем охорони здоров'я відповідно до принципів універсального охоплення медичними

послугами [6]. Для України, яка функціонує в умовах воєнного стану та обмежених ресурсів, подібні міжнародні освітні ініціативи є особливо актуальними, оскільки дозволяють оперативно посилювати підготовку фахівців охорони здоров'я, забезпечувати безперервність навчання та адаптувати освітні програми до нагальних потреб системи громадського здоров'я і медичної допомоги в кризових умовах.

Участь здобувачів освіти галузі охорони здоров'я в міжнародних навчальних програмах найчастіше обмежується фінансовими труднощами, недостатнім рівнем володіння іноземною мовою, особистими зобов'язаннями, безпековими ризиками, а також проблемами визнання навчальних кредитів і соціально-економічними чинниками [7]. Водночас дослідження демонструють, що після пандемії участь здобувачів освіти в програмах міжнародної мобільності обмежується соціально-економічними та особистими бар'єрами, що актуалізує потребу в посиленні інформаційної підтримки, фінансових механізмів і розширенні доступних форматів міжнародного досвіду для всіх студентів [7].

**Висновки.** Міжнародна співпраця є ключовим елементом для підвищення якості підготовки студентів у галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення, сприяючи інтеграції інноваційних методів, розширенню компетенцій та гармонізації освітніх стандартів. Теоретичний аналіз демонструє, що через академічну мобільність, спільні програми, та цифрову взаємодію формується універсальне професійне середовище, адаптоване до глобальних викликів. Для подальшого розвитку теми планується емпіричне дослідження, зокрема онлайн-опитування здобувачів вищої освіти, з метою оцінки їхньої готовності до міжнародної співпраці, виявлення психологічних бар'єрів та мотиваційних факторів, що дозволить сформулювати практичні рекомендації на основі реальних даних.

## Література

1. Shaw L., Turick M., Kiegaldie D. Collaborative online international learning in health professions education: a 10-year scoping review. *Nurse Education Today*. 2025. P. 106602. DOI:10.1016/j.nedt.2025.106602
2. Federal Department of Foreign Affairs (FDFA). Swiss cooperation projects in Ukraine. URL: <https://www.fdfa.admin.ch/countries/ukraine/en/home/international-cooperation/projects.html>
3. Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти». URL: <https://mededu.org.ua/purpose/>
4. Estonian Centre for International Development (ESTDEV). Education and Health for Ukraine (EduHealth UA). URL: <https://www.estdev.ee/en/projects/education-and-health-ukraine-eduhealth-ua>
5. Міністерство охорони здоров'я України. International Medical Partnership 2025: результати та нові горизонти подальшої співпраці. Київ, 2025. URL: <https://moz.gov.ua/en/international-medical-partnership-2025-results-and-new-horizons-for-further-cooperation>

## ВПЛИВ МІТОХОНДРІЙ НА СПОРТИВНІ РЕЗУЛЬТАТИ: АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДЖЕРЕЛ

*Маріонда І.І., Карбанов Є.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** вплив мітохондрій, спортивні результати, наукові джерела, адаптація організму, фізичні навантаження

**Актуальність проблеми.** Однією з ключових структур, які визначають рівень фізичної витривалості та енергетичного потенціалу м'язів, є мітохондрії – клітинні органели, відповідальні за синтез аденозинтрифосфату (АТФ) у процесі аеробного метаболізму. Саме ефективність їх функціонування значною мірою впливає на здатність спортсмена підтримувати інтенсивне навантаження протягом тривалого часу.

Наукові дослідження останніх десятиліть [2, 3, 4] доводять, що кількість, структура та функціональна активність мітохондрій істотно відрізняються у тренуваних і нетренуваних осіб. Особливо це стосується спортсменів, які спеціалізуються у видах спорту на витривалість, де аеробне енергозабезпечення відіграє провідну роль. Регулярні фізичні навантаження стимулюють процес мітохондріогенезу, покращують організацію внутрішніх мембран мітохондрій та підвищують ефективність окисного фосфорилування.

Актуальність теми зумовлена зростаючим інтересом до пошуку науково обґрунтованих способів оптимізації тренувального процесу. Аналіз сучасних наукових джерел [1, 5] дозволяє систематизувати дані щодо ролі мітохондрій у формуванні спортивної витривалості, визначити механізми їх адаптації до фізичних навантажень та окреслити перспективи практичного застосування отриманих знань у підготовці спортсменів.

**Метою даної роботи** є аналіз наукових джерел щодо впливу мітохондрій на спортивні результати та визначення їх ролі у процесах адаптації організму до фізичних навантажень.

### **Завдання дослідження:**

1. Охарактеризувати біологічну роль мітохондрій у м'язових клітинах.
2. Проаналізувати наукові дані щодо впливу тренувань на кількість і функціональний стан мітохондрій.

**Методи дослідження.** У процесі дослідження було використано теоретичні методи наукового пізнання, що дозволило здійснити ґрунтовний аналіз сучасних наукових підходів до вивчення ролі мітохондрій у формуванні спортивних результатів.

Проведено аналіз і узагальнення наукової літератури, що дало змогу розглянути праці вітчизняних і зарубіжних учених, які досліджували роль мітохондрій. Використано порівняльний аналіз.

**Огляд фахової літератури з посиланнями на джерела.** Наукові джерела підтверджують, що мітохондрії є ключовим фактором аеробного енергозабезпечення, а їх кількість і функціональна активність безпосередньо пов'язані з рівнем фізичної витривалості.

Одними з перших фундаментальних досліджень, що продемонстрували адаптаційні зміни мітохондрій під впливом тренувань, були роботи Holloszy (1967), у яких доведено, що регулярні аеробні навантаження стимулюють мітохондріогенез у скелетних м'язах [1]. Подальші дослідження підтвердили, що підвищення активності ферментів окисного фосфорилування (зокрема цитратсинтази) є маркером зростання мітохондріальної щільності (Hood, 2001) [2].

Сучасні дослідження демонструють, що у спортсменів на витривалість спостерігається не лише збільшення кількості мітохондрій, але й зміна їхньої ультраструктури – зростання площі внутрішніх мембран (крист), що підвищує ефективність синтезу АТФ (Lundby & Jacobs, 2016) [3].

Важливий внесок у розуміння ролі мітохондрій у спортивній результативності зробив Ініго Сан-Мілан (San Millán & Brooks, 2018) [4], який досліджував метаболізм лактату та його зв'язок із мітохондріальною функцією. У своїх роботах він довів, що лактат не є лише побічним продуктом анаеробного обміну, а виступає важливим енергетичним субстратом і сигнальною молекулою, що транспортується до мітохондрій для подальшого окиснення. Згідно з його концепцією, висока ефективність утилізації лактату у спортсменів на витривалість пов'язана з розвиненою мітохондріальною мережею та високою окисною здатністю м'язових волокон.

Сан-Мілан підкреслює значення тренувань у зоні помірної інтенсивності (так звана «Zone 2») для стимуляції мітохондріогенезу та покращення метаболічної гнучкості. Такий підхід сприяє оптимізації жирового обміну, підвищенню окисної потужності м'язів і зниженню накопичення лактату під час тривалого навантаження.

**Результати дослідження** свідчать про те, що мітохондрії є визначальним чинником формування спортивної витривалості та рівня аеробної працездатності. Аналіз наукових джерел підтвердив, що збільшення кількості мітохондрій у скелетних м'язах безпосередньо пов'язане з покращенням споживання кисню, підвищенням ефективності окисного фосфорилування та зростанням синтезу АТФ. У спортсменів, які спеціалізуються у видах спорту на витривалість, спостерігається вища мітохондріальна щільність, розвинена мережа внутрішніх мембран і підвищена активність ферментів енергетичного обміну, що забезпечує економніше використання енергетичних субстратів і довшу підтримку навантаження високої інтенсивності.

Дослідження також підтверджують, що регулярні фізичні тренування стимулюють процес мітохондріогенезу, активують молекулярні механізми адаптації та покращують метаболічну гнучкість організму. Водночас встановлено, що ці адаптації мають зворотний характер і потребують систематичного підтримання через тренувальний процес. Мітохондрії виступають центральною ланкою клітинної адаптації до фізичних навантажень і

є одним із ключових біологічних факторів, що впливають на досягнення високих спортивних результатів.

Згідно з McArdle, Katch & Katch (2015), жири мають вищу енергетичну щільність (9 ккал/г) порівняно з вуглеводами (4 ккал/г), що пояснює більший потенціал утворення АТФ при їх окисненні в мітохондріях. Повне окиснення глюкози забезпечує близько 30–32 молекул АТФ, тоді як пальмітинова кислота – близько 106 молекул АТФ, що підтверджує значення жирового обміну у видах спорту на витривалість [6].

**Висновки і пропозиції.** У результаті проведеного аналізу наукових джерел встановлено, що мітохондрії відіграють ключову роль у формуванні спортивної працездатності, особливо у видах спорту на витривалість. Їх кількість, структура та функціональна активність безпосередньо впливають на рівень аеробного енергозабезпечення м'язів і здатність організму підтримувати тривале фізичне навантаження.

Доведено, що систематичні фізичні тренування стимулюють процес мітохондріогенезу, покращують організацію внутрішніх мембран мітохондрій і підвищують ефективність окисного фосфорилування. Встановлено, що специфіка та інтенсивність навантаження визначають характер адаптаційних змін, а відсутність регулярних тренувань призводить до зниження мітохондріальної активності. Мітохондрії є центральним механізмом клітинної адаптації до фізичних навантажень і одним із біологічних факторів, що визначають досягнення високих спортивних результатів.

Перспективним напрямом подальших досліджень є вивчення неінвазивних методів оцінки мітохондріальної функції та їх використання у спортивній практиці.

Отримані дані узгоджуються з сучасними уявленнями про ключову роль мітохондріального біогенезу як механізму довготривалої адаптації до аеробних навантажень.

## Література

1. Платонов, В.М. (2015). Система спортивної підготовки в олімпійському спорті. Київ: Фізкультура і спорт.
2. Holloszy, J.O. (1967). Biochemical adaptations in muscle. *Journal of Biological Chemistry*, 242(9), 2278–2282.
3. Hood, D.A. (2001). Invited Review: Contractile activity-induced mitochondrial biogenesis in skeletal muscle. *Journal of Applied Physiology*, 90(3), 1137–1157.
4. Lundby, C., & Jacobs, R.A. (2016). Adaptations of skeletal muscle mitochondria to exercise training. *Experimental Physiology*, 101(1), 17–22.
5. San Millán, I., & Brooks, G.A. (2018). Assessment of metabolic flexibility by means of measuring lactate oxidation. *Metabolism*, 88, 1–8.
6. McArdle W. D., Katch F. I., Katch V. L. *Exercise Physiology: Nutrition, Energy, and Human Performance*. 8th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer Health, 2015. 1068 p.

## НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ГРОМАДАХ В УМОВАХ ВОЄННИХ ТА ПІСЛЯВОЄННИХ ВИКЛИКІВ

*Мартиненко Н. М., Холодова В. Р., Нестеренко В. Г.*

*Харківський національний медичний університет*

**Ключові слова:** госпітальне планування, спроможна мережа, безбар'єрність, ментальне здоров'я, територіальні громади.

**Актуальність проблеми.** Війна в Україні внесла радикальні корективи у функціонування національної системи охорони здоров'я (СОЗ). Громади стали першою ланкою реагування, взявши на себе адміністративні, логістичні та безпекові функції медичного забезпечення [3]. Сучасні виклики довели, що децентралізація стала фундаментом виживання системи, забезпечуючи автономізацію закладів та інтеграцію внутрішньо переміщених осіб (ВПО) [2].

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати стратегічні напрямки розвитку громад в умовах воєнного стану та в період повоєнного відновлення з акцентом на ментальне здоров'я та цифровізацію послуг.

**Матеріали та методи.** Використано методи системного аналізу нормативно-правової бази [1], узагальнення вітчизняного та міжнародного досвіду організації медичної допомоги в умовах конфліктів [5, 8], а також аналіз поточних програм реабілітації та підтримки ментального здоров'я.

**Результати дослідження.** Трансформація СОЗ на рівні громад сьогодні сфокусована на створенні центрів ментального здоров'я безпосередньо за місцем проживання населення. В умовах воєнного конфлікту психічне здоров'я перетворюється на виклик соціальної стійкості [4]. Важливим кроком стало впровадження програми mhGAP (Mental Health Gap Action Programme) на рівні первинної ланки, що дозволяє до 80% пацієнтів отримувати базову допомогу [6].

Громади мають виступати майданчиками для неспеціалізованої підтримки (групи самодопомоги, арт-терапія, кризове консультування), що знижує навантаження на госпітальний сектор. Приклад наукової бібліотеки ХНМУ підтверджує ефективність регулярних арт-терапевтичних сесій для персоналу. У роботі з дітьми критичним є впровадження технік «Безпечного простору» в освітніх закладах громад [7].

Важливим елементом трансформації є розширення телемедицини та цифрових рішень (мобільних застосунків, чат-ботів) для підтримки мешканців у важкодоступних регіонах. Післявоєнне відновлення має базуватися на принципах *госпітального планування*, що виключає стратегію простої відбудови зруйнованої інфраструктури за принципом «як було». Госпітальне планування передбачає раціональний розподіл ресурсів у межах госпітального округу на основі *кластерного принципу*. Відповідно до нього заклади поділяються на *загальні* (що надають базові послуги в громаді), *кластерні* (які надаватимуть ширший спектр

допомоги в межах району) та *надкластерні* (в яких надаватиметься високотехнологічна допомога на рівні області). Успіх такого планування безпосередньо залежить від якості даних в Електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ), які слугують базою для прогнозування навантаження на госпітальні кластери.

Важливим аспектом є моделювання *маршрутів пацієнта*, що гарантують надання допомоги при критичних станах (інсульт, інфаркт, полі травма) протягом «золотої години», незалежно від логістичних викликів чи стану доріг. *Фундаментальною основою планування виступає економічна доцільність*, що вимагає переходу від фінансування ліжка-місць до оплати реальних обсягів наданої медичної допомоги. Такий підхід дозволяє громадам уникнути фінансового тягаря утримання надлишкових потужностей, чітко визначаючи спеціалізацію кожного закладу: від потужного хірургічного центру до ефективного реабілітаційного хабу.

Доцільно враховувати нові демографічні реалії. Війна кардинально змінила портрет пацієнта, і територіальні громади мають це враховувати при формуванні бюджету та штатного розпису. *По-перше*, відбулися істотні міграційні зсуви: внутрішньо переміщені особи (ВПО) змінюють навантаження на мережу. Західні та центральні регіони отримали притік пацієнтів, що вимагає розширення потужностей ПМСД (первинної допомоги). *По-друге*, старіння населення та дефіцит кадрів. Молодь виїхала, навантаження на геронтологічні та соціально-медичні сервіси зросло. *По-третє*, відбувається зміна структури захворюваності. Наразі існує величезний запит на ментальне здоров'я (ПТСР) та реабілітацію. Тепер кожна кластерна лікарня зобов'язана мати реабілітаційне відділення – це і є врахування реалій у плануванні.

Створенні безбар'єрного середовища у кожному медичному закладі – це не лише пандус. Це виконання Наказу МОЗ №198 від 06.02.2024, який включає чотири компоненти: *фізичну* (пандуси, ліфти, широкі дверні прорізи, адаптовані вбиральні, тактильна плитка); *цифрову* (сайт лікарні доступний для людей з порушенням зору, можливість онлайн-запису, телемедицина); *інформаційна* (таблички з шрифтом Брайля, вказівники з піктограмами, зрозуміла мова комунікації (без складних термінів)); *організаційна* (персонал навчений коректно взаємодіяти з ветеранами з ампутаціями, людьми з розладами спектра аутизму тощо) [9].

Успішна реалізація госпітального планування на рівні громад потребує диверсифікації джерел фінансування. Окрім Програми медичних гарантій, громади мають активно використовувати інструменти *державно-приватного партнерства* (ДПП) для модернізації інфраструктури та залучення міжнародних грантових ресурсів у межах проектів відновлення (наприклад, ліній Світового банку чи ВООЗ). Крім того, важливу роль відіграє *міжмуніципальне співробітництво*: об'єднання ресурсів кількох громад дозволяє спільно утримувати високотехнологічні кластерні заклади, що забезпечує економію масштабу та вищу якість послуг для всіх мешканців округу.

**Висновки.** Післявоєнна розбудова системи охорони здоров'я має базуватися на моделі спроможної мережі, що поєднує кластерний розподіл закладів з економічною ефективністю.

Громада повинна стати центром інтегрованої допомоги, де послуги з ментального здоров'я та реабілітації є органічною частиною первинної ланки.

Реалізація принципів безбар'єрності та цифрових інновацій є необхідною умовою для забезпечення рівного доступу до медицини в умовах повоєнних викликів.

## Література

1. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 01 лип. 2022 р. № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20>

2. Лехан В. М., Гінзбург В. Г. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: від концепції до реалізації. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. № 1. С. 45–52.

3. Охорона здоров'я в умовах війни: виклики та рішення : аналіт. доп. / за ред. С. В. Коваленка. Київ : НІСД, 2024. 112 с.

4. Вплив війни на психічне здоров'я населення України : зб. наук. пр. за матеріалами міжнар. конф. Львів : ЛНМУ, 2025. 215 с.

5. World Health Organization. Health Cluster Ukraine: Annual Report 2024. Geneva : WHO, 2025. 68 p.

6. Психологічна допомога в умовах війни: практичні настанови для медичних працівників первинної ланки / за заг. ред. О. С. Чабана. Київ : Медкнига, 2024. 140 с.

7. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?»: методичні рекомендації для органів місцевого самоврядування. URL: <https://www.howareu.com>

8. Barbui C., Purgato M., Churchill R. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in people affected by war: a systematic review. *World Psychiatry*. 2025. Vol. 24, No. 1. P. 88–95.

9. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо запровадження принципів безбар'єрності під час надання медичних та реабілітаційних послуг в закладах охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 лют. 2024 р. № 198. URL: <https://moz.gov.ua/uk/documents/nakaz-moz-vid-06022024-198-pro-zatverdzhennja-metodichnih-rekomendacij-shodo-zaprovadzhennja-principiv-bezbar-ernosti-pid-chas-nadannja-medichnih-ta-reabilitacijnih-poslug-v-zakladah-ohoroni-zdorov-ja>

## МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

*Мартиненко Н. М., Юхименко Є. П., Нестеренко В. Г.*

*Харківський національний медичний університет*

**Ключові слова:** телемедицина, медсестринський досвід, пандемія COVID-19, цифрові трансформації, дистанційне консультування, доступність медичної допомоги, професійна підготовка магістрів

**Актуальність проблеми.** Пандемія COVID-19 стала каталізатором цифрової трансформації системи охорони здоров'я в усьому світі. В умовах суворого карантину та необхідності мінімізації фізичних контактів телемедицина перетворилася з допоміжного інструменту на основний канал надання медичної допомоги. Особливе місце в цьому процесі посідає медична сестра, яка виконує роль координатора між лікарем та пацієнтом. Попри активне впровадження дистанційних технологій, існує значний розрив між теоретичною підготовкою персоналу та реальними вимогами цифрової медицини, що робить аналіз практичного досвіду надзвичайно актуальним [2; 5].

**Мета дослідження** – проаналізувати практичний досвід медичної сестри щодо використання телемедичних технологій під час пандемії, виявити ключові бар'єри в роботі та обґрунтувати необхідність інтеграції цифрових компетенцій у програму підготовки магістрів.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження став процес організації дистанційної взаємодії у ланці «лікар – медична сестра – пацієнт». Методи дослідження включали ретроспективний аналіз професійної діяльності в умовах пандемії та порівняльний аналіз традиційних і телемедичних форм надання допомоги згідно з нормативною базою України [1].

**Результати дослідження.** В ході дослідження визначено, що роль медичної сестри в телемедицині охоплює технічний супровід зв'язку, верифікацію лікарських призначень та їх оперативну передачу пацієнтам через цифрові канали. Основними перевагами впровадження телемедицини визначено епідеміологічну безпеку, оптимізацію часу персоналу та підвищення доступності допомоги для мало мобільних пацієнтів [4].

Водночас виявлено суттєві моменти, що впливають на якість: *технічні бар'єри* (нестабільність зв'язку та відсутність резервного живлення); *цифрова нерівність* (низька грамотність пацієнтів похилого віку та нерівномірне оснащення закладів охорони здоров'я у сільській місцевості); *клінічні обмеження* (складність оцінювання стану пацієнта без фізикального огляду).

Досвід свідчить про невідповідність змісту навчання в медичних закладах сучасним вимогам цифрової трансформації [3]. Більшість навичок роботи з електронними системами персоналу доводиться опановувати самостійно, що підтверджує необхідність оновлення освітніх програм.

**Висновки.** Телемедицина є ефективним інструментом кризового менеджменту, де медична сестра трансформується у цифрового координатора. Для покращення якості допомоги необхідно впроваджувати спеціалізовані модулі з медичної інформатики у підготовку магістрів. Проте важливо пам'ятати, що технології є лише доповненням до гуманістичної складової медсестринської опіки.

## Література

1. Про затвердження Порядку надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини : Наказ МОЗ України від 19.10.2015 № 681.
2. Гуляй С. С., Ковальчук Н. П. Роль медичної сестри у впровадженні цифрових технологій в охороні здоров'я. *Медсестринство*. 2021. № 2. С. 15–18.
3. Цифрова трансформація охорони здоров'я : навч. посіб. / за ред. О. В. Соловйова. Київ : Медкнига, 2022. 156 с.
4. Трофімова К. І. Особливості дистанційного моніторингу пацієнтів в умовах пандемії COVID-19. *Актуальні питання підготовки магістрів*. 2023. С. 44–46.
5. Telehealth: A Post-Pandemic Era / Smith A. et al. *Journal of Nursing Management*. 2022. Vol. 30. P. 889–894.

## ФАКТОРИ РИЗИКУ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ У ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ- СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

*Машкевич О. Г., Вежновець Т. А.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

**Ключові слова:** психоемоційне виснаження, професійне вигорання, лікарі загальної практики-сімейні лікарі, фактори ризику, медична допомога

**Актуальність проблеми.** Психоемоційне виснаження – це стан внутрішнього енергетичного виснаження, який охоплює одночасно фізичну втому, емоційну спустошеність та зниження здатності до емоційного відгуку [1]. Зазначене виснаження є центральним компонентом професійного вигорання, що виникає внаслідок хронічного робочого стресу й характеризується стійким відчуттям емоційної та фізичної втоми, зниженням залученості до роботи і відчуттям неефективності [2-5]. Згідно з тривимірною моделлю вигорання та визначенням МКХ-11, виснаження поєднується з цинізмом/ментальною дистанцією до роботи і зменшенням професійної результативності, що асоціюється з погіршенням психічного та фізичного здоров'я лікарів, зростанням ризику медичних помилок, зниженням якості медичної допомоги й суттєвими втратами для системи охорони здоров'я [3-4]. Відомо, що частота професійного вигорання серед лікарів є вищою, ніж серед представників інших професій, а також, що у сімейних лікарів в усьому світі існує помірний та високий рівень вигорання [5-6]. Головними стресовими факторами у роботі сімейних лікарів вважаються емоційно напружені стосунками між лікарем і пацієнтом [7]. Проте встановлено, що високе робоче навантаження та адміністративні вимоги до роботи також є факторами розвитку професійного вигорання [7]. Досліджуючи різні фактори можна розробити ефективні стратегії для підтримки добробуту лікарів та пом'якшення негативних наслідків вигорання для надання медичної допомоги пацієнтам [5]. За даними літератури на сьогодні недостатньо вивчено фактори, які обумовлюють формування у лікарів загальної практики- сімейних лікарів синдрому професійного вигорання [7].

**Мета дослідження.** Визначити фактори ризику формування психоемоційного навантаження у лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

**Матеріали та методи.** Проведено опитування 311 лікарів загальної практики-сімейних лікарів (лікар ЗПСЛ) за комплексною анкетною, що включала визначення впливу на формування психоемоційного виснаження за такими факторами, як місце медичної практики (місто > 300 тисяч населення, місто до 300 тисяч населення, сільська місцевість), стаж роботи (до 5 років, 6-10 років, 11-20 років, більше 20 років), кількість укладених з лікарем декларацій (0-1000 декларацій та 1001-2000 декларацій), наявність зовнішнього сумісництва в інших закладах охорони здоров'я від основної роботи, наявність у медичній практиці

випадків агресивної поведінки пацієнтів та розмір середньої зарплати лікаря ЗПСЛ після оподаткування.

Для проведення однофакторного аналізу прогнозування виникнення відчуття психоемоційного виснаження використано метод побудови моделей логістичної регресії. Результуюча змінна приймає значення  $Y=1$  у випадку постійного відчуття професійного виснаження (106 респондентів) та  $Y=0$  у випадку іноді виникаючого відчуття професійного виснаження (205 респондентів). Для проведення вказаного аналізу використано пакеті MedCalc® Statistical Software (v.22.009).

**Результати дослідження.** Аналіз отриманих результатів свідчить про відсутність достовірного зв'язку ризику формування відчуття психоемоційного виснаження у лікарі ЗПСЛ з місцем медичної практики ( $p>0.300$ ), стажем роботи ( $p>0.539$ ), кількістю укладених з лікарем декларацій ( $p>0.235$ ), наявністю роботи за зовнішнім сумісництвом ( $p>0.155$ ).

Водночас виявлений достовірний ( $AUC = 0.59$  95% ВІ 0.53 – 0.643) зв'язок ризику постійного відчуття професійного виснаження з проявами агресії пацієнтів. Встановлено, що при частому контакті з агресивними пацієнтами ризик формування постійного відчуття психоемоційного виснаження вищий ( $p<0.001$ ), ВШ = 3.78 (95% ВІ 1.95 – 7.32), ніж у лікарів ЗПСЛ, у яких такі контакти лише іноді мають місце.

Ризик постійного відчуття психоемоційного виснаження також достовірно пов'язаний із рівнем зарплати лікаря ЗПСЛ ( $AUC = 0.58$  95% ВІ 0.52 – 0.64). Виявлено, що серед лікарів ЗПСЛ із середнім розміром заробітної плати (після оподаткування) вище 30000 грн відчуття психоемоційного виснаження не виявлено ( $p<0.001$ ).

**Висновки.** Для профілактики відчуття психоемоційного виснаження у лікарів ЗПСЛ, як одного з ядерних компонентів професійного вигорання, необхідно в закладах охорони здоров'я забезпечити проведення тренінгів з асертивності, спрямованих на розвиток вміння впевнено відстоювати свої права, думки та потреби, не порушуючи кордонів інших, та поважно ставитися до себе і співрозмовника, ефективно вирішуючи конфлікти без агресії, а також фасилітовані дискусійні групи з соціальної підтримки один одного в рамках груп рівний-рівному.

## Література

1. Методичні рекомендації щодо профілактики професійного вигорання медичних працівників / затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України 04 червня 2025 року № 923. МОЗ України. URL: [https://moz.gov.ua/storage/uploads/4b061eeb-37ae-48a9-8c18-03e46c9fd5c9/dn\\_923\\_04062025\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/storage/uploads/4b061eeb-37ae-48a9-8c18-03e46c9fd5c9/dn_923_04062025_dod.pdf)
2. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001. Vol. 52. P. 397–422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.

3. Maslach C., Leiter M. P. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15, No. 2. P. 103–111. DOI: 10.1002/wps.20311

4. Burn-out an “occupational phenomenon” in ICD-11 / World Health Organization. 2019. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-in-icd-11>

5. Physician burnout: Systemic challenges and individual strategies / S. Al-Busaidi et al. *Health Sciences Reports*. 2025. Vol. 2, No. 2. P. 10. DOI:10.3390/joma2020010

6. Karuna C, Palmer V, Scott A, Gunn J. Prevalence of burnout among GPs: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2022 Apr 28;72(718):e316-e324. DOI: 10.3399/BJGP.2021.0441

7. Burnout among general practitioners: A systematic review of determinants / N. C. Verhoef et al. *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13. Article 1064889. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1064889.

## РОЛЬ РАНЬОГО СКРИНІНГУ ГЛАУКОМИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Мельник В. О.<sup>1</sup>, Бобкович К. О.<sup>2</sup>, Паламар Б. І.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

<sup>2</sup>Буковинський державний медичний університет

**Ключові слова:** глаукома, громадське здоров'я, сліпота, внутрішньоочний тиск, штучний інтелект

**Актуальність проблеми.** Глаукома є однією з провідних причин незворотної сліпоти, що має прогресуючий характер та становить значну проблему для громадського здоров'я. Відповідно до світової статистики 2020 року хворі на глаукому становили 8,39% (95% CrI: 6,54 - 10,29) серед сліпих пацієнтів та 1,41% (95% CrI: 1,10 - 1,75) серед осіб з помірними та тяжкими порушеннями зору (Moderate and Severe Visual Impairment - MSVI) [10]. За оцінками, у 2022 році близько 4,2 мільйона американців різного віку жили з глаукомою, включаючи 1,5 мільйона людей з глаукомою, що впливає на зір. У жінок показники поширеності глаукоми та глаукоми, що впливає на зір (0,48% проти 0,41%), були вищими, ніж у чоловіків [2]. В Україні глаукома є першою в структурі причин первинної інвалідизації, при цьому після 40 років захворювання діагностується приблизно у 5% осіб та характеризується постійним приростом у зв'язку з демографічними змінами населення [1].

