MIĘDZYNARODOWA AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH W ŁOMŻY

ЧЕРКАСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

Aktualne problemy metodologii kształcenia medycznego i farmaceutycznego: współczesne wyzwania i nowe możliwości

Materiały z
VI Międzynarodowej Konferencji
Naukowo-Metodycznej online, dnia 15.10.2026

Актуальні проблеми методології медичної та фармацевтичної освіти: сучасні виклики та нові можливості

Матеріали
IV Міжнародної науково-методичної
інтернет-конференції

Czerkasy – Łomża
Черкаси - Ломжа
15.10.2026

Ministerstwo Zdrowia Ukrainy
Czerkaska Akademia Medyczna
Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży, Rzeczpospolita Polska

Міністерство охорони здоров'я україни
Черкаська медична академія
Міжнародна академія прикладних наук в Ломжі (Республіка Польща)

Aktualne problemy metodologii kształcenia medycznego i farmaceutycznego: współczesne wyzwania i nowe możliwości

Materiały z VI Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Metodycznej online, dnia 15.10.2026

Актуальні проблеми методології медичної та фармацевтичної освіти: сучасні виклики та нові можливості

Матеріали VI Міжнародної науково-методичної інтернет-конференції, 15 жовтня 2026 р.

Конференцію зареєстровано в Державній науковій установі «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації». Посвідчення № 796 від 11 листопада 2025 року.

Redakcja naukowa:

Inna Hubenko
Oleksandra Shevchenko
Zoia Sharlovych
Larysa Ponura

Наукова редакція:

Інна Губенко
Олександра Шевченко
Зоя Шарлович
Лариса Понура

Czerkasy – Łomża
Черкаси - Ломжа
15.10.2026

UDK 378:61(4)
A 43

Konferencja jest zarejestrowana w Państwowej Instytucji Naukowej „Ukraiński Instytut Ekspertyzy Naukowo-Technicznej i Informacji". Certyfikat nr 796 z dnia 11 listopada 2025 r. r.

Redakcja naukowa:

Prof., dr nauk medycznych Inna Hubenko – rektor Czerkaskiej Akademii Medycznej, Akademik Ukraińskiej Akademii Nauk, Zasłużony lekarz Ukrainy, Ukraina;

Doc., dr nauk psychologicznych Oleksandra Shevchenko – prorektor ds. naukowo-metodycznych Czerkaskiej Akademii Medycznej, docent, Zasłużony pracownik służby zdrowia Ukrainy, Ukraina;

Dr nauk pedagogicznych Zoia Sharlovych – prodziekan ds. współpracy międzynarodowej Międzynarodowej Akademii Nauk Stosowanych w Łomży, Rzeczpospolita Polska;

Mgr Larysa Ponura – kierownik gabinetu dydaktyczno-metodycznego Czerkaskiej Akademii Medycznej, Ukraina.

Aktualne problemy metodologii kształcenia medycznego i farmaceutycznego: współczesne wyzwania i nowe możliwości: materiały z VI Międzynarodowej konferencji naukowo-metodycznej online, Czerkasy, 15 października 2026 r. / Redakcja naukowa: Inna Hubenko, Oleksandra Shevchenko, Zoia Sharlovych, Larysa Ponura. Czerkasy: Wydawca Oleksandr Tretiakov; Łomża: Wydawnictwo: MANS w Łomży, 2026. 552 s.

ISBN 978-83-68480-27-6
DOI https://doi.org/10.58246/SPIB4249

Zbiór streszczeń referatów naukowych uczestników VI Międzynarodowej konferencji naukowo-metodycznej online „Aktualne problemy metodologii wyższej oraz zawodowej przedwyższej edukacji medycznej (farmaceutycznej): współczesne wyzwania i nowe możliwości" zawiera wyniki badań dotyczących specyfiki nauczania przedmiotów ogólnokształcących w placówkach szkolnictwa wyższego/przedwyższego medycznego (farmaceutycznego), które kształcą specjalistów w oparciu o podstawowe wykształcenie średnie; roli dyscyplin humanistycznych i przyrodniczych w procesie kształcenia specjalistów z dziedziny opieki zdrowotnej; współczesnych aspektów nauczania przedmiotów o charakterze zawodowym; organizacji pracy wychowawczej i samodzielnej pracy pozalekcyjnej studentów; organizacji ustawicznego kształcenia zawodowego specjalistów z dziedziny opieki zdrowotnej; specyfiki realizacji procesu edukacyjnego w szczególnym okresie.

Przedstawiono wyniki badań naukowych przyszłych magistrów i doktorantów w dziedzinie wiedzy I „Opieka zdrowotna i zabezpieczenie społeczne".

Dla pracowników naukowo-dydaktycznych i pedagogicznych, doktorantów oraz osób ubiegających się o wyższe wykształcenie.

Zespół redakcyjny oraz komitet organizacyjny konferencji nie ponoszą odpowiedzialności za treść artykułów zamieszczonych w zbiorze, rzetelność wyników oraz przestrzeganie praw własności intelektualnej osób trzecich.

Czerkasy: Wydawnictwo Oleksandra Tretiakova,2026
Łomża: Wydawnictwo: MANS w Łomży, 2026

© Zespół autorski, 2026
©Czerkaska Akademia Medyczna, Ukraina, 2026
© Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży, Rzeczpospolita Polska, 2026

УДК 378:61(4)
А 43

Конференцію зареєстровано в Державній науковій установі «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації». Посвідчення № 796 від 11 листопада 2025 року.

Наукова редакція:

Інна Губенко – ректор Черкаської медичної академії, кандидат медичних наук, професор, академік Української академії наук, заслужений лікар України, Україна;

Олександра Шевченко – проректор з науково-методичної роботи Черкаської медичної академії, кандидат психологічних наук, доцент, заслужений працівник охорони здоров'я України, Україна;

Зоя Шарлович – кандидат педагогічних наук, продекан з міжнародної співпраці Міжнародної академії прикладних наук в Ломжі, Республіка Польща;

Лариса Понура – завідувач навчально-методичного кабінету Черкаської медичної академії, Україна.

Актуальні проблеми методології медичної та фармацевтичної освіти: сучасні виклики та нові можливості: матеріали VI Міжнародної науково-методичної інтернет-конференції, м. Черкаси, 15 жовтня 2026 р. / Наукова редакція: Інна Губенко, Олександра Шевченко, Зоя Шарлович, Лариса Понура. Черкаси: Видавець Олександр Третяков, Ломжа: Видавництво: MANS w Łomży, 2026. 552 с.

ISBN 978-83-68480-27-6
DOI https://doi.org/10.58246/SPIB4249

Збірник тез наукових доповідей учасників VI Міжнародної науково-методичної інтернет-конференції «Актуальні проблеми методології вищої та фахової передвищої медичної (фармацевтичної) освіти: сучасні виклики та нові можливості» містить результати досліджень стосовно особливостей викладання загальноосвітніх дисциплін у закладах вищої/фахової передвищої медичної (фармацевтичної) освіти, що здійснюють підготовку фахівців на основі базової середньої освіти; ролі гуманітарних і природничих дисциплін у процесі професійної підготовки фіхівців галузі охорони здоров'я; сучасних аспектів викладання професійно-орієнтованих дисциплін; організації виховної та самостійної позааудиторної роботи студентів; організації безперервної професійної освіти фахівців галузі охорони здоров'я; особливостей здійснення освітнього процесу в особливий період.

Презентовано результати наукових досліджень майбутніх магістрів та здобувачів рівня доктора філософії галузі знань І Охорона здоров'я та соціальне забезпечення.

Для науково-педагогічних і педагогічних працівників, аспірантів, здобувачів вищої освіти.

Редакційна група та організаційний комітет конференції не беруть на себе відповідальність за зміст представлених у збірнику статей, достовірність результатів і дотримання прав використання інтелектуальної власності третіх осіб.

Черкаси: Видавець Олександр Третяков, 2026
Ломжа: Видавництво: MANS w Łomży, 2026

©Автори статей, 2026.
©Черкаська медична академія, Україна, 2026
©Міжнародна академія прикладних наук в Ломжі, Республіка Польща, 2026

Шановні учасники конференції!

Вітаю вас від імені усього колективу студентів і викладачів Черкаської медичної академії!

Сімнадцятий раз поспіль ми проводимо науково-методичну конференцію, що вже набула статусу міжнародної, і приурочуємо її до дня заснування академії. Саме 15 жовтня наш заклад відзначає 96-ю річницю.

Протягом усіх цих років ми розвиваємося, рухаємося вперед, шукаємо нові можливості для роботи, для формування загальних і фахових компетентностей здобувачів освіти, для дотримання принципу навчання через дослідження. Ми прагнемо разом з вами до підвищення якості освіти, до підготовки конкурентоспроможних фахівців сфери охорони здоров'я.

Сучасні тенденції розвитку національної системи медичної освіти України потребують теоретичного осмислення і практичного оновлення змісту та методики професійної підготовки фахівців сфери охорони здоров'я.

Упевнена, що плідна робота конференції сприятиме формуванню і вдосконаленню наукової думки, виробленню нових концептуальних підходів до вирішення найактуальніших проблем підготовки фахівців медичної галузі.

Тематичні напрями роботи секцій конференції сформовані з урахуванням актуальних питань діяльності закладів вищої та фахової передвищої освіти, включаючи додипломну підготовку, організацію безперервної професійної освіти медичних і фармацевтичних спеціалістів та особливості здійснення освітнього процесу в особливий період.

Наша конференція вже стала площадкою для презентації результатів наукових досліджень магістрантів та здобувачів рівня доктора філософії галузі Охорони здоров'я, які роблять перші кроки в науку. Бажаю вам, щоб ваш шлях у професії та науковій діяльності був успішним.

Вітаю усіх учасників та сподіваюся на зустріч у наступному році!

Бажаю плідної роботи та успіхів, творчих і наукових здобутків, професійного зростання, нових ідей та відкриттів!

Ректор Черкаської медичної академії,
кандидат медичних наук,
Заслужений лікар України,
професор Інна ГУБЕНКО

Шановні учасники та організатори
Міжнародної науково-методичної інтернет- конференції!

Щиро вітаю вас від імені Міжнародної академії прикладних наук в Ломжі, Республіка Польща.

Сьогодні конференція відбувається в надзвичайно відповідальний і динамічний час, коли система підготовки медичних та фармацевтичних кадрів потребує не просто адаптації до нових реалій, а якісного переосмислення підходів, стандартів і технологій навчання. Сучасні виклики вимагають від викладача вищої та фахової передвищої школи постійного професійного зростання, гнучкості, володіння інноваційними методологіями та здатності виховувати мобільних, стійких і готових до праці в умовах високої невизначеності висококваліфікованих фахівців.

Конференція стала авторитетним міжнародним майданчиком для обміну передовим досвідом, генерації свіжих ідей, презентації результатів наукових пошуків та налагодження міцних партнерських зв'язків між учасниками освітнього процесу, ученими і практиками з різних країн світу.

Переконана, що запропоновані сучасні методичні підходи сприятимуть удосконаленню освітнього процесу, а інноваційні рішення знайдуть своє практичне впровадження в закладах медичної освіти та практичної охорони здоров'я.

Бажаю всім учасникам творчої наснаги, натхнення, плідних дискусій та успішної реалізації всіх наукових і творчих задумів. І на цьому шляху Міжнародна академія прикладних наук в Ломжі завжди з вами.

Продекан з міжнародної співпраці
Міжнародної академії прикладних наук
в Ломжі, Республіка Польща,
к. пед. н. Зоя ШАРЛОВИЧ

ЗМІСТ

І. ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ДИСЦИПЛІН У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ/ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ (ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ) ОСВІТИ, ЩО ЗДІЙСНЮЮТЬ ПІДГОТОВКУ ФАХІВЦІВ НА ОСНОВІ БАЗОВОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ 16

Кучеренко М. ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ ТА ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВИКЛАДАЧА БІОЛОГІЇ І ЕКОЛОГІЇ ЯК УМОВА ФОРМУВАННЯ КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНЬОГО МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА.....16

ІІ. ГУМАНІТАРНІ ДИСЦИПЛІНИ У ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....23

Домбровська В. ІСТОРІЯ УКРАЇНИ ЯК ІНСТРУМЕНТ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ТА ГРОМАДЯНСЬКОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ МЕДИЧНОГО ФАХОВОГО КОЛЕДЖУ.....23

Загорулько М. ЛАТИНСЬКА МОВА У ПІДГОТОВЦІ ФАХОВИХ МОЛОДШИХ БАКАЛАВРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ І 5 МЕДСЕСТРИНСТВО....29

Олійник Л., Рубан А. РОЛЬ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИКІВ.....32

Понура Л. УКРАЇНСЬКА МОВА ЯК ЗАСІБ ГУМАНІЗАЦІЇ СУЧАСНОЇ ОСВІТИ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ СПІЛКУВАННЯ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....35

Сухацька В. МЕТОДИ І ПРИЙОМИ ВИКЛАДАННЯ ІСТОРІЇ УКРАЇНИ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ГРОМАДЯНСЬКИХ ЦІННОСТЕЙ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....38

Тимошенко Ю. КУРС «КУЛЬТУРА ПРОФЕСІЙНОГО МОВЛЕННЯ» ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ МОВНОКОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ В КОНТЕКСТІ СЬОГОДЕННЯ.....43

Шпорт В. МОВЛЕННЄВИЙ ЕТИКЕТ У РОБОТІ МЕДИКА: ПРАВИЛА ПОБУДОВИ ДОВІРИ ТА ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТАМ.....48

ІІІ. РОЛЬ ПРИРОДНИЧИХ ДИСЦИПЛІН У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ПРАЦІВНИКІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....54

Вегержинська М. СУЧАСНІ ВИКЛИКИ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ОСНОВ ЕКОЛОГІЇ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ.....54

Карпенко Ю. ВИКОРИСТАННЯ МОЛЕКУЛЯРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ У ВИКЛАДАННІ ХІМІЇ ДЛЯ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....59

Король Г. ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ.....63

Ліфер К., Снісар О. СУЧАСНІ МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ (НА ПРИКЛАДІ ТЕМИ «ВІТАМІНИ»).....68

Марусенко О. УДОСКОНАЛЕННЯ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ХІМІЇ.....73

IV. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ОРІЄНТОВАНИХ ДИСЦИПЛІН.....76

Апшай В. ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ОСВІТНЬОЇ КОМПОНЕНТИ «ОБСТЕЖЕННЯ ТА ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ».....76

Білан В. СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИКЛАДАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ.....79

Бразалій Л. ЕВТАНАЗІЯ ТА ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА: ФОРМУВАННЯ ГУМАНІСТИЧНИХ ЦІННОСТЕЙ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ.....81

Бушуєва І. КЕЙС-МЕТОД ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРАКТИКО-ОРІЄНТОВАНОГО ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ.....86

Вельган Р., Черепанова М. МІЖПРЕДМЕТНА ІНТЕГРАЦІЯ ДИСЦИПЛІН «ФАРМАКОЛОГІЯ» ТА «УКРАЇНСЬКА МОВА (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ)» У ЧЕРКАСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ.....91

Гордієнко Н., Бадрак Т., Шевченко В. ПРОФЕСІЙНО-ПРИКЛАДНА ФІЗИЧНА ПІДГОТОВКА ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ М'ЯЗОВО-СКЕЛЕТНИХ ПОРУШЕНЬ У МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....95

Жадинський А. ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ХІРУРГІЇ У ЧЕРКАСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ 99

Kavyn V. ANALISE TIMING DURING TYING SURGICAL KNOTS BY STUDENTS.....102

Карнацька О. ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ПАРАМЕДИКІВ: ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ОСВІТНІ АСПЕКТИ.104

Коцюруба В., Кухнюк В. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА НАЦІОНАЛЬНОГО СПРОТИВУ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ.....108

Кришталь Т. МЕНЕДЖМЕНТ У МЕДСЕСТРИНСТВІ ЯК СКЛАДОВА ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ....112

Лисун С. LINGUA LATINA ТА AI-ІННОВАЦІЇ: ВІД ГЕНЕРАЦІЇ ВІЗУАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ ДО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ.....116

Лісецька І., Сарапук В., Іванова С. ТРАНСФОРМАЦІЯ СТАНДАРТІВ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ В УМОВАХ ІНТЕГРАЦІЇ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....119

Pietukhova O. THE FORMATION ROFESSIONAL IDENTITY THROUGH ENGLISH FOR SPECIFIC PURPOSES COMMUNICATION.....122

Подаваленко А., Зеленська Л. КОМПЕТЕНТНІСНО ОРІЄНТОВАНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ НА ЦИКЛІ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ З ПИТАНЬ СКАЗУ ТА ПРАВЦЯ.....125

Шевченко Ю., Налісна Т. СИМУЛЯЦІЙНІ СЦЕНАРІЇ НЕВІДКЛАДНИХ АКУШЕРСЬКИХ СТАНІВ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ..... 130

V. З ДОСВІДУ ВИХОВНОЇ РОБОТИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ/ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ ОСВІТИ.....135

Головня Т., Сокальська Н. ІНФОРМАЦІЙНА БЕЗПЕКА ЗДОБУВАЧА ОСВІТИ: ВІД ЦИФРОВИХ ЗАГРОЗ ДО МЕДІАГІГІЄНИ.....135

Назаренко Ю. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ЯК ВАЖЛИВІ ФАКТОРИ УСПІШНОГО СКЛАДАННЯ ЄДИНОГО ДЕРЖАВНОГО КВАЛІФІКАЦІЙНОГО ІСПИТУ ДЛЯ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖІВ.....139

Оката О. КОНФЛІКТ ТА ШЛЯХИ ЙОГО РОЗВ'ЯЗАННЯ У ПЕДАГОГІЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ.....143

Трубенко О. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ.....147

VI. ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ/ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ (ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ) ОСВІТИ.....151

Барджадзе Р. ПРОЄКТНЕ НАВЧАННЯ НА ЗАСАДАХ МІЖПРОФЕСІЙНОГО ПІДХОДУ ЯК УМОВА ОРГАНІЗАЦІЇ САМООСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ.....151

Бігуняк Т. САМОСТІЙНА ПОЗААУДИТОРНА РОБОТА СТУДЕНТІВ У ВИБІРКОВІЙ ДИСЦИПЛІНІ «КЛІНІЧНА ПАТОФІЗІОЛОГІЯ».....155

Весельська Д., Андрійчук Д., Дика Б. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОРІЄНТИРИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ.....159

Головко І. ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ВНЗ.....163

Кукса Н. ДИСКУСІЯ ЯК ФОРМА КОЛЕКТИВНОГО ОБГОВОРЕННЯ ПООФЕСІЙНИХ ПРОБЛЕМ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ.165

Оліновська В., Науменко Л. САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК СУЧАСНОЇ ОСВІТИ.....168

Стилик А., Меля І. ЦИФРОВИЙ МАРШРУТ САМОСТІЙНОГО НАВЧАННЯ МАЙБУТНЬОГО МЕДИКА: ВІД ІНФОРМАЦІЇ ДО ПРОФЕСІЙНОГО РІШЕННЯ.....173

VII. СУЧАСНІ МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ/ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ (ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ) ОСВІТИ.....178

Балицька А. ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЯК ЧИННИКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ.....178

Білик А. ВІД КОМУНІКАЦІЇ ДО БЕЗПЕКИ: КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ З НАСЕЛЕННЯМ.....182

Бойченко Н., Варич А. САМООСВІТА ЯК СКЛАДОВА БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ПАРАМЕДИКА.....187

Бондарева А., Стеценко С. АКТИВНЕ ПРИГАДУВАННЯ ТА ІНТЕРВАЛЬНЕ ПОВТОРЕННЯ У ПОЗААУДИТОРНІЙ САМОСТІЙНІЙ РОБОТІ З БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ.....191

Гаращенко О. ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ШІ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ: ПЕРЕВАГИ, НЕДОЛІКИ, РИЗИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.....195

Гнатенко Т. МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ В КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ ПРОТОКОЛІВ ЛІКУВАННЯ.....198

Дрегалюк В. ЄДИНИЙ ДЕРЖАВНИЙ КВАЛІФІКАЦІЙНИЙ ІСПИТ: ПРАКТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО ТЕСТОВОГО ЕТАПУ «КРОК-М».....204

Кілєєва О. ВІСІМ СУЧАСНИХ МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У МЕДИЧНОМУ ФАХОВОМУ КОЛЕДЖІ ЗДМФУ.....208

Козинець І. СИМУЛЯЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ФОРМУВАННІ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ.....213

Козинець О. СПЕЦИФІКА АДАПТАЦІЇ КУРСУ ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН ДО ПОТРЕБ РІЗНИХ ГАЛУЗЕЙ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ..216

Крочак Л. ФОРМУВАЛЬНЕ ОЦІНЮВАННЯ ТА ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК ЯК ОСНОВА ГЛИБОКОГО ЗАСВОЄННЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ДИСЦИПЛІН.....221

Кухнюк О., Ромащенко В. СТРАТЕГІЇ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ З ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ БОТАНІКИ ТА ФАРМАКОГНОЗІЇ У ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ.....225

Маланчин І. ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У АКУШЕРСТВІ.....230

Мартинюк В. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ПЕДАГОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ.....233

Маруш І. КЛІНІЧНЕ МИСЛЕННЯ ЯК КЛЮЧОВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ.....237

Меля І. ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ ПРИРОДНИЧИХ НАУК: ВІД ТРАДИЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ДО ОСВІТНЬОЇ ЕКОСИСТЕМИ 242

Метельська О. ЗАСТОСУВАННЯ ЕФЕКТИВНИХ МЕТОДІВ У ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ОСНОВИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ» МАЙБУТНІМ ФІЗИЧНИМ ТЕРАПЕВТАМ.....247

Млавець С., Кисла О. ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОТОКОЛУ SPIKES У ПІДГОТОВКУ ЗДОБУВАЧІВ ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ.....251

Мукомел С. РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ФОРМУВАННІ ДОВІРИ ТА ПАРТНЕРСЬКИХ ВЗАЄМИН ІЗ ПАЦІЄНТОМ.....255

Пальчак С. СУЧАСНІ СТАНДАРТИ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ В РЕПРОДУКТОЛОГІЇ: РОЛЬ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ В МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІЙ КОМАНДІ.....260

Савенко Д., Діхтяренко Л. ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ У ПРИРОДНИЧО-МАТЕМАТИЧНІЙ ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ: МІЖ ТЕХНОЛОГІЧНИМ ПРОГРЕСОМ ТА ЗАГРОЗОЮ АКАДЕМІЧНІЙ ДОБРОЧЕСНОСТІ.....265

Сіпко Л. ЕДУКАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ.....269

Smyrnova M., Rybiy L., Dubovych K. LISTENING AND MECHANISMS OF ITS DEVELOPMENT.....274

Соболенко М. ФОРМУВАННЯ МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ВИКЛАДАННЯ ГЕРОНТОЛОГІЇ ТА ГЕРІАТРІЇ В МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ 279

Сулима В., Ничвид Є. ШЛЯХ ДО ПРИЙНЯТТЯ АВТОРСЬКОГО РІШЕННЯ: ВІД ТРАДИЦІЙНОГО ВИКОНАВЦЯ ПРОТОКОЛІВ ДО АДАПТИВНОГО КЛІНІЦИСТА В ОРТОПЕДІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ.....283

Троян А. ДИДЖИТАЛІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....287

Хрідіна Є. ЕМПАТІЙНІСТЬ ТА КОМУНІКАТИВНА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ УСПІШНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ АДАПТАЦІЇ МАЙБУТНІХ МЕДИКІВ.....291

Sharlovych Z., Kosova I. WSPÓŁCZESNE PODEJŚCIA METODOLOGICZNE DO NAUCZANIA ŁACINY MEDYCZNEJ W MEDYCZNYCH PLACÓWKACH EDUKACYJNYCH W CELU KSZTAŁTOWANIA KOMPETENCJI ZAWODOWYCH PRZYSZŁYCH SPECJALISTÓW.....295

Шевченко О. МІЖОСОБИСТІСНА ВЗАЄМОДІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: ОСВІТНІЙ АСПЕКТ.....302

Ястребова О. ВІД АУДИТОРІЇ ДО ЦИФРОВОГО СЕРЕДОВИЩА: ДОСВІД ЗМІШАНОГО НАВЧАННЯ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ ПЕРШОКУРСНИКІВ...307

VIII. НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я (ДЛЯ МАГІСТРАНТІВ ТА ЗДОБУВАЧІВ РІВНЯ ДОКТОРА ФІЛОСОФІЇ ГАЛУЗІ ЗНАНЬ І ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ).....312

Антонова О., Козинець О. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....312

Біланюк Н., Костащук Т. ОБҐРУНТУВАННЯ СКЛАДУ ТА РЕОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ОПТИМІЗОВАНОГО ГІДРОГЕЛЮ З МЕНТОЛОМ ТА ФІТОЕКСТРАКТАМИ ДЛЯ РЕГЕНЕРАЦІЇ ШКІРИ.....315

Бондар Б., Маргітіч С. РЕСПІРАТОРНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ТОРАКАЛЬНИХ І АБДОМІНАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ: ДОКАЗОВІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ЛЕГЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ.....320

Будяк І., Толкачова О. ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПІДВИЩЕННІ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ТА ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ДІТЕЙ 9 – 10 РОКІВ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ.....323

Бурлакова М., Маргітіч С. ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ТА ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ЗАСОБАМИ РЕСПІРАТОРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ПНЕВМОНІЇ..... 328

Веретільник Ю., Маруш І. СТРУКТУРА ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ ОПЕРАЦІЙНОЇ: НАУКОВИЙ ПОШУК.....333

Верстюк І., Костащук Т. РОЗРОБКА АЛЬГІНАТНОЇ МАСКИ НОВОГО ПОКОЛІННЯ НА ОСНОВІ СИНЕРГІЇ 4D-ГІДРАТУЮЧОГО ТА БІОЕНЕРГЕТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ.....338

Донець Д., Барджадзе Р. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ МАРКЕТИНГОВИХ СТРАТЕГІЙ ПРОСУВАННЯ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ....341

Заболотній Д., Борисенко Н. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ..346

Зіменкова О., Карпенко Ю. ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ПСИХІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ТА НАПРЯМИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....351

Іщенко К., Бушуєв Ю. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ ПОСТУРАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У СТУДЕНТІВ: ВІД «ІДЕАЛЬНОЇ» ПОСТАВИ ДО РУХОВОЇ СПРОМОЖНОСТІ.....355

Кондратюк Л., Бушуєва І. СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ESG-ПРИНЦИПІВ В УПРАВЛІННІ АПТЕЧНИМ ЗАКЛАДОМ 358

Копил М., Базілевський А. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ РІВНОВАГИ ТА ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ.....363

Кудрявцева Є., Василенко І. МОНІТОРИНГ ВІТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ МАЛОІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ ШІ-АСИСТЕНТА.....366

Кужим І., Федосєєва О. АДАПТАЦІЯ ЦІЛЕОРІЄНТОВАНИХ РУХОВИХ ВТРУЧАНЬ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ І СУПУТНЬОЮ ЕПІЛЕПСІЄЮ.....369

Кутова І., Борисенко Н. ДОЗОВАНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ЕПІЛЕПСІЄЮ НА ТЛІ ПРОТИСУДОМНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ.....373

Куценко А., Маруш І. ІСТОРІЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПОХІДНИХ СУЛЬФАНІЛСЕЧОВИНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ.....378

Латанська М., Бушуєв Ю. ТРИВАЛА НЕЗМІННА ПОЗА ЯК ЧИННИК М'ЯЗОВО-СКЕЛЕТНОГО БОЛЮ В СТУДЕНТІВ: РОЛЬ РУХОВИХ ПЕРЕРВ, ВПРАВ І НАВЧАННЯ.....383

Ліва Т., Базілевський А. СИСТЕМА GMFCS У ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ: МОЖЛИВОСТІ ІНСТРУМЕНТА ТА ТИПОВІ ПОМИЛКИ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ.....387

Малько Д., Борисенко Н. ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПРАВИ ТА СПОЖИВАННЯ ЗНЕБОЛЮВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ НЕСПЕЦИФІЧНОМУ БОЛЮ В ПОПЕРЕКУ: ОБҐРУНТУВАННЯ ПІДХОДУ ДО ОЦІНЮВАННЯ.392

Міхаель О., Карпенко Ю. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЩОДО НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ.....397

Незнанна О., Бушуєв Ю. АЕРОБНІ РЕЗЕРВИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ: МОЖЛИВОСТІ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....401

Остапчук Л., Карпенко Ю. УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В МЕДСЕСТРИНСЬКОМУ КОЛЕКТИВІ КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ЗАКЛАДУ.....405

Пальонна Ю., Борисенко Н. КОМПЛЕКСНА КОРЕКЦІЯ ПОСТІНСУЛЬТНОЇ СПАСТИЧНОСТІ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ФАРМАКОТЕРАПІЇ.....409

Патлай Р., Бушуєв Ю. ДОЗОВАНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЗАМІСТЬ ОБМЕЖЕНЬ: ПРИНЦИПИ ПОБУДОВИ ПРОГРАМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ.....414

Письменна Д., Бушуєв Ю. ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПРАВИ ТА ПОВЕДІНКОВІ СТРАТЕГІЇ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ МОЛОДІ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА: ОРІЄНТАЦІЯ НА МЕТАБОЛІЧНЕ ЗДОРОВ'Я.....418

Підручна Ю., Базілевський А. ПІДГОТОВКА КУКСИ ТА ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВОЇ НЕЗАЛЕЖНОСТІ ОСІБ З АМПУТАЦІЄЮ НА РІВНІ СТЕГНА ДО ЕТАПУ ПРОТЕЗУВАННЯ.....422

Полешко В., Толкачова О. ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ ТА М'ЯЗОВОГО БАЛАНСУ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ.....427

Пустовіт О., Козинець О. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЯК ОСНОВА НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ.....432

Рачинська А., Маргітіч С. КОРЕКЦІЯ ПАТЕРНУ ДИХАННЯ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИМ ДИХАННЯМ.....436

Самарська-Шевченко С., Маргітіч С. ДИХАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ: ВПЛИВ НА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ.....439

Свищ О., Козинець О. МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА ВІТЧИЗНЯНА ПРАКТИКА ЗАСТОСУВАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОЦЕСІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР..442

Семенюк А., Огарь С. ПРОГРАМИ ЛОЯЛЬНОСТІ ЯК ІНСТРУМЕНТ ФОРМУВАННЯ ДОВГОТРИВАЛИХ ВІДНОСИН ЗІ СПОЖИВАЧАМИ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ.....447