**Мета дослідження** – проаналізувати сучасні аспекти глаукоми щодо факторів ризику, актуальності заходів профілактики, раннього скринінгу та напрямків моніторингу вже діагностованого захворювання в розрізі громадського здоров'я.

**Матеріали та методи.** У дослідженні використовувалася наукова література та статті щодо скринінгу, діагностики, лікування та попередження прогресування глаукоми за останні 10 років (2014-2024pp.). Скоупінг-аналіз літератури здійснений за допомогою міжнародних баз даних (Scopus, PubMed, Web of Science) та освітніх офтальмологічних платформ (American Academy of Ophthalmology and the American Glaucoma Society, World Glaucoma Association), з використанням ключових слів: «community eye health», «glaucoma», «blindness», «prevalence» тощо.

**Результати дослідження.** Важливим аспектом аналізу впливу глаукоми є розуміння патогенетичних механізмів розвитку захворювання. Глаукома супроводжується пошкодженням зорового нерва – оптичною нейропатією, змінами у полі зору та підвищеним внутрішньоочним тиском (ВОТ). В патогенезі основну роль відіграють ішемічні, аутоімунні, судинні та нейродегенеративні механізми, що може призвести до незворотніх змін – атрофії зорового нерва та сліпоти. Зазначені зміни часто прогресують через безсимптомний перебіг на

ранніх стадіях, тому раннє виявлення є ключовим заходом для запобігання прогресування глаукомної оптичної нейропатії та попередження сліпоти шляхом контролю перебігу та лікування. Для раннього скринінгу важливе значення має контроль осіб із груп ризику: люди віком понад 40 років, пацієнти з обтяженим сімейним анамнезом глаукоми, особи з підвищеним ВОТ, центральною товщиною рогівки <5 мм, міопією високого ступеня тяжкості, травмами очей в анамнезі та обтяженим супутнім анамнезом: захворювання серцево-судинної системи, цукровий діабет, тривалий прийом глюкокортикостероїдів [3]. Спадковий чинник становить 70% у схильності до глаукоми [8].

Скринінг глаукоми слід розпочинати з 40 років із проведенням огляду офтальмолога кожні 1–2 роки. Щодо пацієнтів із груп підвищеного ризику частота огляду має становити щорічно або й частіше за рекомендацією лікаря. Це дозволяє розпочати лікування вчасно та попередити втрату зору [7, 9]. В останні роки значної популярності серед первинних скринінгових досліджень досягнуло програмне забезпечення із використанням штучного інтелекту (ШІ) (iCare ILLUME). За допомогою цього методу можна на ранніх стадіях виявити ознаки глаукоми, класифікувати отримані результати за ступенем тяжкості, вчасно розпочати терапевтичну корекцію проблеми. Конфокальна технологія візуалізації очного дна дає можливість скринувати усіх пацієнтів, зокрема з помутнінням очних середовищ [4,6]. Водночас цей метод дозволяє проводити діагностику лише на первинній ланці. Якщо за допомогою ШІ виявлені ознаки глаукоми, пацієнту слід звернутися на кваліфікований огляд до лікаря-офтальмолога для проведення візометрії, добової тонометрії, периметрії, гоніоскопії та офтальмоскопії [5].

Одноразове вимірювання ВОТ під час обстеження не є ефективною технікою скринінгу, що може сплутати клінічну картину, тому для діагностики слід проводити добовий моніторинг ВОТ [11]. Діагноз «глаукома» може бути встановленим при виявленні на очному дні глаукомної оптичної нейропатії, посиленої екскавації диску зорового нерва, асиметрії, при добових коливаннях ВОТ понад 5 мм.рт.ст., при зниженні гостроти зору та встановленні дефектів поля зору. Для ранньої діагностики структурних змін сітківки також можна використовувати додатковий метод – оптичну когерентну томографію (ОКТ), що дозволяє кількісно оцінити товщину шару нервових волокон сітківки та гангліонарного комплексу.

Подальша тактика ведення пацієнта має включати консервативне лікування, регулярний моніторинг ВОТ та периметрію в динаміці. Добову тонометрію із застосуванням приладу iCare Home рекомендовано проводити один раз на три місяці з метою об'єктивного контролю ВОТ в динаміці. Водночас слід обстежувати поля зору для можливості виявлення змін зорових функцій.

Рання діагностика, правильне лікування глаукоми, чітке дотримання рекомендацій лікаря може уповільнити прогресування захворювання в більшості випадків, що вказує на важливість широкого розповсюдження систем скринінгу та спостереження осіб з наявними факторами ризику [11].

**Висновки.** Актуальність даного дослідження полягає в тому, що глаукома – хронічне захворювання, яке при прогресуванні може призвести до порушення чи повної втрати зору, потребує постійного спостереження та терапевтичної корекції. Середня тривалість лікування пацієнта складає 15 років і триває від моменту постановки діагнозу до кінця життя. Своєчасний скринінг, дотримання рекомендацій лікаря, постійний динамічний моніторинг можуть забезпечити попередження швидкого прогресування захворювання та дозволити уникнути втрати зорової функції якомога довше.

## Література

1. Веселовська З.Ф., Веселовська Н.М., Запорожченко І.Б. Оновлення терапевтичних можливостей фармакотерапії первинної відкритокутової глаукоми. *Український журнал "Офтальмологія"*. 2019. № 2 (10). С. 76-87. <https://doi.org/10.30702/Ophthalmology.2019/10.137686>).
2. [Centers for Disease Control and Prevention: Vision and Eye Health Surveillance System \(VEHSS\)](https://www.cdc.gov/vision-health-data/prevalence-estimates/prevalence-estimates-glaucoma.html). Prevalence of glaucoma. 2022. October 1. <https://www.cdc.gov/vision-health-data/prevalence-estimates/prevalence-estimates-glaucoma.html> (date of access: 07.02.2026)
3. Charles W. McMonnies. Glaucoma history and risk factors Historial de glaucoma y factores de riesgo. *Journal of Optometry*. April-June 2017. Vol. 10, Issue 2. P. 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.optom.2016.02.003>
4. Coen de Vente et al. AIROGS: Artificial Intelligence for RObust Glaucoma Screening Challenge (Feb 2023) <https://doi.org/10.48550/arXiv.2302.01738>
5. European Glaucoma Society. Термінологія та настанови з глаукоми. 5 видання. 2021р. 170 с.
6. José Camara, Antonio Cunh. Clinical Perspectives on the Use of Computer Vision in Glaucoma Screening. *Medicina*. 2024. Vol.60, Issue 3. P.428. <https://doi.org/10.3390/medicina60030428>
7. Roger Chou et al. Screening for Glaucoma in Adults. Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*. 2022. May 24. Vol. 327, Issue 20. P.1998-2012. doi:10.1001/jama.2022.6290
8. Siddharth Bhargava, Lauren Mason, Constance Okeke. The Significance of Screening Family Members in Glaucoma: Opportunities and Challenges. *Glaucoma*. 2024. Aug 1. 33(Suppl 1). P.S40-S44. DOI:10.1097/IJG.0000000000002400
9. Tiziana De Francesco et al. Early diagnostics and interventional glaucoma. *Therapeutic Advances in Ophthalmology*. 2024. Vol.16. doi:[10.1177/25158414241287431](https://doi.org/10.1177/25158414241287431)
10. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study & the GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators. Global estimates on the number of people blind or visually impaired by glaucoma: A meta-analysis from 2000 to 2020. *Eye*. 2024. Vol.38. P. 2036–2046. doi: [10.1038/s41433-024-02995-5](https://doi.org/10.1038/s41433-024-02995-5)
11. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study & the GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020. *The Lancet. Global health*. February 2021. Vol.9, Issue 2. P.E144-E160. DOI: [10.1016/S2214-109X\(20\)30489-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30489-7)

## МЕДСЕСТРИНСЬКА СКЛАДОВА КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ТРАВМАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

*Мирончук О. В., Шатило В. Й.*

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** медична реабілітація, військовослужбовці, травми опорно-рухового апарату, медсестринство, мультидисциплінарна команда, безперервний професійний розвиток

**Актуальність проблеми.** В умовах триваючої збройної агресії проти України проблема медичної та реабілітаційної допомоги військовослужбовцям набуває стратегічного значення для системи охорони здоров'я та національної безпеки. Сучасні бойові дії супроводжуються високою частотою поєднаних травм, мінно-вибухових уражень та ушкоджень опорно-рухового апарату (ОРА), що призводить до тривалої втрати працездатності, обмеження життєдіяльності, зростання інвалідності та соціальної дезадаптації військових.

За даними наукових джерел, у структурі бойового травматизму домінують поранення та переломи кінцівок, які становлять близько 53,0 % усіх ушкоджень, з них ураження нижніх кінцівок сягають 60,0 %. Мінно-вибухові поранення кінцівок становлять до 30,0 % і характеризуються тяжким перебігом, високим ризиком ускладнень та потребою у тривалій багатокомпонентній реабілітації [6]. Такі ушкодження мають не лише медичні, але й значні соціально-економічні наслідки, зумовлюючи необхідність комплексного, міждисциплінарного підходу до відновлення здоров'я військовослужбовців.

Кінцевою метою системи медико-соціальної реабілітації військових є відновлення їх фізичного, психологічного, професійного та соціального статусу на всіх етапах медичної допомоги – від надання екстреної допомоги до амбулаторного, реабілітаційного та санаторно-курортного лікування. У сучасних умовах якісна реабілітація військових і ветеранів розглядається як складова обороноздатності держави, оскільки сприяє якнайшвидшому поверненню військовослужбовців до служби або їх успішній інтеграції у цивільне життя [3].

Особливої актуальності набуває питання ролі медичної сестри/медичного брата у системі лікування та реабілітації, оскільки саме медсестринський персонал забезпечує безперервність догляду, реалізацію індивідуальних програм реабілітації, профілактику ускладнень і психоемоційну підтримку пацієнтів. Водночас існує потреба у нормативному врегулюванні, розширенні освітніх програм і вдосконаленні післядипломної підготовки медичних сестер з реабілітації, що визначає наукову і практичну значущість досліджуваної проблеми [5].

**Мета дослідження.** На основі аналізу сучасної вітчизняної та зарубіжної наукової літератури визначити та узагальнити роль медичної сестри/медичного

брата у процесі лікування та реабілітації військовослужбовців із захворюваннями та бойовими травмами опорно-рухового апарату.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження слугували вітчизняні та зарубіжні наукові публікації, нормативно-правові документи та аналітичні звіти, присвячені проблемам комплексної медичної та реабілітаційної допомоги військовослужбовцям – учасникам бойових дій, з акцентом на медсестринську складову. У роботі використано бібліосемантичний метод, метод системного аналізу та логічного узагальнення.

**Результати дослідження.** Аналіз сучасних вітчизняних і зарубіжних наукових публікацій свідчить, що ефективність реабілітації військовослужбовців із травмами опорно-рухового апарату значною мірою залежить від раннього залучення мультидисциплінарної реабілітаційної команди та безперервності догляду на всіх етапах відновлення. У більшості досліджень підкреслюється, що саме медична сестра/медичний брат забезпечує практичну реалізацію індивідуальної програми реабілітації у щоденній клінічній практиці, що має прямий вплив на функціональні результати лікування [2; 6].

За даними клініко-аналітичних досліджень, рання активізація пацієнтів з ушкодженнями ОРА, що здійснюється за активної участі медичної сестри, асоціюється зі зменшенням частоти післяопераційних і іммобілізаційних ускладнень, зокрема контрактур, пролежнів, тромбоемболічних ускладнень та хронічного больового синдрому. Водночас систематичний медсестринський контроль за дотриманням режиму рухової активності, правильним позиціонуванням та використанням допоміжних засобів сприяє прискоренню відновлення функцій уражених сегментів [6].

Результати узагальнення емпіричних даних свідчать, що при травмах опорно-рухового апарату курс реабілітації доцільно структурувати за етапним принципом – іммобілізаційним, постіммобілізаційним та відновлювальним. На кожному з цих етапів роль медичної сестри має специфічні завдання: від профілактики ускладнень та базового догляду до активної участі в мобілізації пацієнта, навчання навичкам самообслуговування та адаптації до побутових і професійних навантажень [5].

У дослідженнях з організації реабілітаційної допомоги зазначається, що застосування сучасних методів ерготерапії, кінезіотерапії та лікувальної фізичної культури є найбільш ефективним за умови щоденного супроводу з боку медичної сестри, яка координує виконання вправ, контролює переносимість навантажень і мотивує пацієнта до активної участі у відновлювальному процесі. Встановлено, що такий підхід позитивно впливає не лише на фізичні показники, але й на психологічний стан військовослужбовців, знижуючи рівень тривожності та депресивних проявів [5; 7].

Аналіз нормативно-правових і методичних документів засвідчує, що відповідно до Типового положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду (2021) медична сестра з реабілітації є ключовим виконавцем заходів медсестринського догляду в умовах стаціонару та на амбулаторному етапі. Вона здійснює первинне та поточне реабілітаційне обстеження, бере участь у формуванні

індивідуальної програми реабілітації, забезпечує безпечне середовище та своєчасно інформує інших членів команди про динаміку стану пацієнта [2].

Особливу увагу в наукових публікаціях приділено питанню професійної підготовки медичних сестер з реабілітації. Доведено, що недостатній рівень спеціалізованих знань і навичок негативно впливає на результати відновлення та якість життя військовослужбовців після травм ОРА. Водночас впровадження програм безперервного професійного розвитку, орієнтованих на сучасні реабілітаційні підходи, корелює з підвищенням ефективності медсестринських втручань і рівня задоволеності пацієнтів отриманою допомогою [7].

Таким чином, узагальнення емпіричних даних підтверджує, що медсестринська складова є одним із визначальних чинників успішної реабілітації військовослужбовців із травмами опорно-рухового апарату та потребує подальшого наукового обґрунтування і розвитку в системі охорони здоров'я.

**Висновки.** Медична сестра/медичний брат відіграє ключову роль у системі лікування та реабілітації військовослужбовців із травмами опорно-рухового апарату, поєднуючи клінічну компетентність, догляд, координацію реабілітаційних заходів і психологічну підтримку. Професійний рівень медсестринського персоналу істотно впливає на ефективність реабілітаційного процесу, запобігання ускладненням та підвищення якості життя військових після травми. Розвиток спеціалізованої освіти і післядипломної підготовки медичних сестер з реабілітації є необхідною умовою вдосконалення системи медичної допомоги військовослужбовцям в умовах сучасних викликів.

## Література

1. Баско А. В., Собакарь А. О., Миронюк С. А. Методики реабілітації військовослужбовців, стан функціонування та розвиток реабілітаційних центрів як один із напрямів діяльності органів місцевого самоврядування. *Rehabilitation and Recreation*. 2024. Т. 18, № 1. С. 78–93.

2. Гайда І. М., Бадюк М. І., Сушко Ю. І. Медична реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України на регіональному рівні : метод. рек. Київ: Українська військово-медична академія, 2018. 32 с.

3. Горай О. В., Куриленко Т. С. Роль медичної сестри в реабілітації учасників бойових дій. Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я» : матеріали міжвуз. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Житомир – Ужгород, 24 листопада 2020 р.). Житомир, 2020. С. 37–39.

4. Професійний стандарт «Сестра медична/брат медичний з реабілітації» : проєкт. URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/319206df-5ad2-4473-9ecc-706bb.pdf>

5. Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід долання несистемності : дослідження. Київ : Принцип, 2024. 116 с.

6. Рой І. В., Борзих Н. О., Пилипенко О. В. Сучасний стан і проблемні питання реабілітації в травматології та ортопедії. *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. 2019. № 1. С. 52–57.

7. Рудакова Н. Р. Розвиток реабілітаційного медсестринства в Україні: перспективи, напрями та виклики. *Медична освіта*. 2023. № 2. С. 74–79.

## ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНІКИ ЕМОЦІЙНОЇ СВОБОДИ СЕРЕД ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ – МЕШКАНЦІВ БУДИНКУ ПРЕСТАРІЛИХ

*М'якина О.В, Нещенко О.О.*

*Харківський національний медичний університет*

**Ключові слова:** здоровий спосіб життя, комплексна програма, психо-емоційний стан, техніка емоційної свободи, холістичний підхід

**Актуальність проблеми.** Демографічні виклики старіння населення формують здоровий спосіб життя серед людей похилого віку і є надзвичайно актуальним завданням в наш час. Холістичний підхід до способу життя цієї групи передбачає всебічну роботу над фізичним, психологічним, соціальним та духовним здоров'ям. Він визнає взаємозв'язок тіла, розуму і духу, що сприяє досягненню цілісного благополуччя [1; 3].

**Мета дослідження.** Зниження рівня тривоги, емоційної напруги та покращення загального емоційного самопочуття літніх жінок, що мешкають у Будинку пристарілих.

**Матеріали та методи.** В основі дослідження лежали методи аналізу та узагальнення доступної літератури з проблематики (евристики). Пошук списку джерел здійснювався через мережу Інтернет у системі Google Scholar. Методологічну основу роботи становила сукупність принципів об'єктивності та системності.

**Результати дослідження.** Застосування холістичного підходу до здорового способу життя є виправданим та ефективним для літніх людей. Саме холістична перспектива дозволяє врахувати і інтегрувати об'єктивні медичні показники, суб'єктивну оцінку якості життя, соціальну підтримку і умови навколишнього середовища [3].

Для формування цілісної стратегії здорового способу життя серед літніх осіб розроблено комплексну програму холістичного впливу, яка поєднує профілактичні, реабілітаційні та соціально-психологічні заходи і ґрунтується на сучасних державних ініціативах, зокрема – Державній програмі «Здоров'я літніх людей» України, де підкреслено необхідність фізичної та психологічної реабілітації осіб похилого віку [5].

Структурно програма охоплює чотири напрямки – фізичне (з урахуванням індивідуальних можливостей), психологічне (стрес-менеджмент, позитивні емоції, інтелектуальний розвиток), соціальне і духовне здоров'я (спілкування, допомога, спільні активності) – з диференціацією за статтю (чоловіки/жінки) та станом здоров'я (задовільний, незадовільний, критичний). Важливими компонентами є також регулярні медичні огляди, відмова від шкідливих звичок та дотримання оптимального режиму праці та відпочинку.

По загальній характеристиці розроблено програму апробації, яка ґрунтується на результатах комплексного оцінювання фізичного, психологічного, соціального та духовного стану літніх респондентів, що мешкають у Будинку престарілих «Батьківський затишок», м. Харкова.

Аналіз анкетних даних виявив наявність у більшості учасників зниженого рівня фізичної активності, хронічних соматичних захворювань, ознак емоційного виснаження, дефіциту соціальних контактів і зниженого відчуття сенсу життя. З огляду на це було створено чотири взаємопов'язані блоки втручань із поділом за функціональними можливостями та статтю респондентів. Кожен блок передбачав власні методичні інструменти, засоби моніторингу та очікувані результати.

Удосконалення методів моніторингу та інтерпретації даних дозволив зробити оцінювання більш точним і персоналізованим. Всі компоненти програми між собою доповнили одна одну, надаючи літнім людям можливість жити активніше й гармонійніше у старшому віці.

Для перевірки ефективності запропонованого комплексного втручання, у рамках практичного впровадження холістичного підходу до збереження психоемоційного здоров'я людей похилого віку, серед жінок (віком 65–80 років), було проведено захід, спрямований на зниження рівня тривоги та психоемоційної напруги шляхом використання техніки емоційної свободи (EFT) [6].

Захід проводився у межах дослідницької роботи, присвяченої оцінці ефективності холістичних методів психологічної підтримки осіб похилого віку.

Завдяки поєднанню тілесного стимулювання та когнітивного переосмислення техніка забезпечила вивільнення емоційного напруження, підвищила усвідомленість і сприйняла відновленню енергетичного балансу організму, що відповідає принципам холістичного підходу до здоров'я.

За умовами проведеного експерименту захід відбувався у спокійній, затишній атмосфері кімнати релаксації Будинку пристарілих. Участь у ньому узяли 10 жінок віком від 65 до 80 років, які добровільно погодилися на дослідження. Тривалість групової сесії становила 60 хвилин, що включала короткий теоретичний вступ, демонстрацію техніки, індивідуальне виконання під наглядом тренера та обговорення відчуттів.

Методика оцінювання ефективності «до і після» (перед початком та наприкінці заняття) передбачала проведення учасницями самооцінки рівня тривоги, психоемоційного напруження та загального самопочуття за 10-бальною шкалою, де 0 балів – відсутність явищ, 10 – максимальний прояв.

Оцінювалися три показники: рівень тривоги; рівень психоемоційної напруги; загальне емоційне самопочуття. Дані показали статистично значні зміни: середній рівень тривоги знизився з  $7,8 \pm 1,1$  до  $3,2 \pm 0,9$  бала, психоемоційної напруги – з  $8,1 \pm 0,8$  до  $3,5 \pm 0,7$  бала, водночас загальне позитивне самопочуття зросло з  $4,3 \pm 1,0$  до  $8,6 \pm 0,6$  бала.

**Висновки.** Отже, застосування однієї з методик напрямку холістичного елементу – психотехніки емоційного саморегулювання (техніки емоційної свободи) призвело до майже дворазового зменшення тривожності та сильного

підвищення задоволеності життям, дало позитивні результати: зменшення рівня тривоги, напруги, покращення настрою та внутрішнього спокою і продемонструвало високу результативність у зменшенні психоемоційного дистресу серед учасниць.

Получені результати свідчать про високу ефективність комплексних психосоціальних інтервенцій у покращенні емоційного благополуччя літніх людей. Методику можна розглядати як ефективний інструмент холістичного підходу, який поєднує психологічні, тілесні та енергетичні складові здоров'я.

## Література

1. Калдер П. К. Холістичний підхід до здорового старіння: як люди можуть жити здоровіше з віком? <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29862589/>
2. Методики формування здорового способу життя : конспект лекцій / укладачі: Н. В. Коляда, С. М. Король, С. А. Король. Суми : Сумський державний університет, 2021. 183 с.
3. Мякина О. В. Нещенко О. О. Здоровий спосіб життя як джерело здоров'я: трактування та складові. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення «Томілінські читання»: матеріали VIII науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 30 жовтня 2025 р. Харків, 2025. С. 157–160.
4. Нестеренко В. Г., Мякина О. В., Нещенко О. О. Методи дослідження і оцінка способу життя людей похилого віку. Збірник наукових праць 2-ї Міжнародної науково-практичної конференції «Current Challenges in Scientific Research» (December 1-3, 2025, Wroclaw, Poland). Польща. Вроцлав. 2025. С. 299–309.
5. Нещенко О. О., Мякина О. В. Холістичні практики до здорового способу життя у геронтології. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення «Томілінські читання»: матеріали VIII науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 30 жовтня 2025 р. / Харків, 2025. С. 74–78.
6. Church, D., Stapleton, P., & Yang, A. Is Tapping on Acupuncture Points an Active Ingredient in Emotional Freedom Techniques (EFT)? A Systematic Review and Meta-analysis of Comparative Studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2023, vol. 211(3), pp. 197–207.

## ОБІЗНАНІСТЬ ЖІНОК ЩОДО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЯК ПИТАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Нестеренко В. Г., Усенко С. Г., Рязанова О. А.*

*Харківський національний медичний університет*

**Ключові слова:** інформованість населення, мамографія, скринінгові програми, медичні послуги, фактори ризику

**Актуальність.** Рак молочної залози (РМЗ) стабільно посідає перше місце у структурі захворюваності на злоякісні новоутворення серед жіночого населення. У 2025 році у світі діагностували 2,8 мільйона нових випадків РМЗ у жінок, і майже 1000 000 жінок померли від цього захворювання, що становить 35% усіх випадків смертності від раку серед жінок [1, 2].

Значний вплив РМЗ на стан громадського здоров'я зумовив започаткування Глобальної ініціативи проти раку молочної залози Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) [3]. Залученість глобальних партнерів ВООЗ може знизити рівень смертності від РМЗ за допомогою проведення інформаційно-роз'яснювальних кампаній, забезпечення своєчасного діагностування, ефективного лікування та реабілітації пацієнток. Головною метою цієї ініціативи є поширення серед населення інформації щодо РМЗ, популяризація скринінгових програм для раннього виявлення хвороби, інформування щодо методів лікування, забезпечення підтримки жінок із РМЗ [4].

Підвищення обізнаності жіночого населення щодо необхідності регулярного медичного обстеження, а також удосконалення організації мамографічного скринінгу позитивно вплинули на ефективність лікування та зниження передчасної смертності від РМЗ у країнах із високим економічним рівнем розвитку, для яких характерна висока захворюваність на цю недугу [5]. Завдяки впровадженню скринінгових програм у країнах Західної та Північної Європи смертність від РМЗ жінок віком 50–74 роки знизилася на 30% [6,7].

Натомість, в Україні проблема своєчасного виявлення РМЗ залишається надзвичайно актуальною. Порівняно з європейськими країнами, в Україні спостерігається несприятливе співвідношення стандартизованих за віком показників захворюваності та смертності: на кожні 100 нових випадків раку МЗ реєструють 33 випадки смерті, водночас у країнах Європи – 19 [7]. Слід зазначити, що рівень залучення жінок до скринінгових програм залишається низьким. За даними Національної служби здоров'я України, у 2024 році лише 17,3% жінок, скерованих на мамографію за Програмою медичних гарантій, пройшли заплановане обстеження [1].

Однією з ключових причин пізнього виявлення раку молочної залози залишається недостатній рівень обізнаності жінок щодо факторів ризику, ранніх симптомів та методів профілактики, які призводить до виявлення 25-40%

випадків на пізніх стадіях (III-IV стадії). Навіть за наявності сучасних діагностичних технологій ефективність раннього виявлення безпосередньо залежить від поінформованості жінок та їх готовності до регулярних профілактичних оглядів. Хоча РМЗ є найпоширенішим раком серед жінок (11-12% ризику протягом життя), лише раннє виявлення забезпечує 95% одужання. Ключовими профілактичними заходами вважається самообстеження та регулярна мамографія у віці після 40 років. В умовах соціально-економічної нестабільності, зростання психоемоційного навантаження та обмеженого доступу до медичних послуг проблема формування усвідомленого ставлення до власного здоров'я набуває особливої актуальності.

В Україні щороку діагностують понад 12-13 тис. випадків РМЗ, і за цей період помирає від цієї хвороби 5 тис. жінок, що становить 40-44% від кількості діагностованих випадків. Дослідження вчених підтверджують, що рак, виявлений на I стадії, вилікований у 95% жінок, на II — у 80%, а на III — у 50%. Проте кожній четвертій жінці в Україні рак грудей діагностують уже на III-IV стадії, коли шанси на успішне лікування значно знижуються.

**Мета дослідження** – оцінити обізнаність жіночого населення Харківської області щодо методів своєчасної діагностики РМЗ та рівень їхньої залученості до скринінгу.

**Матеріал та методи.** Дослідження проводилось за розробленою програмою шляхом анонімного онлайн-опитування за допомогою Google Forms. Опитано 107 осіб віком від 18 років до 73 років.

**Результати дослідження.** Результати анкетування свідчать, що більшість опитаних жінок поінформовані, що рак молочної залози є одним з найбільш поширених онкологічних захворювань серед жінок. Оцінка профілактичної активності респондентів показала, що протягом останнього року обстеження молочних залоз проходили 53,3% жінок (57 осіб), тоді як 44,9% (48 осіб) не проходили таких обстежень, а 1,9% (2 особи) не змогли пригадати. Це свідчить про недостатню регулярність профілактичних оглядів серед значної частини жіночого населення.

Самообстеження є доступним методом скринінгу РМЗ, яким повинна володіти сьогодні кожна доросла жінка. Згідно з результатами опитування, більше 90,7% опитаних жінок відповіли, що вони знають, як проводити пальпацію молочних залоз. Проте лише 38,3% жінок (41 особа) проводять самообстеження щомісяця, 29,0% (31 особа) роблять це рідше, 26,2% (28 осіб) не проводять його взагалі, а 6,5% (7 осіб) не знають, як його виконувати. Серед причин відсутності практики самопальпації молочних залоз жінки зазначали недостатні знання та навички щодо методики самообстеження молочних залоз 29,0%. У 5,0% жінок стримуючим фактором у проведенні самообстеження було відсутність скарг відносно молочних залоз. Подібна тенденція спостерігається і щодо проходження інструментальних методів обстеження, зокрема мамографії та ультразвукового дослідження. Більшість опитаних визнали необхідність проходження мамографії та ультразвукового дослідження. Але, на практиці 55% ні разу не проходили мамографії, 30% - ультразвукового обстеження.

Респонденти з медичною освітою були більш залученими до скринінгу РМЗ у порівнянні з жінками інших професій. Проте серед них 14% не знали як правильно проводити самообстеження молочної залози, 28% не проходили УЗД молочної залози. А 45% - мамографії. Низькі показники обізнаності та прихильності до скринінгу РМЗ було виявлено серед молодих жінок віком від 18 до 28 років.