Сенкевич В., Федосєєва О. РУХОВІ ВТРУЧАННЯ ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У СТУДЕНТІВ ІЗ ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ.....452

Ситник-Тимченко Н., Толкачова О. ІГРОВІ АЕРОБНІ НАВАНТАЖЕННЯ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ В ШКОЛЯРІВ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ.....457

Талько В., Толкачова О. ДИХАЛЬНІ ВПРАВИ ТА АРОМАТИЧНІ РЕЧОВИНИ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ: КРИТИЧНА ОЦІНКА ДОКАЗІВ І БЕЗПЕЧНОСТІ.....461

Ткаченко О., Лінєвич К. БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У СФЕРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ: ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ АСПЕКТ.....466

Ткаченко Ю., Карпенко Ю. ЕТИЧНІ ДИЛЕМИ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-МАГІСТРА ГЕРІАТРИЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ 470

Турчак Т., Базілевський А. ПОСТУРАЛЬНИЙ КОНТРОЛЬ ТА БЕЗПЕКА ХОДЬБИ КОРИСТУВАЧІВ ПРОТЕЗА ГОМІЛКИ: НАПРЯМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....474

Целик В., Карпенко Ю. РОЛЬ ГОЛОВНОЇ АКУШЕРКИ В УПРАВЛІННІ ЯКІСТЮ АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ.....478

Циганник Р., Базілевський А. СЕНСОРНИЙ КОМПОНЕНТ ПОСТУРАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ЯК МІШЕНЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ.....482

Шведова А., Кухнюк О. ОЦІНЮВАННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ СПОЖИВАЧІВ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПОСЛУГ 486

Яроменко А., Федосєєва О. ВПРАВИ НА РІВНОВАГУ ТА КОНТРОЛЬ МЕДИКАМЕНТОЗНИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПАДІНЬ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ.....491

IX. ОРГАНІЗАЦІЯ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....496

Губенко І., Василенко І. РЕАЛІЗАЦІЯ SOFT SKILLS У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР.....496

Єренко О., Хортецька Т., Смойловська Г., Малюгіна О. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....502

Лисененко О. ОСОБЛИВОСТІ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ВИКЛАДАЧІВ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН МЕДИЧНИХ ФАХОВИХ КОЛЕДЖІВ.....505

Рожко О., Варич А. СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ У МАЙБУТНІХ ПАРАМЕДИКІВ.....509

X. ОСОБЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В ОСОБЛИВИЙ ПЕРІОД.....515

Bykonia O., Bykonia S. SPECIFIC FEATURES OF TRAINING AND CONDUCTING CLASSES IN WARTIME.....515

Васильєва І., Ярмин Н., Денисенко С., Васильєв О. ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВІЗАЦІЇ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ.....520

Дроботенко В. ІНТЕГРАЦІЯ ЗАСАД ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА АЛГОРИТМІВ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В РОБОТУ ЦЕНТРІВ НАДАННЯ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ: МІЖСЕКТОРАЛЬНИЙ ПІДХІД В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....524

Ishchuk S. WSPÓŁCZESNE PODEJŚCIA DYDAKTYCZNE DO NAUCZANIA INFORMATYKI MEDYCZNEJ W CELU KSZTAŁTOWANIA KOMPETENCJI ZAWODOWYCH PRZYSZŁYCH SPECJALISTÓW PLACÓWEK OPIEKI ZDROWOTNYCH 529

Ковбун С. СИМУЛЯЦІЙНЕ ТА АСИНХРОННЕ НАВЧАННЯ ЯК ОСНОВА СТІЙКОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....537

Конвісар Н., Білаш Н. ОРГАНІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В ЗАКЛАДАХ ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВИКЛИКІВ ВОЄННОГО ЧАСУ.....542

Сівак О. ОСВІТНІЙ ПРОСТІР МАЙБУТНЬОГО: БЕЗПЕКА, ЗДОРОВ'Я, СТІЙКІСТЬ.....546

І. ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ДИСЦИПЛІН У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ/ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ (ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ) ОСВІТИ, ЩО ЗДІЙСНЮЮТЬ ПІДГОТОВКУ ФАХІВЦІВ НА ОСНОВІ БАЗОВОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

УДК 378.147:57/574]:61-051

ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ ТА ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВИКЛАДАЧА БІОЛОГІЇ І ЕКОЛОГІЇ ЯК УМОВА ФОРМУВАННЯ КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНЬОГО МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Наталія КУЧЕРЕНКО

викладач вищої кваліфікаційної категорії, викладач-методист
nataliakucherenko1955@gmail.com
Уманський медичний фаховий коледж, м. Умань, Україна

Анотація. У статті розглянуто особливості впровадження інноваційних педагогічних технологій у викладання біології і екології в закладах фахової передвищої освіти медичного профілю. Обґрунтовано, що підвищення рівня професійної компетентності викладача є важливою умовою формування ключових і професійно значущих компетентностей майбутнього медичного працівника. Акцентовано увагу на компетентнісному, діяльнісному, особистісно орієнтованому та практико-орієнтованому підходах до організації освітнього процесу. Подано конкретні приклади застосування інноваційних технологій навчання під час вивчення біології і екології здобувачами медичного коледжу.

Ключові слова: інноваційні технології навчання, професійна компетентність викладача, компетентнісний підхід, ключові компетентності, кейс-технологія, цифрові технології, критичне мислення, майбутній медичний працівник.

Майбутній медичний працівник повинен уміти застосовувати отримані знання в практичних і професійних ситуаціях, критично мислити, аналізувати

інформацію, працювати з цифровими ресурсами, взаємодіяти з іншими членами команди, відповідально ставитися до власного здоров'я та здоров'я пацієнта.

Особливого значення набуває професійна компетентність викладача, його готовність до педагогічних інновацій, використання сучасних цифрових інструментів, інтерактивних форм роботи та технологій, що забезпечують активну діяльність здобувачів освіти.

Метою статті є обґрунтування значення впровадження інноваційних педагогічних технологій та підвищення професійної компетентності викладача біології і екології для формування ключових компетентностей майбутнього медичного працівника, а також представлення практичних прикладів застосування сучасних освітніх технологій у медичному коледжі.

Для викладача біології і екології медичного коледжу особливо важливими є такі складові професійної компетентності: предметна компетентність, методична компетентність, цифрова компетентність, інноваційна компетентність, комунікативна компетентність, дослідницька компетентність, рефлексивна. Сучасний викладач поступово переходить від ролі основного джерела інформації до ролі організатора, фасилітатора, консультанта та наставника освітнього процесу. Його головне завдання полягає у створенні умов, за яких студент не лише отримує знання, а активно здобуває їх, застосовує, перевіряє та оцінює результати власної діяльності.

Інноваційні технології у викладанні біології і екології в медичному коледжі.

1. Компетентнісно орієнтоване та практико-орієнтоване навчання. Приклад. Тема: «Адаптація організму до умов середовища». Здобувачам освіти пропонується ситуація:

До медичного закладу звернувся пацієнт, який після перебування у високогірній місцевості відчуває швидку втомлюваність і задишку. Під час обстеження встановлено зміни у показниках крові. Поясніть, які адаптаційні механізми організму можуть бути пов'язані з умовами високогір'я. Яке значення має збільшення кількості еритроцитів для забезпечення тканин киснем?

Під час виконання такого завдання здобувачі освіти не просто відтворюють теоретичні відомості, а:аналізують ситуацію, встановлюють причинно-наслідкові зв'язки, застосовують знання про функції крові та адаптацію, аргументують власну відповідь, набувають досвіду використання біологічних знань у професійно орієнтованому контексті.

2. Кейс-технологія

Приклад кейсу. Тема: «Вплив екологічних чинників на здоров'я людини».

У населеному пункті, розташованому поблизу промислового підприємства, протягом певного часу спостерігається збільшення кількості звернень із захворюваннями органів дихання. Медичні працівники припускають можливий вплив забруднення атмосферного повітря.

Здобувачам освіти пропонується:визначити можливі екологічні чинники ризику, пояснити механізм їх можливого впливу на організм, визначити, які дані необхідно зібрати для оцінювання ситуації,запропонувати профілактичні заходи;представити результати роботи у формі короткого повідомлення або презентації. Робота над кейсом сприяє розвитку критичного мислення, екологічної грамотності, навичок аналізу проблеми, командної взаємодії та відповідального прийняття рішень.

3. Проблемно-пошукове навчання. Проблемне навчання передбачає створення ситуації, яка викликає у здобувачів освіти пізнавальне утруднення та спонукає їх самостійно шукати пояснення. Приклад проблемного запитання. *Під час вивчення теми «Спадковість і мінливість» викладач пропонує запитання:* Чому в одній родині можуть народжуватися діти з різними спадковими ознаками, хоча мають спільних батьків?

Здобувачі освіти висувають припущення, пригадують закономірності спадковості, аналізують роль рекомбінації генетичного матеріалу та особливості статевого розмноження. Такі завдання формують не лише предметні знання, а й уміння ставити запитання, висувати гіпотези, аналізувати та обґрунтовувати висновки.

4. Технологія розвитку критичного мислення. *На заняттях з біології і*

екології доцільно застосовувати такі прийоми, як: «Асоціативний кущ»,«Знаю — хочу дізнатися — дізнався». «Передбачення». «Прес»,«Займи позицію». «Так — ні — аргументуй».

Приклад. Тема: «Генетично модифіковані організми». Здобувачі освіти отримують суперечливе твердження: *«ГМО - надія людства чи страшна помилка».* Групи здобувачів освіти аналізують твердження, добирають аргументи, визначають, яку інформацію необхідно перевірити, відокремлюють науково обґрунтовані факти від неперевірених повідомлень. Така діяльність формує вміння критично оцінювати інформацію, що особливо важливо в умовах значного інформаційного потоку та поширення недостовірних повідомлень про здоров'я.

5. Технології змішаного та перевернутого навчання. Ефективним напрямом є поєднання аудиторного навчання з цифровими освітніми ресурсами. За моделлю перевернутого навчання здобувач освіти може попередньо опрацювати теоретичний матеріал у вигляді короткого відео, презентації, інтерактивного матеріалу або навчального тексту, а аудиторний час використовується для практичного застосування знань.

Приклад. Тема: «Будова та функції клітини». До заняття студенти:переглядають навчальний матеріал про органели клітини;заповнюють коротку таблицю «Органела — особливості будови — функції»; виконують декілька контрольних запитань.

На занятті проводиться практична робота: *«Клітина як функціональна система: що відбудеться, якщо певна органела не виконує свою функцію?»*. Групам пропонуються різні ситуації. Здобувачі освіти аналізують можливі наслідки та презентують результати.

6. Цифрові технології та інтерактивні освітні ресурси. *Цифровізація освіти відкриває нові можливості для викладання біології і екології. Доцільним є використання цифрових технологій не як самоцілі, а як інструменту активізації навчальної діяльності.*

7. Гейміфікація освітнього процесу. *Елементи гри підвищують навчальну мотивацію та сприяють активному повторенню матеріалу. Доцільно*

використовувати:біологічні квести, навчальні вікторини;«Своя гра», брейн – ринги, інтелектуальні батли; рольові завдання.

Приклад біологічного квесту. Тема: «Генетика людини». Здобувачі освіти проходять чотири станції:

1. «*Генетичний код*» — розшифрування інформації за допомогою таблиці генетичного коду.
2. «*Родовід*» — аналіз схеми родоводу.
3. «*Генетична консультація»* — розв'язання ситуаційної задачі.
4. «*Мутація»* — визначення можливого типу зміни генетичного матеріалу за описом ситуації.

Наприкінці група отримує узагальнене завдання, яке потребує застосування результатів усіх попередніх етапів.

8. STEM/STEAM-підхід. STEM/STEAM-освіта забезпечує інтеграцію природничих наук. Для біології і екології медичного коледжу перспективними є міждисциплінарні навчальні проєкти.

9. Проєктна технологія. Проєктна діяльність дає можливість студентам працювати над актуальною проблемою та створювати конкретний результат. Теми проєктів: «Екологічні чинники та здоров'я населення»; «Біорізноманіття як основа екологічної рівноваги»; «Раціональне харчування як чинник збереження здоров'я»; «Вплив способу життя на функціональний стан організму»; «Спадкові захворювання: значення генетичних знань для майбутнього медичного працівника»; «Профілактика інфекційних захворювань: біологічні основи»; «Мікропластик і довкілля: можливі наслідки для здоров'я людини».

Проєкт може завершуватися створенням презентації, постера, інформаційного буклета, відеоматеріалу, або захистом результатів дослідження.

10. *Інтерактивні технології та навчання у співпраці*. Для підготовки майбутнього медичного працівника важливим є формування здатності працювати в команді, чути думку іншого, аргументовано висловлювати власну позицію. Ефективними є такі форми роботи: робота в парах,робота в малих групах, дискусія, дебати, взаємонавчання.

Приклад. Тема: «Біосфера та глобальні екологічні проблеми». Кожна група досліджує одну проблему: зміна клімату; забруднення атмосферного повітря; забруднення водних ресурсів; втрата біорізноманіття. Здобувачі освіти повинні визначити: причини проблеми, її можливі наслідки, вплив на здоров'я людини, можливі профілактичні та природоохоронні заходи.

Системне впровадження інноваційних технологій сприяє формуванню комплексу ключових компетентностей: спілкування та взаємодія, математична та природничо-наукова компетентність, цифрова компетентність, уміння навчатися впродовж життя, ініціативність та підприємливість. соціальна і громадянська компетентність. екологічна компетентність.

Упровадження інновацій неможливе без постійного професійного розвитку викладача. Сучасні зміни у біологічній науці, медицині та освітніх технологіях потребують систематичного оновлення знань і методичного інструментарію.

Підвищенню професійної компетентності викладача сприяють:участь у: вебінарах, тренінгах і семінарах;самоосвіта та опрацювання сучасних науково-методичних матеріалів; обмін педагогічним досвідом; аналіз та рефлексія результатів власної діяльності; взаємовідвідування занять; упровадження міждисциплінарних форм навчання.

Важливим показником професійного розвитку є здатність викладача доцільно обирати технологію відповідно до мети заняття, змісту навчального матеріалу та очікуваних результатів навчання**.**

Практичні рекомендації щодо впровадження інноваційних технологій. Для ефективного використання інноваційних технологій викладачу біології і екології медичного коледжу доцільно:

1. *Визначати очікувані результати навчання* перед вибором технології.
2. *Пов'язувати зміст біологічних тем із майбутньою професійною діяльністю* студентів.
3. *Використовувати ситуаційні завдання***,** наближені до реальних проблем охорони здоров'я.

4. *Поєднувати традиційні та інноваційні методи,* зберігаючи логіку та науковість навчання.
5. *Організовувати постійний зворотний зв'язок* через обговорення, самооцінювання, взаємооцінювання, короткі рефлексивні завдання.
6. *Створювати атмосферу співпраці,* у якій студент не боїться висловлювати власну думку та ставити запитання.
7. *Розвивати дослідницькі вміння* через практичні роботи, спостереження, аналіз даних і мініпроєкти.
8. *Здійснювати педагогічну рефлексію,* оцінюючи результативність застосованих технологій та готовність студентів застосовувати знання на практиці.

Біологія і екологія має значний потенціал для формування ключових компетентностей майбутніх фахівців медичної галузі, оскільки забезпечують розуміння біологічних закономірностей життєдіяльності людини, спадковості, мінливості, адаптації, взаємодії організму із середовищем та впливу екологічних чинників на здоров'я. Інноваційна діяльність викладача біології і екології є не лише засобом модернізації освітнього процесу, а й важливою умовою формування компетентного, відповідального, критично мислячого та здатного до безперервного професійного розвитку майбутнього медичного працівника.

Література

1. Бібік Н. М. Компетентнісний підхід: рефлексивний аналіз застосування. Київ: К.І.С., 2004.
2. Вітвицька С. С. Основи педагогіки вищої школи. Київ: Центр навчальної літератури, 2018.
3. Волкова Н. П. Педагогіка. Київ: Академвидав, 2018.
4. Пометун О. І., Пироженко Л. В. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання. Київ: А.С.К., 2004.
5. Сисоєва С. О. Інтерактивні технології навчання дорослих. Київ: ВД «ЕКМО», 2011.
6. Кремень В. Г. Філософія людиноцентризму в освітньому просторі. Київ: Товариство «Знання» України, 2010.

ІІ. ГУМАНІТАРНІ ДИСЦИПЛІНИ У ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 37.016:94(477)

ІСТОРІЯ УКРАЇНИ ЯК ІНСТРУМЕНТ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ТА ГРОМАДЯНСЬКОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ МЕДИЧНОГО ФАХОВОГО КОЛЕДЖУ

Валентина ДОМБРОВСЬКА

заступник директора з гуманітарної освіти та виховання,
викладач історії України
varvara07@meta.ua
Комунальний заклад фахової передвищої освіти «Уманський медичний фаховий коледж Черкаської обласної ради»

Анотація. У статті розглядається роль історії України як важливого засобу формування професійної та громадянської відповідальності здобувачів освіти медичного фахового коледжу. Проаналізовано значення історичної освіти у вихованні національної свідомості, патріотизму, гуманістичних цінностей та професійної етики майбутніх медичних працівників. Визначено основні методи та форми роботи з історії України, які сприяють формуванню професійних і громадянських компетентностей здобувачів освіти медичних фахових коледжів.

Ключові слова: історія України, медична освіта, гуманітарна підготовка, громадянська відповідальність, професійна відповідальність, національна свідомість, патріотичне виховання, гуманістичні цінності, громадянські компетентності.

Сучасний етап розвитку українського суспільства характеризується глибокими соціальними, політичними та культурними трансформаціями, що зумовлюють підвищення ролі освіти у формуванні відповідального громадянина та висококваліфікованого фахівця. Особливого значення набуває проблема виховання молоді, здатної не лише професійно виконувати свої обов'язки, а й усвідомлювати власну відповідальність перед суспільством, державою та

людьми. У цьому контексті важливе місце належить гуманітарним дисциплінам, зокрема історії України, яка сприяє формуванню національної свідомості, історичної пам'яті та громадянської позиції здобувачів освіти.

Повномасштабна війна, соціальні виклики та трансформаційні процеси в українському суспільстві посилили потребу у вихованні відповідального громадянина, здатного усвідомлювати власну роль у розвитку держави та суспільства. У цьому контексті історія України виступає не лише освітнім компонентом, а і важливим інструментом формування національної ідентичності, патріотизму та громадянської відповідальності студентської молоді.

Важливу роль у процесі громадянського виховання відіграє історична пам'ять. Вивчення історії України дозволяє здобувачам освіти усвідомити складність державотворчих процесів, зрозуміти значення боротьби українського народу за незалежність та свободу, а також сформувати повагу до національних традицій і культурної спадщини. Особливого значення це набуває в умовах сучасної війни, коли історична освіта стає чинником національної стійкості та консолідації суспільства.

Особливе значення для здобувачів освіти медичних коледжів мають історичні приклади професійного служіння українських медиків у складні періоди історії. Події Революції Гідності, пандемії COVID-19 та сучасної російсько-української війни продемонстрували важливість професійної відповідальності медичних працівників, їхньої готовності діяти в екстремальних умовах та допомагати людям незалежно від обставин. Осмислення цих подій у процесі вивчення історії України сприяє формуванню у студентів почуття професійного обов'язку, патріотизму та соціальної відповідальності.

Історична освіта забезпечує розвиток критичного мислення та інформаційної культури студентів. У сучасному інформаційному просторі молодь часто стикається з маніпуляціями, фальсифікацією історичних фактів та пропагандою. Саме тому вивчення історії України допомагає формувати здатність до аналізу історичних джерел, об'єктивного оцінювання подій та усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків суспільного розвитку.

З огляду на зазначене, історія України є важливою складовою громадянського виховання студентської молоді медичних фахових коледжів. Вона сприяє формуванню національної свідомості, професійної етики, моральної відповідальності та активної громадянської позиції. Використання виховного потенціалу історичної освіти у процесі підготовки майбутніх медичних працівників дозволяє формувати не лише компетентного фахівця, а й свідомого громадянина, здатного відповідально діяти в умовах сучасних суспільних викликів.

Медична професія традиційно належить до соціально відповідальних видів діяльності, оскільки її основним завданням є збереження життя та здоров'я людини. Тому підготовка майбутніх медичних працівників повинна ґрунтуватися на принципах гуманізму, милосердя, патріотизму та професійної відповідальності. Вивчення історії України дозволяє здобувачам освіти не лише ознайомитися з історичними подіями, а й усвідомити моральні та духовні цінності, які формувалися в українському суспільстві протягом століть.

Дослідники Н. Бідюк та О. Писаренко наголошують, що гуманітарна складова медичної освіти є необхідною умовою формування професійної компетентності майбутнього медичного працівника, а також зазначають, що гуманітарна підготовка студентів медичних закладів освіти сприяє розвитку комунікативної культури, емпатії та соціальної відповідальності [1, 18].

Необхідно зазначити, що в умовах сучасної російсько-української війни роль історичної освіти у професійному вихованні студентів значно зросла. Майбутні медичні працівники повинні бути готовими не лише до виконання професійних обов'язків у мирний час, а й до роботи в умовах надзвичайних ситуацій, військових дій та психологічного навантаження. Історія України допомагає здобувачам освіти зрозуміти ціну людського життя, значення громадянської солідарності та важливість служіння суспільству.

Важливим аспектом є також виховання етичної культури студентів. Вивчення історії України дозволяє звернути увагу на моральні проблеми суспільства, питання людської гідності, прав людини, взаємодопомоги та

толерантності. Саме ці цінності лежать в основі професійної етики медичного працівника та визначають характер його взаємодії з пацієнтами.

Отже, у сучасних умовах історія України виступає не лише джерелом знань про минуле, а й важливим засобом виховання соціально відповідального та професійно компетентного медичного працівника.

Ефективність формування професійної та громадянської відповідальності здобувачів освіти значною мірою залежить від методів і форм організації освітнього процесу. У сучасних умовах викладання історії України в медичних фахових коледжах потребує використання інноваційних педагогічних підходів, спрямованих не лише на передачу історичних знань, а й на розвиток критичного мислення, громадянської активності, професійної етики та соціальної відповідальності студентів.

Одним із найефективніших методів навчання є дискусія, яка дозволяє студентам аналізувати історичні події, аргументовано висловлювати власну позицію та формувати навички комунікації. Обговорення історичних процесів, пов’язаних із боротьбою українського народу за незалежність, діяльністю медичних працівників у кризових умовах або моральними аспектами історичних подій, сприяє розвитку громадянської свідомості та відповідального ставлення до суспільства.

Важливе місце у викладанні історії України посідає метод проєктного навчання. Підготовка студентами індивідуальних або групових проєктів дозволяє поєднувати історичні знання з професійною спрямованістю навчання. Наприклад, здобувачі освіти можуть досліджувати історію розвитку медицини в Україні, діяльність українських лікарів у періоди воєн та епідемій, роль медичних працівників під час Революції Гідності чи сучасної російсько-української війни. Така діяльність сприяє формуванню професійної мотивації, навичок самостійної роботи та відповідальності за результати власної діяльності.

Сучасні науковці підкреслюють, що інтерактивні технології навчання є важливим чинником розвитку громадянських компетентностей студентської молоді. Так, Л. Пироженко зазначає, що інтерактивне навчання сприяє

формуванню активної життєвої позиції студентів та розвитку їхньої соціальної відповідальності [4,57].

У процесі викладання історії України доцільно використовувати метод аналізу історичних джерел. Робота з документами, спогадами, архівними матеріалами, фото- та відеоджерелами формує у здобувачів освіти уміння критично оцінювати інформацію, аналізувати факти та робити обґрунтовані висновки. Для майбутніх медичних працівників це особливо важливо, оскільки професійна діяльність медика також вимагає уважності, аналітичного мислення та відповідального ставлення до інформації.

Значний виховний потенціал мають виховні заходи та позааудиторна діяльність. Проведення тематичних годин, круглих столів, зустрічей із військовими медиками, волонтерами або учасниками бойових дій сприяє формуванню у студентів патріотизму, національної свідомості та розуміння соціальної значущості медичної професії. Особливу роль відіграють заходи, присвячені вшануванню пам’яті Героїв України, Дню Гідності та Свободи, Дню Соборності України та іншим пам’ятним датам.

У сучасних умовах важливого значення набуває використання цифрових технологій та мультимедійних ресурсів у процесі викладання історії України. Використання презентацій, інтерактивних платформ, відеоматеріалів, онлайн-архівів та віртуальних екскурсій дозволяє зробити освітній процес більш доступним, динамічним і цікавим для студентів. Крім того, цифрові ресурси сприяють розвитку інформаційної грамотності та навичок самостійного пошуку інформації.

На думку О. Пометун, сучасний викладач історії повинен орієнтуватися не лише на передачу знань, а й на формування компетентностей, необхідних студентам для активної участі у суспільному житті [3, 28]. Особливого значення набуває використання практикоорієнтованих методів навчання, які сприяють поєднанню історичної освіти з професійною підготовкою майбутніх медиків.

Отже, ефективне викладання історії України у медичному фаховому коледжі потребує використання сучасних методів і форм навчання, які сприяють не лише засвоєнню історичних знань, а й формуванню професійної етики,

громадянської свідомості, критичного мислення та соціальної відповідальності здобувачів освіти. Поєднання інтерактивних технологій, проєктної діяльності, виховної роботи та практичної соціальної активності дозволяє забезпечити всебічний розвиток майбутнього медичного працівника як компетентного фахівця та свідомого громадянина України, що для здобувачів освіти медичних коледжів має особливе значення, оскільки їхня професійна діяльність безпосередньо пов'язана зі служінням людям і суспільству.

Як зазначає Н. Ничкало, сучасна професійна освіта повинна забезпечувати гармонійне поєднання професійної компетентності, громадянської культури та духовно-морального розвитку особистості [2, 42]. Це особливо актуально для медичної освіти, оскільки діяльність медичного працівника потребує високого рівня моральної зрілості та відповідального ставлення до людини.

Отже, історія України є важливим інструментом формування професійної та громадянської відповідальності здобувачів освіти медичного фахового коледжу. Вона виконує не лише освітню, а й виховну функцію, сприяючи розвитку національної свідомості, патріотизму, моральних цінностей та активної громадянської позиції студентської молоді.

Література

1. Бідюк Н., Писаренко О. Гуманітарна складова професійної підготовки майбутніх медичних працівників в умовах сучасних викликів. *Педагогічний альманах.* 2023. № 54. С. 18–24.

2. Ничкало Н. Г. Професійна освіта в умовах суспільних трансформацій. *Педагогічна і психологічна науки в Україні*. 2024. Т. 5. С. 42–49.

3. Пометун О. І. Компетентнісний підхід у сучасній історичній освіті. *Український педагогічний журнал*. 2022. № 3. С. 27–34.

4. Пироженко Л. В. Інтерактивні технології навчання як засіб формування громадянських компетентностей студентів. *Освітній дискурс*. 2023. № 41. С. 56–62.

5. Ткаченко Н. В. Інноваційні методи викладання гуманітарних дисциплін у закладах фахової передвищої освіти. *Педагогічні науки: теорія та практика.* 2024. № 2. С. 88–94.

УДК 377/378.6:811.124

ЛАТИНСЬКА МОВА У ПІДГОТОВЦІ ФАХОВИХ МОЛОДШИХ БАКАЛАВРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ І 5 МЕДСЕСТРИНСТВО

Марія ЗАГОРУЛЬКО

к.ф.н., циклова комісія гуманітарних та соціально-економічних дисциплін
uvertura_m@ukr.net
КЗ «Чернігівський базовий фаховий медичний коледж» ЧОР,
м. Чернігів, Україна

Анотація. У публікації розглядаються основні аспекти вивчення латинської мови в медичних закладах фахової передвищої освіти, зокрема під час підготовки фахових молодших бакалаврів спеціальності І 5 Медсестринство.

Ключові слова: фахова передвища освіта, медична термінологія, латинська мова.

У сучасному світі латинська мова виконує роль міжнародної наукової термінології. Саме тому її вивчають майбутні медики, юристи, філологи, історики. Елементи латини використовуються і в ботаніці, зоології, фізиці, алгебрі, геометрії. Єдина термінологічна база, заснована на латинській мові, забезпечує точність та однозначність фахової комунікації [1].

У медичних закладах фахової передвищої освіти вивчаються лише основи латинської мови з медичною термінологією. Курс викладається на першому році навчання і є пропедевтичним.

Здобувачі освіти – майбутні медсестри та фельдшера – знайомляться з медичними термінами з самих перших занять, адже за короткий час вони мають навчитися свідомо та грамотно вживати медичну термінологію, яка необхідна для опанування інших медичних дисциплін під час навчання у навчальному закладі фахової передвищої освіти, а також знадобиться в подальшому у роботі за фахом. Тому процес навчання основ латинської мови у медичних закладах фахової передвищої освіти вирізняється термінологічною спрямованістю та міжпредметними зв’язками з анатомією, фармакологією, хімією, сестринською справою, хірургією, терапією тощо. Отже, навчання основ латинської мови з

медичною термінологією підпорядковується принципу міжпредметної інтеграції, використовуючи міждисциплінарний підхід та «інтеграцію латинської мови у професійний контекст» [2, с.37].

Для набуття термінологічної компетенції акцент робиться на опанування анатомічної, фармацевтичної та клінічної термінології. Приділяється значна увага лексичному значенню частин слова (префікс, корінь, суфікс) та терміноелементів, частотних відрізків. Студенти також знайомляться з ботанічною біноміальною номенклатурою та фармацевтичними назвами рослин, латинською хімічною номенклатурою.

Процес ефективного вивчення медичної термінології неможливий без звернення до етимології. Наприклад, під час вивчення латинських назв лікарських рослин або назв ліків та лікарських препаратів, під час опанування латинської хімічної номенклатури звернення до етимології активізує міжпредметні та асоціативні зв'язки і сприяє усвідомленому вивченню та запам'ятовуванню, а відтак, збільшує ефективність засвоєння медичних термінів.

Під час вивчення клінічної термінології значна увага приділяється латино-грецьким дублетам, завдяки яким клінічна термінологія є лаконічною за формою та місткою за значенням слова. Студенти вчаться пояснювати клінічні терміни, виконуючи різноманітні вправи на конструювання та декодування клінічних термінів.

Курс «Основи латинської мови з медичною термінологією» під час підготовки майбутніх фахових молодших бакалаврів за спеціальністю І 5 Медсестринство має більше практичний характер: виписування латинської частини рецепта, переклад словосполучень і невеличких текстів медичного характеру, конструювання та декодування клінічних термінів тощо. Разом з тим студенти-медики вчать крилаті латинські вирази та сталі професійні вирази, що сприяє розширенню кругозору студентів, активізує їхню пізнавальну діяльність та зацікавлює їх до вивчення латинської мови.

Використання сучасних цифрових технологій, зокрема навчальних платформ, електронних посібників, мобільних додатків, участь в онлайн конференціях сприяє ефективному засвоєнню навчального матеріалу під час змішаного навчання в умовах військового стану.

Латинська мова, опанована під час вивчення курсу «основи латинської мови з медичною термінологією», стає міцним фундаментом для фахової підготовки молодших бакалаврів та їх подальшого професійного росту .

Література

1. Tykholaz, S.I., Ratova, V.R., Mykhailiuk, H.T., & Dubova, I.O. Criterias of assessment of Latin language and medical terminology final control (graded test). *Global science:prospects and innovations : proceedings the 10th International scientific and practical conference. 23-25 May 2024, Liverpool, United Kingdom*. 2024. P. 530-533. https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/6563

2. Миронова Л.А., Кравченко О.П., Горлова О.В., Герман Л.П. Використання латинської мови як основи для формування професійної лексики майбутніх фахівців. *Інноваційна педагогіка*. 2025. Т.1, № 79. С. 34-40.

УДК 378.147.091.31-021.36:811.124:004.8]:[004.923+37-047.64]

РОЛЬ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИКІВ

Людмила ОЛІЙНИК

голова циклової комісії фундаментальних та природничих дисциплін
liudmylaoliinyk@ukr.net

Андрій РУБАН

викладач циклової комісії фундаментальних та природничих дисциплін
doctorruban@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси

Анотація. У статті визначено роль латинської мови у формуванні професійно-термінологічної компетентності здобувачів медичної освіти.

Ключові слова: латинська мова, медична термінологія, професійна компетентність, рецептура, фармацевтична термінологія.

Сучасна система медичної освіти спрямована на підготовку висококваліфікованих фахівців. Одним із важливих компонентів професійної підготовки майбутніх медиків є вивчення предмета «Латинська мова та медична термінологія». Саме тому засвоєння основ латинської мови покращує формування професійної мовної компетентності майбутніх медичних працівників.

Вивчення латини здобувачами освіти включає в себе:

1. Засвоєння медичної термінології;
2. Розуміння структури клінічних термінів;
3. Правильне читання та виписування рецептів;
4. Орієнтування у міжнародній медичній номенклатурі;
5. Формування професійної культури мовлення.

Вивчення медичної термінології є основою професійної підготовки студентів-медиків для точного розуміння анатомії, діагностики та лікування.[1]

1. Засвоєння медичної термінології базується на класичних джерелах (латинська та давньогрецька мови, які є міжнародним фундаментом науки), міжнародних терміноелементах (префікси, суфікси і корені), та професійного

спрямування (студенти вивчають не лише анатомічну і клінічну номенклатуру, а й правила побудови клінічних діагнозів та фармацевтичних назв). [1,2]

Викладачі в своїй роботі застосовують системний аналіз, словотворчі моделі та спеціальні навчальні посібники з медичної термінології. [1, 2]

Не можна не назвати типові труднощі, які доводиться долати здобувачам освіти, серед яких — великий обсяг інформації для запам'ятовування, інтерференція мов та специфіка дистанційного навчання. [1]

2. Розуміння та вивчення структури клінічних термінів є фундаментальною основою медичної освіти. Більшість медичних термінів мають греко-латинське походження, і їхнє розуміння нагадує складання конструктора. Замість механічного зазубрювання тисяч слів, студенти вчаться аналізувати їхні складові частини, терміноелементи. Вивчення терміноелементів дозволяє здобувачам освіти розуміти значення складних медичних термінів, аналізувати клінічні поняття, швидше засвоювати професійну лексику, формувати навички професійного спілкування. Будь-який складний клінічний термін зазвичай складається з трьох або чотирьох елементів: корінь, префікс, суфікс. Щоб зрозуміти значення слова, студенти вчаться читати його з кінця (із суфікса) до початку: наприклад, термін: *Hypercholesterolemia* (Гіперхолестеринемія) -emia (суфікс) = кров (стан крові), hyper- (префікс) = надмірний, підвищений holesterol (корінь) = холестерин. Значення: Надмірний вміст холестерину в крові.

Особливе значення латинська мова має у фармацевтичній галузі, оскільки рецептурна практика базується на використанні латинських назв лікарських форм, рослинної сировини та хімічних речовин.

3. Написання та читання рецептів — це одна з найважливіших базових навичок для майбутнього медичного працівника, яка вимагає точності та знання медичної латини, адже рецепт це не лише медичний документ, а він є офіційним юридичним документом. Тому здобувачі освіти уже на заняттях з латинської мови вперше вивчають структуру рецепта, граматичні правила виписування рецептів, латинські скорочення в рецептах, вчаться виписувати рецепти на різні лікарські форми та знайомляться з правилами оформлення рецептів.

4. Навчити студентів-медиків орієнтуватися у міжнародній медичній номенклатурі — це базовий етап підготовки, який забезпечує розуміння медичної спільноти в усьому світі. Головна мета полягає в тому, щоб студенти не просто зазубрювали терміни, а розуміли логіку їхньої побудови та класифікації. Ефективно побудувати цей процес допомагають ключові методичні підходи. Спочатку фундамент: анатомічна та гістологічна термінологія. Вивчаючи латинську мову, студенти розуміють структуру терміна. Робота з греко-латинськими дублетами, терміноелементами виводить здобувачів освіти на клінічний рівень, що необхідне для орієнтації в клінічних дисциплінах (хірургія, терапія, педіатрія тощо). Важливим є вивчення фармацевтичної номенклатури, коли необхідно навчити студентів мислити категоріями діючих речовин, показати як назви ліків, наприклад, класифікуються за латинськими кодами залежно від органу чи системи, на які вони діють.

5. Формування професійної культури мовлення студентів-медиків — це цілеспрямований процес розвитку навичок точного, грамотного, етичного та зрозумілого використання медичної та загальнолітературної термінології в спілкуванні з пацієнтами і колегами. [1, 2]

Основні шляхи та методи формування такої культури включають засвоєння норм літературної та медичної термінології. застосування активних методів навчання, практичне спрямування на заняттях, виховання професійної етики та деонтології.

Висновки. Латинська мова сприяє формуванню термінологічної грамотності, професійного мислення та готовності майбутніх фахівців до практичної діяльності. Вона грає важливу роль у формуванні професійної компетентності майбутніх медиків.

Література

1. Куліченко А.К. Латинська мова та медична термінологія. Ч.ІІ : Клінічна термінологія : практикум для студ.-іноз. гром. І курсу мед. ф-тів / авт.- уклад. А.К. Куліченко, Ю.С. Скрипник, І.О. Хітрова. 2-ге вид., доопрац. І доповн. Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. 81 с.

2. Дерев’янченко Н. В., Литовська О. В. Латинська мова та медична термінологія: навчальний посібник (для студентів вищих мед. навч. закладів). Харків : ХНМУ, 2017. 172 с.

3. Латинська мова : практикум для студ.-іноз. гром. І курсу мед. та фарм. фтів / авт.-уклад. А. К. Куліченко, Ю. С. Скрипник, І. О. Хітрова. 2-ге вид., доопрац. і доповн. Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. 96 с.

4.Шевченко Є. М. Латинська мова і основи медичної термінології. Київ: Медицина, 2017.

5.Закалюжний М. М. Латинська мова з медичною термінологією. Тернопіль, 2015.

УДК 378.147:811.161.2]:614.253.4

УКРАЇНСЬКА МОВА ЯК ЗАСІБ ГУМАНІЗАЦІЇ СУЧАСНОЇ ОСВІТИ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ СПІЛКУВАННЯ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Лариса ПОНУРА

завідувач навчально-методичного кабінету
larisaponura@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У тезах розглянуто роль української мови у формуванні професійної культури майбутніх медиків. Пояснено значення мовленнєвого етикету, мовленнєвої компетентності, емпатії та доступності професійної комунікації у взаємодії «медичний працівник – пацієнт». Окреслено методичні підходи до формування гуманістично орієнтованого мовлення студентів-медиків у процесі вивчення української мови за професійним спрямуванням.

Ключові слова: українська мова, професійне мовлення, медична освіта, комунікативна компетентність, культура спілкування, медичний працівник, пацієнт, гуманізація освіти.

Медична освіта на сьогодні орієнтована не лише на формування високого рівня професійних знань і клінічних умінь майбутніх медиків, а й на розвиток

їхніх етичних, комунікативних та соціальних компетентностей. У цьому розумінні українська мова є не просто навчальною дисципліною, а важливим засобом професійної діяльності медичних працівників. За допомогою слова медики встановлюють зв'язок із пацієнтами, збирають анамнез, пояснюють діагноз, повідомляють про хід лікування, формулюють рекомендації щодо застосування лікарських засобів та підтримують хворих у складних ситуаціях.

Актуальність даної теми зумовлена тим, що культура спілкування медичного працівника насамперед пов’язана з якістю фахової комунікації. Дослідження 2026 року акцентують на комунікативно-психологічному аспекті мовлення медика та визначає професіоналізм, взаєморозуміння, емпатію, повагу як важливі складові дієвої взаємодії з пацієнтом.

Гуманізація медичної освіти передбачає посилення уваги на формування здатності медика сприймати пацієнта як особистість із переживаннями, власними потребами, очікуваннями та страхами. У цьому процесі важливого значення набуває мовлення, яке може бути інструментом підтримки й створення атмосфери довіри або стати причиною психологічного відсторонення між медиком і пацієнтом.

Таким чином під час викладання української мови за професійним спрямуванням у медичній академії доцільно формувати не лише правильність і нормативність мовлення, а насамперед комунікативну готовність майбутнього медика, оскільки вона передбачає вміння добирати мовні засоби відповідно до віку та емоційного стану співрозмовника, ситуації спілкування, рівня його обізнаності, а також характеру медичної проблеми.

Важливе значення має питання співвідношення точності медичної термінології та доступності пояснення. Майбутній медичний працівник повинен володіти професійною мовою, проте використання великої кількості вузькоспеціальних термінів може ускладнювати сприйняття інформації. Одним із важливих методичних завдань є навчання студентів спростити складну фахову інформацію у зрозуміле для хворого повідомлення, яке не втратить своєї змістової точності.

Результативним засобом формування мовленнєвої компетентності є ситуативно-комунікативний підхід. На заняттях з української мови студентам доцільно пропонувати змодельовані професійні ситуації: комунікація з пацієнтами, комунікація з колегами, розмова з родичами хворого, рекомендації щодо лікування тощо. Виконання цих завдань поєднує мовні знання з професійними потребами майбутніх медичних працівників.

Доречним є використання кейс-методу, рольових ігор, діалогів, моделювання клінічних ситуацій та вправ на редагування медичних текстів.

Надважливим є формування навичок мовленнєвого етикету медика. Під час навчання необхідно звертати увагу на способи встановлення контакту, форми звертання, висловлення прохання, правила постановки запитань, незгоди чи застереження, а також на тактовне повідомлення неприємної або складної інформації. У навчальних програмах української мови для медиків мовленнєвий етикет медичних працівників та комунікативні ознаки культури мовлення вже визначаються як окремі компоненти професійної підготовки.

Важливо також формувати в майбутніх медичних працівників вміння слухати, адже професійна комунікація не обмежується правильним формулюванням власних висловлювань. Уважне вислуховування, демонстрація уваги до слів пацієнта, уточнення інформації, ввічливе реагування на емоції співрозмовника, відсутність поспішних висновків і є складовими гуманістичної моделі медичної комунікації.

Таким чином, українська мова у медичній академії має розглядатися як важливий компонент професійної підготовки майбутніх медичних працівників. Її викладання повинно відповідати гуманістичній концепції сучасної медичної освіти та виходити за межі засвоєння мовних норм і термінологічного апарату та спрямовуватися на формування культури професійного спілкування, емпатійного мовлення, комунікативної гнучкості та здатності будувати партнерські відносини з пацієнтом.

Отже, систематичне використання професійно орієнтованих комунікативних завдань, кейсів, рольових ситуацій та рефлексивного аналізу

мовлення сприятиме формуванню медика, який не лише володіє необхідними медичними знаннями, а й уміє розмовляти з пацієнтом зрозуміло, тактовно, кваліфіковано та по-людськи. В умовах сучасної медичної освіти саме культура спілкування є одним із важливих чинників гуманізації професійної підготовки.

Література

1. Ткач А., Шутак Л. Культура мовлення медичного працівника: комунікативно-психологічний аспект. *Актуальні питання суспільних наук та історії медицини*. 2026. № 1 (41). С. 85–88.

2. Шутак Л. Комунікативна компетентність медичного працівника: лінгвістичний аспект. *Актуальні питання суспільних наук та історії медицини.* 2025. № 2. С. 102.

3. Шевчук С. Українська мова за професійним спрямуванням: підручник. Київ: Алерта, 2025. 536 с.

УДК 37.016:94(477)

МЕТОДИ І ПРИЙОМИ ВИКЛАДАННЯ ІСТОРІЇ УКРАЇНИ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ГРОМАДЯНСЬКИХ ЦІННОСТЕЙ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Вікторія СУХАЦЬКА

викладач циклової комісії гуманітарних та історичних дисциплін
svy84@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації висвітлено практичний досвід використання сучасних методів і прийомів викладання історії України, спрямованих на формування громадянських цінностей та активної громадянської позиції майбутніх медичних працівників. Особливу увагу приділено навчальним дискусіям, проєктній діяльності, роботі з історичними джерелами, міждисциплінарному навчанню та дослідницькій діяльності студентів.

Ключові слова: історія України, громадянські цінності, громадянська позиція, медична освіта, критичне мислення, історична пам’ять.

Сучасний етап розвитку українського суспільства актуалізує необхідність формування та утвердження громадянських цінностей у майбутніх фахівців, зокрема медичних працівників. Відповідно до Закону України «Про вищу освіту», одним із принципів державної політики у сфері вищої освіти є сприяння утвердженню української національної та громадянської ідентичності, вихованню патріотизму, формуванню громадянської позиції та відповідальності здобувачів освіти [1]. Важливість цього напряму також визначається Законом України «Про основні засади державної політики у сфері утвердження української національної та громадянської ідентичності», який розглядає громадянсько-патріотичне виховання як наскрізний процес, спрямований на усвідомлення особистої відповідальності за розвиток держави та суспільства [2]. У цьому контексті особливого значення набуває викладання історії України, оскільки саме історичні знання створюють підґрунтя для осмислення минулого, розуміння сучасних суспільних процесів, формування ціннісних орієнтирів, громадянської позиції та відповідального ставлення до майбутнього держави. Тому актуальним є пошук ефективних методів і прийомів викладання історії України, які забезпечують не лише засвоєння навчального матеріалу, а й його особистісне осмислення майбутніми медичними працівниками.

Матеріалами та методами дослідження стали результати педагогічної діяльності автора під час викладання історії України здобувачам фахової передвищої медичної освіти в Черкаській медичній академії. У роботі використано методи аналізу та узагальнення науково-педагогічної літератури, нормативно-правових документів у сфері освіти, а також педагогічне спостереження, аналіз навчальної діяльності здобувачів освіти, проблемне навчання, дискусійні та інтерактивні методи. Особливу увагу приділено використанню історичних джерел, краєзнавчого матеріалу, біографічного та проблемно-тематичного підходів, а також осмисленню історичних подій у контексті сучасних суспільних процесів.

Практика викладання історії України здобувачам фахової передвищої медичної освіти засвідчує, що ефективність формування громадянських цінностей значною мірою залежить від використання методів, які передбачають активну участь студентів в освітньому процесі, можливість висловлювати власну позицію, аналізувати історичні події та співвідносити їх із сучасністю [3].

Одним із найбільш результативних прийомів є навчальна дискусія, яка створює умови для формування власної думки, аргументації, уміння слухати та поважати позицію іншого. Наприклад, під час вивчення теми «Історична пам’ять як складова національної ідентичності» студентам пропонуються питання: «Чому історична пам’ять є важливою для існування держави?», «Чи може суспільство розвиватися без знання власної історії?», «Яку відповідальність несе молодь за збереження історичної пам'яті?». Такі обговорення сприяють розвитку критичного мислення, уміння аргументувати власну позицію та поважати думку інших [3;4]. При цьому особлива увага приділяється формуванню академічної доброчесності, культури дискусії, поваги до різних точок зору та відповідального ставлення до інформації.

Позитивні результати у формуванні громадянських цінностей демонструє також використання проєктної діяльності. Зокрема, зі здобувачами освіти фельдшерського відділення під час занять було проведено науковий форум «Глобальні проблеми людства», у межах якого студенти самостійно досліджували актуальні суспільні проблеми, здійснювали пошук та аналіз інформації, готували власні виступи й презентували результати роботи. Така форма діяльності сприяла розвитку дослідницьких умінь, критичного мислення, самостійності та відповідальності, формувала навички командної роботи й публічного представлення власної позиції. Обговорення глобальних проблем дало можливість студентам усвідомити взаємозв’язок особистої відповідальності, суспільного розвитку та майбутнього держави.

Важливим прийомом є робота з історичними джерелами, яка передбачає їх читання, аналіз, порівняння та визначення історичного контексту. На заняттях використовуються тексти Універсалів Української Центральної Ради, Акта проголошення незалежності України, Конституції України та інших документів,

що відображають ключові етапи державотворення. Здобувачам освіти пропонується визначити основні положення документів, з’ясувати їхнє історичне значення, простежити еволюцію ідей української державності. Така робота сприяє розвитку критичного мислення, навичок самостійного аналізу історичної інформації та усвідомленню значення державної незалежності, демократичних цінностей і громадянської відповідальності [4, с. 175 – 176] .

Ефективним засобом інтеграції знань та формування ціннісного ставлення до історичного минулого стало проведення бінарного заняття з історії України та української літератури «Шістдесятництво – покоління проти течії». Поєднання історичного та літературного матеріалу дало можливість розглянути явище шістдесятництва не лише як окремий період суспільно-політичного розвитку України, а й через особисті долі представників покоління, їхню боротьбу за свободу творчості, людську гідність, національну культуру та право на власну позицію. Такий підхід сприяє емоційному та особистісному осмисленню історичних подій [5, с. 13 – 15].

Особливого значення для формування громадянських цінностей та активної громадянської позиції набуває використання тем, пов’язаних із сучасною російсько-українською війною. Особлива увага приділяється осмисленню ролі медичних працівників у період воєнних випробувань, зокрема через обговорення зі студентами проблемних питань: «Якою є місія медика під час війни?», «Чому професійний обов'язок медичного працівника ґрунтується на принципах гуманності незалежно від обставин?», «Які моральні якості необхідні фахівцю, який працює в умовах надзвичайних ситуацій?». Такі обговорення сприяють усвідомленню того, що професія медика є не лише сферою професійної діяльності, а й формою служіння суспільству. Аналізуючи приклади роботи українських військових медиків, лікарів, медичних сестер, які рятують життя людей в умовах війни, студенти доходять висновку, що професіоналізм нерозривно пов'язаний із громадянською відповідальністю, патріотизмом, милосердям та повагою до людської гідності.

Важливою складовою практичної роботи є діяльність історичного клубу «Пошук», яка створює додаткові можливості для поглибленого вивчення історії

поза межами обов’язкового навчального матеріалу. Особливе місце в роботі клубу посідає дослідження життєвого шляху та діяльності здобувачів освіти і випускників академії, які захищають або захищали Україну в російсько-українській війні. Серед них – Олександр Кондратюк, Валентина Нагорна, Даніїл Ляшкевич та Андрій Гранатовий, які віддали життя за незалежність України. Пошукова та дослідницька робота студентів, спрямована на збереження пам’яті про них, дає змогу поєднати вивчення історії з осмисленням сучасних подій, громадянської відповідальності та особистого внеску кожного у захист держави. Життєві історії загиблих захисників є для здобувачів освіти прикладом професійної відданості, мужності, патріотизму та незламності духу. Залучення місцевого історичного матеріалу сприяє усвідомленню зв’язку особистої та родинної історії з історією рідного краю й України загалом.

Отже, використання різноманітних методів і прийомів викладання історії України – навчальних дискусій, проєктної діяльності, роботи з історичними джерелами, проблемного та міждисциплінарного навчання – створює сприятливі умови для формування громадянських цінностей і активної громадянської позиції майбутніх медичних працівників. Поєднання історичного матеріалу із сучасними суспільними викликами, краєзнавчими дослідженнями та практичною діяльністю студентів сприяє розвитку критичного мислення, відповідальності, патріотизму та усвідомленню професійного обов’язку. Перспективним напрямом подальшої роботи є розширення практик дослідницької та проєктної діяльності, спрямованих на осмислення історії України, збереження історичної пам’яті та утвердження громадянських цінностей майбутніх медичних фахівців.

Література

1. Про вищу освіту: Закон України від 01.07.2014 № 1556-VII. База даних «Законодавство України». *Верховна Рада України*. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/1556-18 (дата звернення: 11.08.2026).

2. Про основні засади державної політики у сфері утвердження української національної та громадянської ідентичності: Закон України від 13.12.2022 №

2834-IX. База даних «Законодавство України». *Верховна Рада України*. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/2834-20 (дата звернення: 11.08.2026).

3. Терно С. О. Критичне мислення: методи та стиль навчання. *Наукові праці історичного факультету Запорізького національного університету.* 2019. Вип. 52, Т. 2. С. 183–189. DOI: 10.26661/swfh-2019-52-055.

4. Старжець В. Практичні заняття на уроках історії України як важливий чинник формування критичного мислення старшокласників. *Український педагогічний журнал*. 2026. № 1. С. 169–178. DOI: 10.32405/2411-1317-2026-1-169-178.

5. Пилипів В. І., Довбенко Т. В., Камбалова Я. М. Використання інтердисциплінарного підходу у формуванні сучасних методик викладання історії України. *Вісник гуманітарних наук.* 2026. № 16. DOI: 10.5281/zenodo.18716870.

УДК 378.147.091.31:808.5]:[605.336.2:[61+615.1]-052

КУРС «КУЛЬТУРА ПРОФЕСІЙНОГО МОВЛЕННЯ» ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ МОВНОКОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ В КОНТЕКСТІ СЬОГОДЕННЯ

Юрій ТИМОШЕНКО

канд. філол. наук, доцент, в. о. завідувача кафедри гуманітарних дисциплін
e-mail: tim_yuriy@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікованих матеріалах доповіді її автор прагне привернути увагу академічної спільноти до проблеми мовнокомунікативної підготовки майбутніх медичних та фармацевтичних працівників на основі вивчення навчальної дисципліни «Культура професійного мовлення», зокрема визначення її завдань і змісту в контексті забезпечення функціонування української мови як державної, імплементації у професійну практику стандартів державної мови.

Ключові слова: підготовка фахівців у ЗВО, мовнокомунікативна компетентність, культура професійного мовлення, стандарти державної мови.

Чільне місце в системі як загальної, так і фахової підготовки майбутніх бакалаврів / магістрів зі спеціальностей галузі знань І Охорона здоров'я та соціальне забезпечення посідає обов'язковий освітній компонент, спрямований на формування здатності вільно спілкуватися державною (офіційною) мовою в її усній і писемній формах, щонайперше в умовах професійного середовища. У більшості освітніх програм спеціальностей / спеціалізацій медичного профілю такий освітній компонент фігурує переважно під назвою «Українська мова за професійним спрямуванням», котра усталилася в практиці викладання української мови в закладах вищої освіти. Щоправда, останнім часом з'явилися й інші найменування цього мовознавчого компонента. Через брак обсягу тексту цієї пропонованої доповіді ми свідомо залишаємо за її межами аналіз цих найменувань та зумовлених ними модифікацій змістового наповнення навчальної дисципліни. Утім все ж не можемо не вказати на той факт, що перейменування дисципліни «Українська мова за професійним спрямуванням» нерідко має формальний характер і майже не зачіпає змісту матеріалу навчальних занять. Як відомо, одним із суттєвих недоліків викладання цього курсу у ЗВО є дублювання теоретичних відомостей із загальноосвітнього предмета «Українська мова», на що справедливо нарікають здобувачі вищої освіти, природно очікуючи від університетського мовного вишколу нових для них знань і вмінь, а не повторення вже відомого.

Таким чином, питання визначення оптимального, суголосного завданням фахового мовлення та особистістим очікуванням здобувачів вищої освіти змісту академічного курсу з української мови все ще потребує, як показує практика, свого належного розв'язання в процесі проєктування й удосконалення освітніх програм у межах академічної свободи й акредитаційних вимог, принципів і процедур систем внутрішнього й зовнішнього забезпечення якості освітньої діяльності та якості вищої освіти.

Один із можливих шляхів розв'язання цього питання вбачаємо в запровадженні в освітній процес підготовки медичних та фармацевтичних

фахівців обов'язкового курсу «Культура професійного мовлення» як альтернативи узвичаєному навчальному компоненту «Українська мова за професійним спрямуванням» або ж як доповнення до нього. Подібний університетський курс «Культура української фахової мови» запропонувала й методично обґрунтувала ще майже два десятиліття тому академік НАПН України, мовознавиця, фахівчиня в галузях лінгводидактики, риторики, стилістики, культури української мови та методики її навчання Любов Мацько. У співавторстві з Ларисою Кравець вона розробила теоретичні засади, окреслила проблемно-тематичне поле й сформувала зміст зазначеного курсу, результатом чого стала поява у серії «Альма матер» видавництва «Академія» однойменного навчального посібника [1], схвально сприйнятого викладацькою спільнотою.

Доцільність освітнього компонента саме з культури усного й писемного професійного мовлення в структурі змісту підготовки фахівців для галузі охорони здоров'я продиктована станом мовопрактики в цій публічній сфері. Тут спостерігається недостатній рівень мовленнєвої культури, відхилення від усталених норм сучасної української літературної мови. Серед чинників, які спричинюють такий стан, виокремимо: по-перше, тривалу чужомовну експансію; по-друге, невироблені у майбутніх фахівців під час навчання їх у вищій школі нормативного, еталонного мовлення, особистісної культури мовленого й написаного слова, а також здатностей висловлювати думку точно, зрозуміло, стисло, критично ставитися до порушення нормативних форм, невиправданих запозичень і невластивих українській мові елементів, урешті-решт, відповідальності за власні мовленнєві дії; по-третє, традиційний примат навчання мови (теорії), а не мовлення як практичної реалізації її засобів у повсякденній та професійній комунікативній діяльності фахівців залежно від мети, ситуації, обставин спілкування.

Курс «Культура професійного мовлення» цілеспрямований на формування в здобувачів медичної та фармацевтичної освіти мовнокомунікативної компетентності, що ґрунтується на навчанні культури дотримання норм, зокрема

кодифікованих правил, в усному та писемному мовленні як складника загальної культури особистості й суспільства, а також професійної культури.

З огляду на таку головну мету курс покликаний допомогти здобувачам бакалаврського / магістерського рівня:

1) підвищити ступінь мовної / мовленнєвої компетентності;

2) долати типові вади усного і писемного мовлення, правописні труднощі;

3) уникати порушення акцентуаційних, лексичних, морфологічних, синтаксичних, словотвірних, стилістичних та інших норм сучасної української літературної мови;

4) застосовувати інновації Українського правопису в редакції 2019 року;

5) здійснювати вибір слів, фразеологізмів, граматичних форм, синтаксичних конструкцій, мовних варіантів для максимально точного і зрозумілого висловлення думки;

6) свідомо, доречно, відповідально використовувати виражальні засоби мови залежно від мети й контексту комунікації;

7) автономно працювати над вдосконаленням професійного мовлення, розвитком чуття мови, вихованням естетичного мовного смаку.

Серед наріжних завдань курсу «Культура професійного мовлення» має стати, крім вироблення вміння володіти мовою як засобом спілкування й інструментом мислення, плекання усвідомленого ставлення до мови, з одного боку, як до джерела й механізму розвитку особистості, а з іншого боку, як до чинника консолідації, ідентифікації та самозбереження української нації, зміцнення державності й національної безпеки, збереження національної культури й історичної пам’яті.

Окремо слід наголосити, що мета й завдання освітнього компонента «Культура професійного мовлення» цілком узгоджуються з положеннями документів державних інституцій щодо розвитку та захисту української мови як державної, підвищення її ваги в усіх сферах суспільного життя, забезпечення сталого розвитку України. Так, серед найважливіших завдань, визначених у

постанові Верховної Ради України від 15 січня 2026 року № 4764-IX «Про посилення ролі української мови в утвердженні Української держави», особливе значення надано досягненню високої якості української літературної мови через дотримання правописного та усномовного стандарту, очищення мовлення від елементів, які витісняли питомі україномовні засоби[2]. А для цього, зокрема, заклади освіти всіх рівнів повинні були згідно з цією постановою скоригувати зміст навчальних програм з вивчення української мови [2].

Необхідність такого корегування зумовлена передовсім набуттям чинності нової редакції «Українського правопису» як стандарту державної мови 28 березня 2026 року, що кодифікує орфографічні, словозмінні та пунктуаційні норми[3]. З огляду на це у відкорегованих програмах навчальних дисциплін з української мови важливе місце треба відвести нормам правопису 2019 року, які зазнали змін, порівняно з нормами попередньої редакції, а також нормам, яких не було в ній, але окремі з них уже були в правописі 1928 року.

На нашу думку, в оновленому змісті навчальних дисциплін окрему увагу доцільно сфокусувати на формуванні правової мовної культури майбутніх медичних та фармацевтичних працівників у контексті дії Закону України «Про забезпечення функціонування української мови як державної», низка завдань якого, як-от: застосування української мови відповідно до вимог українського правопису та інших стандартів державної мови; вживання замість іншомовних українських слів, словосполучень і термінів у разі, якщо в українській мові існують рівнозначні відповідники, та підвищення рівня обізнаності громадян про них; запобігання вульгаризації української мови та змішуванню її з іншими мовами[4] безпосередньо корелюються, як бачимо, з завданнями курсу «Культура професійного мовлення».

Цей ще один промовистий факт, як і всі інші викладені вище аргументи, має слугувати менеджменту закладів вищої медичної та фармацевтичної освіти потужним важелем упровадження курсу «Культура професійного мовлення» в освітній процес підготовки майбутніх фахівців до ефективного спілкування

державною (офіційною) мовою та досягнення успіху в професійних комунікаціях сфери охорони здоров'я.

Література

1. Мацько Л. І., Кравець Л. В. Культура української фахової мови: навч. посіб. Київ: Академія, 2007. 360 с.