Частина респондентів не володіє інформацією щодо рекомендованої періодичності обстежень або не пов'язує їх регулярне проходження з підвищенням шансів на успішне лікування. Суттєвими бар'єрами для формування профілактичної поведінки залишаються фінансові чинники, психологічний страх перед можливим діагнозом та відсутність систематичних рекомендацій з боку медичних працівників.

Отримані результати свідчать, що рівень обізнаності жінок щодо раку молочної залози має переважно загальний характер і не завжди трансформується у практичні профілактичні дії. Це твердження узгоджується з даними інших досліджень, які вказують на необхідність не лише інформування, а й формування мотивації до регулярного контролю стану здоров'я.

Недостатня поінформованість щодо методів ранньої діагностики та відсутність чітких рекомендацій можуть призводити до несвоєчасного звернення за медичною допомогою, що негативно впливає на прогноз захворювання. Проте, проблема обізнаності жінок повинна розглядатися як важливий медико-соціальний чинник у системі профілактики раку молочної залози.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що підвищення рівня обізнаності жінок щодо раку молочної залози має здійснюватися комплексно, з урахуванням психологічних, соціальних та організаційних чинників. Ефективна профілактика потребує поєднання інформаційних заходів із формуванням практичних навичок, доступних скринінгових програм та активної участі медичних працівників у мотивації жінок до регулярного контролю стану свого здоров'я. Також було встановлено, що попри загальне усвідомлення проблеми РМЗ, рівень обізнаності жінок є недостатнім для формування сталої профілактичної поведінки. Виявлено прогалини у знаннях щодо факторів ризику, методів ранньої діагностики та регулярності профілактичних обстежень. Це обґрунтовує необхідність удосконалення просвітницької роботи, спрямованої на підвищення практичних знань, мотивації та відповідального ставлення жінок до власного здоров'я.

## Література

1. International Agency for Research on Cancer/WHO URL: <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/tables?mode=population>
2. National Health Service of Ukraine. Medical check-up at the primary health care level [Національна служба здоров'я України. Медичні огляди на рівні ПМД]. URL: [https://www.youtube.com/watch?v=7\\_Ojz0fGcv/](https://www.youtube.com/watch?v=7_Ojz0fGcv/)

3. Anderson, B. O., Ilbawi, A. M., Fidarova, E., Weiderpass, E., Stevens, L., Abdel-Wahab, M., & Mikkelsen, B. (2021). The Global Breast Cancer Initiative: a strategic collaboration to strengthen health care for non-communicable diseases. *The Lancet. Oncology*. 22(5). P. 578-581. DOI:10.1016/S1470-2045(21)00071-1/

4. Орлова Н. М., Палій Д. В., Гайдук О. А., Шкондін С. В., Ткач В. С., Клімас Л. А Соціологічне дослідження обізнаності та залученості жінок м. Вінниці до скринінгу молочної залози. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2025. Т. 29, №3. С. 494-501. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2024-29(3)-22.

5. Conte L., De Nunzio G., Lupo R., Mieli M., Lezzi A., Vitale E., Federico M. Breast Cancer Prevention: The Key Role of Population Screening, Breast Self-Examination (BSE) and Technological Tools. Survey of Italian Women. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*. 2023. № 38(5). P. 1728-1742. DOI:10.1007/s13187-023-02327-3.

6. Peintinger F. National Breast Screening Programs across Europe. *Breast care (Basel, Switzerland)*. 2019.14(6). P. 354-358. DOI:10.1159/000503715.

7. Orlova N. M., Tonkovyd O. B., Palamar I. V., Klimas L. A., Shkondin S. V., Tkach V. S. Медико-статистичний аналіз захворюваності, смертності та своєчасності виявлення раку молочної залози в Україні [Medical and statistical analysis of incidence, mortality, and timeliness of breast cancer diagnosis in Ukraine]. *Вісник Вінницького національного медичного університету – Reports of Vinnytsia National Medical University*. 2024. № 28(1). P. 113-120. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(1)-20

## ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

*Нечипорук О. О., Серебряков О. М.*

*Житомирський медичний інститут ЖОР*

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад, психоемоційний стан, учасники бойових дій, фактори ризику.

**Актуальність проблеми.** Психоемоційні наслідки бойового досвіду є системними, поширеними та часто хронічними. Висока інтенсивність бойових дій, недостатня психологічна підтримка після повернення та індивідуальні особистісні чинники підвищують ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [1; с.188].

У свою чергу, своєчасна оцінка стану психічного здоров'я та визначення ключових факторів ризику є важливими для ефективного планування психологічної та реабілітаційної допомоги учасникам бойових дій (УБД) [2; с.4].

**Мета дослідження.** Оцінити психоемоційний стан учасників бойових дій та визначити ключові фактори ризику розвитку посттравматичного стресового розладу.

**Матеріали та методи.** Застосовували такі методи: бібліосемантичний – аналіз наукових джерел; медико-соціологічний – анкетування респондентів; статистичний – кількісний аналіз; метод системного аналізу та логічного узагальнення – систематизація та узагальнення отриманих даних.

**Результати та їх обговорення.** У дослідженні взяли участь 94 респонденти з числа військовослужбовців та УБД. За віковою структурою вибірка представлена переважно особами активного працездатного віку: 26-44 років – 58,5%, 45-60 років – 31,9%, 18-25 років – 9,6%. Гендерна структура вибірки відповідає специфіці військового контингенту: чоловіки – 87,2%, жінки – 12,8%.

За статусом 51,1% є УБД 45,7% – військовослужбовцями, 3,2% мають інвалідність внаслідок війни. Більшість опитаних брали участь у бойових діях у період повномасштабної війни з 2022 року – 66,0%, тоді як досвід участі в АТО/ООС мали 34,0%. За тривалістю часу після участі у бойових діях встановлено, що 36,2% мають досвід менш ніж 6 місяців, 22,3% – 6-12 місяців, 12,8% – 1-3 роки, 28,7% – понад 3 роки. Таким чином, значна частина вибірки характеризується відносно недавнім досвідом бойових дій, що підвищує актуальність оцінки психоемоційного стану.

Більшість опитаних продемонстрували загальне розуміння поняття «посттравматичного стресового розладу» та його поширеності серед військовослужбовців. Зокрема, 86,4% зазначили, що прояви ПТСР у військовому середовищі спостерігаються часто або регулярно, що свідчить про високий рівень обізнаності щодо проблеми на рівні практичного досвіду.

Самооцінка психоемоційного стану після участі в бойових діях свідчить про значну поширеність емоційного виснаження, підвищеної тривожності та порушень адаптації серед респондентів. Встановлено, що лише 18,2% опитаних не відзначають змін у стані психічного здоров'я, тоді як переважна більшість – 81,8% – повідомляє про різний ступінь психоемоційної дезадаптації.

Відповіді респондентів щодо симптомів ПТСР мають варіативний характер, однак домінують такі прояви, як підвищена тривожність, психоемоційне виснаження, порушення сну та труднощі емоційної регуляції. Більшість учасників (68,2%) повідомили, що симптоми виникали у ранній період після повернення з бойових дій та зберігалися тривалий час, що вказує на тенденцію до хронізації стресових реакцій.

Особливу увагу привертає оцінка особистісних чинників ризику розвитку ПТСР. Найчастіше респонденти відзначали поєднання кількох факторів ризику – 45,5%. Серед окремих чинників найчастіше зазначали підвищену тривожність (22,7%), недостатню соціальну підтримку (18,2%) та попередній психоемоційний стрес (13,6%). Отримані дані підтверджують мультифакторний характер формування посттравматичних розладів.

За результатами оцінки факторів, що можуть сприяти розвитку ПТСР, встановлено, що 40,9% респондентів визначають ключовим чинником високу інтенсивність бойових дій. Недатну психологічну підтримку після повернення з зони бойових дій зазначили 22,7% опитаних. Тривале перебування у зоні бойових дій як провідний чинник вказали 13,6% респондентів, ще 13,6% відзначили комбінований вплив кількох факторів, а 9,1% пов'язують ризик розвитку ПТСР із попередніми психоемоційними труднощами..

Таким чином, домінуючим предиктором розвитку посттравматичних розладів, за суб'єктивною оцінкою учасників, є інтенсивність травматичного досвіду, що узгоджується з сучасними уявленнями про етіологію ПТСР.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Отримані результати свідчать, що психоемоційні наслідки бойового досвіду мають системний і тривалий характер, формуються під впливом як зовнішніх травматичних факторів, так і індивідуальних психологічних особливостей.

Виявлені тенденції підкреслюють необхідність:

1. Раннього скринінгу психоемоційного стану УБД;
2. Надання доступної психологічної підтримки та комплексної реабілітації;
3. Урахування індивідуальних особливостей при плануванні програм психологічної допомоги.

## Література

1. Демиденко В. Психологічна підтримка військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Психологія: реальність і перспективи*. №23. 2024 р. С.188.

2. Пенько І.В. Психологічні аспекти роботи з ветеранами - учасниками бойових дій: кваліфікаційна робота. м.Одеса, 2024 р. С.4.

## СПЕЦИФІКА РОБОТИ З ВЕТЕРАНАМИ ЯК ВРАЗЛИВОЮ ГРУПОЮ: БАР'ЄРИ У КОМУНІКАЦІЇ, СТИГМА ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ

*Палько Т.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** реінтеграція ветеранів, психосоціальна підтримка, моральна травма, посттравматичний стресовий розлад, посттравматичне зростання

**Актуальність проблеми.** В умовах тривалого збройного конфлікту кількість ветеранів в Україні невпинно зростає, що перетворює їхню інтеграцію у цивільне життя на стратегічне питання національної безпеки та соціального добробуту. Специфіка цієї групи полягає у наявності унікального бойового досвіду, який часто стає перепоною для порозуміння з цивільним оточенням [1, 4]. Несвоєчасне вирішення психологічних проблем ветеранів призводить до деструктивних наслідків: від соціальної ізоляції та розпаду сімей до високого ризику самогубств та залежностей. Розуміння психологічних бар'єрів та подолання суспільної стигми є ключовими для побудови ефективної системи реабілітації.

**Мета дослідження.** Аналіз основних комунікаційних та соціально-психологічних перешкод, що виникають у процесі взаємодії з ветеранами, а також систематизація сучасних методів психологічного супроводу, спрямованих на успішну реінтеграцію комбатантів.

**Матеріали та методи.** Дослідження базується на аналізі сучасних вітчизняних та закордонних наукових джерел, присвячених психології травми та військової реабілітації. Використано методи теоретичного узагальнення, порівняльного аналізу та систематизації практичного досвіду роботи з ветеранами ПТРС-центрів та громадських організацій.

**Результати дослідження.** У ході дослідження було виокремлено три ключові блоки проблем, а саме: комунікаційні бар'єри, стигматизація і «моральна травма» та сучасні підходи до супроводу.

Ветерани часто демонструють «військову субкультуру спілкування», яка включає високий рівень прямолінійності, емоційну закритість та специфічний чорний гумор. Основним бар'єром є феномен «нерозділеного досвіду»: переконання, що цивільні не здатні зрозуміти реалії війни. Це веде до гіперпильності та ворожості у відповідь на звичайні запитання [2].

Суспільство часто сприймає ветерана крізь призму двох крайнощів: «герой» або «небезпечний агресор». Обидві установки заважають бачити живу людину з її потребами. Окремим аспектом є моральна травма – глибокий психологічний дисонанс, спричинений діями, що суперечать моральним цінностям особистості, що часто помилково діагностується як звичайний

ПТСР [5]. Моральна травма – це психологічне, соціальне та духовне страждання, яке виникає внаслідок участі, спостереження або нездатності запобігти діям, що глибоко суперечать власним моральним переконанням та етичним цінностям особистості.

У військовій психології моральна травма часто виникає в ситуаціях «вибору без вибору». Наприклад, виконання наказу, який призвів до загибелі цивільних або помилкового вогню по своїх, неможливість врятувати побратима, ненадання допомоги через обставини бою, коли командири або держава, яким ветеран довіряв, приймають рішення, що порушують кодекс честі або ставлять під загрозу життя без потреби.

Важливо розрізняти ключові симптоми моральної травми у порівнянні з ПТСР (табл.1)

*Таблиця 1*

Ключові симптоми моральної травми у порівнянні з ПТСР

Ознака	Посттравматичний стресовий розлад	Моральна травма
Домінуюча емоція	Страх, жах, безпорадність	Сором, провина, огида до себе, лють
Фізіологія	Гіперзбудження, флешбеки, порушення сну	Глибока депресія, ангедонія (втрата радості)
Когніції	«Світ небезпечний»	«Я — погана людина», «Світ аморальний»
Соціальний аспект	Уникнення тригерів страху	Самоізоляція через відчуття негідності бути серед людей

Наслідками моральної травми може бути у першу чергу – втрата віри – руйнування базових переконань про справедливість, добро та людяність. Це часто призводить до духовної кризи та виходу з релігійних громад. Також виникають труднощі з емпатією, а саме, ветеран може стати цинічним або емоційно «холодним», щоб захиститися від подальшого болю. Але найбільш небезпечним є ризик суїциду, оскільки при моральній травмі ризик самогубства часто вищий, ніж при чистому ПТСР, бо людина відчуває не просто страх, а внутрішню неприйнятність власного «Я».

Важливими є шляхи психологічної допомоги. Це може бути класична експозиційна терапія, сучасні підходи якої включають практики самопрощення та співчуття – усвідомлення того, що рішення приймалися в екстремальних умовах з обмеженою інформацією або відновлення цілісності через можливість «спокутувати» провину через соціально корисну діяльність, волонтерство чи допомогу іншим ветеранам. Також дієвим є залучення капеланів, оскільки травма має етичний та духовний вимір, тому співпраця психолога з капеланом часто дає кращий результат. І звичайно, групова терапія, яка проводиться у колі

побратимів, які можуть підтримати словами: «Ти не монстр, я відчував те саме» – це найсильніший лікувальний фактор.

Найбільш ефективними визнано наступні стратегії:

- травма-інформований догляд – організація сервісів, де кожен етап взаємодії враховує можливу травматизацію клієнта [1];
- консультування за принципом «Рівний-рівному» – залучення ветеранів, які пройшли спеціальне навчання, до первинної стабілізації побратимів (з власного досвіду психотерапевтичних зустрічей);
- метод EMDR та експозиційна терапія – робота безпосередньо з нейробіологічними аспектами травматичної пам'яті [5];
- посттравматичне зростання – травма може стати поштовхом до особистісного розвитку та пошуку нових сенсів [3].

**Висновки.** Робота з ветеранами вимагає відмови від традиційної вертикальної моделі «психолог-клієнт» на користь партнерської взаємодії. Ключем до успішного супроводу є подолання стигми шляхом просвіти громади, врахування специфіки військової ідентичності, а також пріоритет групових методів підтримки, що базуються на довірі та спільному досвіді. Ефективна реінтеграція можлива лише за умови готовності суспільства змінюватися назустріч ветерану, а не лише висувати вимоги до його адаптації.

## Література

1. Лунченко Н.О. Психологічна допомога ветеранам війни: методичний посібник / за ред. Н. О. Лунченко. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи. 2021. 156 с.
2. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Лозінська Н. С. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 224 с.
3. Тітаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.
4. Шайкан А. О. Соціальна реінтеграція ветеранів: міжнародний досвід та українські реалії. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Психологія*. 2022. № 1. С. 45–52.
5. Herman J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books, 2015. 294 p.

## РОЗВИТОК РЕГІОНАЛЬНОЇ МЕРЕЖІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ (НА ПРИКЛАДІ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

*Потюк С. В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** психосоціальна підтримка, особи з особливими освітніми потребами, воєнний період, законодавчі акти, Закарпатська область

**Актуальність проблеми.** Сучасні реалії в Україні, зумовлені війною, не минають безслідно для суспільства. Значна кількість українців відчуває зростання тривоги, напруження, невпевненість у завтрашньому дні, а це свідчить про першочергову необхідність підтримки всіх громадян, зокрема осіб з особливими освітніми потребами (далі – ООП) як однієї з найбільш вразливих категорій населення.

Студіювання наукових відомостей засвідчило наявність чималого доробку, присвяченого психосоціальній підтримці (далі – ПСП) у мирний та воєнний періоди (Ю.Гундертайло, М. Дворик, К. Мирончак, Б. Лазоренко, В. Климчук, Т.Титаренко, О. Плетка, О. Kolawole, В. Litz, R. Murthy, S. Joseph, В. Smith, J.Wilson). Зокрема, Т.Титаренко та М. Дворник вбачають перевагу психосоціальної підтримки (далі –ПСП) в тому, що «сприяє психологічній декомпресії, забезпечуючи умови для реадаптації людини завдяки ефективній взаємодії як зі спеціалістами, так і з сім'єю» [8, с. 6]. О. Плетка розмежувала соціально-психологічний супровід та психосоціальну підтримку, розкрила технологію реалізації ПСП та особливості в груповій та індивідуальній роботі [4, с. 5-12]. Незважаючи на значну кількість наявних наукових праць, комплексне вивчення ПСП осіб з ООП саме в умовах воєнного стану в Україні залишається актуальним і потребує новітніх підходів.

**Метою** дослідження є теоретичне вивчення та обґрунтування специфіки розвитку регіональної мережі психосоціальної підтримки осіб з ООП в Закарпатській області з огляду на суспільні детермінанти в умовах сьогодення.

Для досягнення мети дослідження використано теоретичні методи, зокрема аналіз нормативно-правових актів України та наукової психолого-педагогічної літератури, що спрямовані на формування теоретичних узагальнень і визначення закономірностей з досліджуваної проблематики.

**Результати дослідження.** Розглядаючи питання крізь призму законодавчих актів, вважаємо за доцільне виокремити значення психосоціальної допомоги та заклади, в яких особи з особливими освітніми потребами можуть її отримати. Так, у наказі Міністерства охорони здоров'я України «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» дефініція «психосоціальна допомога» трактується як «індивідуальна або у складі

мультидисциплінарної команди діяльність надавачів психосоціальної допомоги, що передбачає надання психосоціальних послуг, спрямованих на збереження психічного здоров'я особи...; сприяння особі у психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації..., а також допомогу з метою розв'язання психологічних та психосоціальних проблем, зумовлених складними життєвими обставинами, кризовим станом, надзвичайною ситуацією та/або катастрофою, воєнними діями» [5]. Отже, на законодавчому рівні визнано, що психосоціальна допомога повинна реалізовуватися через діяльність мультидисциплінарних команд, які працюють у спеціальних центрах психологічної допомоги, реабілітаційних центрах та інклюзивно-ресурсних центрах (далі – ІРЦ).

Згідно з даними Національної служби здоров'я України, станом на 31.12.2025 р. у Закарпатській області зафіксовано 137 суб'єктів, що надають медичну допомогу за напрямом «Психологічна та психіатрична допомога». Серед них 7 закладів мають пакет послуг за МНП, що охоплює психосоціальну та психіатричну допомогу дорослим і дітям, яка організовується центрами ментального здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами [2]. Також варто зауважити, що наприкінці 2025 р. було створено Обласний центр соціально-психологічної допомоги «Перехрестя» для підтримки осіб у кризових станах та складних життєвих ситуаціях. Крім того, у січні 2026 р. в м. Перечин відкрили простір для ПСП місцевих жителів та переселенців — Центр життєстійкості. Відтак можна стверджувати, що на Закарпатті надають послуги мережа спеціалізованих установ, які надають як безоплатну, так і платну психологічну допомогу різним категоріям населення.

На сьогодні в області діють 4 установи, які здійснюють реабілітацію дітей з інвалідністю за рахунок коштів державного бюджету [3]. Діяльність цих закладів спрямована на надання комплексних медико-реабілітаційних послуг, де особлива увага приділяється заходам ПСП та соціальної адаптації. У роботу впроваджуються сенсорні стратегії, системи альтернативної та додаткової комунікації, а також методи тілесно-орієнтованої та когнітивно-поведінкової терапії.

На період дії воєнного стану коло завдань ІРЦ було суттєво розширено. Відповідно до зазначених змін, станом на 2026 рік у Закарпатській області діють 36 таких центрів [1], які проводять комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку (за потреби — повторну), надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги особам з ООП. Відтак підтримка доступна як мешканцям відповідних територіальних громад, так і особам, які проживають в інших адміністративно-територіальних одиницях, за умови подання звернення у встановлений термін [6]. Також у Стратегії розвитку Закарпаття на період до 2027 року наголошено на важливості підключення до системи автоматизації роботи ІРЦ, що забезпечує створення єдиного інтегрованого інформаційного середовища, завдяки якому батьки або законні представники дитини можуть у зручному форматі подати заяву, отримати запрошення на оцінку, а також зберігати всі документи та висновки в електронному вигляді [7, с. 79].

Аналізуючи сучасні підходи до психосоціальної підтримки осіб з ООП, можна виділити декілька ключових напрямків: мультидисциплінарну взаємодію, підтримку та навчання родини, технології раннього втручання, створення інклюзивного освітнього середовища та використання доказових методів.

**Висновки.** Таким чином, в Україні сформовано чітку законодавчу базу, яка визнає ПСП не просто додатковою послугою, а обов'язковим складником реабілітації в умовах воєнного стану; про це свідчить, зокрема, розширення завдань ІРЦ. Розглянувши проблематику на прикладі Закарпатської області, ми зафіксували розбудову багаторівневої мережі — від стаціонарних реабілітаційних установ до мобільних мультидисциплінарних команд та Центрів життєстійкості, що забезпечує територіальну доступність допомоги навіть у кризових умовах.

## Література

1. Закарпатська область. Інформаційна система управління освітою. URL: <https://zk.isuo.org/authorities/irc-list/id/182> (дата звернення 01.02.2026)
2. Національна служба здоров'я України. Надавачі медичної допомоги за напрямом «Психологічна та психіатрична допомога». URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/nadavaci-medicnoyi-dopomogi-za-napriamom-psixologic> (дата звернення 08.02.2026)
3. Перелік реабілітаційних установ, які здійснюють заходи із реабілітації дітей з інвалідністю відповідно до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю: постанова Кабінету Міністрів України № 309 від 27.03.2019. URL: <https://www.ispf.gov.ua/diyalnist/reabilitaciya-ditej/reabilitaciya-ditej-2025/perelik-reabilitacijnih-ustanov> (дата звернення 08.02.2026)
4. Плетка О. Психосоціальна підтримка підлітків, що пережили страхіття війни. Методичний посібник. К.: Центр реадптації та реабілітації «ЯРМІЗ», 2022. 54 с.
5. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 2118 від 13 грудня 2023 року № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text> (дата звернення 07.02.2026)
6. Про внесення змін до Положення про інклюзивно-ресурсний центр: Постанова Кабінету Міністрів України № 1491 від 24 грудня 2024 р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennia-zmin-do-polozhennia-pro-inkliuzyvno-resursnyi-tsentr-1491-241224> (дата звернення 01.02.2026)
7. Стратегія розвитку Закарпатської області на період до 2027 року. URL: [https://zakarpat-rada.gov.ua/docs/rishennya/8/17\\_sesion/rish1216.pdf](https://zakarpat-rada.gov.ua/docs/rishennya/8/17_sesion/rish1216.pdf) (дата звернення 06.02.2026)
8. Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціальнопсихологічний супровід : практичний посібник / за наук. ред. Т. М. Титаренко, М. С. Дворник / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 154 с.

## ОЦІНКА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В ОКРЕМИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

*Присяжнюк С. О., Шатило В. Й.*

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** санітарно-епідемічна ситуація, інфекційні хвороби, військовий стан, епідеміологічний нагляд, імунопрофілактика, внутрішньо переміщені особи

**Актуальність проблеми.** Повномасштабна війна в Україні призвела до масштабних змін санітарно-епідемічної ситуації, зумовлених масовим переміщенням населення, руйнуванням об'єктів водопостачання та санітарної інфраструктури, порушенням систем епідеміологічного нагляду й зниженням доступності медичної допомоги. У цих умовах суттєво зросли ризики поширення кишкових, вакцинокерованих, зоонозних і респіраторних інфекцій, а рівень охоплення профілактичними щепленнями в окремих регіонах знизився більш ніж на 60 % серед дітей першого року життя. Додатковими чинниками дестабілізації стали кадровий дефіцит у Центрах контролю та профілактики хвороб, перевантаження закладів охорони здоров'я через військові травми й евакуацію пацієнтів, а також фрагментація системи реєстрації інфекційних захворювань. У зв'язку з цим комплексна оцінка санітарно-епідемічних ризиків і розробка ефективних профілактичних заходів у період воєнного стану є важливою складовою збереження громадського здоров'я та виконання міжнародних зобов'язань України відповідно до Міжнародних медико-санітарних правил і стратегічних документів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

**Мета дослідження.** На основі комплексної епідеміологічної оцінки на регіональному рівні та в Україні загалом за період 2020–2024 років визначити актуальні санітарно-епідемічні ризики в умовах війни та обґрунтувати рекомендації щодо профілактики і контролю інфекційних хвороб у надзвичайних ситуаціях.

**Матеріали та методи.** У дослідженні застосовано ретроспективний і оперативний аналіз даних офіційних реєстрів електронної системи охорони здоров'я, матеріалів Центрів контролю та профілактики хвороб, інформаційних ресурсів Всесвітньої організації охорони здоров'я (EWARN). Використано медико-статистичні методи описової статистики, системний аналіз і логічне узагальнення. Також проведено документальний аналіз нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України та міжнародних рекомендацій WHO і UNICEF.

**Результати дослідження.** Аналіз динаміки інфекційної захворюваності у Вінницькій області та в Україні в цілому показав, що 2020–2021 роки характеризувалися відносно стабільним епідеміологічним станом і функціонуванням системи епіднагляду. У 2022 році, після початку повномасштабної війни, зафіксовано різке зниження рівня зареєстрованої інфекційної захворюваності, що було зумовлено порушенням обліку, зниженням доступності медичної допомоги та масовими міграційними процесами. У 2023 році спостерігалось поступове відновлення реєстрації інфекційних хвороб, що супроводжувалося зростанням кількості зареєстрованих випадків. У першому півріччі 2024 року відзначено подальше зростання захворюваності, зокрема на кір та інші вакцинокеровані інфекції, що пов'язано з накопиченням контингентів невакцинованого населення та відновленням соціальної активності. Отримані результати свідчать про поєднання ефектів відновлення епіднагляду та реального зростання епідемічних ризиків.

**Висновки.** Військовий стан в Україні суттєво вплинув на санітарно-епідемічну ситуацію, зумовивши тимчасове зниження реєстрації інфекційних хвороб із подальшим їх зростанням у період часткового відновлення системи охорони здоров'я. Ключовими загрозами залишаються недостатній рівень імунопрофілактики, порушення епідеміологічного нагляду та нерівний доступ населення до медичної допомоги. Запропоновані профілактичні й організаційні заходи можуть бути використані для посилення системи контролю інфекційних хвороб і захисту громадського здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

## Література

1. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» № 4004-XII від 24.02.1994 (зі змінами).
2. Consequences of the war with the russian federation for the public health of Ukraine / I. S. Mironyuk et al. *Reproductive Health of Woman*. 2022. No. 8. P. 26–31. DOI: 10.30841/2708-8731.8.2022.273291.
3. World Health Organization. *International Health Regulations (2005)*. Third edition. Geneva: WHO, 2016.
4. World Health Organization. *EWARN: Early Warning, Alert and Response in Emergencies*. Geneva: WHO, 2022.
5. UNICEF. *Protecting Ukraine's future through vaccination*. 2024.

## ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ НА РОЗВИТОК ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ДИТЯЧОГО МОЗКУ

*Рирак В. В., Васьковська О. Л.*

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** стрес, травматичні події, діти, когнітивні функції, психо-емоційний стан

**Актуальність проблеми.** Сьогодні травматичні події стали звичним складником життя українських дітей. Вони виникають під впливом різних чинників, зокрема воєнних дій (повітряні тривоги, обстріли, вибухи, інформаційний тиск), збільшення кількості сімейних конфліктів та складних соціально-економічних обставин. І ці всі складові з кожним днем непомітно впливають на розвиток дітей, їх психо-емоційний стан та призводять до проблем та певних психічних розладів

**Мета дослідження.** Дослідити як хронічний стрес, впливає на архітектуру мозку, когнітивні функції дитини, та її психо-емоційний стан.

**Матеріали та методи.** Було використано методи: аналізу, синтезу, логічного узагальнення та бібліографічний метод.

**Результати дослідження.** Багато досліджень підтверджують, що пережиті травми й тривалий стрес істотно впливають на розвиток і роботу дитячого мозку, спричиняючи порушення в когнітивній та емоційній сферах. Дітям часто не вистачає когнітивних та емоційних ресурсів, щоб впоратися зі складними ситуаціями, такими як втрата домівки, розлука з сім'єю та насильство. Як наслідок, діти, які пережили переміщення, бачили військовий конфлікт на власні очі або смерть близької людини, особливо вразливі до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та тривожності [1].