2. Про посилення ролі української мови в утвердженні Української держави: постанова Верховної Ради України від 15 січня 2026 № 4764-IX. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/4764-20#Text.

3. Стандарт державної мови «Український правопис». Офіційне вид-ня; чинний від 28.03.2026. Київ: Національна комісія зі стандартів державної мови, 2026.426 с. URL: mova.gov.ua.

4. Про забезпечення функціонування української мови як державної: Закон України від 25.04.2019 № 2704-VII. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/2704-19#Text.

УДК 37.016:81 - 028.31]:614.253:159.964.21

МОВЛЕННЄВИЙ ЕТИКЕТ У РОБОТІ МЕДИКА: ПРАВИЛА ПОБУДОВИ ДОВІРИ ТА ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТАМ

Вікторія ШПОРТ

викладач циклової філологічних та історичних дисциплін
shportviktoria79@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У статті розглянуто мовленнєвий етикет як важливу складову професійної компетентності сучасного медичного працівника. Проаналізовано роль культури професійного мовлення у формуванні довіри між медиком і пацієнтом, забезпеченні ефективної взаємодії та попередженні конфліктних ситуацій. Охарактеризовано основні принципи професійної комунікації: повагу до гідності пацієнта, доброзичливість, тактовність, емпатію, активне слухання, зрозумілість медичної інформації, конфіденційність та відповідальність за

висловлене. Особливу увагу приділено мовленнєвим стратегіям поведінки медика в емоційно напружених і конфліктних ситуаціях. Обґрунтовано необхідність формування комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників у процесі професійної підготовки.

Ключові слова: мовленнєвий етикет, професійна комунікація, медичний працівник, пацієнт, довіра, емпатія, конфлікт, комунікативна компетентність, медична деонтологія.

Професійна діяльність медичного працівника передбачає постійну взаємодію з людьми. Лікар, медична сестра, фельдшер, фармацевт щоденно спілкуються з пацієнтами, їхніми родичами, колегами, адміністрацією закладу охорони здоров’я. Саме тому професійне мовлення є не лише засобом передавання інформації, а й важливим інструментом лікувальної взаємодії.

Особливість медичної комунікації полягає в тому, що вона відбувається в умовах психологічної вразливості людини. Пацієнт може відчувати біль, страх, тривогу, невпевненість, розгубленість. У такій ситуації навіть звичайна для медичного працівника фраза може бути сприйнята пацієнтом як байдужість, грубість або зневага. Тому культура професійного мовлення безпосередньо пов’язана з якістю медичної допомоги.

Сучасна модель охорони здоров’я дедалі більше орієнтується на пацієнта як активного учасника лікувального процесу. Всесвітня організація охорони здоров’я наголошує на значенні людиноцентричного підходу, ефективної комунікації, зрозумілого мовлення, активного слухання, емпатії, поваги до гідності та недопущення осуду [1].

Мовленнєвий етикет медика є не формальним набором правил ввічливості, а складовою професійної культури та важливим чинником встановлення довірливих відносин із пацієнтом.

Він являє собою систему усталених правил мовленнєвої поведінки, які визначають доречні форми привітання, звертання, прохання, подяки, вибачення, прощання та реагування на різні комунікативні ситуації.

У професійному середовищі медика мовленнєвий етикет набуває особливого значення. Пацієнт очікує від медичного працівника не лише професійної компетентності, а й поваги, уважності та психологічної підтримки.

У навчальній літературі з медичної етики та деонтології наголошується на значенні психологічних основ спілкування медичного працівника з пацієнтом, необхідності збереження професійної таємниці, правильного інформування та врахування психологічного стану людини [3].

Професійне мовлення медика має відповідати основним принципам, таким як: повага до особистості пацієнта, доброзичливість, тактовність, коректність, уважність, емпатійність, зрозумілість, конфіденційність, емоційна врівноваженість, відповідальність за сказане.

Довіра є однією з основ ефективної лікувальної взаємодії. Людина повинна відчувати, що медичний працівник не лише професійно оцінює її стан, а й уважно ставиться до її переживань. Саме довіра формується через конкретні комунікативні дії: уважне слухання, зрозуміле пояснення, чесність, передбачуваність поведінки, дотримання професійних обіцянок.

У сучасній медицині особливого значення набуває принцип «говорити мовою пацієнта». Медична термінологія необхідна для професійного спілкування між фахівцями, однак під час розмови з пацієнтом надмірне використання складних термінів може стати комунікативною перешкодою [4].

Однією з важливих комунікативних компетентностей медика є вміння слухати. Активне слухання передбачає не пасивне сприймання слів пацієнта, а свідоме прагнення зрозуміти зміст повідомлення, його емоційний стан та потреби. Основними прийомами активного слухання є: уважність до слів співрозмовника, підтримання доречного зорового контакту, відсутність необґрунтованого перебивання, уточнення, перефразування, підсумовування, використання відкритих запитань, демонстрація зацікавленості [2].

Емпатія є важливою складовою медичної комунікації. Вона передбачає здатність зрозуміти емоційний стан іншої людини, але це не означає, що лікар

повинен повністю переймати на себе емоції пацієнта. Йдеться про професійну здатність розпізнати переживання людини та коректно на них відреагувати.

Конфлікти у сфері охорони здоров'я можуть виникати через різні причини: тривале очікування, біль, страх, нерозуміння медичної інформації, незадоволення результатом лікування, недостатню увагу персоналу. Водночас причиною конфлікту нерідко стає не сама проблема, а спосіб її комунікативного подання. Окремої уваги потребують ситуації, коли пацієнт роздратований або агресивний. Медичному працівникові важливо не відповідати агресією на агресію. Підвищення голосу, сарказм, образи або демонстративна байдужість лише посилюють конфлікт. Якщо поведінка пацієнта переходить у погрози чи образи, медичний працівник має спокійно повідомити, що така поведінка є неприпустимою.

Важливим проявом професійної культури є дотримання конфіденційності.

Етичний кодекс лікаря України визначає необхідність поважати особистість пацієнта, його право на приватність та збереження медичної таємниці [1].

Це має безпосередній стосунок до мовленнєвого етикету. Навіть правильна за змістом інформація може бути повідомлена некоректно, якщо це відбувається у присутності сторонніх осіб.

Медичний працівник повинен враховувати: де саме відбувається розмова; хто може почути інформацію; чи не порушує форма спілкування право пацієнта на приватність.

Професійна комунікація передбачає не лише що сказати, а й кому, де, коли та яким способом це сказати. Мовленнєвий етикет не обмежується словами. Значну роль відіграють тембр голосу, інтонація, темп мовлення, міміка, жести, погляд, положення тіла.

Пацієнт повинен відчувати, що медичний працівник справді присутній у комунікативній ситуації, а не просто механічно виконує професійні обов'язки.

Культура професійного мовлення медика проявляється не тільки у спілкуванні з пацієнтом, а й у взаємодії з колегами. Неприпустимими є образи,

приниження, публічне знецінення професійних якостей колеги, особливо в присутності пацієнта. У професійному середовищі доцільно критикувати не особистість, а конкретну дію.

Формування культури професійного мовлення повинно розпочинатися ще під час навчання у закладі медичної освіти. Майбутній медичний працівник має не лише засвоїти фахові знання, а й навчитися: вести професійний діалог, ставити відкриті та уточнювальні запитання, слухати пацієнта, пояснювати медичну інформацію доступною мовою, повідомляти складну інформацію, реагувати на емоційні стани, запобігати конфліктам, працювати з претензіями, дотримуватися професійної етики, комунікувати з колегами.

Висновки. Отже, мовленнєвий етикет є важливою складовою професійної культури медичного працівника. Його значення виходить далеко за межі традиційних правил ввічливості. Правильне, коректне та емпатійне мовлення безпосередньо впливає на характер взаємодії між медиком і пацієнтом.

Основними умовами ефективної професійної комунікації є повага до гідності людини, доброзичливість, тактовність, активне слухання, доступність інформації, дотримання конфіденційності та професійних меж.

Запобігання конфліктам значною мірою залежить від комунікативної поведінки самого медичного працівника. Спокійний тон, пояснення причин професійних рішень, уважне слухання, визнання емоцій пацієнта та використання партнерських мовленнєвих конструкцій дають змогу знизити рівень напруження.

Таким чином, професійне мовлення медика можна розглядати як важливий інструмент лікувального процесу. Від культури слова залежить не тільки психологічний комфорт пацієнта, а й рівень довіри до медичного працівника, готовність пацієнта до співпраці та загальна якість медичної допомоги. Формування мовленнєвої та комунікативної компетентності має стати невід’ємною складовою професійної підготовки майбутніх медичних працівників. Саме поєднання фахових знань із високою культурою професійного мовлення дає змогу реалізувати гуманістичний потенціал сучасної медицини.

Література

1. Етичний кодекс лікаря України: Прийнято та Підписано Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та X З'їздом Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27.09.2009. В*ерховна Рада України.* URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/n0001748-09 (13.09.2026).

2. Золотухін Г. О. Литвиненко М. П., Сергєєва Р. В. Фахова українська мова за професійним спрямуванням (для студентів-медиків): навч. посіб. Київ: Медицина, 2018. 392 с.

3. Ковальова Т. В., Степанова О.І . Формування культури ділового мовлення майбутніх фахівців медичної галузі. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота»*. 2023. Вип.1 (52). С.78-82.

4. Колій М. Мовленнєвий етикет у сфері медицини. *Культурно-мовна особистість фахівця у XXI столітті: мовна освіта в системі вищої школи*: зб. тез доп. Всеукр. наук. практ. конф., м. Харків, 21 берез. 2024 р. Харків: ХДАФК, 2024. С. 296-298.

ІІІ. РОЛЬ ПРИРОДНИЧИХ ДИСЦИПЛІН У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ПРАЦІВНИКІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

УДК 378:61]:574+616-084

СУЧАСНІ ВИКЛИКИ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ОСНОВ ЕКОЛОГІЇ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Марина ВЕГЕРЖИНСЬКА

викладач вищої кваліфікаційної категорії, викладач-методист.
v._marina@ukr.net
Обласна комунальна установа «Білгород-Дністровський медичний фаховий коледж», м. Білгород-Дністровський, Україна

Анотація. У публікації розглядаються сучасні виклики медичної освіти та особливості формування професійних компетентностей майбутніх медичних працівників під час вивчення освітнього компонента «Основи екології та профілактичної медицини». Висвітлено значення компетентнісного, практико-орієнтованого та міждисциплінарного підходів, а також використання сучасних освітніх і цифрових технологій у підготовці майбутніх фахівців. Акцентовано увагу на формуванні у здобувачів освіти умінь оцінювати фактори ризику для здоров'я, обґрунтовувати профілактичні заходи та застосовувати отримані знання у професійній діяльності.

Ключові слова: медична освіта, професійні компетентності, профілактична медицина, компетентнісний підхід, цифрові технології.

Сучасний етап розвитку медичної освіти характеризується динамічними змінами у змісті професійної діяльності медичних працівників, зростанням вимог до якості підготовки фахівців та необхідністю швидкого реагування на нові виклики у сфері охорони здоров'я. Основні напрями трансформації освітнього процесу в закладах медичної освіти відбуваються в умовах цифровізації, стрімкого розвитку медичної науки і технологій, воєнних викликів,

зміни потреб системи охорони здоров’я та необхідності забезпечення якості медичної допомоги. У цьому контексті вивчення освітнього компонента «Основи екології та профілактичної медицини» слід розглядати як важливий елемент формування професійного мислення майбутнього медичного працівника, його готовності до профілактичної діяльності та відповідального прийняття рішень у реальних умовах медичної практики.

Сьогодні професійна діяльність медичного працівника не обмежується діагностикою, лікуванням і доглядом за пацієнтом. Важливого значення набувають профілактична спрямованість, оцінювання факторів ризику, збереження громадського здоров’я, формування здорового способу життя та розуміння впливу навколишнього середовища на організм людини. Для України додатковими чинниками, що впливають на стан довкілля та здоров’я населення, є наслідки воєнних дій, руйнування інфраструктури, забруднення територій, порушення систем водопостачання та поводження з відходами. Актуальність проблеми посилюється впливом воєнних дій, необхідністю організації освітнього процесу в умовах безпекових ризиків, дистанційного та змішаного навчання, а також зростанням потреби у фахівцях, здатних працювати в умовах надзвичайних ситуацій. Саме тому особливого значення набуває компетентнісний підхід, орієнтований на практичне застосування знань і формування професійно значущих умінь.

Медична освіта в Україні сьогодні розвивається в умовах значних суспільних, технологічних та безпекових змін. Одним із важливих завдань сучасної медичної освіти є формування фахівця, здатного діяти в нестандартних та кризових ситуаціях, швидко аналізувати інформацію, оцінювати ризики для здоров’я та приймати обґрунтовані професійні рішення.

Для України актуальними є питання впливу воєнних дій на навколишнє середовище: забруднення повітря, води та ґрунтів, утворення значних обсягів відходів, пошкодження інфраструктури, санітарні ризики на деокупованих і постраждалих територіях. Тому майбутній медичний працівник повинен розуміти взаємозв’язок між екологічними факторами та станом здоров’я

населення. У цих умовах важливу роль відіграє освітній компонент «Основи екології та профілактичної медицини», яка формує у студентів знання про фактори ризику, принципи профілактики захворювань, санітарно-гігієнічні вимоги та способи збереження здоров'я. Використання практичних ситуацій, кейсів, цифрових ресурсів та міждисциплінарного навчання допомагає наблизити освітній процес до реальних умов майбутньої професійної діяльності. Такі форми навчання розвивають критичне мислення, самостійність, відповідальність і здатність приймати професійні рішення.

У процесі навчання студенти набувають умінь визначати основні фактори ризику, оцінювати їхній вплив на організм, аналізувати санітарно-гігієнічні умови та обґрунтовувати профілактичні заходи. Важливим результатом є формування здатності застосовувати отримані знання у конкретних професійних ситуаціях.

Важливу роль відіграє міждисциплінарний зв'язок екології та профілактичної медицини з мікробіологією, епідеміологією, інфектологією, гігієною та клінічними дисциплінами. Це допомагає здобувачам освіти комплексно оцінювати фактори, що впливають на здоров'я, та розуміти значення профілактики у професійній діяльності. Таким чином, вивчення основ екології та профілактичної медицини сприяє формуванню професійно компетентного медичного працівника, здатного оцінювати ризики для здоров'я, застосовувати профілактичні знання на практиці та відповідально діяти в сучасних умовах.

Вивчення «Основ екології та профілактичної медицини» сприяє формуванню комплексу професійних компетентностей, необхідних майбутньому медичному працівникові. Зокрема, у студентів формуються:

- екологічна компетентність – розуміння взаємозв'язку між станом довкілля та здоров'ям людини, уміння визначати основні екологічні фактори ризику;
- профілактична компетентність – здатність визначати чинники виникнення захворювань та обґрунтовувати заходи щодо їх попередження;

- санітарно-гігієнічна компетентність – уміння оцінювати умови проживання, навчання та праці, якість води, повітря, харчування та інші фактори середовища;
- аналітична компетентність – здатність збирати, аналізувати та оцінювати інформацію про фактори, що впливають на здоров'я населення;
- комунікативна компетентність – уміння доступно пояснювати пацієнтам правила здорового способу життя, профілактики захворювань та безпечної поведінки;
- цифрова компетентність – здатність використовувати цифрові освітні та інформаційні ресурси для пошуку, опрацювання й представлення професійної інформації;
- командна компетентність – готовність до ефективної взаємодії з медичними працівниками під час вирішення профілактичних та санітарно-гігієнічних завдань;
- компетентність прийняття професійних рішень – здатність оцінювати ситуацію, визначати можливі ризики та обирати обґрунтовані профілактичні заходи;
- здоров'язбережувальна компетентність – усвідомлення відповідальності за збереження власного здоров'я, здоров'я пацієнтів та громадського здоров'я.

Формування зазначених компетентностей допомагає студентам переносити набуті знання у практичну площину та формує готовність до виконання професійних обов'язків. Особливого значення набуває здатність майбутнього медичного працівника виявляти фактори ризику, оцінювати їхній вплив на здоров'я, визначати пріоритетні профілактичні заходи та аргументовано рекомендувати їх пацієнтам. Саме ці вміння забезпечують практичну спрямованість дисципліни та її зв'язок із майбутньою професійною діяльністю.

Сучасні виклики медичної освіти в Україні зумовлюють необхідність удосконалення професійної підготовки майбутніх медичних працівників та

посилення її практичної спрямованості. Вивчення освітнього компонента «Основи екології та профілактичної медицини» з застосуванням компетентнісного підходу сприяє розвитку екологічної, профілактичної, санітарно-гігієнічної, аналітичної, комунікативної та цифрової компетентностей студентів. Міждисциплінарна інтеграція екологічних, гігієнічних, епідеміологічних та клінічних знань забезпечує системне бачення професійних проблем і сприяє розвитку критичного мислення. Особливої актуальності це набуває в умовах сьогодення, де медичні працівники зіштовхуються з новими екологічними, санітарними та безпековими викликами пов'язаними з наслідками воєнних дій.

Література

1. Давидова Ж. В. Самодіагностика й рефлексія щодо рівня сформованості професійної компетентності майбутнього лікаря в освітньому процесі закладу вищої освіти. *Медична освіта*. (2025) № 1. С. 126–130**.**

2. Маланчук Л. М., Грабчак С. О., Маланчук С. Л. Інтеграція новітніх форм та методів навчання у медичних закладах вищої освіти з прикладами реального застосування. *Медична освіта*. (2024) № 1. С. 92–98.

3. Стинська В. В., Кліщ І. П., Кравець Н. С. Інноваційні педагогічні стратегії в підготовці медичних і фармацевтичних кадрів в Україні. *Медична освіта*. (2025) № 2. С. 35–41.

УДК 378.147.091.31-021.36:54]:614.2-051

ВИКОРИСТАННЯ МОЛЕКУЛЯРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ У ВИКЛАДАННІ ХІМІЇ ДЛЯ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Юлія КАРПЕНКО

доктор філософії, доцент, викладач кафедри природничих дисциплін
karpenkou542@gmail.com
Черкаська медична академія, м.Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто актуальні питання модернізації викладання хімічних дисциплін у закладах медичної освіти в умовах цифровізації. Обґрунтовано значення хімії як фундаментальної науки для підготовки майбутніх фахівців галузі охорони здоров'я та визначено роль сучасних інноваційних технологій у підвищенні якості навчального процесу.

Особливу увагу приділено використанню технологій молекулярного моделювання як ефективного засобу візуалізації просторової будови молекул, аналізу міжмолекулярних взаємодій та прогнозування фізико-хімічних властивостей речовин. Показано, що застосування комп'ютерного моделювання сприяє глибшому розумінню студентами зв'язку між хімічною структурою та біологічною активністю сполук, зокрема лікарських засобів.

Зроблено висновок, що інтеграція технологій молекулярного моделювання у викладання хімії підвищує мотивацію здобувачів освіти, забезпечує наочність навчання та сприяє формуванню сучасних професійних компетентностей у майбутніх фахівців галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: молекулярне моделювання, медична хімія, цифровізація освіти, біологічно активні речовини, лікарські засоби, компетентнісний підхід, майбутні фахівці охорони здоров'я.

Сучасний розвиток медичної науки та цифрових технологій зумовлює необхідність удосконалення підготовки майбутніх фахівців галузі охорони здоров'я, зокрема шляхом упровадження інноваційних методів навчання природничих дисциплін. Хімія є однією з фундаментальних дисциплін медичної освіти, оскільки забезпечує розуміння будови та властивостей біологічно

активних речовин, механізмів дії лікарських засобів, особливостей перебігу біохімічних процесів в організмі людини.

Однією з актуальних тенденцій модернізації хімічної освіти є використання технологій молекулярного моделювання, які дозволяють візуалізувати просторову будову молекул, досліджувати міжмолекулярні взаємодії та прогнозувати фізико-хімічні властивості речовин. На відміну від традиційних методів навчання, молекулярне моделювання сприяє формуванню наочного уявлення про складні хімічні процеси, підвищує мотивацію здобувачів освіти та розвиває навички аналізу й інтерпретації наукової інформації.

Особливої значущості використання молекулярного моделювання набуває у підготовці майбутніх працівників галузі охорони здоров'я, оскільки сучасна медицина активно використовує результати комп'ютерного моделювання під час розроблення лікарських препаратів, вивчення механізмів взаємодії лігандів з біологічними мішенями, дослідження структури білків та інших біомолекул. Ознайомлення студентів із можливостями таких технологій сприяє формуванню професійних компетентностей, необхідних для роботи в умовах цифровізації охорони здоров'я та розвитку персоналізованої медицини.

Мета дослідження – дослідити ефективність застосування технологій молекулярного моделювання під час вивчення хімічних дисциплін у закладах медичної освіти та визначити їхній вплив на якість підготовки майбутніх працівників галузі охорони здоров'я в умовах цифровізації освітнього процесу.

Молекулярне моделювання являє собою сукупність комп'ютерних методів, що дозволяють створювати, візуалізувати та досліджувати просторову будову молекул, їхні фізико-хімічні характеристики та взаємодію з іншими речовинами. Використання спеціалізованих програмних засобів дає можливість студентам працювати з тривимірними моделями молекул, аналізувати їхню геометрію, визначати типи хімічних зв'язків, вивчати особливості електронної будови та прогнозувати реакційну здатність сполук.

Під час викладання хімічних дисциплін майбутнім працівникам галузі охорони здоров'я технології молекулярного моделювання можуть бути використані при вивченні тем «Будова атома і хімічний зв'язок», «Органічні

сполуки», «Біологічно активні речовини», «Білки та нуклеїнові кислоти», «Лікарські препарати та механізми їх дії». Зокрема, студенти можуть досліджувати просторову структуру молекули глюкози, амінокислот, гемоглобіну, ацетилсаліцилової кислоти, парацетамолу або антибіотиків, що сприяє кращому розумінню взаємозв’язку між хімічною будовою речовини та її біологічними властивостями. Після створення малюнків і тривимірних моделей доцільним є використання структурно-логічних схем як засобу систематизації та узагальнення навчального матеріалу. Такий підхід сприяє переходу від візуального сприйняття окремих об'єктів до усвідомлення взаємозв'язків між їх структурою, властивостями та функціями. Структурно-логічні схеми дозволяють здобувачам освіти інтегрувати отримані знання, виокремлювати причинно-наслідкові зв'язки, формувати цілісне уявлення про досліджувані явища та процеси. Поєднання тривимірного моделювання зі схематичним відображенням інформації активізує аналітичне мислення, полегшує запам'ятовування складних понять і сприяє розвитку професійних компетентностей, необхідних для подальшої практичної діяльності в галузі охорони здоров'я [1].

Під час вивчення теми «Лікарські засоби, що впливають на серцево-судинну систему» здобувачі освіти можуть використовувати методи молекулярного моделювання для аналізу структури β-адреноблокаторів (наприклад, пропранололу) та їх взаємодії з β-адренорецепторами.

За допомогою комп’ютерних програм студенти створюють тривимірні моделі молекули лікарського засобу та активного центру рецептора, після чого досліджують типи взаємодій (водневі зв’язки, гідрофобні та електростатичні взаємодії), що забезпечують утворення комплексу «ліганд–рецептор». Це дозволяє наочно пояснити механізм блокування рецептора та зниження впливу адреналіну на серцевий м’яз [2].

Таке моделювання дає змогу пов’язати хімічну будову сполуки з її біологічною активністю, сприяє кращому розумінню механізмів дії лікарських препаратів та формує у студентів навички роботи з сучасними цифровими інструментами, що використовуються у фармацевтичних дослідженнях і розробці нових лікарських засобів.

Особливий інтерес для майбутніх медичних працівників становить моделювання взаємодії лікарських засобів із біологічними мішенями. Візуалізація процесів зв'язування молекули лікарської речовини з рецептором або ферментом дозволяє зрозуміти механізми фармакологічної дії препаратів, причини їхньої ефективності та можливих побічних ефектів. Такий підхід сприяє формуванню клінічного мислення та міждисциплінарної інтеграції знань з хімії, біохімії, фармакології та медицини.

Застосування молекулярного моделювання також відповідає сучасним тенденціям цифровізації освіти та реалізації компетентнісного підходу. Робота з цифровими моделями розвиває навички дослідницької діяльності, критичного мислення, аналізу наукових даних та використання інформаційно-комунікаційних технологій у професійній діяльності. Крім того, використання інтерактивних моделей підвищує навчальну мотивацію студентів, забезпечує наочність навчання та сприяє більш глибокому засвоєнню складних теоретичних понять.

Отже, інтеграція технологій молекулярного моделювання у викладання хімії створює сприятливі умови для підвищення якості природничо-наукової підготовки майбутніх фахівців галузі охорони здоров'я та формування професійних компетентностей, необхідних для успішної діяльності в умовах розвитку сучасної медицини.

Література

1. Снісар О. А., Кухнюк О. В., Ліфер К. О. Впровадження структурно-логічних схем для візуалізації хімічних знань при підготовці фармацевтичних фахівців. *Наукові інновації та передові технології. Державне управління, економіка, право, педагогіка, психологія*. 2026. № 5(57). С. 2545-2555.

2. RAPID-Net: Accurate Pocket Identification for Binding-Site-Agnostic Docking / Yaroslav Balytskyi, Inna Hubenko, Alina Balytska, Christopher V. Kelly. *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2025. Vol. 65(22). P. 12221-12239.

УДК 378.147:577.1

ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ

Ганна КОРОЛЬ

Викладач вищої категорії
ganna-kozoriz@ukr.net
Уманський медичний фаховий коледж, м. Умань, Україна

Анотація. У статті розглянуто роль вивчення кислотно-основного стану організму у формуванні клінічного мислення майбутніх медичних фахівців. Висвітлено можливості використання практико-орієнтованих завдань, клінічних ситуацій та аналізу лабораторних показників у процесі професійної підготовки здобувачів освіти.

Ключові слова: клінічне мислення, майбутні медичні фахівці, кислотно-основний стан, медична хімія, практико-орієнтоване навчання, ситуаційні задачі.

Сучасна медична освіта має на меті виховати фахівця, який здатний поєднати основні знання з практикою та застосувати їх для вирішення різних професійних завдань. До ключових умінь майбутнього медичного працівника належить клінічне мислення, яке вимагає аналізувати отриману інформацію, встановлювати зв’язки між причинами та наслідками, інтерпретувати результати досліджень та обґрунтовувати висновки, які мають значення для лікування. Розвиток таких навичок відбувається не тільки під час вивчення клінічних дисциплін, але й під час вивчення фундаментальних природничих наук.

Біонеорганічна хімія – це наука, яка вивчає хімічний склад, обмін речовин та енергії, а також молекулярні основи функціонування живих організмів[1, С. 4]. Особливу увагу заслуговує вивчення кислотно-основного стану організму, адже його порушення виникають при різних захворюваннях. Вивчення буферних систем, способів регуляції рівноваги між кислотами і основами, а також аналіз показників *pH*, тиску вуглекислого газу та концентрації гідрокарбонатів

допомагає здобувачам освіти розуміти біохімічні процеси та зв’язок між результатами аналізів і змінами в організмі.

Актуальність дослідження полягає в тому, щоб зробити викладання біонеорганічної хімії більш практичною та знайти методи, які допоможуть здобувачам освіти застосовувати теоретичні знання у реальних професійних ситуаціях. Використання клінічних завдань, питань, аналізу результатів лабораторних тестів та алгоритмів визначення порушень кислотно-основного стану допомагає розвивати аналітичні навички та формувати клінічне мислення майбутніх фельдшерів.

Мета статті – обґрунтувати важливість вивчення кислотно-основного стану організму для розвитку клінічного мислення та визначити методи навчання, що спрямовані на практичне застосування знань під час викладання біонеорганічної хімії.

Формування клінічного мислення під час вивчення кислотно-основного стану організму передбачало поєднання теоретичної підготовки з практико-орієнтованими завданнями. Основна увага приділялася розвитку вмінь аналізувати показники газового складу крові, встановлювати причинно-наслідкові зв’язки між їх змінами та порушеннями кислотно-основної рівноваги, обґрунтовувати отримані висновки.

На початковому етапі педагогічного спостереження встановлено, що здобувачі освіти переважно володіли теоретичними визначеннями, проте мали труднощі з їх застосуванням під час аналізу клінічних ситуацій. Найбільші складнощі виникали під час визначення характеру порушення кислотно-основного стану та пояснення взаємозв’язку між лабораторними показниками і патологічним процесом.

Для подолання зазначених труднощів використовувалися проблемні запитання, клінічні ситуаційні задачі, робота в малих групах та обговорення клінічних випадків. Під час виконання завдань здобувачі освіти послідовно аналізували вихідні дані, оцінювали показники газового складу крові, визначали характер порушення, встановлювали можливі причини та формулювали

обґрунтований висновок. Така організація освітньої діяльності сприяла переходу від репродуктивного засвоєння матеріалу до його практичного застосування.

Позитивна динаміка була встановлена за результатами оцінювання ситуаційних задач. Якщо на початковому етапі правильно виконували завдання 23% здобувачів освіти, то після систематичного використання клінічно орієнтованих завдань цей показник зріс до 82 %, тобто на 59 процентних пунктів.

Етап оцінювання	Правильне виконання ситуаційних задач
До застосування методики	23%
Після застосування методики	82%
Приріст	59%

Таб.1 Порівняльні результати виконання клінічно орієнтованих ситуаційних задач

Педагогічне спостереження засвідчило також якісні зміни у характері відповідей здобувачів освіти: вони частіше аргументували власні висновки, встановлювали причинно-наслідкові зв'язки та пов'язували зміни лабораторних показників із механізмами патологічних процесів. Отримані результати підтверджують доцільність практико-орієнтованого підходу до вивчення медичної хімії та використання клінічних ситуацій як засобу формування клінічного мислення майбутніх медичних фахівців.

Вивчення кислотно-основного стану організму створює сприятливі умови для формування клінічного мислення майбутніх медичних фахівців, оскільки вимагає не лише засвоєння теоретичних знань, а й уміння застосовувати їх для пояснення змін у стані організму. Під час занять здобувачі освіти навчалися встановлювати зв'язок між показниками кислотно-основної рівноваги, газового складу крові та механізмами патологічних процесів.

Науковим підґрунтям такого аналізу є рівняння Гендерсона–Гассельбальха, яке демонструє залежність pH крові від співвідношення гідрокарбонатного та вуглекислотного компонентів: $pH=pKa+\log(\frac{[COH_3^-]}{a*pCO_2})$. Ця формула дозволяє студентам зрозуміти, що зміна pH є результатом порушення співвідношення між компонентами буферної системи. При цьому (HCO_3^-)

характеризує метаболічний компонент кислотно-основної рівноваги, а (pCO_2) – її респіраторний компонент.

Розуміння механізмів функціонування буферних систем є важливим для формування у здобувачів освіти системного бачення фізіологічних і патологічних процесів. Під час вивчення кислотно-основного стану увага зосереджувалася на гідрокарбонатній, фосфатній, білковій та гемоглобіновій буферних системах, а також на ролі легень і нирок у підтриманні кислотно-основної рівноваги.

Для практичного застосування отриманих знань здобувачам освіти пропонувався алгоритм аналізу показників кислотно-основного стану: оцінювання pH, визначення змін pCO_2 та HCO_3^-, встановлення характеру порушення, визначення можливих причин і формулювання висновку. Такий алгоритм допомагав їм послідовно аналізувати лабораторні дані та встановлювати причинно-наслідкові зв'язки.

Особливу увагу приділяли ситуаційним задачам, у яких необхідно було інтерпретувати результати лабораторних досліджень. Наприклад, за показників pH 7,28, pCO_2 52 мм рт. ст. та HCO_3^- 24 ммоль/л здобувачі освіти мали визначити характер порушення кислотно-основного стану та обґрунтувати свій висновок. Виконання таких завдань вимагало не лише знання нормативних показників, а й уміння логічно пояснювати їх взаємозв'язок.

Під час педагогічного спостереження встановлено, що після систематичного використання клінічно орієнтованих завдань здобувачі освіти стали впевненіше аналізувати лабораторні показники, аргументувати відповіді та пов'язувати зміни кислотно-основного стану з механізмами патологічних процесів. Частка правильного виконання ситуаційних задач зросла з 23 % до 82 %, що становить приріст на 59 процентних пунктів.

Отримані результати підтверджують доцільність використання практико-орієнтованих методів під час вивчення кислотно-основного стану. Клінічні ситуації дають змогу поєднати теоретичні знання з практичним аналізом,

розвивати аналітичні вміння та створювати умови для формування клінічного мислення майбутніх медичних фахівців.

Вивчення кислотно-основного стану організму має значний потенціал для формування клінічного мислення майбутніх медичних фахівців. Поєднання теоретичного матеріалу з аналізом клінічних ситуацій сприяє розвитку вмінь інтерпретувати лабораторні показники, встановлювати причинно-наслідкові зв’язки та обґрунтовувати професійні висновки.

Застосування ситуаційних задач, проблемних запитань та алгоритмів аналізу сприяло підвищенню результативності навчання: правильність виконання завдань зросла з 23 % до 82 %. Отже, практико-орієнтований підхід до вивчення кислотно-основного стану є доцільним засобом розвитку аналітичних навичок і формування клінічного мислення здобувачів освіти медичного коледжу.

Література

1. Заічко Н. В., Мельник А.В. Навчально – методичний посібник з біологічної хімії; Вінницький нац. мед. ун-т ім. М.І. Пирогова. Вінниця, 2019. С.135.

2. Філімонов В. І. Клінічна фізіологія: підручник / В. І. Філімонов, Д. І. Маракушин, К. В. Тарасова [та ін.]. 2-ге вид. Київ: ВСВ «Медицина», 2021. 632 с.

УДК 378.147"20":577.16

СУЧАСНІ МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ (НА ПРИКЛАДІ ТЕМИ «ВІТАМІНИ»)

Каріна ЛІФЕР

викладач кафедри природничих дисциплін
karina.lifer@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Олена СНІСАР

к. пед. н., доцент, завідувач кафедри природничих дисциплін
snisar.elena20@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У статті розглянуто методичні підходи до викладання біологічної хімії у закладах вищої медичної та фармацевтичної освіти. Обґрунтовано доцільність поєднання принципів наступності навчання, структурування та систематизації навчального матеріалу, застосування міждисциплінарної інтеграції та методів візуалізації. Як для дисципліни природничого циклу, для біологічної хімії, важливим є розв’язання експериментальних завдань під час лабораторних робіт. Практичне спрямування реалізується через клінічно орієнтоване навчання, що включає вирішення проблемних та ситуаційних клінічних завдань. На прикладі теми «Вітаміни» продемонстровано застосування відповідних методичних підходів.

Ключові слова: сучасні методичні підходи, біологічна хімія, вітаміни, медичні фахівці, фармацевтичні фахівці.

Одним із важливих завдань сучасної вищої медичної та фармацевтичної освіти є не лише засвоєння здобувачами теоретичних знань, а й формування здатності застосовувати їх для пояснення механізмів розвитку патологічних процесів і розв’язання професійно орієнтованих завдань. Особливого значення це набуває під час вивчення біологічної хімії, яка забезпечує розуміння молекулярних основ фізіологічних і патологічних процесів.

Матеріали та методи. Обґрунтувати та систематизувати методичні підходи до викладання біологічної хімії у закладах вищої медичної та фармацевтичної освіти.

Результати та їх обговорення. Біологічна хімія посідає важливе місце у фундаментальній підготовці майбутніх лікарів та фармацевтів, оскільки поєднує знання про структуру біологічно активних речовин, ферментативні реакції, метаболічні шляхи, механізми розвитку патологічних станів, перетворення лікарських препаратів в організмі людини. Тому актуальним є пошук таких методів навчання, які б дозволяли розглядати біохімічні відомості у взаємозв'язку з функціональними та клінічними проявами порушень метаболізму.

Однією з важливих тем курсу біохімії є тема «Вітаміни», що розкриває роль цих біологічно активних речовин в метаболізмі, механізмах виникнення вітамінодефіцитних станів, що необхідно для подальшого опанування фізіології, фармакології та клінічних дисциплін [1].

Опрацювання теми «Вітаміни» доцільно здійснювати з урахуванням принципу наступності навчання. На початкових етапах підготовки у здобувачів освіти формуються загальні уявлення про біологічно активні речовини, особливості регуляції клітинних процесів та значення вітамінів для функціонування організму. Під час подальшого вивчення біологічної хімії ці знання поглиблюються шляхом аналізу хімічної будови вітамінів, їх активних і коферментних форм та участі у конкретних метаболічних реакціях.

Особливу увагу доцільно приділяти не ізольованому запам'ятовуванню коферментних форм, а встановленню їх функціонального значення. Наприклад, тіамінпірофосфат бере участь у транскетолазних реакціях та реакціях окисного декарбоксилювання α-кетокислот; флавінаденіндинуклеотид і флавінмононуклеотид виконують роль коферментів низки окисно-відновних реакцій; NAD^+ і $NADP^+$ беруть участь у перенесенні відновних еквівалентів; піридоксальфосфат є коферментом реакцій метаболізму амінокислот [1, 2].

Здобувачів освіти необхідно навчити структурувати значний обсяг навчального матеріалу й акцентувати увагу не на механічному відтворенні інформації, а на причинно-наслідкових зв'язках. Для кожного вітаміну доцільно використовувати єдиний алгоритм вивчення: хімічна природа → активна або коферментна форма → біохімічна реакція → метаболічний процес → наслідки дефіциту → клінічні прояви.

Структурування варто поєднувати із систематизацію навчального матеріалу. Доцільним є використання фреймів, опорних конспектів, узагальнюючих таблиць, схем і метаболічних карт, у яких відомості про вітаміни подаються за однаковими критеріями: назва, хімічна природа, джерела надходження, активна або коферментна форма, біохімічні функції, прояви недостатності та надлишку [3]. Корисним доповненням є цифрова візуалізація. Тривимірні моделі ферментів, схеми метаболічних шляхів та інтерактивні зображення можуть використовуватися для демонстрації просторової взаємодії коферменту з ферментом, локалізації окремих реакцій та наслідків блокування певного етапу метаболічного процесу.

Важливим елементом є застосування міждисциплінарної інтеграції. Це можна продемонструвати на прикладі регуляторної ролі окремих вітамінів. Похідні вітамінів A і D взаємодіють із внутрішньоклітинними рецепторами та впливають на регуляцію експресії генів [1]. Даний приклад ілюструє інтеграцію знань з біохімії, молекулярної біології та фізіології.

Розв'язання експериментальних завдань під час лабораторних робіт включає проведення якісних реакцій на окремі вітаміни та їх кількісне визначення. Такі підходи можуть передбачати аналіз клінічних показників, обговорення принципів лабораторного дослідження, виконання практичних маніпуляцій та подальший аналіз отриманих результатів. Наприклад, визначення аскорбінової кислоти методом титрування дозволяє встановити масову частку вітаміну C у фармацевтичних препаратах.

Клінічно орієнтоване навчання, що реалізується через аналіз проблемних, ситуаційних клінічних завдань, якнайкраще забезпечує міждисциплінарну

інтеграцію. Здобувачам освіти можна запропонувати короткий опис скарг, анамнезу, особливостей харчування та результатів лабораторних досліджень. Завдання полягає не лише у визначенні ймовірного дефіциту певного вітаміну, а й у поясненні біохімічного механізму розвитку відповідних симптомів. Наприклад, при аналізі клінічних проявів цинги здобувач повинен установити зв'язок між недостатністю аскорбінової кислоти, порушенням реакцій гідроксилювання під час утворення колагену та змінами з боку сполучної тканини [1]. Під час розгляду дефіциту вітаміну B_{12} доцільно пов'язувати клінічну симптоматику з порушенням відповідних метаболічних реакцій та змінами процесів кровотворення і функціонування нервової системи. Іншими прикладами можуть бути ситуаційні завдання, пов'язані з пелагрою, рахітом, дефіцитом тіаміну або порушеннями обміну фолієвої кислоти. Важливо, щоб запитання до клінічного випадку вимагали від здобувача освіти не відтворення готового тексту підручника, а побудови логічного ланцюга від біохімічного дефекту до клінічного прояву.

Додатковим способом активізації навчальної діяльності є робота в малих групах. Кожна група може отримати окремий клінічний випадок, в якому необхідно визначити основну проблему, запропонувати біохімічне пояснення виявлених симптомів та представити його іншим учасникам заняття. Викладач у цьому разі виконує переважно функцію модератора, спрямовуючи обговорення та коригуючи помилки. Робота в малих групах особливо корисна при аналізі випадків, для яких однакові або подібні симптоми можуть мати різні метаболічні причини. Це дає можливість залучати елементи диференційного аналізу вже на етапі вивчення фундаментальних дисциплін.

Одним із підходів, що може бути використаний при вивченні теми «Вітаміни», є технологія «перевернутого класу» (flipped classroom). Вона передбачає попереднє самостійне опрацювання частини теоретичного матеріалу, тоді як аудиторний час використовується для обговорення складних питань, аналізу метаболічних схем і виконання практичних завдань. Наприклад, класифікацію вітамінів, основні джерела та назви коферментних форм здобувачі

освіти можуть опрацювати до заняття, а в аудиторії зосередитися на аналізі механізмів біохімічних порушень і клінічних ситуацій.

Висновки. Біологічна хімія – це фундаментальна дисципліна у професійній підготовці фахівців медицини та фармації. Вона охоплює вивчення структури та фізико-хімічних властивостей біомолекул, хімічних перетворень речовин у процесі метаболізму, дослідження біохімічних основ фізіологічних процесів. Такий значний об'єм даних, складність і багатовимірність процесів, що вивчає біологічна хімія вимагають застосування цілого спектру методологічних підходів до викладання дисципліни. Поєднання різних методик та підходів залежить від особливостей теми, структури заняття, початкового рівня підготовки здобувачів освіти та прогнозованих результатів навчання. Застосування сучасних методологічних підходів при викладанні біологічної хімії дозволяє забезпечити комплексний міждисциплінарний підхід, перейти від засвоєння знань на формування практичних умінь, навчання вирішувати завдання у професійній діяльності.

Література

1. Біологічна і біоорганічна хімія : базовий підручник : у 2 кн. / за ред. Ю. І. Губського, І. В. Ніженковської. 3-тє вид., стереотип. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 544 с.

2. Мерфі М., Шрівастава Р., Дінс К. Клінічна біохімія. Текст і кольорові ілюстрації: пер. 7-го вид. Київ: ВСВ «Медицина», 2024. 183 с.

3. Застосування структурно-логічних схем при викладанні аналітичної, токсикологічної, органічної та біологічної хімій / О. А. Снісар, О. В. Кухнюк, Ф. Ф. Боєчко, К. О. Ліфер, Л. А. Канак. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*. 2023. Вип. 93. С. 114-118.

УДК 378.147]:54:61

УДОСКОНАЛЕННЯ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ХІМІЇ

Олена МАРУСЕНКО

викладач-методист, викладач медичної хімії
emarusenko4@gmail.com
Чернігівський базовий фаховий медичний коледж, м. Чернігів, Україна

Анотація. У цій статті розглядається значущість професійної спрямованості у викладанні медичної хімії, як частини системи підготовки майбутніх медичних фахівців середньої ланки. Використовуючи компетентнісний підхід до навчання, проведено аналітичний огляд проблеми та експериментальні дослідження для виявлення умов формування професійного мислення у студентів.

Ключові слова: медична хімія, професійна спрямованість, міждисциплінарна інтеграція, компетентність, практичні навички, удосконалення.

Навчальна дисципліна «Медична хімія» є адаптованою версією класичного курсу хімії, що включає ключові розділи біонеорганічної, біоорганічної, фізичної та колоїдної хімії, орієнтовані на потреби медицини. Метою є підготувати висококваліфікованих медичних фахівців, які володіють як теоретичними знаннями, так і практичними навичками, необхідними для успішного професійного розвитку.

Практика викладання цього курсу в медичному коледжі демонструє, що ефективне засвоєння предмету відбувається лише за умови створення сприятливих педагогічних умов, серед яких ключову роль відіграє активізація пізнавальної діяльності студентів. [1, с.35]

Активний інтерес викликає глибокий аналіз та усвідомлення процесів, що сприяє формуванню цілісного розуміння предмета. Завдяки наполегливості в пошуку знань студент поступово переходить від простого сприйняття до власних переконань. Адже метою навчального процесу є розвиток не лише знань, а й особистості.

У медичному коледжі лекційні заняття з медичної хімії набувають все більшої значущості, що вимагає перегляду форм їх проведення. Це зумовлено

двома основними чинниками. По-перше, зменшення кількості годин на вивчення дисципліни супроводжується збільшенням обсягу теоретичного матеріалу, що потребує більш грамотного спрямування уваги студентів, а також контролю за їх розумінням та осмисленням наукової інформації. По-друге, лекції відіграють важливу роль у розвитку активності студентів, формуванні медичного мислення через постановку дискусійних питань, проблемних задач та заохочення висловлювати власну думку. Для підвищення результативності навчального процесу рекомендується організовувати освітню діяльність за певними напрямками, спрямованими на практичне застосування знань. [5, с.47]

Постійне оновлення інформаційного змісту курсу та його фахова направленість сприяють підвищенню зацікавленості студентів у предметі, формуванню їхньої хімічної грамотності та логіко-мислительних навичок. Важливою методичною формою є використання графологічних структур, які допомагають викладачам і студентам візуально простежити логіку і взаємозв’язки навчального матеріалу в межах одного аркуша. Це не лише полегшує планування і підготовку до контролю знань, а й допомагає систематично оцінювати прогрес студентів.

Особлива увага приділяється точному формулюванню і розумінню термінології, розрахункам, графікам та формулами, що є основою складних понять у медичній хімії. Для підвищення ефективності лекцій широко застосовуються сучасні комп’ютерні технології, зокрема використання онлайн-платформ, електронних презентацій, мультимедійних матеріалів, що робить навчання більш цікавим і доступним. Наприклад, під час вивчення електронних структур атомів, студентам допомагають інтерактивні програми для візуалізації руху електронів, що значно полегшує розуміння складних концепцій. Аналогічно, при вивченні фізіологічних процесів, як-от дифузія чи осмос, застосування мультимедійних демонстрацій дає можливість простежити процеси в деталях і повторювати їх з будь-якої стадії, що підвищує засвоєння матеріалу. [3, с.21]

В умовах великого потоку інформації стає все важливішим формування у студентів вміння самостійно вчитися, відкривати нове і справлятися з професійними викликами. Для цього чудово підходить метод проєктів, коли студенти створюють власні навчальні продукти — презентації, відеоролики,

мультимедійні пакети, фотослайди. Така форма роботи не лише закріплює знання, але й стимулює творчість, вміння працювати в команді і презентувати результати.

Важливим елементом лекцій є рефлексія — процес, коли студенти усвідомлюють власний рівень знань і розвиток інтелектуальних здібностей. Використовуючи різні техніки рефлексії, можна допомогти студентам об’єктивно оцінити, що вони зрозуміли, які питання залишилися нез’ясованими, і намітити подальші кроки для самовдосконалення. Окрім навчальної користі, рефлексія має й психологічне значення, підтримуючи мотивацію та знижуючи рівень тривожності під час навчання. [2, с.79]

За багато років педагогічної діяльності сформувалася широка палітра методів і технологій, які дозволяють ефективно працювати з майбутніми медиками. Вдалий вибір освітніх прийомів залежить і від підготовленості викладача, і від розуміння ним особливостей студентів, і від здатності враховувати індивідуальні потреби кожного.

Проведене дослідження показало, що впровадження описаних методичних рекомендацій і педагогічних технологій у викладанні медичної хімії допомагає значно підвищити рівень предметної компетентності студентів, розвиває в них необхідні професійні навички та стимулює успішність.

Література

1.«Медична хімія» в системі професійної підготовки майбутніх лікарів. Матеріали дослідження, що обґрунтовують інтегративний підхід, опубліковані у Віснику УМСА (ПДМУ). Випуск 6. С. 34-42.

2. Формування хімічної компетентності у студентів медичного вузу на основі використання компетентнісного та інтегративного підходів. Електронна версія статті доступна в Інституційному репозитарії ПДМУ.

3. Глинка Н.Л. Загальна хімія: Навч. посібник для вузів. – Л.: Хімія, 1993. С. 125-130.

4. Кузнєцов В.І. Загальна хімія: Тенденції розвитку. – М.: Вища школа, 1999.

5.Хімія і життя (журнал): №4, 1992.

IV. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ОРІЄНТОВАНИХ ДИСЦИПЛІН

УДК 378.147.091:616-071

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ОСВІТНЬОЇ КОМПОНЕНТИ «ОБСТЕЖЕННЯ ТА ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ»

Віра АПШАЙ

викладач кафедри терапевтичних та фахових медсестринських дисциплін
apshayvera57@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У статті розглядаються питання викладання освітньої компоненти «Обстеження та оцінка стану здоров'я людини» на першому (бакалаврському) рівні освітньої програми Медсестринство.

Ключові слова: професійний стандарт медсестри, медсестринство, медсестринський процес, обстеження, оцінка стану здоров´я.

Сьогодення медичної освіти в Україні потребує нових підходів до підготовки медичних сестер-бакалаврів. Зокрема, розширення компетентності і самостійності медичної сестри під час первинного обстеження пацієнтів, коли вони оволодівають методикою обстеження та оцінки стану їх здоров’я при захворюванні. Адже саме ці навички необхідні медичним сестрам для діагностики найпоширеніших клінічних синдромів, постановки та обґрунтування медсестринського діагнозу, планування догляду та виконання лікувальних маніпуляцій, проведення профілактичних заходів.

В поточному році затверджені професійні стандарти медсестринських професій, що є основою для розвитку системи професійних кваліфікацій, сприяє оновленню освітніх стандартів та освітніх програм, дає можливість безперервного професійного розвитку медсестринства.

Сучасна модель медсестринської справи передбачає, що медична сестра – це фахівець з професійною освітою, який поділяє філософію сестринської справи, має право на працю та творчо здійснює медсестринський процес. Саме

спираючись на знання медсестринського процесу та послідовно застосовуючи його етапи – первинна оцінка стану пацієнта, медсестринська діагностика, планування догляду, виконання запланованих маніпуляцій та оцінка і корекція результатів догляду, медична сестра набуває професійних компетентностей.

Сьогодні пріоритетним завданням стає виховання у майбутніх медичних фахівців прагнення до саморозвитку та самовдосконалення. Важливо спрямувати здобувача освіти до повного розкриття своїх власних здібностей у професійній сфері, проявляти співпереживання, емпатію при спілкуванні з пацієнтами, що допомагає встановити дружні взаємини з пацієнтом та його родиною. Необхідно також звернути увагу студентів на особливості роботи з різними типами пацієнтів (тривожний, підозрілий, депресивний, демонстративний чи іпохондричний) щоб правильно оцінити отриману інформацію [1, с.67].

Практичні заняття з майбутніми медсестрами бакалаврами проводяться на базі закладів охорони здоров'я, що дає можливість формування у них професійної компетентності та адаптуватися до умов роботи у сучасному медичному закладі.

Студенти розподіляються на групки (2-3 студентів), де кожен має завдання, та працюють з пацієнтами. Це дає можливість набути здатності працювати в команді, розширити навички міжособистісної взаємодії. Проведення обстеження, оцінка стану пацієнта, та планування догляду – забезпечують здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу та здобуваються спеціальні фахові компетентності: збирання медичної інформації про стан пацієнта, проведення клінічного обстеження пацієнта, діагностування невідкладних станів [3 с.8].

Під час самостійної роботи на занятті (ділові ігри, ситуаційні завдання, тести тощо) студенти опрацьовують проблемні ситуації, що сприяє формуванню професійного логічного мислення та допомагає мотивувати їх навчання.

Курація пацієнтів та ведення медсестринської документації (заповнення карти медсестринського обстеження, складання індивідуального плану догляду та навчання) сприяють формуванню клінічного мислення у майбутніх медсестер-

бакалаврів, привчають їх до прийняття оптимальних рішень. Складання і виконання раціонального індивідуального плану догляду за пацієнтом зможе покращити результати підтримки здоров’я, підвищити впевненість медсестринського персоналу [2, с.49].

Важливими компонентами комплексної оцінки є функціональна і фізична оцінки стану основних органів і систем людини (серцево-судинної, дихальної, нервової, органів чуття, шкіри, сечостатевої та інших). Для цього потрібно розвивати навички правильного емпатичного спілкування з пацієнтами різного віку та типів поведінки, а також оволодіти стандартами допомоги та динамічного ведення пацієнтів.

Висновок. Вдосконалення навичок обстеження та оцінки стану здоров'я людини у майбутніх медичних сестер-бакалаврів є основою ефективного ведення пацієнтів, сприяє якісній оцінці дійсних та потенційних проблем пацієнта та допоможе застосовувати холістичну модель здоров'я людини у своїй майбутній професійній діяльності.

Література

1. Роль спілкування та комунікації в стоматологічній практиці / Е. Й. Дячук, В. С. Мельник, Л. Ф. Горзов, Р. І. Ратушний. *Молодий вчений*. 2020. № 2. С. 65-69.

2. Коцаба Ю.Я., Бабінець Л.С. Медсестринська оцінка стану здоров'я при догляді за людьми похилого віку. *Сімейна медицина: Європейські практики*. 2023. № 4(106)

3. Освітня програма «Медсестринство» підготовки здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти зі спеціальності І5 «Медсестринство», спеціалізація І5.01 «Медсестринство» URL: https://medacademy.ck.ua/osvitni-programi

4. Професійний стандарт «СЕСТРА МЕДИЧНА СТАРША (БРАТ МЕДИЧНИЙ СТАРШИЙ)» URL:https://register.nqa.gov.ua/uploads/8ee48fc8-c001-40e3-8197-6e3700ce0901.pdf

УДК 378.147"20":[615.1:338.2]

СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИКЛАДАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ

Вікторія БІЛАН

викладач циклової комісії професійних фармацевтичних дисциплін
victoriya-bilan@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси,Україна

Анотація. У тезах розглянуто актуальні питання впровадження сучасних інтерактивних та цифрових методів викладання дисципліни «Організація та економіка фармації» (ОЕФ). Висвітлено роль компетентнісного підходу, міждисциплінарної інтеграції у підготовці конкурентоспроможних фахівців.

Ключові слова: організація та економіка фармації, компетентнісний підхід, викладач, здобувач вищої освіти, цифровізація, фармацевтичний менеджмент.

Сучасний етап розвитку вищої фармацевтичної освіти в Україні характерезується переходом до компетентнісного підходу. Трансформація фармацевтичного ринку, цифровізація охорони здоров'я та євроінтеграційні процеси вимагають суттєвої перебудови освітнього процесу та постійного підвищення кваліфікації викладацького складу.

Особливе місце у структурі підготовки майбутніх фармацевтів посідає дисципліна «Організація та економіка фармації» (ОЕФ). Вона виступає містком між теоретичною медико-фармацевтичною підготовкою та реальними ринковими умовами функціонування аптечних закладів, дистриб'юторських компаній і виробничих підприємств.

Відповідно до сучасних освітніх стандартів, професійна компетентність фармацевтичного фахівця визначається як:

- Інтегроване поєднання знань, умінь і настанов, що дає змогу ефективно виконувати професійні обов'язки в динамічних умовах ринку.
- Здатність автономно та відповідально діяти, вирішувати нестандартні завдання та критично оцінювати результати власної діяльності.

- Готовність до неперервної освіти та швидкої адаптації до змін у законодавстві та стану на ринку.

Сучасний фармацевтичний працівник повинен володіти не лише досконалими знаннями асортименту та фармакотерапії, а й мати розвинені soft skills:

1. Ефективні комунікативні навички для взаємодії з відвідувачами аптеки та колегами.
2. Розуміння соціально-психологічних аспектів фармацевтичної опіки.
3. Базові та поглиблені компетентності у сфері фармацевтичного менеджменту, маркетингу, логістики та фармакоекономіки.

Для формування зазначених компетентностей на своїх заняттях з Організації та економіки фармації я використовую активні методи навчання з використанням інтерактивних технологій:

- *ситуаційне навчання (case-study)* аналіз реальних або змодельованих виробничих ситуацій дозволяє здобувачам адаптувати теоретичні знання з ліцензування, обліку та аудиту до практичної діяльності.

Приклад: розрахунок асортиментної політики аптеки, аналіз фінансової звітності підприємства або розв'язання правових ситуацій при відпуску пільгових лікарських засобів.

- *симуляційне навчання та рольові ігри* використання моделі аптечного закладу (симуляційної аптеки) сприяє відпрацюванню: алгоритмів належної аптечної практики (GPP),техніки фармацевтичного консультування та вирішення конфліктних ситуацій з покупцями,навичок роботи з контролюючими органами та проведення внутрішніх перевірок.
- *цифровізація навчального процесу* впровадження спеціалізованого програмного забезпечення у навчальний процес: використання хмарних сервісів (Moodle, Google form,Google Classroom) для організації самостійної роботи та онлайн-тестування.

Опитування випускників фармацевтів Черкаської медичної академії підтверджує високий рівень здобутих знань та практичну цінність впровадження інтерактивних методик у навчальний процес.

Впровадження сучасних методів викладання організації та економіки фармації є необхідною умовою формування висококваліфікованих, конкурентоспроможних фармацевтичних фахівців. Поєднання симуляційних технологій, кейс-методів та використання інтерактивних технологій забезпечує високий рівень готовності випускників до самостійної професійної діяльності.

Література

1. Котвіцька А. А., Ноздріна Е. А., Корж Ю. В. Сучасні підходи до підготовки фармацевтичних фахівців у контексті диджиталізації освіти. *Фармацевтичний часопис*. 2021. № 3. С. 84–92.

2. Немудріна О. В., Галій Л. В. Інноваційні методи викладання менеджменту та маркетингу у фармації. *Медична освіта*. 2022. № 1. С. 45–51.

3. Пєтухова І. О., Зарічкова М. В. Застосування кейс-методу та симуляційних технологій у викладанні організації та економіки фармації. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2023. Т. 16, № 2. С. 210–216.

УДК 37.015.311:[17.022.1:614.253.1]:[179.7+616-093.75]

ЕВТАНАЗІЯ ТА ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА: ФОРМУВАННЯ ГУМАНІСТИЧНИХ ЦІННОСТЕЙ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ

Людмила БРАЗАЛІЙ

викладач кафедри терапевтичних та
фахових медсестринських дисциплін
lyudmila.brazaly@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Сучасна медична освіта майбутнього лікаря передбачає не лише формування професійних знань та компетенцій, а й розвиток його гуманістичних, етичних і деонтологічних цінностей. Особливого значення це

набуває під час вивчення паліативної та хоспісної медицини, де майбутній фахівець стикається з проблемами невиліковної хвороби, тяжких страждань, втрати автономії, наближення смерті та необхідності професійної підтримки пацієнта і його родини.

У нього лише починає формуватися власне професійне бачення. Ситуація, коли можливості радикального лікування вичерпані, може сприйматися як ситуація безвиході, де евтаназія – єдиний можливий спосіб припинення страждань невиліковного пацієнта. Водночас в Україні евтаназія не є законним методом медичної допомоги.

Саме тому обговорення проблеми евтаназії під час викладання дисципліни «Паліативна та хоспісна допомога» розглядається не як пошук альтернативи паліативній допомозі, а як важливий педагогічний інструмент формування гуманістичного, холістичного пацієнтоцентричного та професійно відповідального мислення майбутнього лікаря.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, евтаназія, медична освіта, гуманізм, якість життя, майбутній лікар.

Матеріали та методи. Матеріалами роботи були нормативно-правові документи України, сучасні наукові публікації з питань паліативної та хоспісної медицини, медичної етики та деонтології, а також навчально-методичні матеріали з викладання освітньої компоненти «Паліативна та хоспісна допомога».

Методи роботи включали аналіз та узагальнення наукової і нормативно-правової інформації, порівняльний аналіз етичних підходів до проблеми евтаназії та паліативної допомоги, систематизацію педагогічних підходів до формування гуманістичних цінностей майбутніх лікарів, педагогічне спостереження та узагальнення досвіду викладання.

Результати та їх обговорення. Заборона будь-яких форм евтаназії людей закріплена одразу у кількох базових нормативно-правових актах країни. Зокрема, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я»,

у частині 7 статті 52 визначає: «Медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань» [1].

Питання гуманістичного підходу до надання паліативної допомоги викладені і у чинному відомчому наказі: «Основним завданням паліативної допомоги є покращення якості життя пацієнта та членів його сім'ї, інших осіб, що здійснюють за ним догляд, завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці та лікуванню болю, супутніх симптомів і ускладнень, й вирішення фізичних, психологічних, духовних та соціальних проблем пацієнта» [2].