Стрес — це фізіологічна і психологічна реакція організму дитини на зовнішні чи внутрішні подразники, які перевищують її адаптивні можливості. Травматичні події — це будь-які ситуації, що викликають сильний стрес і становлять загрозу для фізичного чи психологічного благополуччя дитини. У дитячому віці мозок особливо чутливий до зовнішніх впливів, зокрема до стресу, що може призводити як до позитивних, так і до негативних змін у його структурі та функціях.

Діти переживають стрес інакше, ніж дорослі. У них цей процес є одночасно більш гнучким і більш травмонебезпечним [3]. Мозок дитини перебуває в процесі розвитку, є дуже пластичним і може змінювати свою структуру та функції, створювати або руйнувати нейронні зв'язки відповідно до впливу навколишнього середовища. Чим більшими є сила, кількість і частота стресових факторів, тим більше нейронних зв'язків може руйнуватися, особливо у дітей до трьох років.

Щодо детальних змін у мозку під дією стресу:

— Гіпокамп: зменшення його об'єму негативно впливає на здатність до навчання та погіршує пам'ять.

— Мигдалина: підвищена активність асоціюється зі зростанням тривожності та емоційної реактивності.

— Префронтальна кора: зменшення об'єму та функціональної активності спричиняє проблеми з контролем імпульсів і виконавчими функціями [2].

У подальшому негативний вплив хронічного стресу може призводити до розвитку стресових розладів, ПТСР, тривожності та депресії, проблем із навчанням і запам'ятовуванням інформації внаслідок пошкодження гіпокампа, труднощів із регулюванням емоцій та настрою, а також до проблем у спілкуванні й адаптації до соціального середовища. Такі діти можуть бути більш неспокійними, дратівливими та навіть агресивними.

**Висновки.** Отже, ми розуміємо, що дана проблема потребує детального вивчення та розроблення методик зменшення або послаблення впливу стресу з метою попередження негативних наслідків у майбутньому. Це може бути як розробка методикі, які можуть використовувати батьки у домашніх умовах так і робота з фахівцями у закладах освіти.

## Література

1. Шкрібтенко Л., Розова Т. Вплив стресу і травматичних подій на дитячий мозок. *Herald of Kyiv Institute of Business and Technology* 51.2. 2024. С. 173-180.

2. Дзівак К.В. Вплив військового конфлікту на психічне здоров'я дітей: Аналіз травматичного досвіду вимушеного переселення. *The 11th International scientific and practical conference "Modern generation: current problems, experience, development prospects"* (November 12–15, 2024) Seville, Spain. International Science Group. 2024. 415 p.

3. Каспер І. Нейрофізіологічні порушення та психогенні фактори заїкання у дітей в умовах воєнного стресу: логопедичні аспекти допомоги. *Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького. Серія: Педагогіка*. 2025. № 2 (35). С. 175-179.

## ПОВЕДІНКОВІ ТА ЕКОНОМІЧНІ ЧИННИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Рудик М. А., Гришук С. М.*

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, профілактика, фінансування, ефективність

**Актуальність проблеми.** ВІЛ-інфекцію обґрунтовано називають «чумою ХХ і ХХІ століть», оскільки її прогресивне поширення не лише руйнує людські долі, але й завдає нищівних економічних збитків на державному рівні. Незважаючи на значний прогрес у медицині та доступність антиретровірусної терапії, епідемія продовжує негативно впливати на соціально-економічні показники держави [2]. Україна належить до країн із концентрованою стадією епідемії, проте сьогодні ситуація ускладнюється безпрецедентними викликами: триваючим воєнним станом, масштабними міграційними процесами, руйнуванням медичної інфраструктури та загальним психоемоційним виснаженням населення. Актуальність теми дослідження посилюється необхідністю перегляду економічних моделей фінансування. В умовах дефіциту державного бюджету, лєвова частка якого спрямована на сектор оборони, зростає роль ефективності використання кожного долара, виділеного як міжнародними донорами, так і державою [4].

Суттєву роль у розробці ефективних програм профілактики відіграють поведінкові та економічні чинники, тому поєднання поведінкових інтервенцій (для збільшення охоплення тестуванням) та економічного аналізу (для оптимізації витрат) стає оптимальним шляхом утримання епідемії під контролем.

**Мета дослідження** полягала в проведенні аналізу впливу поведінкових та економічних чинників на ефективність програм профілактики ВІЛ-інфекції в Україні у 2021–2025 роках та визначенні шляхів оптимізації ресурсного забезпечення.

**Матеріали та методи.** У дослідженні застосовано комплексний підхід, що включає аналіз епідеміологічних даних Центру громадського здоров'я [1], звітів про виконання державного бюджету України за 2024–2025 роки та планових показників на 2026 рік, а також програмних документів міжнародних донорів (Глобального фонду [4], PEPFAR [3]). Використано метод системного аналізу.

**Результати дослідження.** Проведене дослідження дозволяє стверджувати про наявність зв'язку між поведінковими чинниками населення та економічними витратами системи охорони здоров'я. Поведінкові чинники відіграють вирішальну роль у прийнятті рішень щодо тестування та лікування. На 2026 рік ключовою перешкодою для раннього виявлення ВІЛ залишаються когнітивні

фактори, зокрема, коли людина надає перевагу поточному психологічному комфорту, ігноруючи майбутні ризики для здоров'я, а також страх стигматизації. В умовах війни ці фактори значно посилюються: населення схильне відкладати «нетермінові» медичні питання, що призводить до пізньої діагностики вже на стадії клінічних проявів СНІДу.

Аналіз статистичних даних (рис. 1) демонструє складну динаміку виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції під впливом зовнішніх факторів:

- у довоєнному 2021 році система працювала стабільно, було зареєстровано 15360 нових випадків;
- у 2022 та 2023 роках спостерігався спад реєстрації (12 212 та 11 658 випадків відповідно); це зниження можна пояснити не згасанням епідемії, а ускладненим доступом до діагностики, окупацією територій та масовою міграцією населення;
- у 2024 році зареєстровано 10038 випадків ВІЛ;
- у 2025 році – 8024 випадки.

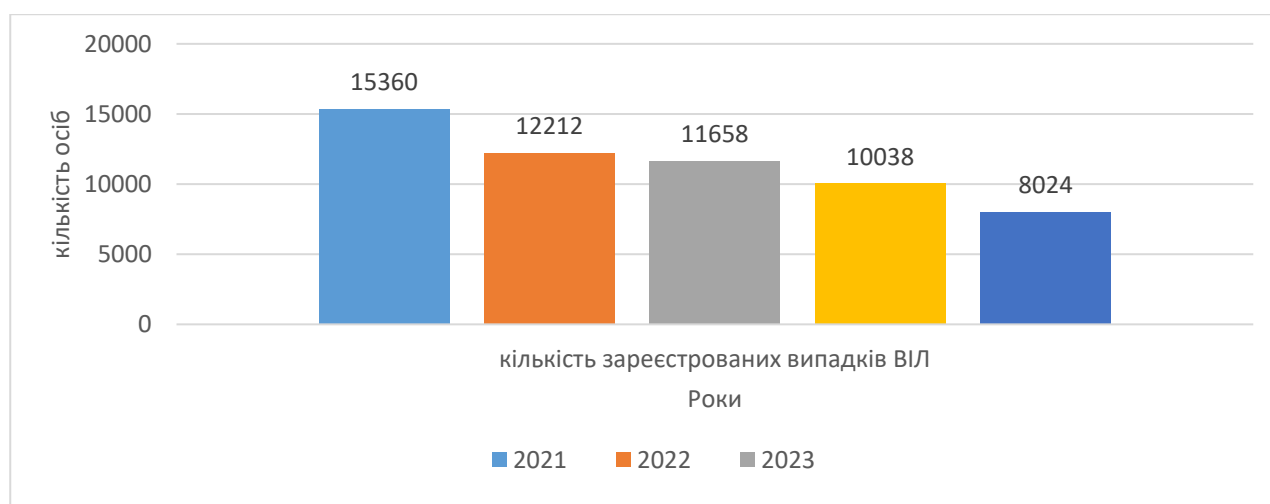


Рис. 1. Офіційно зареєстровані нові випадки ВІЛ-інфекції в Україні в 2021-2025 рр. за даними [Центру громадського здоров'я України](#)

Аналіз даних Центру громадського здоров'я також висвітлює критичний негативний фактор - шляхи інфікування. Результати підтверджують, що основним шляхом передачі в Україні залишається статевий (гетеросексуальний), частка якого стабільно перевищує 70%. Ці цифри окреслюють чіткі поведінкові маршрути та вказують на те, що цільові профілактичні програми мають фокусуватися на формуванні культури безпечної статевої поведінки.

Стосовно економіки громадського здоров'я - вона розглядає обмежені ресурси системи охорони здоров'я та необхідність оптимального розподілу коштів між різними інтервенціями. В контексті ВІЛ це означає оцінювання ефективності витрат на програми тестування, економічності обґрунтованості застосування сучасних препаратів, співвідношення затрат на раннє виявлення та лікування в порівнянні з пізнішим наданням послуг при ускладненнях.

Економічні аналізи допомагають спрямувати ресурси туди, де вони дають найбільшу користь та найменші ризики.

В Україні фінансування програм протидії ВІЛ здійснюється спільно з міжнародними партнерами. Це дозволяє економіці країни нести лише часткові втрати, хоча вони залишаються значними. Наприклад, у 2025 році на централізовану закупівлю ліків для ВІЛ/СНІДу та тестів було виділено з бюджету приблизно 11,76 млрд грн. Програма PEPFAR (США) виділила 118,5 млн доларів на 2024–2025 роки для фінансування профілактики та терапії. Глобальний фонд надав понад 165 млн доларів для боротьби з ВІЛ та туберкульозом. Для держави економічно вигідніше проводити профілактику, ніж довічно лікувати пацієнтів, адже втрата працездатності населення негативно впливає на економічний потенціал країни, демографічну ситуацію та соціально-етичні аспекти.

**Висновки.** ВІЛ-інфекція залишається серйозним викликом для громадського здоров'я України. Інтеграція поведінкових підходів, що враховують реальні мотиви людських рішень, та економічних стратегій, що забезпечують раціональне використання ресурсів, є ключовою умовою ефективної профілактики. Сучасні дані 2021–2025 років підкреслюють необхідність адаптації програм до умов війни та фокусування на профілактиці статевого шляху передачі. Спільна дія цих напрямів здатна суттєво зменшити масштаби епідемії у майбутньому.

## Література

1. Статистика з ВІЛ/СНІДу. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu/statistichni-dovidki-pro-vilsnid>
2. У скількох людей в Україні діагностують ВІЛ/СНІД і скільки помирає від інфекції (Інфографіка). Слово і діло. 2025. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2025/12/01/infografika/suspilstvo/skilkox-lyudej-ukrayini-diahnostuyut-vilsnid-skilky-pomyraye-infekcziyi>
3. PEPFAR підтвердив виділення Україні 118,5 млн доларів фінансування на 2024–2025 роки. МОЗ України. URL: <https://www.google.com/search?q=https://moz.gov.ua/uk/pepfar>.
4. Global Fund allocates \$165 million to Ukraine to fight HIV and TB. URL: <https://svit.kpi.ua/en/2023/12/19/global-fund-allocates-165-million-to-ukraine-to-fight-hiv-and-tb/>.

## ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ ЦИФРОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ

*Русин Л. П.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** інформаційні технології, цифрова компетентність, фізичний терапевт, лікар ФРМ, реабілітація

**Актуальність проблеми.** Стрімка цифрова трансформація глобальної системи охорони здоров'я зумовлює фундаментальну залежність сучасної медицини від інноваційних інформаційних технологій. Сьогодні ІТ-рішення не просто доповнюють, а фактично пронизують усі вертикалі та горизонталі галузі, перетворюючись на рутинний, але стратегічно важливий інструментарій повсякденної клінічної практики. Вони відіграють вирішальну роль на кожному етапі медичного супроводу: від прецизійної діагностики та розробки індивідуалізованих протоколів лікування до системного моніторингу та превентивної медицини [2, 6, 8].

У цих умовах до професійного профілю медичного персоналу – лікарів, висуваються якісно нові вимоги. Актуальним стає не лише володіння базовою комп'ютерною грамотністю, а й наявність розвинених когнітивних навичок для роботи з великими масивами даних, здатності до критичного аналізу цифрової інформації та вільної експлуатації спеціалізованого програмного забезпечення, що оптимізує медико-технологічні процеси [1-3].

Відповідно, інтеграція цифрової компетентності в освітній простір медичних закладів вищої освіти стає безальтернативною складовою підготовки конкурентоспроможних фахівців [5, 7, 8].

**Мета дослідження:** аналіз можливостей для формування цифрової компетентності майбутніх фізичних терапевтів.

**Матеріали і методи.** Методологія роботи базується на систематизація джерел, моделюванні цифрового навчання та практичних досліджень. Емпіричний зріз забезпечено шляхом проведення анкетування, тестування та групових дискусій. Об'єктивність інтерпретації даних гарантується використанням методів статистичного аналізу на етапі формулювання висновків.

**Результати дослідження.** Проведене дослідження дозволило констатувати, що фізична терапія як галузь охорони здоров'я переживає етап технологічної конвергенції, де класичні методи реабілітації поєднуються з цифровими інструментами об'єктивізації стану пацієнта. Встановлено, що цифровізація не просто спрощує роботу фахівця, а докорінно змінює методологію відновлення рухових функцій, переходячи від суб'єктивного оцінювання до data-driven реабілітації (реабілітації на основі даних) [3, 4, 5].

Ключові технологічні домінанти, виявлені під час дослідження:

1. Прецизійна біомеханічна діагностика: сучасна практика базується на використанні інерційних сенсорів, оптичних систем захоплення руху та інтелектуальних платформ для аналізу розподілу тиску. Це дозволяє терапевту отримувати дані про кути в суглобах, довжину кроку та фази опору, які неможливо оцінити візуально.

2. Інтелектуальні системи асистивних технологій: особливу увагу в результатах приділено роботизованим комплексам та екзоскелетам з програмним керуванням. Доведено, що формування цифрової компетентності студента є критичним для програмування параметрів навантаження, амплітуди рухів та налаштування інтелектуальної допомоги (assist-as-needed) залежно від зусиль пацієнта.

3. Біофідбек-орієнтоване тренування: системи зворотного біологічного зв'язку (Biofeedback) створюють замкнений контур взаємодії між пацієнтом та апаратурою. Фізичний терапевт має володіти навичками інтерпретації сигналів електроміографії (ЕМГ) або кардіоінтервалографії в режимі реального часу, щоб адаптувати інтенсивність занять під фізіологічний відгук організму.

4. Гейміфікація та імерсивна терапія (VR/AR): дослідження показало, що використання віртуальної реальності підвищує прихильність пацієнтів до лікування (комплаєнс). Студенти мають опанувати навички для створення віртуальних середовищ, де пацієнт виконує функціональні завдання у формі гри, що стимулює нейропластичність мозку через багаторазове повторення рухів.

5. Екосистеми телереабілітації та мобільного моніторингу: встановлено зростання ролі хмарних сервісів, які дозволяють терапевту віддалено призначати індивідуальні плани вправ, контролювати правильність їх виконання через мобільні додатки та коригувати програму на основі даних зі смарт-годинників чи акселерометрів.

Дані анкетування та тестування студентів продемонстрували позитивну динаміку при використанні симуляційних технологій. Результати свідчать, що студенти, які використовували 3D-атласи анатомії та віртуальні моделі патологій, продемонстрували на 15-20% вищий рівень засвоєння матеріалу порівняно з традиційними методами.

Доведено, що інтеграція у навчання вибіркового дисциплін (наприклад, «Цифрові технології в реабілітації») дозволяє студентам відпрацьовувати навички у безпечному середовищі. Моделювання сценаріїв дистанційної реабілітації допомогло майбутнім фахівцям опанувати методику віддаленого контролю за виконанням вправ пацієнтом, що є критично важливим в умовах сучасних викликів [4, 5, 8].

**Висновки.** Формування цифрової компетентності майбутніх фізичних терапевтів – це не просто вивчення базових програм, а цілеспрямований процес опанування спеціалізованого реабілітаційного інструментарію. Використання ІТ у навчанні забезпечує трансформацію студента з пасивного отримувача інформації в активного користувача цифрових медичних екосистем.

Обґрунтовано, що цифрова компетентність майбутнього фізичного терапевта – це складне інтегративне утворення. Вона охоплює не лише операційні навички (керування обладнанням), а й аналітичну здатність трансформувати отримані цифрові показники у стратегію фізичної реабілітації. Таким чином, готовність до експлуатації цифрових засобів є не факультативною перевагою, а імперативною вимогою професійного стандарту в умовах сучасної медицини.

## Література

1. Гур'єв С. О., Коршак В. В., Соляник В. В. Цифрові технології в сучасній системі фізичної та медичної реабілітації. *Вісник морської медицини*. 2021. № 2 (91). С. 104–112.
2. Жаркова І. В. Формування цифрової компетентності майбутніх фахівців з фізичної терапії у процесі професійної підготовки. *Інноваційна педагогіка*. 2022. Вип. 45. Т. 2. С. 89–93.
3. Кошіль О. П. Використання інформаційно-комунікаційних технологій у підготовці майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*. 2020. Вип. 75. Т. 1. С. 118–122.
4. Лазарева О., Брушко В., Канигіна О. Телемедицина та телереабілітація: сучасний стан та перспективи впровадження в Україні. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2019. № 1. С. 67–73.
5. Макаренко О. В. Моделювання процесу формування професійної компетентності майбутніх фізичних терапевтів засобами цифрових технологій. *Інформаційні технології і засоби навчання*. 2023. Т. 94, № 2. С. 115–129.
6. Професійний стандарт «Фізичний терапевт»: затв. наказом Міністерства економіки України від 14 груд. 2023 р. № 19448.
7. Степанова І. В. Цифрова трансформація медичної освіти: виклики та можливості для студентів-медиків. *Медична освіта*. 2021. № 3. С. 45–51.
8. Хоменко С. М. Застосування віртуальної та доповненої реальності у процесі фізичної реабілітації: теоретичний аспект. *Теорія та методика фізичного виховання*. 2020. № 20(4). С. 215–222.

## МОДЕЛЬ 5С ЯК МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ІНСТРУМЕНТ ТРАНСФОРМАЦІЇ СТРАТЕГІЙ ІМУНІЗАЦІЇ В УМОВАХ КРИЗОВИХ ВИКЛИКІВ

*Сароз К.Ю., Брич В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** вакцинація, прихильність, модель 5С, охорона здоров'я, кризовий менеджмент, стратегічні пріоритети

**Актуальність проблеми.** У періоди масштабних соціальних та воєнних потрясінь стабільність системи імунопрофілактики набуває визначального значення для забезпечення біологічної безпеки держави та збереження громадського здоров'я. Традиційні підходи до промоції вакцинації, сформовані в умовах соціальної стабільності, в кризових ситуаціях часто втрачають ефективність через зниження рівня суспільної довіри, посилення невизначеності та зміну життєвих пріоритетів населення. У цьому контексті актуальність дослідження зумовлена необхідністю впровадження моделі 5С як комплексного методологічного інструменту, що дозволяє системно ідентифікувати психологічні та організаційні чинники вагань щодо вакцинації та трансформувати їх у практично орієнтовані управлінські рішення. Застосування такого підходу є критично важливим для підтримання ефективності програм імунопрофілактики та збереження стійкості системи охорони здоров'я навіть в умовах обмежених ресурсів.

**Мета дослідження:** обґрунтування доцільності використання моделі 5С як методологічного підґрунтя для трансформації стратегій імунізації в умовах кризових викликів, що дає змогу ідентифікувати ключові бар'єри прихильності населення до вакцинації та оптимізувати використання ресурсів системи охорони здоров'я.

**Матеріали та методи.** Дослідження ґрунтується на аналізі звіту Робочої групи ВООЗ з питань вагань щодо вакцинації [1], наукових публікацій, присвячених психометричній шкалі моделі 5С [2], результатів адаптації моделі в різних соціокультурних контекстах [3], а також положень державної стратегії розвитку імунопрофілактики в Україні [4]. Використано методи системного аналізу, порівняльного узагальнення та логіко-аналітичного підходу.

**Результати дослідження.** У результаті проведеного аналізу встановлено, що модель 5С є ефективним інструментом громадського здоров'я для структурованого аналізу процесу ухвалення рішень щодо вакцинації. Виділення п'яти взаємопов'язаних детермінант дозволяє ідентифікувати ключові системні та поведінкові бар'єри прихильності населення до імунізації, що набуває особливої актуальності в умовах воєнного стану, гуманітарної кризи та обмежених ресурсів системи охорони здоров'я України.

*Confidence (довіра)*. В умовах кризи рівень довіри до вакцинації тісно пов'язаний із загальною довірою до державних інституцій та системи охорони здоров'я. Недовіра до управлінських рішень або прозорості даних автоматично трансформується у сумніви щодо безпечності та ефективності вакцин. Трансформація стратегій імунізації має передбачати підвищення прозорості інформації та посилення ролі первинної медичної допомоги як ключового комунікаційного посередника між системою та населенням.

*Complacency (самозаспокоєність)*. В умовах воєнної загрози, масового переміщення населення та соціально-економічної нестабільності в Україні спостерігається феномен «витіснення ризиків», за якого інфекційні захворювання сприймаються як менш значущі порівняно з безпековими та гуманітарними викликами. Це призводить до зниження мотивації до профілактичних щеплень навіть за наявності доступних імунізаційних послуг. З точки зору громадського здоров'я необхідною є зміна комунікативної парадигми – позиціонування вакцинації як елементу національної стійкості, безперервності функціонування системи охорони здоров'я та запобігання додатковому епідемічному навантаженню на медичну інфраструктуру в кризових умовах.

*Constraints (обмеження)*. У кризових умовах фактор обмежень набуває провідного значення для систем громадського здоров'я. Навіть за високого рівня довіри практичні бар'єри — географічна віддаленість, порушення логістики, нестабільне енергопостачання — можуть суттєво знижувати рівень охоплення вакцинацією. Міжнародний досвід адаптації моделі 5С підтверджує, що доступність послуг є критичним чинником успішної імунізації. В українських реаліях це передбачає наближення пунктів щеплення до місць компактного проживання внутрішньо переміщених осіб, забезпечення безперервності «холодового ланцюга» в умовах енергетичних ризиків, а також розвиток цифрових рішень у сфері громадського здоров'я для спрощення доступу до імунізаційних послуг та документування щеплень.

*Calculation (розрахунок)*. В умовах інформаційної нестабільності та надмірної кількості суперечливих повідомлень зростає частка населення, яке намагається самостійно оцінювати ризики вакцинації, спираючись на неофіційні або недостовірні джерела. Це призводить до інформаційної дезорієнтації, підвищення тривожності та відтермінування ухвалення рішень щодо вакцинації. З позицій громадського здоров'я актуальним є формування єдиного національного верифікованого інформаційного простору з чіткими, доступними та науково обґрунтованими повідомленнями щодо користі та безпечності вакцинації, адаптованими до різних цільових груп населення.

*Collective Responsibility (колективна відповідальність)*. Аналіз підтверджує, що апеляція до колективного блага та соціальної солідарності є ефективним мотиваційним чинником у період масштабних криз. Досвід окремих країн [3] свідчить, що акцент на спільній відповідальності за здоров'я громади суттєво підвищує рівень прихильності до вакцинації. У цьому контексті імунізація розглядається не лише як індивідуальне рішення, а як прояв соціальної

відповідальності та внесок у збереження функціональної спроможності системи охорони здоров'я.

Важливою перевагою моделі 5C для громадського здоров'я є можливість її практичного застосування за допомогою психометричних шкал, які дозволяють кількісно оцінювати основні чинники ставлення до вакцинації: довіру, самозаспокоєність, наявні обмеження, раціональне зважування ризиків та відчуття колективної відповідальності. Такі інструменти дають змогу перейти від загальних міркувань до об'єктивної оцінки причин вагань щодо щеплень у різних групах населення. Міжнародний досвід підтверджує можливість адаптації шкал 5C до конкретних соціальних та культурних умов. Адаптація цієї шкали для української вибірки підтверджує її валідність і надійність у національному контексті та відкриває можливості для її використання як інструменту моніторингу вакцинальної поведінки й оцінки ефективності місцевих та національних стратегій імунопрофілактики в Україні [5].

**Висновки.** Модель 5C є ефективним інструментом громадського здоров'я для аналізу детермінант прихильності населення до вакцинації в умовах кризових викликів, актуальних для України. Її застосування дозволяє виявляти як поведінкові, так і системні бар'єри реалізації програм імунізації та формувати більш адресні й ресурсоефективні управлінські рішення. Інтеграція підходів моделі 5C у національну політику імунопрофілактики сприятиме підвищенню стійкості системи охорони здоров'я, зниженню ризиків спалахів вакцинокерованих інфекцій і посиленню ролі вакцинації як ключового інструменту громадського здоров'я в кризових умовах.

## Література

1. World Health Organization. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Geneva, WHO, 2014. URL: [https://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/sage\\_working\\_group\\_revised\\_report\\_vaccine\\_hesitancy.pdf](https://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/sage_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf)
2. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination / C. Betsch et al. *PLOS ONE*. 2018. Vol. 13, no. 12. P. e0208601. DOI: 10.1371/journal.pone.0208601
3. Determining the cutoff points of the 5C scale for assessment of COVID-19 vaccines psychological antecedents among the arab population: a multinational study / R. M. Ghazy et al. *Journal of primary care & community health*. 2021. Vol. 12. P. 215013272110185. DOI:10.1177/21501327211018568
4. Про затвердження Стратегії розвитку імунопрофілактики на період до 2030 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 жовтня 2021 р. № 991-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/991-2021-p>
5. Данилюк І., Курапов А., Малишева К., Литвин С. Психометричні властивості шкали “5C Психологічні передумови вакцинації”: українська вибірка. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2023. № 10. С. 13–39. DOI:10.32999/2663-970X/2023-10-2

# ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЦИФРОВОЇ ЗРІЛОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ У ГЛОБАЛЬНОМУ ТА ЄВРОПЕЙСЬКОМУ КОНТЕКСТАХ

*Сімон К. І.*

*Дніпровський державний медичний університет*

**Ключові слова:** цифрова охорона здоров'я, global digital health monitor, цифрова зрілість, євроінтеграція, кадровий потенціал, стійкість в умовах війни

**Актуальність проблеми.** Цифрова трансформація системи охорони здоров'я є одним з визначальних факторів забезпечення безперервності та якості надання медичних послуг [1]. Наукові дослідження підтверджують, що в умовах повномасштабної війни цифрові інструменти стали однією з вагомих складових, що дозволили системі охорони здоров'я України продемонструвати інституційну стійкість та адаптивність до кризових викликів [2]. Гармонізація української моделі з європейськими та світовими стандартами є важливою передумовою для подальшої побудови життєстійкої системи та її ефективного повоєнного відновлення [3].

**Мета дослідження.** Провести порівняльний аналіз профілю цифрової зрілості системи охорони здоров'я України у глобальному та європейському контекстах для виявлення системних драйверів розвитку та дефіцитів, що впливають на ефективність функціонування галузі в кризових умовах.

**Матеріали та методи.** Інформаційною базою дослідження слугували стандартизовані дані платформи Global Digital Health Monitor (GDHM) станом на середину 2025-го року. Аналітична вибірка охопила 81 країну світу. Методологія ґрунтується на аналізі 7 сфер та 23 індикаторів цифрового здоров'я з використанням даних національних звітів та міжнародних індексів (GovTech Maturity Index, Network Readiness Index).

Статистична обробка даних виконувалася мовою програмування Python. Для оцінки відносної позиції України використано непараметричний показник розміру ефекту Vargha-Delaney A (VDA) [4]. Значення VDA інтерпретувалися наступним чином: 0,50 – паритет; >0,50 – перевага України; <0,50 – відставання. Для градації величини ефекту застосовано шкалу: відхилення від 0,50 на  $\geq 0,21$  розцінювалося як великий ефект, 0,14-0,20 – середній, 0,06-0,13 – малий.

Для виявлення внутрішніх дисбалансів профілю розраховувався показник внутрішньопрофільного дефіциту (Within-Profile Deficit, WPD), який визначався як різниця між VDA конкретної сфери та медіанним значенням VDA країни який і є авторською адаптацією концепції профільного аналізу Cronbach і Gleser (1953) [5] до задачі оцінки цифрової зрілості системи охорони здоров'я. Від'ємне значення WPD вказувало на відносний дефіцит сфери, позитивне – на статус драйвера розвитку.

**Результати дослідження.** При зіставленні України зі світом виявлено три сфери, що демонструють найвищий рівень відносної зрілості та є драйверами національного профілю: «Послуги та застосунки» ( $VDA=0,98$ ;  $WPD=+0,30$  – великий драйвер), «Стандарти та інтероперабельність» ( $VDA=0,87$ ;  $WPD=+0,19$  – середній драйвер) та «Лідерство та управління» ( $VDA=0,81$ ;  $WPD=+0,13$  – малий драйвер). Ці компоненти суттєво перевищують медіанний рівень цифрової зрілості інших країн-учасниць GDHM. Сфера «Інфраструктура» ( $VDA=0,68$ ) демонструє середню перевагу, однак практично не змінює вираженість дисбалансу національного профілю цифрової зрілості ( $WPD\approx 0$ ).