Тому у навчанні майбутніх лікарів, на мою думку, має стати ключовий принцип паліативної допомоги й руху хоспісів у всьому світі: «Якщо людину не можна вилікувати, це не означає, що їй не можна допомогти».

Паліативна медицина має навчити майбутнього лікаря бачити не лише хворобу, яку вже неможливо перемогти, а людину, якій можна полегшити біль та інші симптоми, зберегти гідність, автономію, психологічний і духовний комфорт, підтримати родину та близьких.

Важливо розуміти, що майбутній лікар ще не має достатнього клінічного досвіду, тому може ототожнювати успішність медичної допомоги виключно з одужанням пацієнта. Нездатність вилікувати захворювання іноді сприймається як професійна поразка, а прогресування невиліковної хвороби – як ситуація, у якій медицина вже «нічого не може зробити». Саме така установка потребує суттєвого переосмислення в процесі професійної підготовки лікарів.

Паліативна допомога демонструє студенту значно ширші можливості медичної професії. Навіть за неможливості етіологічного або радикального лікування лікар може і повинен контролювати біль та інші тяжкі симптоми, зменшувати задишку, нудоту, тривогу, страх, підтримувати психологічний стан пацієнта, сприяти збереженню його автономії та гідності, забезпечувати комунікацію з родиною, залучати фахівців мультидисциплінарної команди.

Таким чином, основним об’єктом професійної уваги стає не лише хвороба, а людина з її фізичними, психологічними, соціальними та духовними потребами.

Особливого значення у викладанні паліативної та хоспісної допомоги набуває розуміння поняття «страждання». Воно не обмежується фізичним болем. Для пацієнта з невиліковним захворюванням джерелом тяжких переживань можуть бути страх смерті, втрата незалежності, самотність, відчуття безпорадності, тривога за близьких, зміна зовнішності, втрата соціальної ролі або сенсу життя. Тому відповідь на висловлювання пацієнта «Я більше не можу» не повинна автоматично завершуватися висновком про неминучість та невирішуваність страждання. Для майбутнього лікаря це має стати початком професійного пошуку: що саме є причиною цих страждань і які можливості існують для їх полегшення?

Саме в цьому контексті доцільно розглядати проблему евтаназії зі студентами. Замовчування складних етичних питань навряд чи сприяє формуванню зрілої професійної позиції. Навпаки, відкрите, аргументоване та коректне обговорення дозволяє перевести емоційне сприйняття ситуації з площини «не хочу, щоб людина страждала» у площину професійного питання: «Що я можу зробити як лікар, щоб максимально зменшити її страждання та зберегти гідність?». І тут я завжди послуговуюсь п.3.11 Етичного Кодексу лікаря України, де визначено, що «Лікар не має права свідомо прискорювати настання смерті, вдаватися до евтаназії або залучати до її проведення інших осіб» [3] та клятвою лікаря України: «Незмінно керуватися у своїх діях і помислах принципами загальнолюдської моралі, бути безкорисливим і чуйним до хворих…»[4].

Ефективним педагогічним підходом є використання клініко-етичних ситуацій. Наприклад, студентам пропоную такий кейс: «Пацієнт має невиліковне захворювання, сильний біль, виснаження, страх смерті та говорить: «Лікарю, я більше так не можу. Допоможіть мені померти!». Що може зробити лікар?». Відповідь одразу не пропоную, а шляхом мозкового штурму студенти називають свої варіанти. Після чого разом структуруємо проблеми пацієнти, що призвели до такого прохання, та окреслюємо шляхи їх професійного вирішення. Як от: біль → контроль болю; задишка → контроль симптомів; тривога → психологічна

допомога; страх → комунікація; самотність → соціальна та духовна підтримка; виснаження родини → психологічна підтримка родини; втрата сенсу життя → психосоціальна та духовна допомога.

І тоді, при обговоренні, з'являється кілька дуже сильних меседжів для майбутнього лікаря:

1. Паліативна медицина «не продовжує страждання». Вона професійно допомагає з ними справитися.

2. Гуманізм паліативної медицини полягає не лише в тому, щоб прийняти неминучість смерті, а й у тому, щоб до самого кінця життя залишатися поруч із людиною та робити все можливе для збереження якості її життя та гідності.

Висновки. Розгляд проблеми евтаназії в освітньому процесі доцільно використовувати як засіб розвитку гуманістичних цінностей, етичної відповідальності та пацієнтоцентричного мислення майбутнього лікаря.
Важливим завданням викладача при вивченні паліативної та хоспісної медицина є формування у студентів розуміння того, що неможливість вилікувати захворювання не означає неможливості допомогти пацієнту. Своєчасний і адекватний контроль болю та інших симптомів, психологічна, соціальна й духовна підтримка, повага до автономії та гідності людини, а також підтримка її родини та близьких становлять основу сучасної паліативної допомоги.

Література

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». ULR: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text

2. Наказ МОЗ України № 1308 від 04.06.2020 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні». ULR: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text

3. Етичний кодекс лікаря України. ULR: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text

4. Клятва лікаря України. ULR: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/349/92#Text

УДК 378.147:615.1:005

КЕЙС-МЕТОД ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРАКТИКО-ОРІЄНТОВАНОГО ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ

Інна БУШУЄВА

д. фарм. н., професор, завідувач кафедри управління і економіки фармації та фармацевтичної технології
valery999@ukr.net
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Анотація. У роботі обґрунтовано доцільність використання кейс-методу при викладанні менеджменту та економіки фармації як професійно орієнтованої дисципліни. Визначено можливості ситуаційного тренінгу для формування управлінської, економічної, аналітичної та комунікативної компетентностей у студентів вищих фармацевтичних навчальних закладів. Запропоновано алгоритм організації роботи з професійно-орієнтованими кейсами та наведено приклади їх використання під час вивчення окремих тем дисципліни.

Ключові слова: фармацевтична освіта, менеджмент та економіка фармації, кейс-метод, професійно орієнтоване навчання, професійні компетенції, цифрові технології.

Сучасна фармацевтична освіта розвивається в умовах трансформації професійної ролі фармацевта, цифровізації системи охорони здоров’я та фармацевтичного сектору, зміни моделей взаємодії з пацієнтами та зростання вимог до професійних компетентностей випускників. У цьому контексті особливого значення набуває модель навчання, орієнтована на студента; вона спрямована не лише на здобуття професійних знань, а й на розвиток у студентів здатності самостійно аналізувати інформацію, вирішувати професійні завдання та приймати виважені рішення [2].

Ці компетентності є особливо важливими під час вивчення дисциплін «Управління та економіка фармації». Зміст курсу безпосередньо пов’язаний із реальною діяльністю фармацевтичних закладів, зокрема з управлінням

персоналом і товарними запасами, економічним аналізом, ціноутворенням, фармацевтичним маркетингом, організацією фармацевтичних послуг та забезпеченням якості у фармацевтичних організаціях. Традиційні методи викладання не завжди забезпечують ефективне застосування теоретичних знань на практиці. Тому актуальним завданням у викладанні професійно орієнтованих дисциплін є посилення практичної складової освітнього процесу та створення середовища, в якому студент бере активну участь у вирішенні змодельованої професійної ситуації. Метод кейс-стаді (аналізу конкретних ситуацій) є одним із ефективних інструментів реалізації такого підходу у фармацевтичній освіті [1].

Метод кейс-стаді передбачає аналіз конкретної професійної ситуації, виявлення проблеми, розгляд альтернативних варіантів вирішення та обґрунтування оптимального управлінського рішення. На відміну від традиційного ситуаційного завдання, що має одну правильну відповідь, професійний кейс може охоплювати кілька можливих сценаріїв розвитку подій. Це створює передумови для розвитку аналітичного та критичного мислення, навичок аргументації та прийняття рішень, а також максимально наближає навчальну діяльність до реальної фармацевтичної практики [1].

Матеріали та методи. Використано методи системного та структурно-логічного аналізу, узагальнення, порівняння та педагогічного моделювання. Проаналізовано тематичні напрямки дисципліни «Управління та економіка фармації» та змодельовано професійно-орієнтовані кейси, що відображають типові управлінсько-економічні ситуації діяльності аптечного закладу.

Результати та їх обговорення. Аналіз змісту менеджменту та економіки фармації показує, що кейс-метод доцільно використовувати при опрацюванні тем, пов’язаних з організацією аптечної діяльності, управлінням запасами, ціноутворенням, економічним аналізом, управлінням персоналом, фармацевтичним маркетингом, оцінкою якості фармацевтичної послуги.

Наприклад, під час вивчення теми «Управління товарними запасами» студентам може бути запропоновано змодельовану ситуацію: в аптеці спостерігається надлишок ліків із низькою швидкістю реалізації та водночас

дефіцит препаратів, на які існує стабільно високий попит. Для вирішення цієї проблеми студенти мають проаналізувати структуру запасів, виявити першопричини дисбалансу, оцінити показники оборотності та запропонувати економічно обґрунтовані заходи з оптимізації закупівель. У такому форматі викладач не просто повторює теоретичний алгоритм управління запасами, а використовує його як інструмент для прийняття конкретного управлінського рішення.

Під час вивчення дисципліни «Управління персоналом» ефективним є використання кейсу, що моделює нерівномірний розподіл навантаження між працівниками аптеки, зниження мотивації персоналу та зростання кількості скарг від клієнтів. Студенти повинні визначити управлінську проблему, проаналізувати її ймовірні причини, запропонувати зміни в організації праці персоналу та встановити критерії оцінювання ефективності запропонованих заходів.

Комплексні кейси мають значну навчальну цінність. Зокрема, моделювання процесу відкриття нової аптеки вимагає від студентів інтеграції знань із різних сфер: аналізу конкурентного середовища, вибору місця розташування, визначення цільових груп споживачів, формування асортиментної політики, розрахунку потреби в персоналі, прогнозування обсягів продажу та оцінювання витрат. Такий формат сприяє формуванню системного розуміння взаємозв’язку між управлінськими та економічними процесами у фармацевтичній організації й узгоджується з принципами практико-орієнтованого навчання майбутніх фармацевтів [1, 2].

Окремим напрямком удосконалення кейсів є його поєднання з цифровими освітніми технологіями. Сучасні інтерактивні платформи розширюють можливості організації індивідуальної та командної роботи, оперативного обміну навчальною інформацією, візуалізації результатів та забезпечення активної взаємодії між учасниками навчального процесу [3]. При вирішенні кейсів електронні таблиці можна використовувати для економічних розрахунків,

ABC/XYZ-аналізу асортименту, аналізу товарообігу, прогнозування витрат і доходів, а цифрові освітні платформи – для командної обробки завдань.

Впровадження технологій штучного інтелекту знаменує новий етап цифрової трансформації фармацевтичної освіти. Аналіз сучасних тенденцій свідчить про значний потенціал цих технологій як для освітнього процесу, так і для майбутньої професійної фармацевтичної діяльності [4]. У межах методу кейс-стаді (аналізу конкретних ситуацій) генеративний штучний інтелект може використовуватися для моделювання альтернативних сценаріїв розвитку управлінської ситуації, порівняння потенційних рішень, систематизації інформації та формулювання додаткових аргументів.

Водночас інтеграція сервісів штучного інтелекту в процес підготовки студентів потребує методологічно обґрунтованого та контрольованого підходу. Використання таких інструментів має супроводжуватися формуванням навичок критичного оцінювання згенерованих відповідей, перевірки достовірності інформації, дотримання принципів академічної доброчесності та усвідомлення відповідальності за прийняте професійне рішення.

Отже, під час роботи з кейсами доцільно розглядати штучний інтелект як допоміжний аналітичний інструмент, а не як заміну самостійної професійної роботи студента. Важливою складовою методу кейс-стаді є зміна підходів до оцінювання результатів навчання. На нашу думку, оцінювання має враховувати не лише кінцевий результат вирішення кейса, а й точність визначення проблеми, глибину аналізу вихідних даних, логічність запропонованого рішення тощо.

Доцільно застосовувати критерії оцінювання, що окремо враховують аналітичну обґрунтованість рішення, практичну реалістичність запропонованих заходів, економічну доцільність, урахування професійно-етичних аспектів, якість аргументації та ефективність командної роботи. Це дозволяє перейти від оцінювання відтворення теоретичних знань до комплексного оцінювання рівня сформованості професійних компетентностей.

У цьому контексті викладач виступає не лише як джерело навчальної інформації, а й як модератор професійної дискусії, організатор командної роботи

та консультант. Ключовим завданням є створення умов, що дозволяють студентам обґрунтовувати свої рішення, порівнювати їх з альтернативами та аналізувати можливі наслідки. Це узгоджується із сучасною студентоцентрованою парадигмою підготовки фахівців фармації [2].

Отже, систематичне застосування кейс-методу сприяє реалізації компетентнісного, студентоцентрованого та практико-орієнтованого підходів до викладання менеджменту та економіки фармації, за яких від студента вимагається не відтворення заздалегідь сформульованої відповіді, а самостійний аналіз ситуації, прийняття управлінського рішення та його обґрунтування.

Література

1. Омельченко П., Бурлака І. Кейс-метод як педагогічна технологія у формуванні компетенцій при підготовці фахівців промислової фармації. *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету*. 2024. Вип. 4. DOI: 10.31499/2307-4906.4.2024.316494.

2. Велика А., Гарвасюк О., Кропельницька Ю. Роль студентоорієнтованого навчання у підготовці майбутніх фахівців-фармацевтів у вищій школі. *Український педагогічний журнал*. 2023. № 4. С. 74–80. DOI: 10.32405/2411-1317-2023-4-74-80.

3. Ніженковська І. В., Проворова В. О. Характеристика та можливості використання інтерактивних платформ Edpuzzle, Padlet, Kahoot і Labster у фармацевтичній освіті. *Медицина та фармація: освітні дискурси*. 2024. № 1. DOI: 10.32782/eddiscourses/2024-1-5.

4. Потапова Т. М., Слєсарчук В. Ю., Логвиненко Н. В. Світовий досвід та перспективи застосування штучного інтелекту в освітньому процесі та у фармацевтичній практиці. *Медична освіта*. 2024. № 1. DOI: 10.11603/m.2414-5998.2024.1.14582.

УДК 37.091.313:[615+[811.161.2:61]:378.6(477.46)

МІЖПРЕДМЕТНА ІНТЕГРАЦІЯ ДИСЦИПЛІН «ФАРМАКОЛОГІЯ» ТА «УКРАЇНСЬКА МОВА (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ)» У ЧЕРКАСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ

Ріта ВЕЛЬГАН

завідувачка фармацевтичного відділення денної форми
rita0587@ukr.net

Марина ЧЕРЕПАНОВА

голова циклової комісії філологічних та історичних дисциплін
marina_cherepanova@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У статті обґрунтовано доцільність міжпредметної інтеграції фармакології та української мови (за професійним спрямуванням) у процесі підготовки фахових молодших бакалаврів галузі охорони здоров'я. Авторами виокремлено ключові напрями інтегрованого навчання: робота з термінологічним словником, моделювання діалогів «фармацевт – пацієнт», редагування анотацій до ліків та заповнення фахової документації фармацевтів. Саме такий підхід підвищує практичну готовність випускників Черкаської медичної академії до професійної комунікації.

Ключові слова: фахова передвища освіта, інтегроване навчання, професійна компетентність, фармакологія, українська мова (за професійним спрямуванням).

Модернізація фахової передвищої освіти в Україні наразі спрямована на підготовку компетентного, практично орієнтованого спеціаліста, здатного швидко адаптуватися до вимог роботодавця. Для випускників фармацевтичного відділення Черкаської медичної академії комунікативна компетентність є невід'ємною частиною професіоналізму. Щоденна діяльність асистента фармацевта пов'язана з активним мовним обміном: консультуванням відвідувачів аптек, спілкуванням із колегами та веденням облікової документації. Тому інтеграція фундаментальної дисципліни «Фармакологія» та гуманітарної дисципліни «Українська мова (за професійним спрямуванням)» є

дієвим інструментом формування готовності здобувачів освіти до професійної діяльності.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю подолання дуалізму в навчанні, коли мовна підготовка сприймається студентами як теоретична гуманітарна дисципліна, відірвана від майбутнього фаху. Водночас вивчення фармакології у закладах передвищої фахової освіти часто ускладнюється великим обсягом номенклатури лікарських засобів та медичних термінів. Інтегровані заняття усувають розрив між академічними знаннями та професійними навичками, дозволяють студентам засвоювати мовні норми безпосередньо на матеріалах своєї майбутньої професії.

Мета статті — висвітлити методичні особливості та практичний досвід реалізації міжпредметних зв'язків між фармакологією та українською мовою (за професійним спрямуванням) у процесі підготовки майбутніх фармацевтичних працівників середньої ланки.

Основний матеріал дослідження. Специфіка фахової передвищої освіти вимагає мінімізації теорії на користь практичних навичок. Інтеграційну взаємодію між предметами доцільно розбудовувати за такими векторами:

1.Орфографічний та лексичний практикум на базі номенклатури лікарських засобів. Студенти академії під керівництвом викладачів української мови (за професійним спрямуванням) та фармакології аналізують назви лікарських препаратів. Наприклад, вивчаючи тему «Правопис слів іншомовного походження», як дидактичний матеріал використовуються міжнародні непатентовані назви: панадол, азитроміцин, метронідазол. Особлива увага приділяється відмінюванню назв лікарських форм та речовин у родовому відмінку (ампули адреналіну тартрату, таблетки парацетамолу).

2.Трансформація тексту інструкцій (анотацій) до ліків. Одним із завдань є аналіз офіційного тексту інструкції до препарату. Здобувачі освіти спрощують складні синтаксичні конструкції. Це розвиває вміння логічно, чітко пояснювати правила прийому ліків, враховуючи вік пацієнта (дитина, доросла людина). Також на таких заняттях відпрацьовується навичка виявлення та усунення

лексичних помилок чи кальок з російської мови (приймати ліки «на тощак» замість «натщесерце», «обезболюючий» замість «болезаспокійливий» або «знеболювальний»).

3.Ситуативно-рольове моделювання (Студентоцентроване навчання). На етапі закріплення матеріалу ефективними є інтегровані практичні заняття у формі ділових ігор. Сценарії можуть бути такими: «Консультування в аптеці щодо безрецептурного відпуску засобів проти застуди», «Проведення бесіди про правила введення інсуліну». Оцінювання здійснюється за двома критеріями: фаховим (точність дозувань, знання фармакодинаміки, побічних ефектів — оцінює викладач фармакології) та комунікативним (дотримання мовного етикету, толерантність, чіткість дикції, відсутність тавтології — оцінює викладач мови).

4.Документи фахового спрямування. Студенти академії навчаються правильно заповнювати журнали обліку лікарських засобів (особливо отруйних та наркотичних), заповнювати акти списання. Це поєднує знання класифікації лікарських засобів (фармакологія) та вимог до офіційно-ділового стилю мовлення (українська мова (за професійним спрямуванням).

5.Проєктне навчання (Project-Based Learning). Студенти вивчають теоретичний матеріал для виконання конкретного практичного проєкту, це дозволяє здобувачам освіти не просто запам’ятати терміни, а відразу вчитися грамотно спілкуватися з відвідувачами аптеки, колегами та вести фахову документацію.(«Фармакологічний путівник для пацієнта», «Етикет професійного спілкування: Асистент фармацевта – Відвідувач аптеки», «Укладання термінологічного словника фармацевта», «Експертиза аптечної документації та рецептури».

6. Контекстне навчання. Будь-яка абстрактна тема викладається через призму реальних життєвих чи професійних кейсів (Case Study) (професійні ситуації: розігрування діалогів «асистент фармацевта - відвідувач аптеки», робота з текстами : аналіз анотацій до ліків, фармацевтичних статей та

стандартів, редагування (виправлення типових лексичних та граматичних помилок у рецептах чи на маркуванні).

Симуляційні технології. Використання навчальної аптеки, яка дозволяє безпечно відпрацювати практичні навички в умовах, максимально наближених до реальності.

Висновки. Реалізація міжпредметної інтеграції фармакології та української мови (за професійним спрямуванням) у Черкаській медичній академії забезпечує високу практичну готовність випускника до реальної професійної діяльності. Здобувачі освіти починають сприймати мовну культуру як важливий елемент професійної фармацевтичної діяльності. Такий підхід скорочує період адаптації молодого спеціаліста, мінімізує ризик комунікативних помилок у спілкуванні з відвідувачами аптеки та сприяє формуванню національно свідомого фахівця галузі охорони здоров'я.

Література

1. Про фахову передвищу освіту: Закон України від 06.06.2019 р. № 2745-VIII.

2. Дрозд О. В. Українська мова за професійним спрямуванням для медичних коледжів: навч. посіб. Київ: Медицина, 2021. 248 с.

3. Дроговоз С. М. Фармакологія: підручник для студентів медичних (фармацевтичних) закладів вищої та фахової передвищої освіти. Харків: Тітул, 2023. 412 с.

4. Нековаль І. В., Казанюк Т. В. Фармакологія: підручник. 10-е видання, Київ:Медицина, 2022р. 552 с.

5. Луценко О., Луценко Р., Сидоренко А. Фармакологія: підручник. Львів, Видавництво: Магнолія, 2023.

6. Луцак С. М. Українська мова за професійним спрямуванням: підручник. 2-е вид.,перероб. і доп. Київ: Медицин, 2024. 351 с.

7. 2. Український правопис. Новий правопис: повний текст на основі зміни: посібник. Львів: Новий світ, 2024. 326 с.

УДК 378.147:613.6

ПРОФЕСІЙНО-ПРИКЛАДНА ФІЗИЧНА ПІДГОТОВКА ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ М'ЯЗОВО-СКЕЛЕТНИХ ПОРУШЕНЬ У МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Наталія ГОРДІЄНКО

голова циклової комісії медичної реабілітації та фізичного виховання
gordienkonatalia52@gmail.com

Тетяна БАДРАК

викладач циклової комісії медичної реабілітації та фізичного виховання

Василь ШЕВЧЕНКО

викладач циклової комісії медичної реабілітації та фізичного виховання, викладач-методист
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У тезах розглянуто можливості професійно-прикладної фізичної підготовки у профілактиці м'язово-скелетних порушень майбутніх медичних працівників. На основі аналізу характерних робочих поз і рухових дій визначено фізичні якості, важливі для безпечного виконання професійних завдань. Запропоновано включати до занять вправи для розвитку витривалості м'язів тулуба, рухливості та контролю положення тіла, поєднуючи їх із навчанням безпечного переміщення пацієнта. Окреслено підходи до оцінювання результатів такої підготовки.

Ключові слова: професійно-прикладна фізична підготовка, м'язово-скелетні порушення, біомеханіка переміщення пацієнта, стабілізація хребта, фізичне виховання, медична освіта.

Професійна діяльність медичної сестри, фельдшера й акушерки пов'язана зі значним фізичним навантаженням. Воно виникає не лише під час піднімання або підтримування пацієнта, а й при тривалому стоянні, роботі в нахиленому положенні, виконанні маніпуляцій із піднятими руками та повторних рухах тулуба в обмеженому просторі. Тому м'язово-скелетні порушення залишаються поширеною професійною проблемою. За даними систематичного огляду, їх дванадцятимісячна поширеність серед медичних сестер становила 71,8–84 % [3].

Проблема може формуватися ще до початку професійної діяльності. Серед здобувачів медсестринської освіти більше половини опитаних повідомляли про м'язово-скелетний біль упродовж попереднього року; серед чинників, пов'язаних із ним, відзначали недостатню рухову активність і навантаження під час клінічної практики [2]. Отже, профілактичну підготовку доцільно починати ще в закладі освіти.

У педагогічній літературі можливості фізичного виховання для профілактики порушень опорно-рухового апарату студентів уже розглядаються [1]. Для майбутніх медичних працівників зміст таких занять варто конкретизувати відповідно до типових професійних навантажень. Саме в цьому полягає практичний сенс професійно-прикладної фізичної підготовки.

Мета тез – визначити можливості професійно-прикладної фізичної підготовки у профілактиці м'язово-скелетних порушень майбутніх медичних працівників та окреслити зміст і способи оцінювання відповідного навчального модуля.

Матеріали та методи. Проаналізовано наукові публікації щодо м'язово-скелетних порушень у медичних працівників і здобувачів медичної освіти, а також роботи з питань їх профілактики засобами фізичної активності. Проведено професіографічний аналіз характерних робочих поз і рухових дій. На основі узагальнення літературних даних визначено можливий зміст професійно-прикладної підготовки та способи її оцінювання.

Результати та їх обговорення. Одним із найбільш навантажувальних професійних завдань є переміщення й підтримування пацієнта. Особливо несприятливим стає поєднання нахилу тулуба, його ротації та значного зовнішнього зусилля. Навантаження зростає, якщо дія виконується з незручного положення, при недостатній площі опори або без узгодження з партнером.

Інша група чинників пов'язана не з великим одноразовим зусиллям, а з тривалим утриманням пози. Це характерно для роботи в операційній, процедурному кабінеті, лабораторії, а також під час тривалих маніпуляцій. Окреме навантаження створюють положення з нахиленою шиєю або

відведеними руками. Недостатнє відновлення між робочими змінами також може підсилювати накопичення втоми.

Тому фізична підготовка майбутнього медичного працівника має включати не тільки загальний розвиток сили. Практично важливими є витривалість м'язів тулуба, спини та плечового пояса, достатня рухливість кульшових суглобів і грудного відділу хребта, рівновага, координація та вміння контролювати положення тулуба під час зовнішнього навантаження.

Доцільно використовувати вправи на стабілізацію попереково-тазової ділянки, зміцнення сідничних м'язів і м'язів задньої поверхні стегна, а також вправи для плечового пояса. Розвиток сили при цьому важливо поєднувати з рухливістю кульшових суглобів і грудного відділу, оскільки обмеження рухливості може змушувати людину компенсувати рух надмірним згинанням поперекового відділу.

Однак самих фізичних вправ недостатньо. Майбутній медичний працівник повинен навчитися застосовувати свої фізичні можливості у професійній ситуації. Тому до занять доцільно включати елементи безпечного переміщення: стійке положення стоп, наближення пацієнта або вантажу до тулуба, використання руху в кульшових і колінних суглобах, уникнення одночасного значного нахилу та скручування тулуба, поворот за рахунок переступання стопами. Якщо переміщення виконується вдвох, важливим є попереднє узгодження послідовності дій.

Такі вправи мають доповнювати, а не замінювати використання допоміжних засобів для переміщення пацієнтів і дотримання ергономічних вимог. Систематичний огляд профілактичних втручань показує, що доказова база щодо ефективності окремих ізольованих заходів залишається обмеженою [3]. Тому неправильно було б подавати фізичну підготовку як достатній сам по собі спосіб профілактики професійного болю в спині чи інших м'язово-скелетних порушень.

Корисною частиною занять можуть бути й короткі відновлювальні комплекси, придатні для виконання впродовж робочого дня: зміна положення

тіла після тривалого стояння, рухи для шийного й грудного відділів, вправи для плечового пояса, короткі перерви з руховою активністю. Їх завданням є насамперед зменшення тривалості безперервного статичного навантаження.

Оцінювати результати професійно-прикладної підготовки доцільно не одним тестом. Для характеристики витривалості м’язів тулуба можуть використовуватися тест Бірінга–Соренсена та утримання планки. Додатково можна оцінювати рухливість кульшових суглобів і грудного відділу хребта.

Водночас функціональний результат ще не показує, чи здатний студент безпечно виконати професійну дію. Тому важливою частиною оцінювання може бути практичне завдання з переміщення манекена або умовного партнера. Чек-лист у такому випадку має фіксувати положення тулуба й стоп, відстань до пацієнта, спосіб повороту, використання опори та узгодження дій із партнером. Саме здатність переносити засвоєні принципи в практичне завдання найбільше відповідає професійно-прикладному характеру підготовки.

Узагальнення наведеного матеріалу дозволяє сформулювати такі висновки:

1. Профілактику м’язово-скелетних порушень у майбутніх медичних працівників доцільно починати ще під час навчання, оскільки відповідні скарги зустрічаються вже серед здобувачів медичної освіти.

2. Зміст професійно-прикладної фізичної підготовки має враховувати реальні робочі навантаження: переміщення пацієнтів, тривалі статичні пози, роботу в нахилі та з піднятими руками.

3. Фізичні вправи доцільно поєднувати з навчанням безпечної техніки переміщення та використанням ергономічних засобів; вони не можуть розглядатися як заміна організаційних і технічних заходів профілактики.

4. Результати підготовки варто оцінювати за поєднанням функціональних тестів і практичного завдання, що демонструє здатність застосувати засвоєні принципи під час переміщення пацієнта.

Література

1. Гаврилова Н., Мохунько О., Михайленко В. Профілактика порушень функції опорно-рухового апарату у студентів засобами фізичного виховання. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15*. 2022. Вип. 3 (148). С. 7–9.

2. Behera P., Revadi G., Majumdar A. et al. Musculoskeletal pain affecting undergraduate nursing students: a cross sectional study on the prevalence and the associated factors. *Journal of Professional Nursing*. 2023. Vol. 49. P. 135–144.

3. Sousa A. D., Baixinho C. L., Presado M. H., Henriques M. A. The effect of interventions on preventing musculoskeletal injuries related to nurses work: systematic review. *Journal of Personalized Medicine*. 2023. Vol. 13, No. 2. Art. 185.

УДК УДК 378.147-021.36:617]:378.6(477.46)

ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ХІРУРГІЇ У ЧЕРКАСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ

Андрій ЖАДИНСЬКИЙ

к.мед.н., доцент, завідувач кафедри хірургії та тактичної медицини
andreyzj81@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації розглянуто актуальні аспекти впровадження симуляційних технологій у навчальний процес під час вивчення розділу хірургії «Рани та рановий процес». Проаналізовано вплив тренажерів, біологічних тканин тваринного походження та інтерактивних сценаріїв на формування стабільних мануальних навичок, подолання психологічного бар'єра та забезпечення безпеки пацієнтів. Особливу увагу зосереджено на первинній хірургічній обробці ран.

Ключові слова: симуляційне навчання, рани, хірургічні навички, медична освіта, первинна хірургічна обробка.

Під час вивчення розділу хірургії «Рани та рановий процес» особлива увага приділяється первинній хірургічній обробці ран (ПХО), яка є фундаментальною маніпуляцією. Кожен лікар незалежно від майбутньої спеціалізації повинен вміти виконати ПХО рани, особливо сьогодні, коли в нашій країні йде війна. Від якості та правильності виконання ПХО безпосередньо залежить перебіг ранового процесу, профілактика гнійно-септичних ускладнень та кінцеві функціональні й косметичні результати лікування пацієнта [3]. Водночас сучасні етичні, правові та безпекові стандарти у клінічній практиці значно обмежують можливість безпосереднього навчання студентів на реальних пацієнтах [2]. Відтак виникла гостра необхідність переходу до компетентнісного підходу через впровадження симуляційних технологій, які дозволяють багаторазово відпрацьовувати алгоритми оперативного втручання в умовах, максимально наближених до реальних [1,4]. Набуття базових практичних компетентностей на етапі доклінічної підготовки мінімізує ризик медичних помилок та скорочує криву навчання здобувачів вищої освіти [5].

Мета дослідження. Оцінити ефективність інтеграції симуляційного тренінгу в процес вивчення розділу хірургії «Рани та рановий процес» та опанування практичної навички «Первинна хірургічна обробка ран» здобувачами вищої медичної освіти за спеціальністю І2 «Медицина».

Матеріали та методи. У рамках практичних занять з хірургії проводилися симуляційні тренінги, присвячений ПХО ран. Навчальний процес передбачав використання:

- біологічних тканин тваринного походження для відпрацювання техніки розсічення, ревізії, економного висічення нежиттєздатних країв, стінок та дна рани та накладання різних видів швів (вузлових, матрацних, інтрадермальних);
- синтетичних анатомічних фантомів різної щільності та локалізації, що імітують колоті, різані, рвані та забійні рани м'яких тканин.

Оцінювання результатів здійснювалося шляхом порівняння показників контрольної групи (навчання за традиційною методикою) та експериментальної групи (із проходженням симуляційних тренінгів) за допомогою чек-листів.

Результати та їх обговорення. Аналіз результатів засвоєння навичок засвідчив перевагу симуляційного навчання. Студенти експериментальної групи демонстрували:

- чітке дотримання поетапного алгоритму первинної хірургічної обробки рани, без пропуску важливих етапів (ревізія рани на наявність сторонніх тіл, зупинка кровотечі, дренування);
- значне зменшення кількості технічних помилок (порушення правил асептики, травматизація здорових тканин, недостатнє зведення країв рани, надмірне затягування вузлів) у середньому у 2,3 рази, порівняно з контрольною групою;
- Скорочення середнього часу проведення ПХО рани з накладанням первинних швів на 35,3%, порівняно з контрольною групою.

Дебрифінг після симуляційних навчання дозволив здобувачам освіти детально проаналізувати власні технічні та системні помилки, що значно покращило розуміння хірургічної тактики при пораненнях.

Висновки. Впровадження симуляційного навчання при вивченні розділу хірургії «Рани та рановий процес» та опануванні практичної навички «Первинна хірургічна обробка ран» є високоефективним методом формування стійких мануальних навичок та клінічного мислення у майбутніх лікарів. Тренінги у контрольованому середовищі дозволяють досягти необхідного рівня професійної впевненості та гарантують дотримання стандартів безпеки пацієнтів у реальній клінічній практиці.

Література

1. Бичков С. О., Черкова Н. В., Душик Л. М., Панов С. І. Перспективи впровадження симуляційного навчання в освітній процес для підготовки майбутніх лікарів хірургічного профілю. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27, №3. С 425-429. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(3)-12

2. Akturan S., Akbaş A. Simulation-based surgical training: methods, technologies, and perspectives. *Annals of Clinical and Analytical Medicine*. 2026. Vol. 17, Iss. 2. P. 186–188. DOI: https://doi.org/10.4328/ACAM.22514

3. Mayo D., Wynn M. Development of aids for sharp debridement training in wound care. *Wounds UK*. 2023. Vol. 19, Iss. 2. P. 28–31.

4. Tuychibekov S. Assessment of medical students on surgical skills using simulation-based learning. *Journal of Clinical and Biomedical Research*. 2026. Vol. 1, Iss. 1. P. 8–14.

5. The transition of surgical simulation training and its learning curve: a bibliometric analysis from 2000 to 2023 / Zhang J., Luo Z., Zhang R. at al. *Int J Surg.* 2024. May 9. Vol. 110(6). P. 3326–3337. doi: 10.1097/JS9.0000000000001579

UDC 378.147:617-089.84]:614.253.4

ANALISE TIMING DURING TYING SURGICAL KNOTS BY STUDENTS

Vasyl KAVYN

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Department of Abdominal Surgery, Children's Surgery, Clinical Anatomy
kavynvas@ukr.net
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Annotation. The theses analyze the students' mastery and time of performing the practical skill of tying knots used during surgical operations. It is noted that students must not only be able to perform this practical skill, but must perform it within a certain time frame, which will have an impact on the duration of the operation.

One of the practical skills that a student of a higher medical education institution must be able to perform is tying knots, which is directly used during surgery on various parts of the human body. However, it is not enough to simply know how to tie the three basic knots used in surgery (simple, surgeon’s, marine knots). These knots must be tied skillfully and quickly. It is known, that during surgery of varying complexity, a surgeon ties from a few to five hundred knots in a single operation. It is not difficult to calculate, how much the operative time increase, if the surgeon or assistant spends an additional 5 seconds to tie each knot. According to literature data, the frequency of postoperative complications increases with the prolongation of the operative time [1].

Keywords: knot, tying knot, time, operative time, student

Aim: analyze students' proficiency and the time tying a knot (simple, surgeon's, marine knot).

Materials and methods: students in academic groups demonstrating the practical skill of tying a knot (simple, surgeon's, marine); stopwatch.

Results and Discussion. It was evaluated and measured the time it took to tie one of the knots (simple, surgical, marine) in 62 students. The students took the practical skill on a simulator. Each student performed a practical skill in medical gloves. The teacher named a knot, and the student had to demonstrate how to tie it. As soon as the student took the ends of the ligature in his hands, the teacher turned on the stopwatch. After completion of tying the knot, the teacher turned off the stopwatch. A student's practical skill completion was not taken, if the knot did not match its name or was formed incorrectly. The time of tying knot by each student was different, ranging from 9 to 35 seconds. The average time tying the knot in this sample of students was 13.1 seconds. It was observed that students spent more time to tie the knot when they remembered how to tie it, which method to choose to tie a knot and so on. This indicated that the students focused on the specifics of tying the knot, without considering the time required to tie it, that is important in a surgery.

Conclusions. Tying knots used during surgery is an important and responsible moment. Along with students mastering the practical skill of tying a knot, it is necessary to pay attention to the time of tying it.

Literature

1. Yael Yagur, Rebecca Schneyer, Kacey Hamilton, Ogechukwu Ezike, Katharine Ciesielski, Margot Barker, Camelita Thrift, Kasey Fitzsimmons, Gabriel Levin, Kelly Wright, Matthew Siedhoff, Raanan Meyer. Association between operative time and short-term postoperative complications following minimally invasive surgery for stage III-IV endometriosis. BMC Womens Health. 2025 Oct 15;25(1):494. doi: 10.1186/s12905-025-03921-x.

УДК 378.147.091.214.18:616-083.98-051]:159.9

ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ПАРАМЕДИКІВ: ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ОСВІТНІ АСПЕКТИ

Олена КАРНАЦЬКА

викладач кафедри загальної та медичної психології
karna.le@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації розкривається сутність поняття «комунікативна компетентність», її види та важливість набуття даної якості для професії парамедика. Увага приділяється також шляхам і методам формування та розвитку комунікативної компетентності в рамках викладання психологічних дисциплін..

Ключові слова: комунікативна компетентність, комунікація, спілкування.

Сучасні реалії формують високі вимоги до підготовки висококваліфікованих фахівців медичної галузі. Окрім володіння спеціалізованими клінічними знаннями та навичками ключовою компетенцією сучасного медичного працівника є здатність вибудовувати ефективну комунікацію.

Термін “комунікативна компетентність” вперше був запропонований американським лінгвістом Д. Хаймсом як альтернативне поняттям “ідеальний комунікант” і “лінгвістична компетентність”. Дослідник виокремлював такі складові комунікативної компетентності: лінгвістичну (володіння мовними нормами);соціолінгвістичну (знання особливостей діалектного мовлення);дискурсивну (вміння логічно й змістовно будувати висловлювання);стратегічну (здатність ефективно підтримувати взаємодію із співрозмовником).

Сучасне розгорнуте визначення комунікативної компетентності сформульоване Жуковим виглядає так - це психологічна характеристика людини, як особистості, що проявляється в спілкуванні з людьми або “здатність встановлювати і підтримувати необхідні контакти з людьми”. Комунікативна

компетентність включає сукупність знань, умінь і навичок, що забезпечують успішне протікання комунікативних процесів.

Також, комунікативну компетентність визначають як сукупність комунікативних здібностей, умінь і знань, адекватних комунікативним завданням і достатніх для їх вирішення.

У науковому дискурсі комунікативну компетентність трактують різнобічно: Л. О. Петровська визначає її як комплексне поєднання знань, соціальних установок, практичних умінь і досвіду взаємодії; Ю. М. Жуков розглядає її крізь призму внутрішніх механізмів регуляції спілкування; а за визначенням Ю. М. Ємельянова — це здатність орієнтуватися в комунікативному просторі завдяки знанням, емоційному досвіду та вільному володінню інструментами взаємодії.

Ефективне спілкування є головним інструментом у роботі медиків, тому їхня професійно-комунікативна компетентність є базовою професійною якістю. Специфіка медичної допомоги вимагає від фахівця не лише клінічних навичок, а й готовності надати пацієнту емоційну підтримку. Ця якість інтегрує в собі психологічну зрілість працівника, а також його високу толерантність до стресових і кризових ситуацій.

Формування професійно-комунікативної компетентності медика суттєво залежить від його індивідуального досвіду, вміння адаптуватися до умов робочої взаємодії та володіння сучасними комунікативними технологіями. Вона також передбачає глибоке розуміння внутрішніх мотивів, намірів, стратегій поведінки та психологічних фрустрацій усіх учасників діалогу. Специфіка медичної сфери полягає в багаторівневості комунікації, яка охоплює контакти з колегами, керівництвом, допоміжним і технічним персоналом, а також безпосередньо з пацієнтами та їхнім оточенням. Відтак, ключове значення в цій системі має здатність до побудови ефективної суб’єкт-суб’єктної взаємодії.

Комунікативна компетентність в екстреній медицині, тобто, професійному полі майбутніх парамедиків — це критично важлива професійна навичка медика, яка полягає у здатності швидко, чітко та ефективно обмінюватися інформацією в умовах дефіциту часу, високого стресу та загрози для життя пацієнта. На

відміну від планової медицини, де є час на встановлення тривалого контакту, в екстрених ситуаціях комунікація безпосередньо впливає на виживання хворого.

Робота в зоні надзвичайної ситуації або в приймальному відділенні вимагає особливих тактик спілкування:

- миттєве встановлення контакту та довіри: парамедик має чітко назвати себе та свою роль, говорити впевненим, спокійним і чітким голосом.
- скринінгове опитування: використання закритих запитань для швидкого збору анамнезу за алгоритмами на кшталт SAMPLE.
- управління панікою та агресією: здатність заспокоїти пацієнта чи його родичів, які перебувають у стані гострого стресу або шоку. Парамедик має транслювати контроль над ситуацією.
- повідомлення поганих новин: навичка лаконічно, чесно, але без зайвої деталізації сповістити про критичний стан або смерть близької людини (наприклад, за адаптованим протоколом *SPIKES*).

Тому, основним завданням в процесі викладання дисциплін психологічного циклу стає перетворення отриманих теоретичних знань на інструмент формування навичок ефективної комунікації. З огляду на це, основний акцент зміщується на інтерактивні, практико-орієнтовані та рефлексивні методи навчання.

Нижче наведено конкретні шляхи та форми роботи, які можна інтегрувати в освітній процес під час викладання психологічних дисциплін:

- рольові та ділові ігри з психологічним аналізом: студенти моделюють ситуації професійної взаємодії. Важливим є не лише сама гра, а й подальший психологічний дебрифінг (розбір помилок та емоційних реакцій).
- метод кейс-стаді: аналіз реальних складних комунікативних ситуацій із медичної практики.
- використання елементів психологічного тренінгу на практичних заняттях сприятиме навчанню специфіці взаємодії в тріаді «парамедик — пацієнт — родичі пацієнта», формуванню стресостійкості, опануванню методів профілактики синдрому емоційного вигорання, розвитку командної взаємодії,

відпрацюванню лідерських якостей, чіткого розподілу ролей у бригаді та навичок взаємодії з іншими службами (поліція, ДСНС).

- навчання копінг-стратегіям: студенти опановують практичні техніки експрес-релаксації, дихальні вправи та методи когнітивної переоцінки, які допомагають зберігати спокій під час напруженого спілкування.
- метод групових дискусій навчає аналізу складних етико-психологічних дилем, з якими майбутні парамедики стикатимуться в реальності, може проводитись у форматі круглого столу, дебатів або дебрифінгу (колективне обговорення після рольової гри або симуляції.

Формування комунікативної компетентності є базовим складником фахової підготовки майбутніх парамедиків. Систематичне впровадження та використання практичних технік із відпрацювання комунікативних навичок дозволяє суттєво підвищити якість підготовки майбутніх фахівців-парамедиків та ефективність надання екстреної медичної допомоги.

Література

1. Бех І. Д. Особистісно орієнтоване виховання: навч.-метод. посібник. Київ: ІЗМН, 2008. 107 с.

2. Бутенко Н. Ю. Комунікативні процеси у навчанні: підручник. Київ: КНЕУ, 2004. 384 с.

3. Бичко М. Розвиток комунікативної компетентності майбутнього лікаря як складника його професійної готовності. *Витоки педагогічної майстерності*. 2018. № 21. С. 19–22.

4. Галіяш Н. Б., Бількевич Н. А., Петренко Н. В. Формування комунікативної компетентності як фундаментальної складової професії лікаря. *Медична освіта*. 2019. № 2. С. 67–74.

5. Кінаш І. О. Формування комунікативної компетентності майбутніх лікарів на етапі професійної підготовки. *Медична освіта.* 2020. № 3. С. 84–88.

УДК 378.147.091.31:[355:61+355.45]"20":[61+615.1]

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА НАЦІОНАЛЬНОГО СПРОТИВУ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ

Володимир КОЦЮРУБА

кандидат медичних наук, викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медицини праці
volodimirkocuruba@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Володимир КУХНЮК

викладач-сумісник циклової комісії медичної реабілітації та фізичного виховання
volodimirkuhnuk@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Тема присвячена висвітленню актуальних питань трансформації освітнього процесу під час викладання військово-медичної підготовки та основ Національного спротиву у закладах медичної та фармацевтичної освіти. Обґрунтовано необхідність відходу від застарілих форм навчання та впровадження сучасних міжнародних протоколів тактичної медицини TCCC (MARCH / PAWS). Визначено роль симуляційного навчання, імітаційних тренінгів зі стрес-факторами, міждисциплінарних зв'язків та залучення інструкторів із бойовим досвідом у формуванні практичних навичок здобувачів освіти. Наголошено на важливості військово-медичної підготовки як стратегічного елемента оборонного потенціалу країни та стійкості системи охорони здоров'я.

Ключові слова: військово-медична підготовка, Національний спротив, протоколи TCCC, алгоритм MARCH, симуляційне навчання, медична освіта, тактична медицина.

Сучасні безпекові виклики та триваюча збройна агресія проти України вимагають докорінної трансформації підходів до підготовки фахівців галузі І Охорони здоров'я та медичне страхування. Військово-медична підготовка (ВМП) та основа Національного спротиву перестали бути суто теоретичними

дисциплінами або елементами цивільного захисту минулих років. Сьогодні це фундаментальна складова професійної компетентності випускника медичного закладу, від рівня засвоєння якої залежить збереження життя військовослужбовців і цивільного населення.

Увага до викладання ВМП і Національного спротиву зумовлена специфікою бойових травм, високою інтенсивністю ведення бойових дій та необхідністю надання екстреної медичної допомоги в умовах обмеженого часу та ресурсів. Викладачі професійно-орієнтованих дисциплін постають перед завданням не лише передати знання стандарту TCCC (Tactical Combat Casualty Care), а й сформувати у здобувачів освіти високу стресостійкість, алгоритмічне мислення та стійкі практичні навички дій у надзвичайних ситуаціях.

Матеріали та методи. Метою дослідження є узагальнення та систематизація сучасних інноваційних підходів до викладання військово-медичної підготовки та Національного спротиву для здобувачів вищої/фахової передвищої медичної та фармацевтичної освіти. У роботі використані теоретичні та практичні методи аналізу, а саме: аналіз і систематизація інформації з нормативно-правових документів і наукової літератури за заданою тематикою; порівняльний аналіз традиційних методик викладання цивільної оборони та сучасних підходів до підготовки з тактичної медицини; узагальнення сучасного практичного досвіду впровадження симуляційних технологій у закладах медичної та фармацевтичної освіти; моделювання структурно-логічних схем інтеграції протоколу MARCH в освітній процес підготовки фахівців галузі І Охорони здоров'я та медичного страхування а також метод симуляційного моделювання (застосування алгоритмів, тренінгів із використанням манекенів, тренажерів; спостереження за процесом засвоєння здобувачами освіти практичних навичок у ході імітаційних тренінгів та симуляційних сценаріїв.

Результати та їх обговорення. В Україні 12 квітня 2026 року набрав чинності Закон щодо окремих питань підготовки громадян до національного спротиву. У документі представлена нова модель підготовки на всіх рівнях – від середньої до вищої школи. У закладах фахової передвищої та вищої освіти

замість базової загальновійськової підготовки передбачено запровадження обов'язкової дисципліни «Основи національного спротиву». Освітня компонента належить до обов'язкових і викладається усім студентам, незалежно від статі і факультету. Це сучасна, адаптована до умов сьогодення освітня компонента із залученням фахових інструкторів, які мають бойовий досвід і відповідної матеріально-технічної бази [2, 3]. Такий підхід дозволяє сформувати постійно готовий людський резерв свідомих громадян, не перевантажуючи при цьому військові навчальні частини, які зосереджені на підготовці особового складу.

Сучасне викладання ВМП і Національного спротиву в першу чергу базується на інтеграції міжнародних протоколів TCCC в освітній процес, де спостерігається чітке дотримання алгоритму MARCH. Головне завдання професійно-орієнтованих дисциплін – перетворити знання алгоритму на автоматичну практичну навичку. Викладання має будуватися за принципом трирівневого зонального надання допомоги:

1. *Допомога під вогнем* – акцент на зупинці критичної кровотечі само- та взаємодопомогою за допомогою джгутів/турнікетів та правильній тактичній евакуації.

2. *Допомога в тактичних умовах* – розширений огляд, забезпечення прохідності дихальних шляхів, конверсія турнікетів, закриття відкритих поранень грудної клітки, знеболення та профілактика гіпотермії.

3. *Допомога під час евакуації* – моніторинг стану та підготовка до транспортування на наступний етап медичної евакуації.

Важливе місце у викладанні дисципліни займають симуляційне навчання та імітаційні технології. Класичні заняття поступаються місцем інтенсивним симуляційним тренінгам. Використання тренажерів зупинки кровотеч (зупинка масивних кровотеч шляхом тампонування), манекенів для декомпресії напруженого пневмотораксу, встановлення повітроводів, а також застосування гриму та імітації поранень дозволяє створити максимально реалістичне середовище. Окрему роль відіграють стрес-фактори (акустичний шум, обмежена

видимість, часові рамки), які готують здобувача до роботи в екстремальних умовах.

Не менш важливим аспектом актуалізації навчального матеріалу є залучення до освітнього процесу бойових медиків, ветеранів, інструкторів центрів військово-патріотичного виховання та Національного спротиву. Це забезпечує зворотний зв’язок із реальним досвідом та коригуванням тактичних прийомів відповідно до зміни характеру ведення бойових дій (зокрема з урахуванням загрози FPV-дронів та нових видів уражень). Викладання дисципліни охоплює не лише медико-тактичні аспекти, а й правові, правознавчі та патріотичні засади Національного спротиву. Здобувачі освіти мають чітко усвідомлювати свій правовий статус, обов'язки медичного працівника в умовах правового режиму воєнного стану, а також основи мінної безпеки, захисту від зброї масового ураження та базової топографії.

У медичних вишах ВМП не повинна викладатися ізольовано. Вона має тісно переплітатися з курсами фармакології (особливості застосування анальгетиків, гемостатиків, антибіотиків на етапах евакуації), хірургії та травматології (особливості вогнепальних і мінно-вибухових ран), а також внутрішньої медицини (синдром тривалого стиснення, комбіновані ураження). Тому до викладання залучаються викладачі з інших циклових комісій і кафедр.

Висновки. Сучасні підходи до викладання ВМП та Національного спротиву у ЗВМ(Ф)О вимагають відійти від застарілих радянських догм цивільної оборони та повного переходу на всесвітньо визнаних протоколів ТССС і стандартів НАТО. Ключовими елементами ефективного навчання є симуляційне моделювання реальних бойових ситуацій, максимальна практична спрямованість (до 70–80% навчального часу) та інтеграція бойового досвіду діючих медичних фахівців. Формування стійких навичок тактичної медицини та військово-патріотична підготовка у закладах медичної (фармацевтичної) освіти є стратегічним завданням зміцнення оборонного потенціалу країни та забезпечення стійкості системи охорони здоров’я України.

Література

1. Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України». Ел. доступ: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-п#Text

2. Закон України «Про основи національного спротиву». Ел. доступ: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1702-20#Text

3. «Основи національного спротиву» замінить БЗВП з 01.10.2026. Ел. доступ: https://kadroland.com/news/5869-osnovi-nacsprotivu-dlya-vsix-shho-proponuje-zakonoprojekt-13347-zamist-bzvp

УДК 005:614.253.5

МЕНЕДЖМЕНТ У МЕДСЕСТРИНСТВІ ЯК СКЛАДОВА ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Тетяна КРИШТАЛЬ

д. екон. н, професор, професор кафедри управління у сфері цивільного захисту
kryshtal_tetiana@nuczu.edu.ua
Національний університет цивільного захисту України, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації висвітлено питання професійної підготовки з менеджменту в медсестринстві в закладах медичної освіти відповідно до стандартів освіти та освітніх програм.

Ключові слова: менеджмент в медсестринстві, професійна підготовка, медична освіта.

Підготовка управлінського персоналу останніми роками набуває особливої актуальності у всіх сферах життєдіяльності, набуваючи особливої значимості в галузях, що стосуються безпеки, життя та здоров’я громадян. Медсестринство в Україні загалом не є винятком, а радше підтвердженням світових тенденцій стосовно фахівців, професійна діяльність яких характеризується здатністю

вирішувати проблеми у нових або незнайомих середовищах за наявності неповної або обмеженої інформації [4].

Акцентуючи увагу на специфічності управлінської діяльності менеджерів сестринського персоналу – головних і старших медичних сестер та заступників головного лікаря з медсестринства (сьогодні – директорів з медсестринства, авт.), В. Й. Шатило у дослідженні менеджменту організації управління сестринськими службами первинної медико-санітарної допомоги та на вторинному рівні медичної допомоги зазначає, що трансформація медичного догляду в наукову дисципліну, впровадження в клінічну практику нових організаційних форм сестринської діяльності, наявність цілого ряду медико-соціальних проблем висунули необхідність підготовки спеціаліста у сфері управління сестринською справою, який, з одного боку, добре розуміється на питаннях сестринського процесу, а з іншого – вміє управляти сестринським персоналом як автономною частиною всього персоналу, що виконує лікувально-діагностичний процес [6].

Аналізуючи виклики та професійні компетенції менеджменту у сфері медсестринства в сучасній Україні за умов війни, М. Я. Кічула зі співавторами до основних професійних компетенцій медсестри-менеджера відносять стратегічне мислення, здатність приймати управлінські рішення, лідерські навички, психологічна стійкість, етичність і готовність діяти за умов невизначеності, зазначаючи, що під час війни на першому місці – потреба у швидкому прийнятті рішень, кризовому управлінні, організації медсестринського догляду при обмеженні ресурсів, а також у забезпеченні морально-психологічної підтримки поранених, цивільного населення та медичного персоналу [3].

Акцентуючи увагу на значимості лідерських компетентностей керівного складу закладів охорони здоров’я, науковці підкреслюють, що це дає можливість формувати основу «міцної управлінської системи, яка дасть можливість формувати та реалізовувати політику стратегії закладу, формувати нову сучасну

систему управління та забезпечить ефективний майбутній розвиток закладу охорони здоров'я» [1].

Провадячи компаративний аналіз моделей підготовки магістрів медсестринства в закладах вищої освіти України, дослідники зазначають, що сучасна підготовка магістрів медсестринства розвивається в напрямі інтеграції клінічної, управлінської, педагогічної, науково-дослідницької та цифрової складових професійної діяльності [2].

Зважаючи на особливості підготовки медичних сестер за принципом ступеневості, важливо звернути увагу саме на наступності формування менеджерських, лідерських якостей у медичних сестер з вищою освітою – бакалаврів і магістрів. Доцільно звернутися до стандартів освіти, що визначають загальні та спеціальні компетентності. Важливо, що загальні компетентності «Здатність працювати в команді» та «Здатність до міжособистісної взаємодії» є аналогічними для обох освітніх рівнів [4, 5].

Спеціальна компетентність «Здатність організовувати та управляти відповідним структурним підрозділом (лідерство та менеджмент)» чітко спрямована на формування організаційно-управлінських якостей медичної сестри-бакалавра [5].

Для медичних сестер магістрів формування таких якостей відображено у трьох спеціальних компетентностях: «Здатність розв'язувати проблеми медсестринства у нових або незнайомих середовищах за наявності неповної або обмеженої інформації з урахуванням стандартів професійної діяльності та аспектів соціальної та етичної відповідальності», «Здатність управляти робочими або навчальними процесами, які є складними, непередбачуваними та потребують нових стратегічних підходів» та «Здатність здійснювати організацію та управління діяльністю медсестринських структурних підрозділів» [4].

В освітньо-професійних програмах «Медсестринство» Черкаської медичної академії підготовка медичних сестер бакалаврського і магістерського рівня до управлінської діяльності, до міжособистісної взаємодії з позицій менеджменту та лідерства реалізується при вивченні обов'язкових освітніх

компонентів «Менеджмент та управління в діяльності медичної сестри» та «Менеджмент в медсестринстві» відповідно.

Таким чином, на сучасному етапі формування нової парадигми медсестринства менеджерські компетенції набувають значної ваги в процесі професійної підготовки медичних сестер з вищою освітою.

Література

1. Акельма В. Г. Сумець О. М., Кириченко О. С. Менеджмент закладу охорони здоров'я: навч. посібник. Київ: ВНЗ «Університет економіки та права «Крок». 2023. 244 с. URL: https://library.krok.edu.ua/media/library/category/navchalni-posibniki/alkema_0036.pdf

2. Гнатенко Т., Шевченко О. Професійно-лідерські компетентності фахівців медсестринства як концептуальна основа забезпечення високих стандартів пацієнтоорієнтованої медичної допомоги. *Медична освіта.* 2026. № 3. С. 35-40.

3. Кічула М. Я., Кліщ Г. І., Кічула В. М. Менеджмент у сфері медсестринства в сучасній Україні: виклики та професійні компетенції за умов війни. (2025). Медсестринство, 3-4, 37-42. https://doi.org/10.11603/2411-1597.2025.3-4.15726

4. Про затвердження Стандарту вищої освіти зі спеціальності 223 Медсестринство для другого (магістерського) рівня вищої освіти. Наказ Міністерства освіти і науки України від 24.06.2022 р. № 589. URL: https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2022/06/27/223-Medsestrynstvo.mahistr-589-24.06.2022.pdf (дата звернення 20.09.2026).

5. Про затвердження Стандарту вищої освіти України першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство»: Наказ Міністерства освіти і науки України від 05.12.2018 р. № 1344. URL: https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2024/09.07.2024/223-

Medsestrynstvo-bakalavr-zminy-973.vid.09.07.2024.pdf (дата звернення 20.09.2026).

6. Шатило В. Й. Менеджмент організації управління сестринськими службами первинної медико-санітарної допомоги та на вторинному рівні медичної допомоги. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2013. № 4 (58). С.13-19.

УДК 378.147:811.124]:[005.336.2:616-051]-043.83

LINGUA LATINA ТА AI-ІННОВАЦІЇ: ВІД ГЕНЕРАЦІЇ ВІЗУАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ ДО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

Сергій ЛИСУН

викладач циклової комісії професійних фармацевтичних дисциплін
sergii.lysun@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації представлено практичний досвід інтеграції технологій штучного інтелекту (ШІ) у викладання латинської мови у закладі вищої та фахової передвищої медичної освіти. Проаналізовано ефективність використання інструментів генеративного ШІ для автоматизованого створення візуальних дидактичних матеріалів, адаптивних інтерактивних вправ і тестових завдань. Доведено, що цифрова трансформація викладання латинської мови оптимізує засвоєння анатомічної та клінічної номенклатури, сприяє розвитку рецептурної грамотності здобувачів освіти та підвищує їхню мотивацію.

Ключові слова: латинська мова, штучний інтелект, генеративні системи, візуалізація.

Сучасна модернізація медичної (фармацевтичної) освіти в контексті цифровізації та гібридних форм навчання зумовлює необхідність активного застосування інноваційних методик, які гарантують якісне опанування базових дисциплін [1]. До таких дисциплін належать «Основи латинської мови та медична термінологія», «Латинська мова», що виступають термінологічним

базисом для подальшого вивчення фармакології, анатомії, клінічних дисциплін та формування професійної мовної компетентності майбутніх медичних і фармацевтичних фахівців. Традиційні методи викладання латини, зорієнтовані переважно на засвоєння граматичних правил, лексичних мінімумів, медичної термінології, тому під час віддаленої взаємодії часто стикаються з проблемою зниження вмотивованості здобувачів освіти та складнощами візуалізації абстрактних граматичних і номенклатурних категорій.

У цьому контексті особливої актуальності набуває застосування інноваційних цифрових інструментів на основі штучного інтелекту (ШІ), які дозволяють модернізувати освітній процес на всіх його етапах — від підготовки наочних дидактичних матеріалів до автоматизованого оцінювання навчальних досягнень. Інтеграція генеративних моделей штучного інтелекту відкриває нові можливості для створення адаптивного освітнього середовища.

Цього результату допомагають досягти графічні й текстові генеративні системи та їх функціонал (Gemini, ChatGPT, Claude), а також інструменти створення автоматизованих тестів (Quizizz, Google Forms з AI-розширеннями), інтерактивні вебзастосунки.

Упровадження штучного інтелекту у викладання латинської мови охоплює три ключові методичні блоки: генерація візуального та дидактичного контенту, міждисциплінарна інтеграція та побудова інтелектуальних систем контролю або самоконтролю знань [2].