Водночас сфера «Стратегія та інвестиції» ( $VDA=0,38$ ) демонструє великий внутрішньопрфільний дефіцит ( $WPD=-0,30$ ), що ідентифікує її як найбільш обмежувальний фактор у контексті глобального порівняння. Сфера «Кадровий потенціал» знаходиться на рівні паритету зі світовими показниками ( $VDA=0,50$ ), однак її від'ємний показник  $WPD$  ( $-0,18$ ) свідчить про відставання від середнього рівня, сформованого сильнішими сферами національного профілю.

У порівнянні з країнами Європейського регіону спостерігається дещо інший профіль відносної цифрової зрілості. Сфера «Послуги та застосунки» ( $VDA=0,89$ ;  $WPD=+0,56$ ) залишається великим драйвером. Сфери «Лідерство та управління» ( $VDA=0,67$ ;  $WPD=+0,33$ ) та «Стандарти та інтероперабельність» ( $VDA=0,61$ ;  $WPD=+0,28$ ) продовжують відігравати велику підтримуючу роль.

Натомість у Європейському контексті найбільший дефіцит зафіксовано у сфері «Політика та законодавство» ( $VDA=0,22$ ), що супроводжується малим внутрішньопрфільним дефіцитом ( $WPD=-0,11$ ). Це вказує на пріоритетність даної сфери для гармонізації з європейськими стандартами. Показники сфери «Інфраструктура» ( $VDA=0,28$ ;  $WPD=-0,06$ ) також демонструють нижчі позиції відносно європейської медіани, формуючи помірний внутрішньопрфільний дефіцит. Сфери «Стратегія та інвестиції» ( $VDA=0,33$ ) та «Кадровий потенціал» ( $VDA=0,33$ ) у цьому зіставленні знаходяться поблизу внутрішньої медіани профілю ( $WPD\approx 0$ ).

Таким чином, на глобальному рівні основними драйверами цифрової зрілості України є сервісно-технологічні та управлінські компоненти, тоді як ключовим стримуючим фактором виступає стратегічно-інвестиційний блок. Регіональне зіставлення акцентує увагу на необхідності вдосконалення нормативно-правового регулювання.

Сфера «Кадровий потенціал» демонструє неоднозначне позиціонування. У світовому зіставленні її показники знаходяться на рівні глобальної медіани ( $VDA=0,50$ ), однак фіксується середній внутрішньопрфільний дефіцит ( $WPD=-0,18$ ). Це свідчить, що розвиток кадрового потенціалу за визначенням GDHM відстає від загального рівня цифрової зрілості, досягнутого Україною. У порівнянні з Європейським регіоном спостерігається нижчий рівень розвитку ( $VDA=0,33$ ), проте внесок у внутрішню асиметрію профілю є нейтральним ( $WPD\approx 0$ ).

Показники інтеграції цифрових компетентностей у медичну освіту на

додипломному (індикатор 11 GDHM) та післядипломному (індикатор 12 GDHM) рівнях демонструють відносно високі показники ( $VDA > 0,7$  у світі;  $VDA \geq 0,6$  у Європі), перевищуючи медіанні значення відповідних показників у світовій та європейській вибірках країн. Водночас оцінка України на рівні зрілості 3 (охоплення  $< 50\%$  цільової аудиторії, значна міжзакладна варіабельність) свідчить про фрагментарний характер впровадження.

На противагу цьому, індикатори, пов'язані з інституціалізацією професійних ролей, демонструють відставання. Індикатор 13 GDHM «Підготовка кадрів до цифрової охорони здоров'я» та індикатор 14 GDHM «Зрілість професійних кар'єр у сфері цифрового здоров'я у державному секторі» мають низькі значення ймовірності переваги ( $VDA \leq 0,34$  у світі;  $VDA \leq 0,25$  у Європейському регіоні), а фаза розвитку 1 вказує на фактичну відсутність відповідних політик та формалізованих механізмів.

**Висновки.** Сформований технологічно-орієнтований профіль цифрової зрілості забезпечив адаптивність системи охорони здоров'я та безперервність надання сервісів в умовах воєнного стану.

Встановлено невідповідність між успішним впровадженням цифрових рішень та відсутністю забезпечених фінансуванням довгострокових інвестиційних планів, що загрожує сталості розвитку у післявоєнний період.

Пріоритетним напрямом у контексті євроінтеграції є усунення відставання у сфері нормативного регулювання управління даними та їх захисту для приєднання до єдиного європейського простору даних.

Розвиток людського капіталу потребує подальшого збалансування освітніх ініціатив із впровадженням формалізованих кар'єрних траєкторій для фахівців галузі.

## Література

1. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
2. Habicht J., Hellowell M., Kutzin J. Sustaining progress towards universal health coverage amidst a full-scale war: learning from Ukraine. Health policy and planning. 2024. Vol. 39, no. 7. P. 799–802. URL: <https://doi.org/10.1093/heapol/czae041>
3. Transforming digital health in Ukraine. scalable solutions for a resilient and transparent health system. URL: <https://msh.org/resources/transforming-digital-health-in-ukraine/>
4. Vargha A., Delaney H. D. A critique and improvement of the CL common language effect size statistics of mcgraw and wong. Journal of educational and behavioral statistics. 2000. Vol. 25, no. 2. P. 101–132. URL: <https://doi.org/10.3102/10769986025002101>
5. Cronbach L. J., Gleser G. C. Assessing similarity between profiles. Psychological bulletin. 1953. Vol. 50, no. 6. P. 456–473. URL: <https://doi.org/10.1037/h0057173>

## ОПТИМІЗАЦІЯ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧИХ ЗАНЯТЬ ДЛЯ ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ 35-40 РОКІВ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

*Сивохоп Е. М., Сивохоп Е. Е.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** фізкультурно-оздоровчі заняття, надмірна маса тіла, жінки середнього віку, зниження ваги, покращення фізичного стану

**Актуальність проблеми.** У сучасних умовах зростає актуальність проблем пов'язаних із збереженням і зміцненням здоров'я населення, особливо серед жінок середнього віку. Після 35 років у жіночому організмі відбуваються фізіологічні зміни, що впливають на обмін речовин, гормональний баланс, психоемоційний стан [4]. Наявність надмірної маси тіла зумовлює підвищення розвитку серцево-судинних та ендокринних захворювань, порушень з боку опорно-рухової системи, а також зниження загальної якості життя [3, 4].

Одним із найбільш ефективних засобів профілактики надмірної маси тіла та підтримання функціонального стану організму є систематичні фізкультурно-оздоровчі заняття. Однак для досягнення бажаного ефекту необхідно враховувати вік, функціональні можливості, індивідуальні особливості жінок, а також оптимізувати структуру та зміст тренувального процесу [2].

Правильно організовані фізкультурно-оздоровчі заняття сприяють не лише зниженню маси тіла, але й покращенню психоемоційного стану, підвищенню витривалості, нормалізації обміну речовин і зниженню ризику хронічних захворювань. Саме тому актуальним є наукове обґрунтування та практичне впровадження оптимізованих методик фізичної активності для жінок віком 35–40 років із надмірною масою тіла [1]. Незважаючи на наявність різних фітнес-програм, далеко не всі вони враховують вікові та фізіологічні особливості жінок середнього віку. Тому виникає потреба в розробці або адаптації фізкультурно-оздоровчих програм, які б були ефективними, безпечними та орієнтованими на довготривалий результат. Саме оптимізація таких занять дозволяє забезпечити цілісне оздоровлення організму, покращити самопочуття та мотивацію до подальших занять.

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати та перевірити ефективність оптимізованої програми фізкультурно-оздоровчих занять для жінок віком 35-40 років із надмірною масою тіла.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилося у період з 10.11.2025р. по 10.02.2026р. на базі спортивно-оздоровчого комплексу «АКВАРЕЛЬ», що знаходиться в Ужгородському районі, с.Минай. До участі у дослідженні було залучено 20 жінок віком 35-40 років, які мали надмірну масу тіла (згідно з розрахунками індексу маси тіла - ІМТ від 25 до 30 кг/м<sup>2</sup>). Усі учасниці дали згоду на участь у дослідницькій програмі, не мали медичних

протипоказань до занять фізичними вправами, але не займалися систематичною руховою активністю протягом останніх 6 місяців.

У ході дослідження використовувались такі методи дослідження:

1. Теоретичні методи: аналіз і узагальнення науково-методичної літератури з проблеми фізичної активності жінок середнього віку; вивчення сучасних фітнес-програм та методик оздоровчих занять; порівняльно-описовий аналіз ефективності підходів до корекції надмірної маси тіла.

2. Антропометричні вимірювання маса тіла, зріст, розрахунок ІМТ; функціональні тести визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС) у спокої, оцінка витривалості (степ-тест), оцінка сили (тестування сили м'язів живота – піднімання тулуба в сід за 30 с), гнучкості (нахил тулуба вперед із положення сидячи).

3. Методи математико-статистичної обробки.

**Результати дослідження.** Програма фізкультурно-оздоровчих занять була розроблена з урахуванням вікових, фізіологічних та морфофункціональних особливостей жінок 35-40 років, які мають надмірну масу тіла. Вона передбачає поступове залучення організму до фізичного навантаження з акцентом на безпечне зниження маси тіла, покращення функціонального стану серцево-судинної системи, підвищення витривалості, сили, гнучкості, а також мотивації до здорового способу життя.

Заняття проводились тричі на тиждень, у зручний для учасниць час, у залі спортивно-оздоровчого комплексу «АКВАРЕЛЬ». Тривалість кожного заняття складала 50-60 хвилин. Програма включала три основні частини: підготовчу, основну та завершальну.

У підготовчій частині використовувались динамічні вправи на розігрів та мобілізацію суглобово-зв'язкового апарату, а також нескладні елементи з оздоровчої гімнастики. Її мета - активізувати серцево-судинну та дихальну системи, запобігти травмуванню під час основного навантаження.

Основна частина була орієнтована на тренування аеробної витривалості та активне спалювання калорій. Залежно від підготовленості групи використовувались ходьба в інтенсивному темпі, елементи степ-аеробіки, легкі бігові вправи, стрибки, вправи з власною вагою та з малим обтяженням (гантелі 1–2 кг, медбол). Крім того, виконувалися комплекси вправ для м'язів преса, спини, сідниць і ніг. Частина занять містила вправи з фітболом або еластичними стрічками, які дозволяють рівномірно навантажити м'язи без надмірного навантаження на суглоби.

Завершальна частина включала вправи на розтягування, дихальну гімнастику, техніки релаксації, які сприяють поступовому зниженню частоти серцевих скорочень, нормалізації дихання та психоемоційного стану. Даний блок є важливим для профілактики перенапруження та збереження позитивного настрою після заняття.

Програма передбачала поступове підвищення навантаження: у перші два тижні заняття мали адаптаційний характер з помірною інтенсивністю, далі темп та обсяг вправ зростали відповідно до рівня підготовленості учасниць. Обов'язковою умовою було врахування самопочуття жінок під час тренування, контроль за

частотою серцевих скорочень та диханням, а також регулярне самозвітування про зміни у масі тіла, емоційному стані та загальному самопочутті.

Завдяки такій структурі програма забезпечує безпечне, поступове зниження ваги, покращення фізичного стану, формування позитивного ставлення до занять та сталого інтересу до фізичної активності.

Принципи ускладнення програми впродовж трьох місяців: поступове збільшення інтенсивності і тривалості навантаження; нарощування координаційної складності вправ; варіативність методів (аеробіка, силові комплекси, функціональні тренування); індивідуалізація: кожній учасниці рекомендовано обирати темп та варіант виконання вправ відповідно до свого рівня.

Після трьох місяців занять учасниці програми в середньому знизили масу тіла на 4-5%, що відповідає помірному, але стабільному темпу зменшення ваги без шкоди для здоров'я. Разом з тим, індекс маси тіла знизився з рівня ожиріння I ступеня до показників, ближчих до верхньої межі норми.

Обхват талії зменшився в середньому на 4,5 см, що свідчить про зменшення вісцерального жиру. Даний показник є важливим для профілактики метаболічного синдрому, серцево-судинних захворювань та діабету 2 типу.

Сила м'язів живота покращилась на 1-2 повторення у тесті піднімання тулуба в сід за 30с., покращення зумовлено включенням до програми стабілізуючих вправ і планок.

Показники гнучкості (нахил тулуба вперед із положення сидячи) покращилися на 1 см, що є позитивним результатом для жінок із надмірною масою тіла, адже підвищення еластичності м'язів сприяє кращому самопочуттю та зниженню ризику травм.

Функціональні показники серцево-судинної системи (після степ-тесту) також покращились. Частота серцевих скорочень після навантаження знизилась на 3–5 уд/хв, а швидкість відновлення ЧСС через 1 хв після завершення тесту зросла на понад 20%, що є позитивною динамікою рівня аеробної витривалості.

**Висновки.** Використання помірного, але регулярного фізичного навантаження у поєднанні з контролем інтенсивності та індивідуальним підходом дозволило досягти позитивної динаміки фізичних показників. Відповідно до аналізу, поліпшення в межах 1-5% за більшістю основних параметрів є реалістичним і бажаним результатом для початкового рівня підготовки жінок із надмірною масою тіла.

## Література

1. Боровик О. Зміни композиційного складу тіла під впливом занять танцювальною аеробікою у жінок з різними генотипами. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2010. № 4. С. 61–65.
2. Вплив інтервального фізичного навантаження на склад маси тіла жінок із ожирінням. Херсонський державний університет. Херсон, 2019. 60 с.
3. Ендокринологія : нац. підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівнів акредитації / П. М. Боднар [та ін.] ; за ред. П. М. Боднара. Вид. 4-те, оновлене. та доп. Вінниця : Нова книга, 2017. 456 с.
4. Ожиріння та його наслідки : навч. посіб. / О. О.Солов'юк. Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. 93 с.

## АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА КАШЛЮК В ПЕРІОД ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВОЄННОЇ АГРЕСІЇ

*Слабкий Г.О., Маркович В.П., Білак-Лук'янчук В.Й.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** кашлюк, захворюваність, показники, аналіз

**Актуальність проблеми.** Кашлюк – це вкрай заразне бактеріальне інфекційне захворювання дихальних шляхів, що викликається бактерією *Bordetella pertussis* і характеризується важкими нападами спазматичного кашлю з перебігом до 2-3 місяців. Рівень захворюваності населення на кашлюк являється показником епідеміологічного благополуччя [1, 2].

**Мета дослідження.** Проаналізувати показники захворюваності цивільного населення України на кашлюк за 2023-2024 роки (період війни проти російської воєнної агресії).

**Матеріали та методи.** *Матеріали:* статистичні дані центру громадського здоров'я МОЗ України. Враховані статистичні дані, які зареєстровані на територіях, які підконтрольні Україні. Показник розраховано на 100 тис. населення. *Методи:* бібліосемантичний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу.

**Результати дослідження.** Отримані в ході дослідження результати в розрізі регіонів України наведені в таблиці.

Таблиця

### Показники захворюваності населення України на кашлюк, 2023-2024 рр.

Регіон	Зареєстровано				Зміна в %, р., вип. (+/-)
	2023 рік		2024 рік		
	абс. число	показник	абс. число	показник	
<b>УКРАЇНА</b>	<b>707</b>	<b>1,72</b>	<b>7545</b>	<b>18,40</b>	<b>+10,6р.</b>
Вінницька	13	0,87	565	37,61	+43,4 р.
Волинська	182	17,87	226	22,19	+24,18 %
Дніпропетровська	11	0,36	160	5,17	+14,5 р.
Донецька	1	0,02	18	0,44	+17 вип.
Житомирська	27	2,29	191	16,19	+7,0 р.
Закарпатська	23	1,85	117	9,42	+5,0р.
Запорізька	-	-	31	1,89	+31 вип.
Івано-Франківська.	31	2,30	1225	90,80	+39,5 р.
Київська	35	1,96	482	26,94	+13,7 р.
Кіровоградська	-	-	95	10,59	+95 вип.
Луганська	-	-	-	-	-
Львівська	85	3,46	669	27,20	+7,8 р.
Миколаївська	1	0,09	76	6,97	+75 вип.
Одеська	9	0,38	674	28,80	+74,8 р.
Полтавська	4	0,30	168	12,50	+42 р.

Продовження таблиці					
Рівненська	139	12,19	293	25,69	+2,1 р.
Сумська	2	0,19	20	1,94	+18 вип.
Тернопільська	11	1,08	181	17,77	+16,4 р.
Харківська	13	0,50	97	3,75	+7,4 р.
Херсонська	-	-	-	-	-
Хмельницька	11	0,90	272	22,19	+24,7 р.
Черкаська	2	0,17	106	9,16	+53 р.
Чернівецька	27	3,04	481	54,20	+17,8 р.
Чернігівська	-	-	108	11,36	+108 вип.
м.Київ	80	2,75	1290	44,31	+16,1р.

Аналіз наведених в таблиці статистичних даних вказує на те, що у 2024 році у зрівнянні з 2023 роком кількість зареєстрованих випадків захворюваності населення на кашлюк зросла в 10,6 разу і склала 7545 випадків, що становить 18,40 в розрахунку на 100 тис населення. Зростання показників захворюваності населення на кашлюк зареєстровано на території 23 (92,0%) регіонів України.

Найвищі рівні зростання показників захворюваності зареєстровані на території Одеської (74,8 разу), Черкаської (53,0 разу), Вінницької (43,4 разу), Полтавської (42,0 разу), Івано-Франківської (39,5 разу), Чернівецької (17,8 разу), Дніпропетровської (14,5 разу) областей. Це регіони або пов'язані із зоною активних бойових дій або регіони із великою кількістю вимушених переселенців.

У м. Києві зареєстровано зростання захворюваності населення на кашлюк в 16,1 разу із кількістю 106 осіб. При цьому на території Луганської (частина окупована з 2014 року та решта території є зоною активних бойових дій) та Херсонської (зона активних бойових дій) областей випадків захворюваності населення на кашлюк не зареєстровано за період дослідження. В 2023 році крім вказаних регіонів випадків захворюваності населення на кашлюк не зареєстровано на території Запорізької, Кіровоградської, Чернігівської областей.

**Висновки.** За період дослідження відмічається достовірне зростання показника захворюваності населення України на кашлюк. Зростання показників захворюваності населення на кашлюк зареєстровано на території 23 (92,0%) регіонів України. Найвищі рівні зростання показника захворюваності зареєстровані на території регіонів, які мають пряме або опосередковане відношення до зони активних бойових дій. Проведений аналіз отриманих даних вказує на недоскональний облік захворюваності населення на кашлюк.

## Література

1. Інфекційні хвороби: підручник / О.А. Голубовська, М.А. Андрейчин, А.В. Шкурба та ін. 4-е видання. Медицина, 2022. 464 с.
2. Епідеміологія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів /А.М. Андрейчин, З.П. Васишин, Н.О. Виноград; за ред. І.П. Колеснікової. Вінниця: Нова Книга, 2012. 576 с.

## ГОСТРЕ РЕСПІРАТОРНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ: НАУКОВІ ПІДХОДИ

*Стеблюк Е. Е., Дубовенко Д. О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** гостре респіраторне захворювання, інфекція, грип, вакцина, протівірусні препарати

**Актуальність проблеми.** Гостре респіраторне захворювання (ГРЗ) є найбільш поширеним, що зумовлюється різними вірусами, які передаються від людини до людини здебільшого повітряно-крапельним шляхом чи через контакт із зараженими предметами (приклад, для РС-інфекції – контактно-побутовий шлях). За даними дослідників, ГРЗ – найпоширеніші інфекційні захворювання серед усіх вікових груп населення. Серед причин тимчасової втрати працездатності ця патологія посідає перше місце (навіть у міжепідемічний період на них хворіє шоста частина населення планети). В Україні щорічно на ГРЗ хворіє 10–14 млн осіб, що становить 25–30% усієї та близько 75–90% інфекційної захворюваності в країні [2, с.129]. Зважаючи на це, означена проблема стає в центрі вивчення низки науковців й є актуальною.

**Метою** статті є з'ясування сучасних підходів до змісту, особливостей перебігу, лікування та профілактики ГРЗ.

**Матеріали та методи:** аналіз, синтез, узагальнення.

**Результати дослідження.** Гострі респіраторні захворювання, їх симптоматика та шляхи лікування досліджуються багатьма фахівцями медичної галузі (В. Безрук, О. Голубовська, О. Дуда, А. Печінка, А. Шкурба та інші). Питання клінічної діагностики та лікування ГРЗ стали предметом вивчення А. Печінки та М. Дземан [4], особливості сучасного перебігу ГРЗ, лікування та профілактика знайшли своє відображення у наукових працях О. Голубовської [2]. Глобальна стратегія запобігання грипу у світі на період 2019–2030 рр. розкрита у статті низки авторів – О. Дуда, Г. Бацюра, В. Бойко, А. Печінка, А. Голуб, Л. Коцюбайло [5].

Студіюючи наукову літературу, у першу чергу, зацентували увагу на термінологічних аспектах, що мають вкрай важливе значення для вивчення ГРЗ. У медичній енциклопедії термін «респіраторні вірусні хвороби» трактується як вірусні захворювання, які характеризуються переважним ураженням слизових оболонок дихальних шляхів; до Р. в. х. належать грип, парагрипозні захворювання, аденовірусні захворювання, респіраторно-синцитійна інфекція, риновірусна хвороба, коксакі-вірусні хвороби, захворювання, які спричинюються коронавірусами [7, с. 891].

У науковій медичній літературі ГРЗ вважається широким поняттям, що включає респіраторні хвороби вірусного та бактеріального походження, які уражають дихальні шляхи – бронхіт, ларингіт, тонзиліт, фарингіт тощо.

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) – збірна група захворювань, спричинених широким спектром інфекційних збудників і поєднаних спільними особливостями епідеміології та патогенезу ураження дихальних шляхів, розвитком респіраторного синдрому і загальноінтоксикаційних проявів різного ступеня вираженості [4, с. 94]. Слід зважити на те, що у науковому обігу мають місце поняття: «гостре респіраторне вірусне захворювання (ГРВЗ)», «гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ)». За визначенням [4, с. 96], ГРВЗ – це група ГРЗ, що зумовлені винятково вірусами і є невід’ємною частиною поняття ГРЗ. Водночас наголошується, що терміни «гостра респіраторна вірусна інфекція» та «гостре респіраторне вірусне захворювання» не є рівнозначними. Термін «інфекція» включає не лише маніфестні захворювання, але й безсимптомні (інапарантні, субклінічні тощо) випадки, що зазвичай виявляються лише за умови цілеспрямованого специфічного обстеження. Як наслідок у більшості маємо справу лише з тією частиною ГРВІ, що проявляються у вигляді захворювання, тобто ГРВЗ, і тому підмінити один термін іншим недоречно [там же].

Нами звернена увага на правильність уживання терміну «грип», що не є синонімічним до терміну ГРВІ, «значно коректнішим є вживання терміну «грип та інші ГРВІ» або «ГРВІ, в тому числі грип» [4, с. 96].

Клінічні ознаки ГРВЗ можемо узагальнити на основі дослідження групи науковців (О. Голубовська, А. Шкурба, А. Печінка). Серед збудників, що уражають певні відділи дихальних шляхів: риновіруси та коронавіруси – переважно слизову оболонку носа, реовіруси – носа та глотки, парагрипозні віруси – гортані, вірус грипу – трахеї, РС-вірус – бронхів і бронхіол, аденовіруси – лімфоїдну тканину глотки та кон’юнктиви [2, с. 131]. Серед принципів лікування акцентується на таких:

1. Ліжковий режим, можливе лікування вдома за умови легкого / середньотяжкого перебігу.

2. Повноцінне харчування, дієта № 13.

3. За наявності інтоксикації – часте пиття (морс, чай, фруктові соки, мінеральна вода). За необхідності – внутрішньовенна дезінтоксикаційна терапія кристалоїдними розчинами, реосорбілактом.

4. Аскорбінова кислота, рутин у звичайних дозах.

5. Протигістамінні препарати II–III генерації.

6. Бронхо-секретолітичні засоби.

7. У разі ХНЗЛ, цукрового діабету, активних хронічних вогнищ інфекції призначаються антибіотики для профілактики ускладнень (макроліди, респіраторні фторхінолони, цефалоспорини, захищені пеніциліни).

8. Противірусні засоби [2, с. 135].

Загальними рекомендаціями можна вважати: рясне пиття, вітамінне харчування, провітрювання приміщення, дотримання правил гігієни, щеплення (у визначений період) та інші.

Проте слід зважити на застереження медичних фахівців щодо самовільного встановлення пацієнтом діагнозу та препаратів для лікування (самолікування). Для визначення патології слід, у першу чергу, з’явитися до сімейного лікаря,

пройти відповідне обстеження, що дасть можливість дібрати комплекс лікарських засобів й запобігти ускладненню захворювання.

Як запобігати зараженню ГРВЗ: рекомендації В. Безрука: уникайте контакту з особами, що мають прояви грипозної інфекції; обмежте відвідування місць великого скупчення людей; часто провітрюйте приміщення; часто мийте руки з милом; не торкайтеся очей, носа, рота немитими руками; уникайте обіймів, поцілунків і рукостискань; прикривайте ніс і рот під час чхання або кашлю одноразовою серветкою, яку зразу ж після використання потрібно викинути; якщо у людини є симптоми грипу, то необхідно триматися від неї на відстані не менше двох метрів [1].

Міністерством охорони здоров'я України затверджено Уніфікований Клінічний Протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям «Грип». Метою протоколу є: забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтів на основі доказів ефективності медичних втручань; даних доказової медицини; встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих відповідно до положень клінічних настанов, що розроблені на засадах доказової медицини [6].

Сьогодні державою створено всі умови для проходження безоплатного обстеження: В Україні з 1 січня 2026 року стартувала Національна програма Скринінг здоров'я 40+ [3], що включає базові обстеження громадян щодо стану організму, раннього виявлення хвороб, перевірку серця, рівня цукру та ментального здоров'я. Комплексне обстеження дасть можливість отримати від фахівців персональні рекомендації щодо збереження власного здоров'я.

11 березня 2019 року Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оприлюднила Глобальну стратегію запобігання грипу у світі на період 2019–2030 рр., покликану захистити мешканців усіх країн світу від загрози пандемії грипу. Дослідники (О. Дуда, Г. Бацюра, В. Бойко, А. Печінка, А. Голуб, Л. Коцюбайло) розкрили її зміст. Стратегія приділяє велику увагу такому: розробка кращих глобальних інструментів, таких як вакцини, противірусні препарати й методи лікування, які будуть корисні всім країнам і викличуть довіру в громадськості своєю ефективністю; посилення потенціалу країни, інтегроване в планування національної безпеки охорони здоров'я, і зусилля щодо загального охоплення медичними послугами, а саме сучасна діагностика, ефективні засоби лікування й профілактики [5].

Отже, нами досліджено сучасні підходи до розуміння поняття «гостре респіраторне захворювання» та погляди вчених на цю проблему.

## Література

1. Безрук В. В. Гострі респіраторні захворювання. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/gostri-respiratorni-zahvoryuvannya/>
2. Голубовська О. А. Гострі респіраторні захворювання та грип: особливості сучасного перебігу, лікування та профілактика [Електронний

ресурс] / О. А. Голубовська, А. В. Шкурба, А. М. Печінка. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 1. С. 129–140.

3. Національна програма Скринінг здоров'я 40+ Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/v-ukrayini-startovala-nacionalna-programa-skrining-zdorov-ya-40-koli-i-yak-mozhna-skoristatis-poslugoyu>

4. Печінка А.М., М.І. Дземан М. І. Гострі респіраторні захворювання: питання клінічної діагностики та лікування (лекція). *Український медичний часопис*. 2010. № 5. С. 94-103.

5. Про Глобальну стратегію запобігання грипу у світі на період 2019–2030 рр. [Електронний ресурс] / О. К. Дуда, Г. В. Бацюра, В. О. Бойко, А. М. Печінка, А. П. Голуб, Л. П. Коцюбайло. *Стоматологічне та загальне здоров'я*. 2024. Т. 5, № 2. С. 53-57.

6. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.07.2014 № 499. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0499282-14#Text>

7. Червяк П. І. Медична енциклопедія. Видання третє, доповнене. Київ, Вид. центр «Просвіта», 2012. 1504 с.

## МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ

*Стеблюк С. В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** інтеграція наук, інтегровані курси, міждисциплінарність, методів проєктів

**Актуальність проблеми.** У сучасних умовах розвитку науки, технологій у системі вищої освіти особливої актуальності набуває міждисциплінарний підхід. Зростання вимог до компетентностей фахівців зумовлюють необхідність переходу до інтегрованого бачення проблем і шляхів їх розв'язання, що забезпечує цілісність освітнього процесу, поєднання теоретичної підготовки з практичною діяльністю та формування конкурентоспроможної особистості, здатної до інновацій.

Питання забезпечення міждисциплінарної інтеграції у закладах вищої освіти у центрі вивчення низки науковців: Н. Гуменної, О. Мельниченко, І. Нечітайло, В. Огнев'юк, О. Проценко та ін.

За дослідженням І. Нечітайло, міждисциплінарність – це поєднання парадигм, методів, ідей тощо двох або більше наук, галузей, академічних дисциплін для виконання певних освітніх та/або наукових завдань, які за своєю суттю можуть бути як глобальними так і локальними [1]. Глобальне завдання полягає у підготовці фахівців за міждисциплінарними освітніми програмами, зміст яких формується на основі інтеграції двох або кількох спеціальностей. Водночас локальні завдання спрямовані на впровадження принципів міждисциплінарності в навчальну, науково-дослідну та інші види діяльності учасників освітнього процесу.

З позиції колективу авторів [2] медична сфера стала найбільш сприятливим простором для використання інтегративних процесів задля досягнення результатів наукової та науково-пізнавальної активності. Поєднання медико-біологічних, соціальних та психолого-педагогічних як мінімум наук актуалізує наукові природничі, гуманітарні та соціальні кластери. Якщо ж до цього додати потребу в інформаційно-технологічному супроводі, який здійснюється технічними науками, то фактично отримуємо залучення всіх основних сегментів наукового знання в контексті вивчення фізичної реабілітації.

Щодо міждисциплінарності в гуманітарних науках, В. Огнев'юк, О. Проценко, О. Мельниченко окреслюють певні тенденції: 1) критичне відношення до дисциплін як окремих сфер; 2) стирання кордонів між гуманітарними та соціальними науками, формування «неясного жанру», «подорожуючих концепцій»; 3) перехід від одиницності, неподільності знання і культури до узагальнюючих, об'єднувачих стратегій в рамках різних контекстів;

4) розвиток трансдисциплінарності та підприємництва в гуманітарній сфері, де гуманітарій працює в реальному часі з партнерами поза межами академічної установи [3].

Міждисциплінарний підхід у підготовці майбутніх фахівців є важливим чинником підвищення якості вищої освіти, оскільки забезпечує цілісність знань, практичну зорієнтованість навчання та формування конкурентоспроможного, компетентного фахівця.

**Мета дослідження:** розкрити особливості реалізації міждисциплінарного підходу у підготовці майбутніх фахівців спеціальної освіти.

**Матеріали та методи:** аналіз, синтез, спостереження, узагальнення.

**Результати дослідження.** Освітньо-професійна програма «Олігофренопедагогіка. Інклюзивна освіта» магістерського рівня вищої освіти передбачає міждисциплінарні зв'язки. Як приклад, ОК 10. Корекційно-розвивальні методики навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку — ОК 4. Корекційна психопедагогіка з методикою її викладання у закладі вищої освіти — ОК 6. Актуальні питання розвитку та управління в системі спеціальної та інклюзивної освіти. Підготовка фахівців спеціальної освіти передбачає набуття кола компетенцій з педагогіки, психології, медицини, соціальної роботи, що дозволяє сформувати цілісне розуміння потреб дітей з особливими освітніми потребами та налагодження ефективної взаємодії з учасниками команди психолого-педагогічного супроводу.

Міждисциплінарна інтеграція реалізується через цілеспрямоване окреслення комплексних навчальних завдань, упровадження горизонтальної інтеграції між різними навчальними дисциплінами та вертикальної інтеграції, що передбачає послідовне ускладнення й узгодження навчального матеріалу в межах однієї дисципліни на різних етапах навчання. Важливим чинником цього процесу є виявлення та системне використання міждисциплінарних зв'язків, які забезпечують не ізольоване засвоєння знань, умінь і навичок, а формування у студентів цілісного світоглядного бачення та інтегрованого розуміння навколишньої дійсності.

Ефективними методами й формами реалізації є: міждисциплінарні проекти, проблемно-орієнтоване та дослідницьке навчання, інтегровані курси. Проектна діяльність дозволяє поєднати знання з різних навчальних дисциплін, розвивати навички самостійного пошуку інформації, критичного мислення, здатність орієнтуватися в сучасному інформаційному просторі. З-поміж проектів ефективними, на наш погляд, є такі: «Застосування дидактичних ігор у розвитку логічного мислення учнів з особливими освітніми потребами», «Модель інклюзивного класу: організація середовища та адаптація навчальних матеріалів», «Впровадження арт-терапії у навчанні, вихованні та розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями».

Отже, нами розкрито особливості реалізації міждисциплінарного підходу у підготовці майбутніх фахівців спеціальної освіти.

## Література

1. Нечитайло І. С. Міждисциплінарність як основа розвитку сучасного університету та його освітніх програм. Шлях успіху і перспективи розвитку (до 26 річниці заснування Харківського національного університету внутрішніх справ). Харків, 2020. С. 369-372

2. Слухенська Р. В., Ковальчук П. Є., Куковська І. Л., Логуш Л. Г., Маланій В. І. Міждисциплінарні принципи підготовки фахівців-реабілітологів. 2024. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/919>

3. Огнев'юк В., Проценко О., Мельниченко О. Міждисциплінарний підхід у професійній підготовці здобувачів вищої освіти в умовах магістратури (на прикладі навчальної дисципліни «Освітологія»). *Educological discourse*, 2021, № 2 (33). URL: [https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/36918/1/V\\_Ogneviuk\\_O\\_Protsenko\\_O\\_Melnychenko\\_2\\_IS\\_IPSP.pdf](https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/36918/1/V_Ogneviuk_O_Protsenko_O_Melnychenko_2_IS_IPSP.pdf)

## ДИТЯЧИЙ ТРАВМАТИЗМ ЯК ПРІОРИТЕТНА ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ПРОФІЛАКТИКА НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ

*Троян І. П., Дуб М. М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** дитячий травматизм, громадське здоров'я, фактори ризику, профілактика, територіальні громади

**Актуальність проблеми.** Дитячий травматизм є однією з найактуальніших проблем громадського здоров'я у світі та залишається провідною причиною захворюваності та інвалідизації серед дітей і підлітків у світі, що зумовлює його високу медико-соціальну значущість.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, ненавмисні травми стабільно входять до першої п'ятірки причин смерті дітей віком від 1 до 18 років, причому понад 90 % таких випадків є потенційно попереджуваними [1].

В Україні проблема дитячого травматизму посилюється внаслідок соціально-економічної нестабільності, урбанізації, міграційних процесів і воєнних дій, що негативно впливають на безпеку життєвого середовища дітей. В умовах децентралізації системи охорони здоров'я саме територіальні громади відіграють ключову роль у плануванні та реалізації профілактичних заходів, що відповідає сучасній концепції громадського здоров'я [2].

**Мета дослідження** – проаналізувати основні фактори ризику дитячого травматизму та обґрунтувати пріоритетні напрямки його профілактики на рівні територіальної громади з позицій громадського здоров'я.

**Матеріали та методи.** Дослідження ґрунтувалося на аналізі наукових публікацій, аналітичних звітів, а також вітчизняних наукових джерел, опублікованих упродовж останніх 10 років. Використано методи системного аналізу, узагальнення та порівняльного аналізу для оцінки факторів ризику, соціальних детермінант здоров'я і профілактичних стратегій дитячого травматизму на рівні громади [3].

**Результати дослідження.** У ході аналізу встановлено, що структура дитячого травматизму має чітку вікову та середовищну диференціацію. Серед дітей дошкільного віку переважає побутовий травматизм, пов'язаний із небезпечними умовами домашнього середовища та недостатнім наглядом дорослих. У дітей шкільного віку домінують вуличні та спортивні травми, тоді як серед підлітків суттєво зростає частка дорожньо-транспортних ушкоджень і травм, зумовлених ризикованою поведінкою [4, 5].

Виявлено, що провідну роль у формуванні ризику дитячого травматизму відіграють соціальні детермінанти здоров'я: рівень матеріального забезпечення сім'ї, освітній рівень батьків, житлові умови, доступ до безпечної

інфраструктури та організованих просторів для дозвілля дітей. Діти з соціально вразливих сімей мають значно вищу ймовірність отримання травм, що підтверджує наявність соціальної нерівності у сфері безпеки здоров'я [2, 6].

Окрему увагу приділено організаційним чинникам. Встановлено, що відсутність системного моніторингу дитячого травматизму на рівні громади суттєво ускладнює планування цільових профілактичних заходів. Натомість громади, які впроваджують міжсекторальну взаємодію між закладами охорони здоров'я, освіти, органами місцевого самоврядування та громадськими організаціями, демонструють більш ефективні результати у зниженні рівня травматизму серед дітей [3].

Аналіз доказових профілактичних стратегій засвідчив, що найбільш ефективними є комплексні громадоорієнтовані інтервенції, які поєднують створення безпечного фізичного середовища, впровадження освітніх програм для дітей та батьків з формування безпечної поведінки, підвищення батьківської відповідальності, міжсекторальна взаємодія органів місцевого самоврядування, закладів освіти та охорони здоров'я, а також системний моніторинг і аналіз показників дитячого травматизму [1, 6, 7].

**Висновки.** Дитячий травматизм є комплексною та соціально зумовленою проблемою громадського здоров'я, профілактика якої потребує системного, громадоорієнтованого та міжсекторального підходу. Реалізація профілактичних програм на рівні територіальних громад з урахуванням локальних факторів ризику та соціальних детермінант здоров'я сприяє зниженню рівня травматизму, збереженню здоров'я дитячого населення та формуванню безпечного життєвого середовища.

## Література

1. World Health Organization. *World report on child injury prevention*. Geneva: WHO Press, 2016 (reprint). 211 p. P. 1–15.
2. Медведовська Н. В., Дудіна О. О. Громадське здоров'я дітей і підлітків в Україні: сучасні виклики // Україна. Здоров'я нації. 2021. № 2(63). С. 15–22. DOI: 10.24144/2077-6594.2.63.2021.233456
3. Centers for Disease Control and Prevention. *Injury Prevention & Control: Data & Statistics*. Atlanta: CDC, 2019. 120 p. P. 60–70.
4. Sleet D. A., Baldwin G. T. *Injury prevention: past, present, and future*. New York: Oxford University Press, 2016. 320 p. P. 95–110. DOI:
5. UNICEF. *Child injuries in the context of safety and prevention*. New York: UNICEF, 2021. 88 p. P. 43–52.
6. World Health Organization. *INSPIRE handbook: action for implementing the seven strategies for ending violence against children*. Geneva: WHO, 2018. 280 p. P. 205–220. DOI: 10.2471/WHO.INSPIRE.18.1
7. Peden M., Oyegbite K., Ozanne-Smith J. *Child injury prevention strategies*. Geneva: WHO, 2017. 130 p. P. 55–65. DOI: 10.2471/BLT.16.171728

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ ПІСЛЯ ТРИВАЛОЇ ІММОБІЛІЗАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ

*Фенич Д. В., Філак Я. Ф.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** іммобілізація, лікувальна гімнастика, фізична терапія, кінцівка, перелом, відновлення

**Актуальність проблеми.** Потреба в іммобілізації пошкодженої частини тіла є критично важливою в усіх сферах: від побутової діяльності чи спортивної медицини до військово-польових поранень, де в більшості випадків вони відіграють вирішальну роль у збереженні кінцівки.

За статистикою, проведеною в 2015-му році, у Україні гине в середньому 17 тисяч осіб, із них 70% - це люди працездатного віку, які створюють ВВП країни, а саме внаслідок механічних травм. Смертність через ці травми сягає 30-35% і займає перше місце серед причин смерті осіб, віком до 40 років, за даними ВООЗ. Окрім цього, переломи кісток можуть призвести до інвалідності [4].

Лікувальна іммобілізація – тривала фіксація необхідними засобами: шина, лонгети, гіпс, ортези і т.д. , задля правильного зрощення кісток чи загоєння м'яких тканин. Проте іммобілізація може призвести до негативних морфологічних й фізіологічних змін: атрофії м'язів, втрати кісткової маси і обмеження функціонального рівня. Тобто це свідчить про те, що організму потрібна фізична терапія, щоб повернути тілу здатність нормально рухатись і запобігти незворотним змінам. А саме: усунення контрактур, відновлення м'язів й координації, покращення кровообігу та профілактика ускладнень [1].

**Мета дослідження.** Аналіз дослідження щодо впливу фізичної терапії, а саме її засобу – лікувальної гімнастики, на відновлення функції кінцівки пацієнта після тривалої іммобілізації та вивчення рекомендацій для ефективного процесу відновлення та повернення пацієнта до його звичних умов життя.

**Матеріали та методи.** Дослідження ґрунтується на аналізах спеціальної науково-методичної літератури українських авторів та зборі інформації про особливості застосування лікувальної гімнастики після тривалого знерухомлення кінцівки [1, 4].

**Результати дослідження.** За даними проведеного дослідження в реабілітаційному центрі, було залучено 20 пацієнтів з тривалою післятравматичною іммобілізацією правої чи лівої верхньої кінцівки: контрольна група виконувала вправи лікувальної гімнастики з перших днів накладання гіпсу, а наша досліджувана основна група – після періоду іммобілізації. Пацієнти скаржилися на відчуття оніміння, міалгію, поколювання в кінцівці та швидку втомлюваність. При порівнянні амплітуди рухів, через 20 днів призначення лікувальної гімнастики, амплітуда рухів у суглобі збільшилась на 20%, якщо

порівнювати з результатами на початку реабілітації. Динамометрія – на 18%. Використовувались саме статичні вправи: напруження м'язів у певній позі протягом певного періоду часу, без руху в суглобах, щоб не навантажувати їх. Таким чином, лікувальна гімнастика – це не тільки завершальний етап лікування, а вирішальна умова повного відновлення спроможності пацієнта після тривалої іммобілізації, яка є невід'ємною частиною [3].

Реабілітація після зняття фіксації відбувається в декілька етапів. Він передбачає поступову інтенсифікацію фізичної активності з урахуванням клінічної картини. На початкових етапах показана ходьба з додатковою опорою. Ключова роль належить лікувальній команді: ортопед регулює терміни навантаження, а реабілітолог координує функціональне відновлення кінцівки. Ключову роль у лікувальній гімнастиці відіграють тренування балансу та координації: статика та пропріоцепція, динаміка для стабільності, масаж, розтяжка м'язів та психологічний настрій, адже відновлення – довготривалий, проте необхідний процес [2].

**Висновки.** 1. Проаналізовано вплив фізичної терапії, а саме лікувальної гімнастики, на відновлення функції кінцівки пацієнта після тривалої іммобілізації та вивчено рекомендації для ефективного процесу відновлення та повернення пацієнта до його звичних умов життя.

2. Особливу роль відіграють статичні вправи, вони підтримують тонус м'язів без ризику зміщення уламків чи травмування. Ключовим фактором максимізації реабілітаційного ефекту є час початку занять. Доведено, що ранній початок, одразу при іммобілізаційному періоді, демонструє вищий темп відновлення, ніж початок вправ у післяіммобілізаційному періоді.

## Література

1. Борсукевич Т.С., Ніканоров О.К. Вплив іммобілізації при переломах кісток гомілково-надп'яtkового суглоба на зміни біохімічних показників в організмі людини. Молодь та олімпійський рух: Збірник тез доповідей XV Міжнародної конференції молодих вчених. Київ, 2022. 140 с.

2. Коц Н. Реабілітація після перелому великогомілкової та малоогомілкової кісток. Громадська організація реабілітологів. Харків, 2026. URL: <https://fizio.ua/> (дата звернення: 10.02.2026).

3. Маркович О.В., Примачок Л.Л., Прокопчук В.Ю., Нагорна О.Б. Ефективність статичної лікувальної гімнастики в пацієнтів після тривалої іммобілізації перелому плечової кістки. Public Health Journal №3. Рівне, 2023. 5 с.

4. Шищук В.Д., Терехов А.М., Щербак Б.І., Томин Л.В., Шищук А.В., Заліщук В.М. Переломи кісток нижньої кінцівки: класифікація, клініка, діагностика, лікування, реабілітація. Навчальний посібник. Суми, 2015. 152 с.

# ВИЇЗНІ ФОРМИ МЕДИЧНИХ І ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК ЗАСІБ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЙ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

*Фурик Т. В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
ДУ «Закарпатський обласний центр контролю та профілактики хвороб  
Міністерства охорони здоров'я України»*

**Ключові слова:** громадське здоров'я, імунізація, профілактика захворювань, територіальні громади, Закарпаття, доступність медичної допомоги

**Актуальність проблеми.** Імунізація визнається одним із найбільш ефективних інструментів профілактики інфекційних захворювань та ключовим компонентом громадського здоров'я. Міжнародні підходи наголошують на необхідності збільшення частки дорослого населення, яке отримує рекомендовані за віком щеплення, а також на забезпеченні рівного доступу до вакцинації для всіх груп населення [3]. Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає імунізацію як інвестицію у майбутнє, що сприяє реалізації права людини на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я [1]. В Україні забезпечення доступності якісних медичних послуг, зокрема профілактичних, визначено одним із стратегічних напрямів розвитку системи охорони здоров'я [2]. У цьому контексті особливого значення набувають мобільні форми надання медичних послуг, зокрема для мешканців віддалених та малодоступних територіальних громад, де традиційні стаціонарні заклади охорони здоров'я не завжди можуть забезпечити належний рівень охоплення населення профілактичними заходами та імунізацією.

**Мета дослідження:** проаналізувати результати діяльності мобільного вакцинального автобуса як інструменту підвищення доступності вакцинації та комплексу профілактичних медичних послуг у територіальних громадах Закарпатської області.

**Матеріали та методи.** Дослідження базується на аналізі узагальнених звітних даних ДУ «Закарпатський ОЦКПХ МОЗ» за 2025 рік щодо роботи мобільного вакцинального автобуса «Вакцинація на захисті вашого здоров'я». Оцінювалися кількість та динаміка виїздів упродовж року, охоплення територіальних громад, загальний обсяг наданих профілактичних і медичних послуг, а також структура вакцинованого населення за віком і нозологіями. Для аналізу використано методи описової статистики. Додатково опрацьовано інформаційні матеріали, підготовлені за результатами кожного виїзду вакцинального автобуса та оприлюднені на офіційних інформаційних ресурсах установи.

**Результати дослідження.** Упродовж 2025 року мобільний вакцинальний автобус здійснив 34 виїзди у 27 територіальних громад Закарпатської області,

охопивши населені пункти з різними географічними та соціальними характеристиками, зокрема гірські й прикордонні території. Виїзна робота мала системний характер протягом року з поступовим зростанням інтенсивності у весняно-літній період. Найбільша кількість виїздів реєструвалась у березні–квітні та серпні–вересні, що забезпечило охоплення населення в періоди підвищеної мобільності та сезонних профілактичних потреб. Завершальний етап роботи у листопаді–грудні був зосереджений на забезпеченні доступу до вакцинації та послуг з тестування у регіоні підвищеного ризику вірусного гепатиту А шляхом проведення цільової імунізації та комплексу профілактичних заходів.

Загалом профілактичні та медичні послуги отримали 5893 особи. Імунізацію проведено 1734 особам, з яких 54,8% (951 особа) – це діти віком до 18 років, що свідчить про вагомий внесок мобільного сервісу в реалізацію Календаря профілактичних щеплень серед дитячого населення. Частка вакцинованих дорослих склала 45,2% (783 особи), що підтверджує актуальність мобільних підходів для підвищення охоплення імунізацією дорослого населення.

У структурі проведених щеплень найбільшу частку склали вакцинації проти поліомієліту із застосуванням оральної та інактивованої поліомієлітної вакцин (ОПВ, ППВ) – 19,1% (332 особи), що відображає завершальний етап використання ОПВ у межах національної політики переходу України до повного застосування інактивованої поліомієлітної вакцини з 2026 року. Частка щеплень проти кору, епідемічного паротиту та краснухи (КПК) – 10,3% (178 осіб), що пов'язано з участю Закарпатської області у 2025 році в національному проєкті з протидії кору, спрямованому на підвищення охоплення вакцинацією, насамперед серед дітей віком до 5 років, та запобігання спалахам захворювання. Щеплення проти кашлюку, дифтерії та правця (АКДП, АКДС) здійснено 52 особам (3,0%), вірусного гепатиту В – 91 особі (5,2%), гемофільної інфекції типу b – 37 особам (2,1%). Використання комбінованих вакцин (Пентабіо, ПентаХіб, Пентаксим, Тетраксим, Гексаксим) зареєстровано 47 випадках (2,7%), що дозволило зменшити кількість ін'єкцій та підвищити прихильність населення до вакцинації.

Окремо проаналізовано щеплення проти дифтерії та правця, що здійснювалися в межах планових ревакцинацій: вакциною АДП серед дітей віком до 7 років щеплено 81 особу; вакциною АДП-М серед підлітків віком 16–17 років – 105 осіб. Також у межах виїзних заходів проведено 41 щеплення проти вірусного гепатиту А за епідеміологічними показаннями.

Окрім імунізації, 4159 особам надано додаткові профілактичні послуги, у структурі яких найбільшу частку склали консультації сімейних лікарів і вузьких спеціалістів – 63,7% (2651 особа). Водночас вимірювання артеріального тиску було проведено у 14,8% випадків (616 осіб), визначення рівня глюкози в крові – 14,0% (583 особи), експрес-тестування на вірусний гепатит А – 7,4% (309 осіб),

За результатами кожного виїзду готувалися та оприлюднювалися інформаційні матеріали на офіційних інформаційних ресурсах установи, що сприяло підвищенню поінформованості населення щодо профілактики

інфекційних і неінфекційних захворювань та формуванню довіри до послуг з імунізації.

Отримані результати підтверджують, що мобільний вакцинальний автобус є ефективним інструментом забезпечення рівного доступу населення до послуг профілактики незалежно від місця проживання. Такий формат роботи сприяє зменшенню територіальних і соціальних бар'єрів у доступі до вакцинації, підвищенню охоплення щепленнями вразливих груп та зміцненню колективного імунітету в громадах. Поєднання імунізації зі скринінговими обстеженнями та консультативною допомогою забезпечує комплексний підхід до збереження здоров'я населення та відповідає сучасним пріоритетам громадського здоров'я. Для територіальних громад мобільні сервіси підвищують спроможність локальних систем охорони здоров'я до реагування на епідемічні загрози, а для регіону загалом створюють передумови для зниження тягаря вакцинокерованих захворювань і покращення показників здоров'я населення.

**Висновки.** Результати дослідження свідчать, що впровадження мобільного вакцинального автобуса в Закарпатській області забезпечує ефективне розширення доступності імунізації та профілактичних медичних послуг для населення територіальних громад, зокрема мешканців віддалених, гірських і прикордонних населених пунктів. Суттєві обсяги проведених щеплень, значне охоплення дитячого й дорослого населення та поєднання вакцинації зі скринінговими й консультативними послугами підтверджують доцільність використання мобільних сервісів як інструменту комплексної профілактики. Мобільні форми надання послуг сприяють зменшенню територіальних і соціальних нерівностей у доступі до профілактики, підвищують прихильність населення до вакцинації та формують позитивне ставлення до заходів громадського здоров'я. Отримані результати обґрунтовують доцільність подальшого розвитку й масштабування мобільних вакцинальних сервісів як складової регіональної системи громадського здоров'я з метою зниження тягаря вакцинокерованих захворювань та покращення показників здоров'я населення.

## Література

1. Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind. Geneva: WHO; 2020. 60 p. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>
2. Міністерство охорони здоров'я України. Національна стратегія розвитку системи громадського здоров'я. Київ; 2021. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%202024.2022.pdf>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Community-Based Interventions to Increase Vaccination Coverage. Atlanta; 2022. URL: <https://www.cdc.gov/adultvaxview/publications-resources/adult-vaccination-coverage-2022.html>

## ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ ПОТЕНЦІАЛ УРОКІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ЗАКЛАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

*Хома Т. В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** психосоціальна допомога, урок фізичної культури, диференційований підхід

**Актуальність проблеми.** У сучасних умовах спостерігається зростання психоемоційного навантаження на здобувачів закладів загальної середньої освіти, що зумовлено впливом воєнних дій, цифровізацією освітнього процесу, несприятливою екологічною ситуацією, зниженням рівня рухової активності. За дослідженнями науковців, дедалі частіше мають місце такі ознаки психоемоційних порушень, як підвищена тривожність, страхи, невпевненість у собі, дратівливість, надмірна чутливість та інші негативні стани. Надзвичайно важливу роль у підтримці психологічного благополуччя дітей відіграють батьки, вихователі й учителі. Вони мають уважно ставитися до емоційних потреб дитини, забезпечувати сприятливу атмосферу та створювати умови, у яких дитина може вільно висловлювати свої думки й почуття [3]. У зв'язку з цим, актуальності набуває проблема впровадження ефективних шляхів психосоціальної підтримки здобувачів закладів загальної середньої освіти, зокрема пошук ресурсів освітнього процесу, здатних сприяти не лише фізичному розвитку, а й формуванню емоційної стійкості, комунікативних компетентностей та навичок соціальної взаємодії.

**Мета дослідження.** Охарактеризувати психосоціальний потенціал уроків фізичної культури та їх вплив на активність учнів.

**Матеріали та методи.** У процесі дослідження використано метод аналізу нормативно-законодавчої бази, науково-методичної літератури, педагогічне спостереження за організацією та проведенням уроків фізичної культури з метою виявлення їх впливу на психоемоційний стан та соціальну активність здобувачів закладів загальної середньої освіти.

**Результати дослідження.** У Законі України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» зацентровано на змісті поняття «психосоціальна допомога», що трактується як «діяльність, спрямована на задоволення психологічних і соціальних потреб людей з метою покращення якості їхнього життя шляхом надання доступу до інформації про психічне здоров'я, розвитку навичок подолання стресу, психологічної стійкості і психологічного відновлення, підтримки, орієнтованої на зменшення почуття соціальної ізоляції, розвитку здатності до самовизначення і самозарадності» [4]. З-поміж основних завдань виокремлено навчання практичним навичкам і стратегіям психологічної стійкості, у тому числі методам управління стресом, емоційної саморегуляції, релаксації, технікам цілепокладання та вирішення проблем [4].

Характеристика поняття психосоціальної допомоги як системи підтримки емоційного, соціального та особистісного розвитку дитини, дає можливість логічно перейти до психосоціального потенціалу уроків фізичної культури в ЗЗСО як ефективного середовища для її практичної реалізації. Сучасний урок фізичної культури базується на формуванні ключових та предметних компетентностей і спрямований на всебічний розвиток особистості. Відтак, О. Аксьонова підкреслює важливість оновлення змісту та організації уроків фізичної культури відповідно до концепції Нової української школи, акцентуючи увагу на професійній компетентності вчителя у сфері безпеки, ефективному управлінні ризиками та формуванні безпечного освітнього середовища. На її думку, такі уроки мають реалізовувати здоров'язбережувальну компетентність, впливати на розвиток соціальних умінь і психологічної витривалості школярів, особливо в умовах воєнного часу. Авторка також обґрунтовує доцільність упровадження сучасних підходів, зокрема гейміфікації, інклюзивних практик і спеціалізованих тренінгових програм для педагогів, що дозволяє адаптувати фізичне виховання до актуальних суспільних викликів та ідей Нової української школи [1].

Досліджуючи практику проведення уроків фізичної культури в умовах Нової української школи, Д. Гедзюк зосереджує увагу на використанні вчителями інноваційних модулів програми, орієнтованих на варіативність, інклюзивність і мотивацію учнів до ведення активного способу життя. Реалізація оновлених модулів забезпечує не лише фізичний розвиток школярів, а й сприяє їхньому соціальному та емоційному становленню, формуючи підґрунтя для виховання здорового покоління, здатного відповідати на виклики сьогодення [2].

Студіювання наукової літератури дало можливість визначити ключові аспекти психосоціального потенціалу уроків фізичної культури у закладах загальної середньої освіти та їх вплив на активність учнів.

У процесі проведення педагогічного спостереження під час проходження практики здобувачами вищої освіти з'ясовано, що психосоціальний потенціал уроків фізичної культури реалізується через такі складові: розвиток комунікативної компетентності, контроль емоційної саморегуляції, формування навичок командної взаємодії, підвищення рівня самооцінки та впевненості у власних можливостях, зниження рівня тривожності, зміцнення міжособистісних зв'язків у класному колективі.

Ефективність реалізації зазначеного потенціалу забезпечується за умов диференційованого підходу до впровадження варіативних модулів, використання ігрових технологій навчання, створення безпечного та інклюзивного освітнього середовища, дотримання принципів гендерної рівності, індивідуалізації навантаження та інтеграції здоров'язберігаючих технологій у зміст фізичного виховання.

Доречно застосовувати метод ініціативного проектування модулів, що полягає у створенні учнями ідей для урізноманітнення уроків фізичної культури. Школярам пропонується додавати нові елементи та модернізувати форми рухової активності, тим самим залучаючись до спільного планування освітнього

процесу. Важливу роль відіграє педагогічна позиція вчителя фізичної культури як фасилітатора позитивної соціальної взаємодії та психологічного комфорту учнів.

**Висновки.** Таким чином, уроки фізичної культури в закладах загальної середньої освіти впливають не тільки на фізичний розвиток школярів, а й забезпечують психосоціальну підтримку, що сприяє становленню емоційної стійкості, комунікативних навичок, формуванню соціального добробуту, збереженню здоров'я.

## Література

1. Аксьонова О. П. Нова фізична культура: безпечно просто здорово. *Тенденції та перспективи розвитку сучасної освіти в Україні: Нова українська школа: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (3 квітня 2025 року, м. Херсон) / за ред. І. Я. Жорової, О. В. Кохановської, О. В. Стребної, Л. П. Марецької, В. С. Дереш.* Херсон: КВНЗ «Херсонська академія неперервної освіти», 2025. С.7-10.

2. Гедзюк Д. О. Сучасна практика проведення уроків фізичної культури в умовах Нової української школи. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова.* Випуск 8 (195), 2025. С. 39-44.

3. Латиш Н., Латиш О., Біла І. Психолого-педагогічні аспекти збереження психічного здоров'я дітей. *Актуальні проблеми психічного здоров'я: Збірник наукових праць* [за матеріалами Всеукраїнської студентсько-викладацької науково-практичної інтернет-конференції] / Ред. колегія: К. Гавриловська, І. Загурська, Г. Пирог, Ю. Дем'янчук / Житомир, Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2024. С.133-137.

4. Про систему охорони психічного здоров'я. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20/ed20250115#n352> (дата звернення: 13.02.2026).

## ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК СУЧАСНИЙ ІНСТРУМЕНТ ОПТИМІЗАЦІЇ СТИЛЮ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

*Чік В. М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** громадське здоров'я, цифрові технології, здоровий спосіб життя, профілактика неінфекційних захворювань, якість життя, цифрова грамотність

**Актуальність проблеми.** Сучасний стрімкий розвиток цифрових технологій та масове поширення гаджетів серед населення створили передумови для популяризації нових форматів отримання інформації та взаємодії у сфері громадського здоров'я. З кожним днем все більше людей використовують гаджети та соціальні мережі не лише для повсякденного спілкування, а й для пошуку інформації щодо методів збереження здоров'я, профілактики захворювань та формування корисних звичок. В наш час цифрова трансформація змінює характер сприйняття інформації населенням. З одного боку це відкриває нові можливості для просвітницької діяльності, а з іншого – зумовлює необхідність контролю якості та достовірності поширюваної інформації.

Згідно з даними ВООЗ, провідним фактором впливу на здоров'я населення є саме спосіб життя, який визначає ризики розвитку серцево-судинних захворювань, діабету та ожиріння [1].

Сьогодні характерне тим, що класичні методи санітарної просвіти, які зводяться до епізодичних консультацій з лікарями та пасивних рекомендацій, вже не дають бажаного ефекту. Навіть попри розуміння важливості профілактики, на практиці ми стикаємося з проблемою низької комплаєнтності пацієнтів. Результатом цього є зниження ефективності терапевтичних заходів, втрата часу, погіршення самопочуття пацієнта, часті зміни в стратегії лікування, що в сукупності призводить до хаосу в процесі лікування та погіршення комунікації між пацієнтом та лікарем [2].

Ключовою проблемою залишається низька прихильність до довгострокових змін поведінки серед пацієнтів. Наприклад, рекомендації щодо підвищення рівня фізичної активності чи корекції харчування, часто ігноруються через відсутність постійного моніторингу та ефективного зворотного зв'язку. Саме тому актуальною є потреба в нових, технологічно адаптованих інструментах, які допоможуть інтегрувати профілактику захворювань в повсякденну рутину пацієнта.

Доцільність впровадження таких інструментів підтверджується великою доказовою базою останніх досліджень. Зокрема, результати масштабного систематичних оглядів, показують, що використання фітнес-трекерів та

мобільних додатків є статистично значущим чинником підвищення рівня фізичної активності серед пацієнтів [3, 4]. Окрім впливу на фізичну активність, цифрові технології є ефективним інструментом корекції харчової поведінки [5].

Таким чином, дослідження ролі цифрових технологій у сфері громадського здоров'я як інструменту оптимізації стилю та якості життя дорослого населення є актуальним і перспективним напрямом сучасної наукової діяльності.

**Мета дослідження.** Аналіз ефективності застосування цифрових технологій для оптимізації стилю та якості життя дорослого населення на основі результатів міжнародних досліджень з метою виявлення ключових механізмів впливу цифрових інтервенцій на поведінкові фактори ризику, фізичну активність та психоемоційний стан як окремих пацієнтів, так і громадського здоров'я загалом.

**Матеріали та методи.** У процесі дослідження використовувалися бібліосемантичний метод і метод системного аналізу. Матеріалами досліджень стали результати актуальних міжнародних наукових публікацій, систематичних оглядів та рекомендацій з питань використання цифрових технологій в системі охорони здоров'я, впливу цифрових інструментів на модифікацію способу життя та профілактику неінфекційних захворювань.

**Результати дослідження.** Результати міжнародних досліджень демонструють складний та багатогранний вплив цифрових інтервенцій на формування моделі здорового способу життя дорослого населення. Цей вплив має як виражені клінічні ефекти, так і потенційні виклики щодо довгострокової прихильності пацієнтів, що потребує детального аналізу з погляду громадського здоров'я.

Дослідження Gal R. та співавторів (2018) показало прямий взаємозв'язок між використанням комбінованих цифрових інтервенцій (застосунок + носимий трекер) і підвищенням рівня фізичної активності. Зокрема, систематичне використання таких інструментів пов'язане зі зниженням рівня гіподинамії серед користувачів [6]. Позитивний зв'язок між використанням застосунків для смартфонів і зниженням індексу маси тіла, демонструє систематичний огляд Romeo A. та співавторів (2019) [7]. Особливо ефективним він є, коли мобільний застосунок включає елементи соціальної підтримки та змагальний аспект. Дослідження доводить, що інтеграція елементів гейміфікації в інтерфейс додатків асоціюється з вищим рівнем мотивації користувачів до регулярних тренувань.

Окрему увагу в дослідженнях присвячено вивченню ефективності цифрових інтервенцій у корекції харчової поведінки. Згідно з даними метааналізу Villinger K. та співавторів (2019), інтеграція цифрового саомоніторингу харчування у повсякденне життя корелює з покращенням якості раціону та зниженням загального рівня калоражу харчування [8]. Функціональні можливості сучасних додатків для смартфонів забезпечують детальну візуалізацію макро- та мікронутрієнтного профілю раціону, що сприяє формуванню у користувачів більш усвідомленого ставлення до власного харчування. Водночас, Milne-Ives M. та співавтори (2020) зазначили, що

визначальним предиктором ефективності таких додатків є зручність їх використання: надмірна складність або перевантаженість інтерфейсу часто призводить до зниження рівня прихильності та припинення використання додатку вже на початкових етапах [9].

Не менш значущим є потенціал цифрових технологій у менеджменті хронічних захворювань. Пацієнти з ішемічною хворобою серця, які використовували мобільні додатки для моніторингу, демонстрували вищу прихильність до медикаментозної терапії та нижчий рівень повторних госпіталізацій [10]. Аналогічні результати отримали Wang Y. та співавтори (2017), щодо пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу: використання цифрових нагадувань та глюкометрів, синхронізованих зі смартфоном, асоціюється зі стійким зниженням рівня глікованого гемоглобіну (середній рівень цукру в крові за останні 2-3 місяці) [11].

Також цифрові технології відкривають нові можливості для підтримки ментального здоров'я. Дослідження показують, що студенти та працюючі дорослі, які користуються мобільними додатками для медитації та когнітивно-поведінкової терапії, значно рідше демонструють симптоми ситуативної тривожності [12]. Цифрові платформи, які забезпечують анонімність, створюють безпечне середовище для пропрацювання стресу, що особливо важливо для осіб, які уникають очних візитів до психотерапевта через страх стигматизації.

Однак, незважаючи на доведений клінічний та психосоціальний потенціал, масове впровадження таких цифрових рішень суттєво обмежується проблемою прийняття технологій різними верствами населення. Дослідження показують, що ефективність впровадження цифрових інтервенцій прямо пропорційно залежить від рівня цифрової грамотності [13]. Пацієнти з низьким рівнем цифрової грамотності часто сприймають цифровізацію як бар'єр, а не як допомогу.

**Висновки.** Цифрові інтервенції, реалізовані через мобільні додатки та носимі пристрої, виступають дієвим інструментом оптимізації стилю та якості життя дорослого населення, оскільки їх систематичне використання має прямий взаємозв'язок із позитивною динамікою у корекції поведінкових факторів ризику, підвищенням рівня фізичної активності та формуванням усвідомленої харчової поведінки. Також інтеграція цифрових технологій в сферу громадського здоров'я демонструє виражений клінічний та психосоціальний потенціал у менеджменті хронічних неінфекційних захворювань.

## Література

1. Organization W. H. WHO guideline recommendations on digital interventions for health system strengthening. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541902/>
2. Аніщенко О. Підвищення комплаєнтності методами тілесно-орієнтованої терапії. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2019. Т. 4, № 2. С. e0402192. DOI:10.26766/pmgp.v4i2.194.
3. Ferguson T., Others. Effectiveness of wearable activity trackers to increase physical activity and improve health: a systematic review of systematic reviews and

meta-analyses. *Lancet digital health*. 2022. Vol. 4, no. 8. P. e615–e626. DOI: 10.1016/S2589-7500(22)00111-X.

4. Laranjo L., Others. Do smartphone applications and activity trackers increase physical activity in adults? Systematic review, meta-analysis and metaregression. *Br J sports med*. 2021. Vol. 55, no. 8. P. 422–432. DOI: 10.1136/bjsports-2020-102892.

5. Seid A., Fufa D. D., Bitew Z. W. The use of internet-based smartphone apps consistently improved consumers' healthy eating behaviors: a systematic review of randomized controlled trials. *Frontiers in digital health*. 2024. Vol. 6. P. 1282570. DOI:10.3389/fdgth.2024.1282570.

6. Gal R., Others. The effect of physical activity interventions comprising wearables and smartphone applications on physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Sports med open*. 2018. Vol. 4, no. 1. P. 42. DOI:10.1186/s40798-018-0157-9.

7. Romeo A., Others. Can smartphone apps increase physical activity? Systematic review and meta-analysis. *Journal of medical internet research*. 2019. Vol. 21, no. 3. P. e12053. DOI: 10.2196/12053.

8. Villinger K., Others. The effectiveness of app-based mobile interventions on nutrition behaviours and nutrition-related health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*. 2019. Vol. 20, no. 10. P. 1465–1484. DOI: 10.1111/obr.12903.

9. Milne-Ives M., Others. Mobile apps for health behavior change in physical activity, diet, drug and alcohol use, and mental health: systematic review. *JMIR mhealth uhealth*. 2020. Vol. 8, no. 3. P. e17046. DOI: 10.2196/17046.

10. Indraratna P., Others. Mobile phone technologies in the management of ischemic heart disease, heart failure, and hypertension: systematic review and meta-analysis. *JMIR mhealth uhealth*. 2020. Vol. 8, no. 7. P. e16695. DOI:10.2196/16695.

11. Wang Y., Others. A systematic review of application and effectiveness of mhealth interventions for obesity and diabetes treatment and self-management. *Advances in nutrition*. 2017. Vol. 8, no. 3. P. 449–462. DOI:10.3945/an.116.014100.

12. Linardon J., Others. The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World psychiatry*. 2019. Vol. 18, no. 3. P. 325–336. DOI:10.1002/wps.20673.

13. Safi S., Thiessen T., Schmailzl K. J. Acceptance and resistance of new digital technologies in medicine: qualitative study. *JMIR research protocols*. 2018. Vol. 7, no. 12. P. e11072. DOI:10.2196/11072.

## МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ТА ЦИФРОВІ КОМПЕТЕНЦІЇ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ПРОФЕСІОНАЛІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Чудінов С. В., Миронюк І. С.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** цифрові компетенції, міждисциплінарна підготовка, аналітика даних, управління ресурсами, соціальні детермінанти здоров'я

**Актуальність проблеми.** Поточна трансформація системи громадського здоров'я і впровадження цифрових інструментів кардинально змінює напрацьовані алгоритми та усталені підходи до профілактики, моніторингу загроз, аналізу актуального стану та управління здоров'ям груп населення, що зумовлює потребу у професіоналах з новим спектром міждисциплінарних компетенцій та вимагає інтеграції традиційних знань з епідеміології чи менеджменту з сучасними цифровими навичками й компетенціями.

У контексті стрімкого розвитку цифрових технологій, зокрема інструментів обробки і аналітики масивів даних, а також зростання ролі електронних сервісів у прогнозуванні загроз, профілактиці захворювань та управлінні здоров'ям спільнот набуває особливого значення. Таким чином, формування відповідних цифрових компетенцій серед фахівців у сфері громадського здоров'я стає пріоритетним завданням освітніх програм, що покликані забезпечити якісну професійну підготовку в умовах, що склалися [1].

Швидкий розвиток і впровадження цифрових технологій у сферу громадського здоров'я призвели до виникнення значного розриву між актуальним рівнем підготовки фахівців та необхідними навичками і підходами, які можуть бути ефективно інтегровані у практику [2, 5]. Це питання є особливо критичним для професіоналів, які орієнтовані на роботу з місцевими громадами, де впровадження цифрових рішень, подальший збір і обробка великих масивів даних повинні здійснюватися з урахуванням регіональних, соціальних та поведінкових детермінант здоров'я [3, 4].

**Мета дослідження.** Теоретично обґрунтувати та систематизувати міждисциплінарні підходи й компоненти цифрової компетентності у підготовці фахівців з громадського здоров'я як основу формування професійної спроможності до цифрової аналітики, управління інформаційними ресурсами та розроблення сталих моделей на рівні громад.

**Матеріали та методи.** Дослідження базується на наукових публікаціях, що стосуються розвитку цифрових компетенцій у галузі громадського здоров'я, підготовки фахівців для впровадження цифрових трансформацій, аналізу цифрових чинників, які впливають на здоров'я, а також інтеграції соціальних і поведінкових детермінант у системи аналітики здоров'я [1–4]. Проведено аналіз сучасних оглядових досліджень, що висвітлюють освітні рамки цифрових компетентностей та міждисциплінарні підходи до підготовки професіоналів

громадського здоров'я з акцентом на практичну діяльність [5, 6]. У роботі використано методи системного аналізу, порівняльного аналізу освітніх програм, тематичного узагальнення.

**Результати дослідження.** Результати показали, що цифрові компетенції охоплюють не лише первинну цифрову грамотність, а й безпосереднє управління даними, постійну цифрову комунікацію, моральні аспекти і безпеку, аналітичні навички та здатність застосовувати цифрові технології у вирішенні практичних завдань та подоланні поточних викликів суспільного добробуту [5].

Серед освітніх підходів особливо ефективними є міждисциплінарні програми, які поєднують громадське здоров'я, цифрові інструменти, навички збору та аналітики даних, менеджмент і комунікацію при оцінці та прийнятті рішень, а також практичні курси з застосуванням інтерактивних цифрових інструментів [1, 2].

Одним із ключових результатів є обґрунтування важливості інтеграції соціальних і контекстуальних детермінант здоров'я у цифрову аналітику, що дає змогу проводити більш точний аналіз та сформуванню комплексне уявлення про фактори ризику і стан детермінант, які безпосередньо впливають на здоров'я населення територіальних громад, значно покращуючи ефективність і обґрунтованість управлінських рішень. Поєднання соціальних та цифрових навичок сприяє формуванню цілісної компетенції у майбутніх професіоналів, здатних збирати, аналізувати і використовувати масиви даних, цифрові сервіси та інструменти для їх оцінки й впливу на детермінанти здоров'я [4].

**Висновки.** Міждисциплінарна підготовка фахівців у галузі громадського здоров'я, що передбачає інтеграцію цифрових компетенцій в освітній процес, становить фундаментальну складову для формування професіоналів, спроможних ефективно реагувати на сучасні виклики, обробляти великі обсяги даних та оперативно приймати обґрунтовані рішення. Освітні програми мають охоплювати ключові елементи цифрової аналітики, управління інформаційними ресурсами та враховувати міждисциплінарні аспекти, соціальні і контекстуальні детермінанти здоров'я. Такий підхід створить стійкий фундамент для формування необхідних навичок і подальшої широкої адаптивності та готовності фахівців до розв'язання проблемних завдань та створення сталих моделей громадського здоров'я на місцях.

## Література

1. Digital competencies and training approaches to enhance the capacity of practitioners to support the digital transformation of public health: rapid review of current recommendations / Ramachandran S, Chang H, Worthington C et al. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2024. Vol. 10. e52798. DOI: 10.2196/52798.
2. Building the workforce's capacity to support the digital transformation of public health: environmental scan of training programs for digital technologies in public health / Iyamu I, Ramachandran S, Chang H, Kushniruk A et al. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2025. e73088. DOI: 10.2196/73088.

3. The digital determinants of health: a guide for competency development in digital care delivery for health professions trainees / Lawrence K, Levine D. *JMIR Medical Education*. 2024. Vol. 10. e54173. DOI: 10.2196/54173.

4. Integrating social and behavioral determinants of health into population health analytics: a conceptual framework and suggested road map / Z. Predmore, E. Hatef, J. P. Weiner. *Population Health Management*. 2019. Vol. 22, No. 6. P. 488–494. DOI: 10.1089/pop.2018.0151.

5. A digitally competent health workforce: scoping review of educational frameworks / L. N. van der Vaart et al. *Journal of Medical Internet Research*. 2020. Vol. 22, No. 11. e20905. DOI: 10.2196/20905.

6. Integrating digital health competencies in community-engaged medical education: scoping review / J.K. Punzalan, M.G. Punzalan. *Journal of Education and Health Promotion*. 2025. DOI: 10.4103/jehp.jehp\_1240\_24

## ПЕРСПЕКТИВИ ТА ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ ДЛЯ ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

*Шаня Н. С., Табачук Л. П., Опрелянська Г. Г.*

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** медична освіта, здобувачі освіти, реформа медичної освіти, практична підготовка, війна в Україні, професійний розвиток

**Актуальність проблеми.** Трансформація системи охорони здоров'я України та виклики воєнного стану зумовлюють потребу у медичних фахівцях нового типу, здатних приймати виклики сьогодення. Медична освіта є критичною ланкою у формуванні кадрового резерву для спеціалізованих підрозділів (інфекційний контроль, реабілітація, паліативна допомога). Проте існуючий розрив між теоретичною підготовкою та динамічними запитами практичної медицини потребує перегляду підходів до формування освітніх програм.

**Мета дослідження:** аналіз сучасних викликів медичної освіти в Україні та визначення основних перспектив професійного розвитку здобувачів медичної освіти в умовах реформування системи охорони здоров'я та впливу воєнного стану.

**Матеріали та методи.** Проведено системний аналіз нормативно-правових актів України у сфері медичної освіти, офіційні інформаційні ресурси Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також наукові публікації та навчально-методичні матеріали з питань підготовки медичних кадрів.

Було використано загальнонаукові методи аналізу, синтезу, узагальнення та порівняння, а також системний підхід до оцінки стану та тенденцій розвитку медичної освіти в Україні.

**Результати дослідження.** Медична освіта в Україні сьогодні формується в умовах глибоких суспільних і системних змін. Одним із головних викликів є війна, яка суттєво вплинула на освітній процес. Частина закладів освіти та клінічних баз зазнала руйнувань, навчання часто відбувається у дистанційному або змішаному форматі, що ускладнює повноцінне опанування практичних навичок [1]. Водночас здобувачі медичної освіти нерідко поєднують навчання з волонтерською діяльністю або роботою в медичних закладах, що підсилює фізичне та емоційне навантаження.

Серйозною проблемою залишається якість практичної підготовки. Недостатня кількість сучасних симуляційних центрів, перевантажені лікарні та нерівні умови навчання в різних регіонах створюють труднощі для формування клінічних компетентностей [7]. Окрім цього, студенти-медики зазнають значного психоемоційного навантаження, що пов'язано з високими вимогами до навчання та складанням ліцензійних іспитів КРОК і ОСКІ [6].

Фінансові труднощі також є суттєвим викликом. Низький рівень стипендіального забезпечення та зростання витрат на проживання змушують багатьох здобувачів поєднувати навчання з роботою, що впливає на якість освітнього процесу [3]. Водночас зберігається проблема відтоку студентів і молодих фахівців за кордон.

Разом із тим медична освіта в Україні має вагомі перспективи. Держава поступово впроваджує реформи, спрямовані на наближення підготовки медичних фахівців до європейських стандартів. Оновлюються навчальні програми, запроваджується компетентнісний підхід, об'єктивні структуровані клінічні іспити, акцент робиться на доказовій медицині та безперервному професійному розвитку [2]. Зростає потреба у кваліфікованих медичних кадрах, особливо у сферах реабілітації, психічного здоров'я, екстреної та військової медицини, що підвищує соціальну значущість професії медика [4, 5].

Важливою можливістю для здобувачів медичної освіти є розвиток цифрових технологій: телемедицини, електронної системи охорони здоров'я, онлайн-платформ і симуляційного навчання, які поступово інтегруються в освітній процес [1].

В умовах обмеженого доступу до клінічних баз ключовим викликом є розгортання центрів симуляційної медицини високої точності. Це дозволяє стандартизувати оцінку навичок через об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ).

Також відкриваються перспективи міжнародної співпраці, академічної мобільності та стажувань, що сприяє підвищенню якості підготовки майбутніх медиків. Важливим викликом залишається гармонізація українських програм із вимогами ЄС. Це включає не лише збільшення годин практичної підготовки, а й впровадження англійської термінології та міжнародних протоколів догляду, що є передумовою для академічної мобільності та визнання дипломів.

Отже, попри складні умови навчання, здобувачі медичної освіти в Україні мають значний потенціал для професійного зростання. Саме від їхньої мотивації, стійкості та рівня підготовки залежить відновлення і подальший розвиток системи охорони здоров'я держави.

**Висновки.** Медична освіта в Україні розвивається в умовах значних викликів, зумовлених воєнним станом, трансформацією освітнього процесу та обмеженням можливостей практичної підготовки. Суттєвими проблемами для здобувачів медичної освіти залишаються високе навчальне навантаження, психоемоційний стрес, фінансові труднощі та нерівний доступ до клінічної практики. Водночас триває реформування медичної освіти, спрямоване на впровадження європейських стандартів та компетентнісного підходу. Зростання потреби у кваліфікованих медичних кадрах, розвиток цифрових технологій та міжнародної співпраці створюють нові перспективи для професійного розвитку майбутніх лікарів. Підготовка конкурентоспроможних і стресостійких фахівців є ключовою умовою відновлення та сталого розвитку системи охорони здоров'я України.

Підготовка медичного фахівця в Україні потребує переходу від сервісної моделі навчання до академічної свободи та професійної автономії. Тільки через міждисциплінарний підхід та відповідність міжнародним стандартам можливо підготувати нову генерацію медичних працівників, здатних забезпечити стійкість системи охорони здоров'я.

## Література

1. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний вебсайт МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 02.02.2026).
2. Міністерство освіти і науки України. Реформування медичної освіти в Україні: нормативні та методичні матеріали [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mon.gov.ua> (дата звернення: 02.02.2026).
3. Закон України «Про вищу освіту»: чинне законодавство України станом на 2026 р. – Київ : Верховна Рада України, 2014. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua>.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 02.02.2026).
5. World Health Organization. *Transforming and scaling up health professionals' education and training* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2013. – Mode of access: <https://www.who.int>.
6. Центр тестування при Міністерстві охорони здоров'я України. Матеріали щодо ліцензійних інтегрованих іспитів «КРОК» та ОСКІ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://testcentr.org.ua> (дата звернення: 02.02.2026).
7. Наукові публікації та навчально-методичні матеріали з питань підготовки медичних кадрів і впровадження доказової медицини // Медична освіта, Continuing Professional Education: Theory and Practice, інші фахові видання України.

## МОТИВАЦІЯ ДІТЕЙ ОСВІТНІМИ ЗАКЛАДАМИ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ АКТИВНІСТЮ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ: ПОРІВНЯННЯ ВІДПОВІДЕЙ УЧНІВ ТА ЇХ БАТЬКІВ

*Шепелла Г. Л., Броч В. В.*

*ДВНЗ “Ужгородський національний університет”*

**Ключові слова:** фізична активність, рух, діти, підлітки, школа, школярі, здоров'я, батьки

**Актуальність проблеми.** Фізична активність є незамінним компонентом у формуванні фізичного та психологічного добробуту дітей. Достатній рівень активності веде до збереження здоров'я, зменшення ризиків для здоров'я та покращення фізичних якостей організму, який закладає основи для здорового та активного життя у дорослому віці [1]. Глобальна проблема низького рівня фізичної активності школярів викликає потребу у дослідженні факторів, які впливають на формування рівня активності дитини. За даними звіту Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2022 році 71% хлопчиків та 83% дівчат 11-17 років були недостатньо фізично активними [2], що вимагає негайних дій для досягнення цілей Глобального плану дій з фізичної активності (GAPPA) на 2018-2030 роки.

Основними факторами впливу на формування рівня фізичної активності серед дітей та підлітків є індивідуальний, родинний, освітній, політичний, інфраструктурний, культурний, релігійний та кліматичний фактори [3]. Особливої уваги заслуговує освітній фактор, зокрема вплив школи, де діти проводять велику частку свого часу, а також можливі цілеспрямована організація рухової активності та заняття під керівництвом фахівців та згідно зазначених норм. Це все зумовлює актуальність дослідження мотивації учнів до занять фізичною активністю в закладах освіти.

**Мета дослідження:** проаналізувати стан мотивації дітей до занять фізичною активністю освітніми закладами у сільських місцевостях Закарпаття за відповідями дітей та їхніх батьків.

**Матеріали та методи.** Для досягнення мети дослідження використані бібліосемантичний, соціологічний та статистичний методи. У дослідженні взяли участь учні 5-9 класів (N=1170), що мешкають у сільській місцевості Закарпаття, та їхні батьки (N=867). Дослідження проведено шляхом онлайн-опитування за допомогою двох окремих анкет для дітей та батьків. Участь була добровільна та анонімна.

**Результати дослідження.** Аналіз відповідей респондентів засвідчив, що майже половина батьків (48,9%) вважають, що освітній заклад регулярно мотивує їхніх дітей до занять фізичною активністю, ще 29,8% зазначили, що школа здійснює таку мотивацію частково. Водночас 12,2% батьків указали, що

заклад освіти звертає увагу на фізичну активність дітей, однак не реалізує цілеспрямованих заходів щодо її покращення та стимулювання, а 9,1% респондентів вважають, що школа взагалі не мотивує дітей до занять фізичною активністю.

Лише 14,6% батьків повідомили про проведення школою системної просвітницької роботи щодо впливу фізичної активності на здоров'я. Загалом отримані результати свідчать про недостатню роль школи у формуванні мотивації дітей до регулярної рухової активності.

Аналіз відповідей другої анкети, призначеної для школярів, показав, що 56,4% учнів зазначили часте проведення в їхніх школах просвітницької роботи з питань важливості фізичної активності для здоров'я, а 37,4% – періодичне здійснення таких заходів. Водночас 6,2% школярів вказали на відсутність будь-якої просвітницької діяльності з боку навчального закладу. Отримані дані дають підстави стверджувати, що значна частина сільських шкіл зацікавлена у формуванні в учнів знань про користь фізичної активності, однак зберігається потреба в ширшій популяризації та стандартизації просвітницької роботи щодо рухової активності серед усіх закладів загальної середньої освіти. Порівняння оцінок батьків і школярів свідчить про певну розбіжність у сприйнятті ролі школи: учні частіше повідомляють про наявність просвітницької роботи, тоді як батьки більш критично оцінюють її системність та реальний вплив на формування мотивації дітей до фізичної активності.

Під час перебування дитини в школі при правильній організації освітнього процесу, фізична активність є другою за тривалістю в часі після розумової праці на уроках [4]. Основним засобом розвитку фізичної активності в закладах загальної середньої освіти залишаються уроки фізичної культури. За даними батьків, у 70,4% випадків у школі їхніх дітей уроки фізичної культури проводяться регулярно. Водночас результати опитування школярів свідчать про дещо вищі показники: 77,6% учнів зазначили, що уроки фізичної культури проводяться завжди, а 16,3% – періодично. Невеликі частки респондентів повідомили, що заняття відбуваються інколи (3,8%), дуже рідко (1,6%) або взагалі не проводяться (0,6%).

Важливим мотивуючим компонентом на рівні школи є також організація днів спорту, спартакіад, внутрішньошкільних спортивних змагань між класами та змагань між закладами освіти. За даними опитування батьків, 41,8% зазначили, що у школі їхньої дитини проводяться спортивні змагання з іншими школами, а 22,6% відзначили проведення днів спорту для дітей. За результатами опитування школярів, спартакіади, дні спорту та шкільні спортивні змагання часто проводяться у 29,2% випадків, 47,7% учнів зазначили, що такі заходи проводяться періодично, а 20,3% – інколи. Водночас 2,7% респондентів вказали, що подібні заходи у їхній школі взагалі не проводяться.

Загалом дані свідчать, що учні частіше відзначають наявність та регулярність спортивно-масових заходів у школі, ніж це відображено у відповідях батьків, що може свідчити про різне сприйняття інтенсивності мотиваційної роботи різними групами респондентів.

Важливим компонентом розвитку фізичних якостей школярів та зацікавленості до занять активністю є матеріально-технічна база освітнього закладу, якість майданчиків, обладнання та загальне ресурсне забезпечення для занять активністю [5]. За результатами опитування школярів встановлено, що добре облаштований спортивний зал наявний у 62,1% закладів освіти. Водночас 28,3% респондентів вказали на наявність спортивного залу з недостатнім або застарілим матеріально-технічним оснащенням, а 9,6% школярів повідомили про повну відсутність спортивного залу у своїй школі.

Важливою складовою створення умов для фізичної активності є також наявність спортивних майданчиків на території школи, що забезпечують можливість проведення уроків фізичної культури на свіжому повітрі та активного дозвілля під час перерв. Добре облаштований спортивний майданчик мають 63,9% шкіл, 27,8% – характеризуються недостатнім рівнем облаштування, а 8,3% респондентів зазначили його відсутність. Крім того, у переважній більшості закладів освіти, учні яких брали участь у дослідженні, відсутній басейн – на це вказали 99,5% опитаних школярів.

Щодо наявності на базі школи спортивних секцій та позаурочних занять із фізичного виховання, 57,9% дітей зазначили проведення таких занять, 19,1% – вказали на їх відсутність, а 22,9% респондентів не змогли визначити наявність чи відсутність відповідних форм роботи. Водночас аналіз відповідей батьків засвідчив значно нижчий рівень поінформованості: наявність спортивного залу в школі дитини підтвердили лише 21,0% опитаних, а 19,4% зазначили, що в закладі освіти функціонують спортивні секції та позаурочні заняття з фізичної активності.

Отримані дані свідчать про наявність базових умов для занять фізичною активністю в більшості шкіл, однак водночас вказують на суттєві проблеми матеріально-технічного забезпечення та недостатню поінформованість батьків, що обґрунтовує потребу в модернізації інфраструктури та посиленні комунікації між школою й родиною щодо можливостей рухової активності дітей.

**Висновки.** За результатами дослідження встановлено, що переважна більшість шкіл зацікавлена у проведенні уроків фізичної культури для дітей. Однак багато шкіл не мають необхідного і достатнього обладнання для занять. Наявність спортивних залів та майданчиків, але погано облаштованих чи з застарілим обладнанням. Відсутні басейнів у 95,5% шкіл, а в половини шкіл відсутні позаурочні та секційні заняття з фізичної активності.

Отримані результати вказують на недостатню орієнтованість на розвиток фізичної активності дітей освітніми закладами. Є необхідність розроблення та впровадження освітньо-мотиваційних заходів та забезпечення сільських шкіл ресурсами з урахуванням потреб школярів.

## Література

1. Семененко В., Теліус В. Фізична активність та здоров'я дітей шкільного віку в освітній моделі фізичного виховання в умовах нової української школи.

*Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерія*. 2023. № 2. С. 112–117. DOI: 10.32652/spmed.2023.2.112-117

2. World Health Organization (WHO). Global status report on physical activity 2022: country profiles. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064119>

3. Шепелла Г.Л., Брич В.В. Окремі аспекти формування фізичної активності у дітей шкільного віку. *Україна. Здоров'я нації*. 2024. № 2. С 41–50. DOI:10.32782/2077-6594/2024.2/07.

4. Stelmakhivska V. Modern approaches to optimizing the physical activity of children and adolescents of school age. *Scientific Journal of National Pedagogical Dragomanov University. Series 15. Scientific and pedagogical problems of physical culture (physical culture and sports)*. 2022. No. 4(149). P. 118–122. DOI: 10.31392/npu-nc.series15.2022.4(149).26

5. Томенко О., Москаленко Т. Різновиди рухової активності школярів на відкритих спортивних майданчиках закладів освіти. *Sport Science Spectrum*. 2024. № 1. С. 109–113. DOI: 10.32782/spectrum/2024-1-17.

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДОГЛЯДУ ЗА ХІРУРГІЧНИМИ ХВОРИМИ

*Шкварок М. Г., Бойко М. Б.*

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** догляд, хірургічна безпека, штучний інтелект, робототехніка, пацієнтоцентрований підхід

**Актуальність проблеми.** У сучасній хірургії безпека пацієнта є ключовим показником якості медичної допомоги, оскільки хірургічні втручання супроводжуються високим рівнем ризику ускладнень та летальності. Складність оперативних процедур, вплив людського фактора та зростаючі очікування щодо якості лікування зумовлюють необхідність переходу від реактивної моделі догляду до проактивної, орієнтованої на запобігання ризикам. Впровадження технологічних інновацій, стандартизації процесів безпеки, пацієнтоцентрованого підходу та програм безперервного навчання персоналу є важливими складовими сучасного догляду за хірургічними хворими, що визначає актуальність даного дослідження.

**Мета дослідження.** Метою дослідження є аналіз сучасних підходів до догляду за хірургічними хворими з акцентом на забезпечення безпеки пацієнта на всіх етапах хірургічного лікування — передопераційному, інтраопераційному та післяопераційному.

**Матеріали та методи.** У роботі використано аналіз та узагальнення наукових публікацій, клінічних рекомендацій і міжнародних стандартів, присвячених питанням догляду за хірургічними хворими та безпеки пацієнтів. Застосовано методи системного аналізу, порівняння та синтезу даних щодо використання цифрових технологій, контрольних списків безпеки, пацієнтоцентрованого підходу та програм підвищення якості медичної допомоги.

**Результати дослідження.** Догляд за хворими – це комплекс заходів, спрямованих на створення сприятливих умов успішного лікування, що призводить до поліпшення стану пацієнта і задоволення його фізіологічних потреб [1].

Сучасні підходи до догляду за хірургічними хворими характеризуються зміною парадигми від реактивної моделі до «проактивної», де основна увага приділяється запобіганню ризикам ще до їх виникнення. Безпека пацієнта є центральним елементом, що охоплює весь хірургічний шлях: передопераційну оцінку, інтраопераційний догляд та післяопераційне ведення.

Безпека пацієнтів є основою будь-якої медичної допомоги, і ніде це не так важливо, як у сфері хірургічних процедур. Складний характер хірургічних

операцій у поєднанні з невід'ємними ризиками вимагає прискіпливої уваги до забезпечення благополуччя пацієнта протягом усього хірургічного шляху. Безпека пацієнта в хірургії охоплює широкий спектр міркувань, включаючи передопераційну оцінку, інтраопераційний догляд і післяопераційне лікування. Кожна фаза представляє унікальні виклики, що вимагає комплексного та міждисциплінарного підходу [2].

Основні компоненти сучасних підходів до догляду за хірургічними хворими

#### 1. Технологічні інновації та цифровізація

Штучний інтелект (ШІ): Використовується для аналізу великих обсягів даних (медичні карти, генетична інформація) з метою створення індивідуального профілю ризику пацієнта ще до операції. У післяопераційний період алгоритми ШІ моніторять життєво важливі показники для раннього виявлення ускладнень.

Роботизована хірургія: Інтеграція робототехніки, як-от система da Vinci, забезпечує високу точність рухів, меншу інвазивність (дрібніші розрізи), зменшення крововтрати та «швидше відновлення пацієнтів».

Передові методи візуалізації: МРТ та КТ у реальному часі дозволяють хірургам діяти з міліметровою точністю, що мінімізує пошкодження навколишніх тканин.

#### 2. Стандартизація безпеки та людський фактор

Контрольні списки (Checklists): Впровадження Контрольного списку ВООЗ з хірургічної безпеки стало світовим стандартом. Він допомагає команді перевірити критичні етапи (ідентифікація пацієнта, маркування місця операції, введення антибіотиків) та значно знижує рівень смертності й ускладнень.

Комунікація та командна робота: Сучасний догляд базується на бездоганній взаємодії між хірургами, анестезіологами та медсестрами. Використання стандартизованих протоколів комунікації дозволяє уникати помилок, спричинених людським фактором.

Врахування психологічного стану персоналу: Визнається, що втома та стрес медичної команди безпосередньо впливають на безпеку пацієнта, тому сучасні підходи включають стратегії підтримки добробуту персоналу.

#### 3. Пацієнтоцентрований підхід

Залучення пацієнта: Пацієнт розглядається як активний учасник лікувального процесу. Освіта пацієнта, використання мультимедійних засобів для пояснення ризиків та спільне прийняття рішень сприяють кращому дотриманню передопераційних інструкцій та післяопераційних протоколів.

Телемедицина: Використовується для дистанційного моніторингу стану пацієнта після виписки, що забезпечує безперервність догляду.

#### 4. Програми покращення якості та навчання

Симуляційне навчання: Використання віртуальної та доповненої реальності дозволяє хірургічним командам відпрацьовувати складні сценарії в безпечному середовищі, що підвищує їхню готовність до непередбачуваних ситуацій під час реальних операцій.

Аналіз даних: Постійний моніторинг результатів лікування через електронні медичні карти та інформаційні панелі (dashboards) дозволяє лікарням виявляти зони для вдосконалення та впроваджувати кращі практики на основі доказової медицини[2].

**Висновки.** Сучасний догляд за хірургічними хворими — це комплексна система, яка поєднує високотехнологічні рішення (ШІ, робототехніка) з посиленою увагою до комунікації, безпеки та активної участі самого пацієнта у процесі одужання.

## Література

1. Шумейко І.А. ОСНОВИ ДОГЛЯДУ ЗА ХІРУРГІЧНИМИ ХВОРИМИ (навчально-методичний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації). 2015. С. 9. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/ab0c82a8-5080-4b94-bf54-31053dcc6ce4/content>.
2. Innovative Approaches to Safe Surgery: A Narrative Synthesis of Best Practices. 2023. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10757557/>.

## ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ВІДПОВІДЬ НА ВОЄННІ ТА ПОСТВОЄННІ ВИКЛИКИ

*Яцина О. Ф.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** невизначеність, кумулятивна втома, самоідентифікація, самоефективність, життєстійкість

**Актуальність проблеми.** Повномасштабна агресія проти України спричинила безпрецедентні порушення психічного здоров'я нації. За даними ВООЗ та МОЗ України (2024–2025), майже 46% населення мають ознаки психічних розладів різного ступеня тяжкості, спричинених тривалим впливом стресогенних факторів: обстрілів, втрати близьких, вимушеного переселення та економічної нестабільності. Якщо у 2022 році психологи фокусувалися на «шоковій травмі» та гострих стресових реакціях, то у 2024–2026 роках на перший план вийшли проблеми хронічного стресу, «кумулятивної втоми» та адаптації до тривалої невизначеності. Актуальність дослідження бачимо й тому, що ми говоримо про «живу» історію та виклики, які ми, психологи, аналізуємо в режимі реального часу, базуючись на статистиці, а також на звітах Gradus Research у межах програми «Ти як?», актуальних дискусіях науковців і практиків. Метою дискурсів є потреба розробки ефективних стратегій підтримки ментального здоров'я на етапі переходу від воєнного до післявоєнного відновлення.

**Мета дослідження.** Проаналізувати зміни у сфері ментального здоров'я та визначити пріоритетні напрями психологічної підтримки населення в післявоєнний період.

**Матеріали та методи.** У дослідженні використано комплекс методів: теоретичний аналіз наукових публікацій та нормативно-правових актів (2021–2026 рр.), статистичний аналіз даних Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), компаративний аналіз результатів соціологічних опитувань (зокрема досліджень Gradus Research та проектів Всеукраїнської програми «Ти як?»), узагальнено експертні думки українських науковців та практиків.

**Результати дослідження.** Аналіз динаміки кількісних і якісних показників ментального здоров'я за період 2022–2026 рр. дозволив виокремити декілька ключових закономірностей:

1. Трансформація емоційного фону: якщо у 2022 році домінуючою емоцією був страх та гнів, то станом на початок 2026 року лідируючу позицію займає втома (52%) та напруженість (43%). Рівень надії залишається стабільним, але помірно низьким (близько 31-33%).

У контексті зазначеного помітно парадокс адаптації: попри зростання суб'єктивного відчуття незадоволеності якістю життя (72% опитаних оцінюють її як низьку), частка осіб, незадоволених своїм психічним станом, дещо

знизилася (з 41% у 2022 р. до 36% у 2025 р.), що свідчить про феномен «звикання до аномальних умов». На складну траєкторію адаптації вказують дані про еволюцію адаптаційних стратегій: від «мобілізації» до «хронічної втоми», що доводиться порівнянням результатів дослідження. Так, 2022–2023 рр. фіксували високий рівень адреналінової мобілізації, де домінуючими копінгамі були активне волонтерство та гіперфокусування на новинах. За даними 2025–2026 рр. відмічається зростання «кумулятивної втоми»: рівень емоційного виснаження серед цивільного населення зріс з 28% у 2022 р. до 54% у 2025 р.

За матеріалами дискусій НАН України українські науковці зазначають, що «ресурс стійкості» перейшов з фази інтенсивного використання у фазу режиму енергозбереження, що часто сприймається суб'єктивно як апатія або «знеболення» емоцій.

2. Зміна культури звернення за допомогою: спостерігається позитивна динаміка довіри до спеціалістів. Частка українців, які звертаються до психологів, зросла з 7% (2022) до 17% (2025), а рівень категоричної відмови від допомоги впав удвічі (з 46% до 22%). Статистика звернень до медичних закладів (2024–2026) демонструє зростання психосоматичних розладів на 35%. Психологи фіксують зміщення психологічної напруги у фізичну площину: порушення сну (60%), хронічні болі невстановленої етіології та панічні атаки, які стали «фоновим» явищем для значної частини населення.

3. Соціальна розірваність та «криза ідентичності» вразливих груп. Особливу увагу приділено диференціації станів залежно від досвіду: результати 2024–2025 рр. серед ВПО та біженців показують зростання симптомів «провини вцілілого» та труднощів із самоідентифікацією (втрата дому як втрата частини «Я»). Для ветеранів та ветеранок ключовим викликом є не лише ПТСР (який діагностується у 20–25% комбатантів), а й «моральна травма» – когнітивний дисонанс через невідповідність воєнного досвіду цивільним нормам життя.

4. Чинники стійкості: дослідження О. Кокуна (2022–2024) підтверджують, що самоефективність особистості є ключовим предиктором ментального здоров'я. Основними копінг-стратегіями залишаються соціальна підтримка (спілкування з близькими 36%) та цифрова активність (соцмережі 40%).

Феномен посттравматичного зростання помічаємо і в тому, що 62% респондентів у 2025 році відзначали позитивні зміни у ціннісній сфері. Означилися пріоритети щодо переоцінки стосунків із близькими (78% опитаних поставили це на 1-ше місце) та зростання рівня громадянської відповідальності. Це дозволяє висловити думку, що попри травматизацію психологічна стійкість українців базується не на відсутності стресу, а на здатності інтегрувати травматичний досвід у новий життєвий наратив (сенсотворення за В. Франклом). Згідно з моніторингом за методикою О. Кокуна, рівень самоефективності (віри у власну спроможність діяти в складних умовах) залишається неочікувано високим (середній бал 3.8 з 5.0 у 2025 р.). Це пояснюється набутим унікальним досвідом подолання криз (блекаути, безпекові загрози), що формує «імунітет до невизначеності».

**Висновки.** Дискусії українських науковців та практиків змістилися до концепції життєстійкості (resilience) та посттравматичного зростання.

Психологічне здоров'я українців в умовах воєнних та післявоєнних викликів характеризується тенденцією до підвищення рівня адаптивності за умови збереження соціальної зв'язаності.

Головним викликом післявоєнного періоду стане перехід від «режиму виживання» до відновлення, що вочевидь актуалізує необхідність у розробці і впровадженні програм психосоціальної підтримки, які базуються не лише на терапії травми, а й на стимулюванні самоефективності та розвитку життєстійкості наших громадян.

## Література

1. Герман Н. В. Динаміка ментального здоров'я українців у 2023–2025 рр.: соціопсихологічний аспект. *Наукові перспективи*. 2025. № 11(57). С. 1906–1913.
2. Кокун О. М. Твоя життєстійкість в умовах війни: результати всеукраїнського опитування. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 84 с.
3. Ментальний стан українців на четвертому році повномасштабної війни : аналіт. звіт Gradus Research (грудень 2025). URL: <https://gradus.app/uk/>
4. Програма ментального здоров'я «Ти як?» : аналіт. звіт МОЗ України за 2024–2025 рр. URL: <https://howareu.com>
5. Психологічна допомога в Україні: виклики та стратегії відновлення : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 10–12 жовтня 2025 р.). Київ, 2025. 320 с.

## ЗМІСТ

НАУКОВИЙ КОМІТЕТ .....	3
ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ .....	3
ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ .....	4
ТЕЗИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ.....	11
<b>Babecka J.</b> DIGITAL LITERACY OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN THE CONTEXT OF E-HEALTH.....	12
<b>Babecka J.</b> ANALYSIS OF PATIENT AWARENESS REGARDING SCINTIGRAPHIC EXAMINATION IN NUCLEAR MEDICINE.....	14
<b>Barkasi D., Pilko J., Kochan P.</b> SOCIÁLNA OSAMELOSŤ SENIOROV V KONTEXTE SOCIÁLNYCH DETERMINANTOV ZDRAVIA.....	16
<b>Беловичова М., Червена Л., Яньова З., Досталова К., Янкелова Н.</b> VITAMIN D DEFICIENCY AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM.....	22
<b>Ivanková V.</b> ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СУЧАСНУ МЕДСЕСТРИНСЬКУ ПРАКТИКУ: ПЕРЕВАГИ ТА БАР'ЄРИ.....	26
<b>Popovičová M.</b> DIGITALIZATION AS AN INDICATOR OF THE HIGHER EDUCATION SYSTEM'S READINESS FOR THE CHALLENGES OF MODERN HEALTHCARE.....	30
<b>Snopek P.</b> ACADEMIC SUCCESS DETERMINANTS IN HEALTHCARE EDUCATION.....	39
<b>Vansač P.</b> SOCIAL DETERMINANTS OF PERSONS IN AN ADVERSE SOCIAL SITUATION IN SLOVAKIA.....	43
<b>Mishchenko O. M., Mishchenko M. M., Voloshyna S. L.</b> PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR INTERNALLY DISPLACED PERSONS AS A KEY SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH IN THE CONTEXT OF CRISIS CHALLENGES...	48
<b>Yerokhova H.A., Martynenko N.M.</b> OPTIMIZATION OF PREHOSPITAL CARE ALGORITHMS IN CASES OF MASS CASUALTIES AMONG THE CIVILIAN POPULATION.....	50
<b>Аль Брісмаві Н. В.</b> ПРОФЕСІЙНА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У СФЕРІ ЕСТЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ: РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ АСПЕКТ.....	52
<b>Антал Н.М.</b> ЗАХОДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ПІДТРИМКИ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ..	55

<b>Березовська О.М.</b> СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	58
<b>Білак-Лук'яничук В.Й.</b> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я» В РАМКАХ ПІДГОТОВКИ ПРОФЕСІОНАЛІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	61
<b>Бобкович К. О., Мельник В. О., Ковальова А. М.</b> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГЛАУКОМОЮ ЗА ДОПОМОГОЮ СТАНДАРТИЗОВАНИХ АНКЕТ.....	64
<b>Бойко М. Б., Шкварок М. Г., Кокоріна С. А.</b> РЕЖИМ І ХАРЧУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ.....	67
<b>Братушка Д.Ю.</b> ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	70
<b>Брич В.В.</b> ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ НАВЧАЛЬНОГО КУРСУ З ВИКЛАДАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	72
<b>Бугайчук С. О., Грищук С. М.</b> РОЛЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ.....	74
<b>Булганіна С.К.</b> АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК .....	77
<b>Вежновець Т. А., Москаленко М. В., Короткий О. В.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАГУВАННЯ НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ (РАКЕТНО-ДРОНОВІ ІНЦИДЕНТИ) В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННИХ ЗАГРОЗ.....	80
<b>Гаяш О. В., Голяк М. А.</b> НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ ВИХОВАННЯ ЯК ЗАСІБ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ.....	84
<b>Гордійчук С. В., Кірячок М. В.</b> РОЛЬ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	87
<b>Гузак О.Ю.</b> ІНТЕГРАЦІЯ ТЕЛЕРЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОФЕСІЙНУ ПІДГОТОВКУ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ .....	90
<b>Доброва А.-М. С., Махновська І. Р.</b> ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ І ПОТРЕБА У РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПІДТРИМЦІ.....	93
<b>Дуб М.М.</b> НАУКОВО-ДОСЛІДНА ПРАКТИКА МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК КЛЮЧОВИЙ ЕЛЕМЕНТ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ...	96

<b>Забродська К. М., Махновська І. Р.</b> СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ МОЛОДІ ПРО ЧИННИКИ РИЗИКУ ТА ЇХ ТРАНСГЕНЕРАЦІЙНИЙ ВПЛИВ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я	99
<b>Заславський Д.Д., Іцкович М.К.</b> ТРАНСФОРМАЦІЯ СОЦІАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВ'Я ВРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ: РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	103
<b>Іванина І.М.</b> РЕГІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ КОРУ	105
<b>Ігнатко В. Я.</b> МІСЦЕ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ У ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ НА ВСІХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	108
<b>Ігнатко Л. В.</b> ВІЗИНГ У ДІТЕЙ ДО 5 РОКІВ ЖИТТЯ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ: КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПРОГНОЗ	110
<b>Ігнатко Я.Я., Ігнатко О.І.</b> АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІЇ HELICOBACTER PYLORI З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ: АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	112
<b>Кляп М.І.</b> ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА У ПРАКТИЦІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ А6 СПЕЦІАЛЬНА ОСВІТА.....	115
<b>Колодніцька А. П.</b> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я .....	119
<b>Коток О. Ю., Дмитрук О. В.</b> УПРАВЛІНСЬКІ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-МЕНЕДЖЕРІВ: АНАЛІЗ РІВНЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ.....	123
<b>Корнаш І. І., Миронюк І. С.</b> ГОТОВНІСТЬ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ІНТЕГРАТИВНИЙ ПОКАЗНИК КОМПЕТЕНТІСНОЇ ПІДГОТОВКИ	126
<b>Короп О.А., Слабкий Г.О., Осауленко С. В., Хасілева А.О.</b> ДО ПИТАННЯ ДОСТУПНОСТІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	129
<b>Куприч О. О., Дуб М. М.</b> ПОШИРЕНІСТЬ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ В КОНТЕКСТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	131
<b>Лехан В. М., Заярський М. І.</b> АНТИМІКРОБНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД.....	133
<b>Луцакевич М.А., Брич В.В.</b> АКТУАЛЬНІСТЬ МІЖНАРОДНОЇ СПІВПРАЦІ У ПІДГОТОВЦІ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	135
<b>Маріонда І.І., Карабанов Є.О.</b> ВПЛИВ МІТОХОНДРІЙ НА СПОРТИВНІ РЕЗУЛЬТАТИ: АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДЖЕРЕЛ .....	138

<b>Мартиненко Н.М., Холодова В.Р., Нестеренко В.Г.</b> НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ГРОМАДАХ В УМОВАХ ВОЄННИХ ТА ПІСЛЯВОЄННИХ ВИКЛИКІВ.....	<b>141</b>
<b>Мартиненко Н.М., Юхименко Є.П., Нестеренко В.Г.</b> МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.....	<b>144</b>
<b>Машкевич О.Г., Вежновець Т.А.</b> ФАКТОРИ РИЗИКУ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ У ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ.....	<b>146</b>
<b>Мельник В. О., Бобкович К. О., Паламар Б. І.</b> РОЛЬ РАНЬОГО СКРИНІГУ ГЛАУКОМИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я...	<b>149</b>
<b>Миرونчук О. В., Шатило В.Й.</b> МЕДСЕСТРИНСЬКА СКЛАДОВА КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ТРАВМАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ....	<b>152</b>
<b>М'якина О.В, Нещенко О.О.</b> ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНІКИ ЕМОЦІЙНОЇ СВОБОДИ СЕРЕД ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ – МЕШКАНЦІВ БУДИНКУ ПРЕСТАРІЛИХ.....	<b>155</b>
<b>Нестеренко В. Г., Усенко С. Г., Рязанова О. А.</b> ОБІЗНАНІСТЬ ЖІНОК ЩОДО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЯК ПИТАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я .....	<b>158</b>
<b>Нечипорук О. О., Серебряков О. М.</b> ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	<b>162</b>
<b>Палько Т.В.</b> СПЕЦИФІКА РОБОТИ З ВЕТЕРАНАМИ ЯК ВРАЗЛИВОЮ ГРУПОЮ: БАР'ЄРИ У КОМУНІКАЦІЇ, СТИГМА ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ .....	<b>164</b>
<b>Потюк С. В.</b> РОЗВИТОК РЕГІОНАЛЬНОЇ МЕРЕЖІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ (НА ПРИКЛАДІ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ)..	<b>167</b>
<b>Присяжнюк С.О., Шатило В.Й.</b> ОЦІНКА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В ОКРЕМИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ.....	<b>170</b>
<b>Рирак В. В., Васьковська О. Л.</b> ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ НА РОЗВИТОК ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ДИТЯЧОГО МОЗКУ.....	<b>172</b>
<b>Рудик М. А., Грищук С. М.</b> ПОВЕДІНКОВІ ТА ЕКОНОМІЧНІ ЧИННИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	<b>174</b>
<b>Русин Л.П.</b> ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ ЦИФРОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ.....	<b>177</b>
<b>Сароз К.Ю., Брич В.В.</b> МОДЕЛЬ 5С ЯК МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ІНСТРУМЕНТ ТРАНСФОРМАЦІЇ СТРАТЕГІЙ ІМУНІЗАЦІЇ В УМОВАХ КРИЗОВИХ ВИКЛИКІВ.....	<b>180</b>

<b>Сімон К.І.</b> ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЦИФРОВОЇ ЗРІЛОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ У ГЛОБАЛЬНОМУ ТА ЄВРОПЕЙСЬКОМУ КОНТЕКСТАХ.	<b>183</b>
<b>Сивохоп Е.М., Сивохоп Е.Е.</b> ОПТИМІЗАЦІЯ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧИХ ЗАНЯТЬ ДЛЯ ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ 35-40 РОКІВ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА.....	<b>186</b>
<b>Слабкий Г.О., Маркович В.П., Білак-Лук'янчук В.Й.</b> АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА КАШЛЮК В ПЕРІОД ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВОЄННОЇ АГРЕСІЇ.....	<b>189</b>
<b>Стеблюк Е. Е., Дубовенко Д. О.</b> ГОСТРЕ РЕСПІРАТОРНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ: НАУКОВІ ПІДХОДИ.....	<b>191</b>
<b>Стеблюк С. В.</b> МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ.....	<b>195</b>
<b>Троян І. П., Дуб М. М.</b> ДИТЯЧИЙ ТРАВМАТИЗМ ЯК ПРІОРИТЕТНА ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ПРОФІЛАКТИКА НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ.....	<b>198</b>
<b>Фенич Д.В., Філак Я.Ф.</b> ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ ПІСЛЯ ТРИВАЛОЇ ІММОБІЛІЗАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ.....	<b>200</b>
<b>Фурик Т. В.</b> ВИЇЗНІ ФОРМИ МЕДИЧНИХ І ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК ЗАСІБ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЙ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД.....	<b>202</b>
<b>Хома Т. В.</b> ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ ПОТЕНЦІАЛ УРОКІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ЗАКЛАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ.....	<b>205</b>
<b>Чік В.М.</b> ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК СУЧАСНИЙ ІНСТРУМЕНТ ОПТИМІЗАЦІЇ СТИЛЮ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ.....	<b>208</b>
<b>Чудінов С. В., Миронюк І. С.</b> МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ТА ЦИФРОВІ КОМПЕТЕНЦІЇ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ПРОФЕСІОНАЛІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	<b>212</b>
<b>Шаня Н. С., Табачук Л. П., Опрелянська Г. Г.</b> ПЕРСПЕКТИВИ ТА ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ ДЛЯ ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ .....	<b>215</b>
<b>Шепелла Г.Л., Брич В.В.</b> МОТИВАЦІЯ ДІТЕЙ ОСВІТНИМИ ЗАКЛАДАМИ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ АКТИВНІСТЮ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ: ПОРІВНЯННЯ ВІДПОВІДЕЙ УЧНІВ ТА БАТЬКІВ .....	<b>218</b>
<b>Шкварок М. Г., Бойко М. Б.</b> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДОГЛЯДУ ЗА ХІРУРГІЧНИМИ ХВОРИМИ .....	<b>222</b>
<b>Яцина О.Ф.</b> ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ВІДПОВІДЬ НА ВОЄННІ ТА ПОСТВОЄННІ ВИКЛИКИ.....	<b>225</b>

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ТА  
НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАГІСТРІВ ГАЛУЗІ ЗНАНЬ  
«ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ»:**  
МАТЕРІАЛИ VI ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

Ужгород-Житомир, 27 лютого 2026 р.

Відповідальна за випуск:  
*Брич Валерія Володимирівна*