Застосування графічних нейромереж для візуалізації навчальної інформації забезпечує якісний рівень наочності під час вивчення етимології та граматичних норм. На етапі опанування клінічної лексики інструменти штучного інтелекту застосовуються для розробки інфографічних матеріалів, у яких за допомогою колірного виділення акцентується увага на словотворчих елементах (префіксах, суфіксах і греко-латинських коренях), сприяючи прискореному аналізу складних термінів. Візуалізація ботанічних об'єктів та лікарських рослин разом із їхніми латинськими назвами покращує асоціативне запам'ятовування лексичних одиниць у контексті підготовки майбутніх провізорів.

Використання генеративного ШІ дозволяє викладачу в автоматичному режимі формувати багатоваріантні банки тестових завдань різного рівня складності. Впровадження адаптивних AI-тестів забезпечує диференційований підхід: під час виконання завдань система адаптує складність наступних питань залежно від попередніх відповідей студента. Досвід показав, що систематичне проведення таких асинхронних тренувань підвищує показники академічної успішності.

Водночас, застосування штучного інтелекту вимагає чіткого педагогічного контролю та критичного оцінювання згенерованих результатів. Не рекомендовано використання штучного інтелекту в освітньому процесі для викладачів без критичного переосмислення згенерованої структури / назви / змісту [3].

Застосування AI-інновацій у викладанні латинської мови та медичної термінології є потужним інструментом підвищення якості освітнього процесу та формування фахової мовної компетентності. Комплексне поєднання генерації візуальних матеріалів, інфографік, презентацій, відеооглядів, ситуаційних інтерактивних вправ, тестового контролю, флеш карток та ментальних карт сприяє формуванню стійких знань майбутніх медичних і фармацевтичних спеціалістів.

Література

1. Актуальні проблеми методології вищої та фахової передвищої медичної (фармацевтичної) освіти: сучасні виклики та нові можливості : матеріали V Міжнар. наук.-методичної інтернет-конференції. Черкаси: ЧМА, 2025. 184 с.

2. Ульянова В., Миронова Л. Використання штучного інтелекту на заняттях із латинської й англійської мов у фармацевтів-хіміків. Одеса : Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, 2024. С. 135–136.

3. Положення про використання штучного інтелекту в Черкаській медичній академії. Черкаси: Черкаська медична академія, 2025. [URL: https://drive.google.com/file/d/141q0_iPAm569AISdm4yf5sYp1Tz3LI7e/view (дата звернення: 24.09.2026)].

УДК 378.147:004.8]:61-057.875

ТРАНСФОРМАЦІЯ СТАНДАРТІВ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ В УМОВАХ ІНТЕГРАЦІЇ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Ірина ЛІСЕЦЬКА

к.мед.н., доцент кафедри дитячої стоматології
Lisecka9@gmail.com
Володимир САРАПУК

доктор філософії, асистент кафедри стоматології післядипломної освіти

Софія ІВАНОВА

студентка II курсу медичного факультету
Івано-Франківський національний медичний університет,
м . Івано-Франківськ, Україна

Анотація. Стрімка інтеграція штучного інтелекту (ШІ) у вищу медичну освіту вимагає докорінного перегляду підходів до академічної доброчесності. У роботі проаналізовано ризики негативного «когнітивного розвантаження», коли ШІ заміщує критичне мислення та аргументацію студентів. Запропоновано впровадження «сократівського режиму» взаємодії, де ШІ виступає критичним співрозмовником, а студент залишається автором наукового судження. Доведено, що завдання з живим клінічним компонентом є найстійкішими до повного делегування ШІ. Рекомендовано будувати політику ЗВО на принципі технологічної нейтральності (platform-neutral) та стимулювати відкрите декларування використання ШІ.

Ключові слова: академічна доброчесність, штучний інтелект, медична освіта, когнітивне розвантаження, сократівський режим, platform-neutral, якість освіти.

Сучасний етап реформування вищої медичної школи в Україні безпосередньо пов’язаний із процесами євроінтеграції та адаптації освітнього простору до міжнародних стандартів якості. У цих умовах особливої ваги набуває формування стійкої культури академічної доброчесності здобувачів освіти. Вона трансформувалася з переліку формальних нормативних заборон у

фундаментальну етичну цінність, яка гарантує об'єктивність результатів навчання, підтримує високу взаємну довіру в університетському середовищі та визначає репутаційний капітал закладу вищої освіти (ЗВО) [1, с.34-35; 3, с.18].

Стрімкий розвиток та масова доступність інструментів штучного інтелекту (ШІ) створили безпрецедентні виклики для академічної етики. Традиційні підходи до контролю авторства студентських робіт, що базувалися переважно на детекторах текстових запозичень (плагіату), втрачають свою ефективність. Головна небезпека полягає в ризику безконтрольного «когнітивного розвантаження» здобувачів освіти, за якого алгоритми ШІ повністю заміщують собою процеси критичного аналізу, формування наукового сумніву, верифікації першоджерел та узагальнення висновків. Це актуалізує гостру потребу у розробці нової концепції дизайну навчальних завдань та трансформації університетських регуляторних правил за принципом технологічної нейтральності, що дозволить зберегти суб'єктність і самостійне професійне мислення майбутнього лікаря в епоху ШІ-трансформації [2, с.18-20].

Трансформація сучасної вищої медичної школи вимагає розбудови стійкої культури академічної доброчесності, яка трансформувалася з формального регламенту у фундаментальну етичну цінність. Головним викликом на цьому етапі є стрімка інтеграція ШІ в освітнє середовище, що потребує переосмислення дизайну завдань для студентів.

Анкетування здобувачів освіти виявило ключові ризики, пов'язані з так званим негативним когнітивним розвантаженням. Встановлено, що безконтрольне використання нейромереж призводить до того, що ШІ перебирає на себе не лише рутинні технічні операції, а й глибинні етапи навчання: формування сумніву, критичну аргументацію, верифікацію першоджерел та формулювання фінальних висновків. Це створює ілюзію компетентності, але нівелює сам процес навчання.

Для нейтралізації цих ризиків у навчальний процес було запропоновано імплементувати методику діалогової взаємодії студента з ШІ («Сократівський режим»). У цьому форматі ШІ налаштовується не на генерацію готових відповідей чи рефератів, а на моделювання послідовних критичних запитань. Це

стимулює здобувача освіти самостійно виявляти суперечності у своїх міркуваннях, слабкі місця в аргументації та залишатися повноцінним автором власного наукового мислення.

Аналіз показав, що найстійкішими до повного недоброчесного делегування ШІ є завдання, що містять: живий клінічний компонент, відображення особистісного досвіду пацієнта чи студента, видимий, покроковий процес виконання роботи (наприклад, захист ментальних карт). Що більше завдання потребує унікального професійного судження та медичної деонтології, то обережніше його слід делегувати ШІ.

Обговорення результатів дозволило сформувати рамку для оновлення внутрішнього університетського положення про якість освіти. Рекомендовано будувати правила навколо категорій використання та ризиків, а не конкретних брендів ШІ (принцип platform-neutral). Політика ЗВО має базуватися на оцінці даних, чіткій освітній меті, збереженні людського контролю (human-in-the-loop), декларуванні ШІ та об'єктивному оцінюванні. При цьому сама по собі атрибуція ролі ШІ у роботі не повинна бути підставою для звинувачення у порушенні доброчесності, якщо студент чітко розмежовує власне мислення та технічну допомогу алгоритмів.

Таким чином, сучасний дизайн завдань у медичному закладі вищої освіти має проєктуватися за принципом: ШІ можна і потрібно використовувати як цифровий інструмент, але він за жодних умов не повинен замінювати або підміняти собою живий процес когнітивної діяльності та навчання студента.

Висновки. Культура академічної доброчесності в умовах цифровізації медичної освіти трансформувалася з формального зводу правил у фундаментальну ціннісну платформу, що безпосередньо впливає на якість підготовки майбутніх лікарів та репутаційний капітал університету. Незбалансоване використання генеративного ШІ несе серйозні ризики негативного «когнітивного розвантаження», коли алгоритми заміщують собою критичне мислення, пошук та аргументацію здобувача освіти. Ефективною протидією цьому є перехід до «сократівського режиму» взаємодії, де ШІ виступає критичним співрозмовником, а студент залишається автором наукового

судження. Сучасний дизайн навчальних завдань у медичному виші має базуватися на принципах незамінності процесу навчання (через живий клінічний компонент, особистісний досвід та фіксацію етапів виконання) та технологічної нейтральності (platform-neutral). Внутрішня політика університету повинна стимулювати відкрите декларування використання ШІ без автоматичного звинувачення у порушенні академічної етики.

Література

1. Куліш А. М., Черняков В. О. Академічна доброчесність в епоху цифрових трансформацій та штучного інтелекту: правові та етичні виклики. *Правові горизонти*. 2024. Вип. 42. С. 34–41.

2. Шіхєлієва Л. М. Штучний інтелект у вищій медичній освіті: когнітивне розвантаження чи загроза для критичного мислення майбутніх фахівців. *Медична освіта*. 2025. № 2. С. 18–23.

3. Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти. *Рекомендації щодо дотримання академічної доброчесності в умовах використання технологій генеративного штучного інтелекту в освітньому процесі ЗВО* : методичні матеріали. Київ : НАЗЯВО, 2024. 18 с.

УДК 378.6:61](043.3)

THE FORMATION ROFESSIONAL IDENTITY THROUGH ENGLISH FOR SPECIFIC PURPOSES COMMUNICATION

Olena PIETUKHOVA

helen.ajuga@gmail.com
Cherkasy medical academy, Cherkasy, Ukraine

Abstract. This publication examines the impact of the foreign language course (for professional purposes) on learning effectiveness and the development of communication and professional skills; it emphasizes the interconnection between ethics, cultural competence, and professional identity.

Keywords: humanities education, professional identity, stress resilience.

The development of cultural and professional identity within the humanitarian space of professional higher pre-higher education amid globalization challenges is extremely relevant for medical educational institutions. This is not only because a specialist with a high level of cultural identity is competitive in the European labor market, but also because respect for a patient's dignity, autonomy, and cultural diversity helps create a favorable communicative environment that optimizes and accelerates the recovery process.

The humanitarian training of medical students encompasses a wide range of areas—from national experience to European values and standards. The interconnection of ethics (bioethics), cultural competence, and professional identity is impossible without the interdisciplinary integration of humanities scholars and instructors of professional disciplines (surgery, internal medicine, disaster medicine). This is a direct response to students' inquiry into the meaning of learning in the context of war. Learners strive to acquire not only knowledge but also ethical landmarks.

The academic discipline of ESP (English for Specific Purposes) involves teaching English tailored to a specific field (medicine, pharmacy, military medicine, cosmetology) and addresses the real needs of students in their future profession. Unlike General English, which covers a broad range of topics ("everything about everything"), ESP focuses on what students will actually do in English. For example: reading MARCH protocols, filling out CASEVAC cards, and communicating with international medical partners is essential for future paramedics. We don’t teach “English for paramedics”; we teach “paramedics who are fluent in the language of their profession,” where knowledge of professional terminology becomes a tool for confidence.

The practical aspect of learning specialized terminology lies in using English-language glossaries not as dictionaries, but as roadmaps for analyzing real-world cases. For example, we don’t just learn words—we analyze how to correctly report data using the MIST protocol in English so as not to waste a single second while transferring a casualty to the next stage of evacuation. All modern international protocols (TCCC—Tactical Combat Casualty Care) are written in English [1]. When a student is familiar

with terms such as “massive hemorrhage,” “airway obstruction,” and “tension pneumothorax,” they don’t just know the translations—they gain direct access to the most up-to-date practices in disaster medicine.

In a stressful situation, the brain works differently. Clear, concise commands in English (or terms that have become part of professional slang) allow you to follow a set procedure, bypassing the “long deliberation” stage [2]. This is the very “muscle memory” we refer to in the synergistic approach. When a student uses terminology fluently, they feel like part of a global professional community. This fosters a “sense of belonging” to an elite group, which dramatically boosts self-esteem and professional self-awareness.

The formation of professional identity is a complex, multidimensional process of transforming a student's personality into a specialist capable of operating under high stress, time constraints, and information scarcity. This process is influenced by a number of interrelated factors.

The educational environment of a higher or professional pre-higher education institution lays the foundation for the future profession. The use of medical simulators, manikins, and training devices for practicing algorithms (such as BLS, ALS, and PHTLS protocols) and other interactive and simulation technologies reduces psychological barriers to real-world practice. The example of practitioner-instructors, physicians, and paramedics with real-world experience on the emergency front line transmits not only knowledge but also professional ethics.

The specificity of the profession requires certain psychological qualities that are either inherent in the student or developed during the training process. Emotional stability and stress resilience help maintain self-control, critical thinking, and clarity of action in extreme and critical situations. Internal motivation fosters an awareness of the profession's social significance, responsibility for the patient's life and health, and the drive for self-realization through helping others. Professional reflection—the ability to analyze one's own actions, mistakes, and emotional state—prevents professional burnout as early as the training stage.

The external environment and societal context shape the value orientations of the future specialist. The prestige of the profession in society, along with belonging to a professional environment and community, promotes an understanding of the legal boundaries of responsibility, as well as the rights and duties of a medical professional within the modern healthcare system.

References

1. Hutchinson T., Waters A. English for Specific Purposes: A learning-centred approach. *Cambridge: Cambridge University Press*, 2019.

2. Medical English and Communication in Emergency Situations / *ed. by M. Johnson, R. Smith. New York: Medical Education Press,* 2022. 210 p.

УДК 378.046.4:61]:616.98

КОМПЕТЕНТНІСНО ОРІЄНТОВАНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ НА ЦИКЛІ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ З ПИТАНЬ СКАЗУ ТА ПРАВЦЯ

Алла ПОДАВАЛЕНКО

д. м. н., професор, завідувач кафедри гігієни, епідеміології, дезінфектології та професійних хвороб,
epid@ukr.net
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Людмила ЗЕЛЕНСЬКА

д. п. н., професор, професор кафедри освітології та інноваційної педагогіки
Харківський національний педагогічний університет ім. Г.С. Сковороди, м. Харків, Україна

Анотація. У роботі представлено досвід компетентнісно орієнтованого навчання лікарів різних спеціальностей на циклі тематичного удосконалення «Сказ і правець: епідеміологічний нагляд та профілактика». Розглянуто застосування методів розвитку критичного мислення під час аналізу професійних ситуацій, оцінки ризиків та прийняття клініко-епідеміологічних

рішень. Обґрунтовано перспективність інтеграції елементів емоційного інтелекту для вдосконалення професійної комунікації та взаємодії з пацієнтами.

Ключові слова: компетентнісно орієнтоване навчання; критичне мислення; емоційний інтелект; післядипломна медична освіта.

Сучасна післядипломна медична освіта передбачає перехід від переважно репродуктивного засвоєння професійних знань до формування у лікаря здатності самостійно аналізувати професійні ситуації, оцінювати ризики, приймати обґрунтовані рішення та ефективно взаємодіяти з пацієнтами й іншими фахівцями. Особливого значення такий підхід набуває під час підготовки лікарів з питань профілактики сказу та правця, оскільки своєчасність і правильність профілактичних заходів значною мірою визначаються якістю оцінки ризику та дотриманням відповідних алгоритмів.

У Харківському національному медичному університеті на кафедрі гігієни, епідеміології, дезінфектології та професійних хвороб за розробленою програмою «Сказ і правець: епідеміологічний нагляд та профілактика» проводиться цикл тематичного удосконалення для лікарів-епідеміологів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, педіатрів, терапевтів, інфекціоністів, хірургів та травматологів [1].

Зміст програми включає питання організаційно-методичної роботи з профілактики сказу у людей і тварин та правця, епідеміології й епізоотології сказу, епідеміологічного та епізоотологічного нагляду, антирабічної допомоги, профілактики сказу, епідеміології та нагляду за правцем, а також його специфічної та неспецифічної профілактики.

Цикл розрахований на 78 годин (2,6 кредиту ЄКТС) та передбачає проведення лекцій, семінарських і практичних занять. Контроль навчальних досягнень здійснюється на базисному, поточному та підсумковому рівнях, а також шляхом самоконтролю.

Мета роботи – обґрунтувати та представити досвід компетентнісно орієнтованого навчання лікарів різних спеціальностей на циклі тематичного

удосконалення з питань сказу та правця із застосуванням методів розвитку критичного мислення та розробленням підходів до формування емоційного інтелекту.

Матеріали та методи. Проаналізовано педагогічний досвід організації навчального процесу на циклі тематичного удосконалення. Використовувалися проблемно-орієнтоване навчання, аналіз професійних ситуацій, кейс-метод, дискусія, ситуаційні завдання, алгоритмізація професійних дій, тестовий контроль та рефлексивні вправи. Педагогічний підхід ґрунтувався на послідовному переході від актуалізації теоретичних знань до їх застосування у змодельованих професійних ситуаціях.

Результати та їх обговорення. Сказ і правець належать до інфекційних захворювань, розвиток яких у значній частині випадків можна попередити за умови своєчасного виявлення ризику, правильної оцінки експозиції або травми та проведення відповідних профілактичних. Водночас розвиток клінічних проявів цих захворювань може супроводжуватися надзвичайно тяжким перебігом і становити безпосередню загрозу життю. Тому підготовка лікаря має бути спрямована не лише на знання нормативних вимог, а передусім на формування здатності правильно застосовувати їх у конкретній професійній ситуації.

У навчальний процес упроваджено методи розвитку критичного мислення. Їх застосування передбачає постановку перед слухачами професійної проблеми, аналіз наданої інформації, визначення недостатніх або суперечливих даних, формулювання можливих ризиків, вибір необхідних додаткових дій та обґрунтування прийнятого рішення [2].

При вивченні питань сказу особливу увагу приділено моделюванню ситуацій, пов’язаних з укусами, подряпинами, ослиненням, контактами з потенційно інфікованими тваринами [3, с.14]. Слухачі мають самостійно оцінити характер експозиції, визначити епідеміологічну значущість контакту, встановити необхідність постконтактної профілактики, визначити послідовність

професійних дій та обґрунтувати необхідність взаємодії між медичною, епідеміологічною та ветеринарною службами.

Під час опрацювання питань правця критичне мислення спрямовується на оцінювання характеру травми, ризику інфікування, вакцинального анамнезу, повноти та своєчасності профілактичних заходів. Такий підхід дозволяє перевірити не тільки рівень засвоєння інформації, а й здатність лікаря використовувати знання для прийняття конкретного професійного рішення.

Наступним етапом удосконалення освітньої моделі є розроблення підходів до формування емоційного інтелекту лікаря. Його доцільність визначається специфікою професійної діяльності, оскільки ситуації, пов’язані з укусом тварини, ризиком сказу, необхідністю вакцинації або виникненням травми, часто супроводжуються страхом, тривогою та емоційним напруженням пацієнта.

У межах запропонованого підходу передбачається моделювання комунікативно складних професійних ситуацій: спілкування з пацієнтом, який відмовляється від вакцинації; пояснення необхідності проведення постконтактної профілактики; комунікація з батьками дитини після контакту з твариною; взаємодія з пацієнтом, який перебуває у стані вираженої тривоги або недовіри до медичних рекомендацій.

Формування емоційного інтелекту розглядається як розвиток здатності лікаря розпізнавати емоційний стан пацієнта, контролювати власні емоційні реакції, демонструвати емпатію, використовувати активне слухання, доступно пояснювати ризики та формувати конструктивну взаємодію. Таким чином, когнітивний компонент професійної компетентності доповнюється емоційно-комунікативним [4].

Вважаємо перспективною модель навчання, у якій професійна ситуація послідовно проходить кілька етапів: виявлення проблеми → аналіз інформації → оцінка ризику → критичне осмислення → прийняття професійного рішення → комунікація з пацієнтом → рефлексія. Така послідовність дозволяє наблизити освітній процес до реальних умов професійної діяльності лікаря.

Висновки. Компетентнісно орієнтоване навчання на циклі тематичного удосконалення з питань сказу та правця спрямоване на інтеграцію професійних знань, навичок критичного аналізу, оцінки ризику, прийняття рішень та комунікативної компетентності. Упровадження методів розвитку критичного мислення дозволяє перенести акцент із відтворення інформації на її практичне застосування у професійних ситуаціях. Розроблення підходів до формування емоційного інтелекту розглядається як перспективний напрям подальшого вдосконалення післядипломної медичної освіти, особливо для підготовки лікарів до комунікації з пацієнтами в ситуаціях високого емоційного напруження. Подальша робота кафедри передбачає апробацію запропонованих підходів та розроблення критеріїв оцінювання сформованості відповідних компетентностей.

Література

1. Навчальний план та програма циклу тематичного удосконалення «Сказ і правець: епідеміологічний нагляд та профілактика» (тривалість циклу - 78 годин/2,6 кредитів ЄКТС): наказ ХНМУ № 49 від 27.03.2026.

2. Подаваленко А. П., Зеленська Л. Д. Розвиток критичного мислення лікарів у системі післядипломної освіти : монографія/ ХНМУ, ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків: ФОП Бровін О.В., 2025. 64 с. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.15120947

3. Стандарт медичної допомоги. Сказ : наказ МОЗ України №635 від 15.05.2026.

4. Подаваленко А. П., Зеленська Л. Д., Білера Н. В. Результати пілотного дослідження розвитку емоційного інтелекту в лікарів на циклах підвищення кваліфікації. Матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції «Психолого-педагогічні проблеми вищої і середньої освіти в умовах сучасних викликів: теорія і практика». (м. Харків, 25-26 березня, 2026 рік). Харків: МОНУ, ХНПУ імені Г.С. Сковороди, ПНПУ імені В.Г. Короленка, 2026. С. 161-166.

УДК 378.147:618

СИМУЛЯЦІЙНІ СЦЕНАРІЇ НЕВІДКЛАДНИХ АКУШЕРСЬКИХ СТАНІВ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Юлія ШЕВЧЕНКО

викладач циклової комісії клінічних дисциплін
shevcenkoulia89@gmail.com

Тетяна НАЛІСНА

викладач циклової комісії педіатрії та
фахових медсестринських дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Невідкладні стани в акушерстві потребують швидкого прийняття рішень і чіткого виконання практичних дій, однак можливості відпрацьовувати їх під час звичайної клінічної практики обмежені. У тезах розглянуто використання симуляційних сценаріїв у підготовці здобувачів медичної освіти та проаналізовано дані щодо результативності такого навчання. Запропоновано послідовність проведення сценарію, що включає підготовку учасників, виконання завдання, дебрифінг і повторне відпрацювання. Окремо розглянуто добір невідкладних акушерських ситуацій для симуляційного навчання та можливості використання чек-листів і глобального оцінювання під час підготовки до ОСП(К)І.

Ключові слова: симуляційне навчання, невідкладні акушерські стани, клінічний сценарій, дебрифінг, практичні компетентності, медична освіта.

Невідкладні акушерські стани належать до ситуацій, у яких медичному працівникові доводиться діяти швидко й одночасно виконувати декілька завдань. Післяпологова кровотеча, еклампсія, дистоція плечиків, випадіння пуповини чи необхідність реанімації новонародженого можуть виникнути раптово, а затримка або неправильна послідовність дій здатні суттєво вплинути на результат допомоги.

Для навчального процесу це створює очевидну проблему. Такі стани трапляються не настільки часто, щоб кожен здобувач освіти гарантовано зустрів їх під час клінічної практики. Водночас використовувати реальну критичну

ситуацію як можливість для первинного відпрацювання навички неможливо з міркувань безпеки пацієнтки й новонародженого. Тому частину дій доцільно спочатку переносити в контрольоване симуляційне середовище.

Додаткового значення це набуває у зв'язку з використанням об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту – ОСП(К)І. Чинний порядок атестації передбачає перевірку практичних навичок у стандартизованих умовах [2]. Отже, від здобувача вимагається не лише знати алгоритм, а й продемонструвати його виконання: оцінити ситуацію, визначити послідовність дій, підготувати необхідне оснащення, взаємодіяти з іншими учасниками команди.

Мета тез – розглянути можливості симуляційного навчання під час підготовки до дій у невідкладних акушерських ситуаціях та визначити підходи до побудови й оцінювання навчального сценарію.

Матеріали та методи. Проаналізовано наукові й навчально-методичні публікації з питань симуляційного навчання в акушерстві, а також нормативні документи, що регламентують практичну складову атестації здобувачів освіти галузі охорони здоров'я. Дані щодо результативності симуляційних тренінгів опрацьовано за публікаціями, представленими в PubMed, Scopus і Web of Science. На основі узагальнення матеріалу окреслено послідовність проведення навчального сценарію та можливі підходи до оцінювання роботи здобувача.

Результати та їх обговорення. Дані щодо впливу симуляційного навчання в акушерстві не слід трактувати спрощено. Систематичний огляд і метааналіз командних тренінгів показали позитивні результати за низкою показників, однак для окремих клінічних наслідків переконливого ефекту встановити не вдалося. Найбільш результативними виявлялися багатопрофесійні програми, організовані безпосередньо в тому середовищі, де команда надалі надає допомогу [3].

Тривалий досвід симуляційного навчання накопичено, зокрема, щодо дистоції плечиків. Спостережні дані свідчать про можливий зв'язок тренінгів із поліпшенням ведення таких випадків і зменшенням частоти стійкого ушкодження плечового сплетення новонароджених [4]. Водночас ці результати не дають підстав вважати, що сама наявність симуляційного тренінгу автоматично забезпечує кращий клінічний результат. Безпосередньо в

освітньому процесі його головне завдання – дати можливість багаторазово й безпечно відпрацювати дії, які в реальній практиці можуть знадобитися раптово.

Рівень технічної складності симуляції при цьому має відповідати навчальній меті. Для відпрацювання окремої мануальної дії часто достатньо фантома або нескладного тренажера. Якщо завдання полягає у веденні цілого невідкладного стану, розподілі ролей та командній взаємодії, потрібен сценарій, у якому змінюються клінічні дані й учасникам доводиться реагувати на розвиток ситуації. Високотехнологічний роботизований манекен сам по собі не робить заняття ефективним, якщо здобувач лише спостерігає за його роботою.

Перед початком сценарію учасників необхідно ознайомити з обладнанням, розподілити ролі й пояснити правила роботи. Здобувач повинен знати, що від нього очікують поводитися так, наче ситуація реальна, але водночас мати можливість помилятися без страху приниження або покарання. Після цього викладач подає вихідні клінічні дані, не називаючи готового діагнозу.

Основну частину сценарію бажано проводити з мінімальним втручанням викладача. Якщо учасник одразу отримує підказку після кожної помилки, ситуація перетворюється на звичайне опитування біля манекена. Для навчання важливо побачити, як здобувач сам оцінює стан, у якій послідовності діє, коли звертається по допомогу і як комунікує з командою.

Після завершення сценарію проводиться дебрифінг. Саме тут учасники мають можливість відновити послідовність подій, пояснити власні рішення й визначити моменти, які можна було виконати інакше. Викладач у цьому випадку не лише повідомляє правильний алгоритм, а спрямовує обговорення запитаннями. Особливо корисно розбирати не тільки помилки, а й дії, виконані правильно: здобувач повинен розуміти, чому вони були правильними.

Якщо умови заняття дозволяють, після дебрифінгу доцільно повторити хоча б критичну частину сценарію. Це дає можливість одразу застосувати зроблені висновки. Наприклад, після невдалої командної роботи при післяпологовій кровотечі можна повторно відпрацювати перші хвилини допомоги – оцінювання крововтрати, виклик допомоги, розподіл функцій і початок необхідних втручань.

Для навчання майбутніх медичних працівників пріоритетними є ситуації, де важливими є як технічні навички, так і послідовність дій. При післяпологовій кровотечі це розпізнавання небезпечної крововтрати, оцінювання стану жінки, виклик допомоги та виконання передбачених алгоритмом дій. При еклампсії – безпечне положення пацієнтки, забезпечення прохідності дихальних шляхів, контроль стану й підготовка призначених лікарських засобів. Сценарій дистоції плечиків дозволяє відпрацювати маневр Мак-Робертса, надлобковий тиск і командну взаємодію. Окремими сценаріями можуть бути випадіння пуповини та первинна реанімація новонародженого.

До кожного сценарію необхідно заздалегідь визначити, які саме дії підлягають оцінюванню. Чек-лист зручний для фіксації конкретних кроків: чи оцінив здобувач стан пацієнтки, чи своєчасно покликав допомогу, чи правильно виконав необхідну маніпуляцію. Проте лише кількість виконаних пунктів не завжди показує якість роботи в цілому. Тому чек-лист доцільно доповнювати загальною оцінкою послідовності, самостійності та безпечності дій.

Такий принцип близький до логіки станцій ОСП(К)І: здобувач отримує стандартизовану ситуацію і в обмежений час демонструє визначений набір практичних дій. Водночас навчальний сценарій не повинен перетворюватися виключно на репетицію іспиту. Його завдання ширше – сформувати спосіб дії, який надалі може бути перенесений у клінічну практику.

Важливою умовою є підготовка самого викладача. Провести сценарій означає не тільки увімкнути симулятор і роздати ролі. Потрібно вміти керувати розвитком ситуації, не підказуючи рішення завчасно, а після її завершення – провести конструктивний дебрифінг. Психологічна безпека при цьому безпосередньо впливає на активність учасників: студент, який боїться публічного осуду за помилку, скоріше намагатиметься уникати самостійних рішень.

Набуті навички потребують повторення. Тому доцільніше включати симуляційні сценарії в навчання періодично, ніж проводити один великий тренінг наприкінці курсу. Симуляція при цьому не замінює роботи з пацієнтом. Вона дозволяє здобувачеві прийти до клінічної практики вже з відпрацьованою базовою послідовністю дій.

Висновки. 1. Симуляційне навчання дає можливість відпрацьовувати дії при невідкладних акушерських станах у ситуаціях, які складно гарантовано зустріти під час клінічної практики та небезпечно використовувати для первинного навчання безпосередньо біля пацієнтки.

2. Вибір обладнання має визначатися навчальним завданням. Для формування окремої мануальної навички достатнім може бути простий тренажер, тоді як командна взаємодія та ведення невідкладного стану потребують повноцінного сценарію.

3. Важливими складовими симуляційного заняття є самостійне виконання сценарію, структурований дебрифінг і, за можливості, повторне відпрацювання проблемних дій. Для оцінювання доцільно поєднувати чек-лист із загальною оцінкою якості виконання.

4. Подальша робота може бути спрямована на апробацію набору сценаріїв невідкладних акушерських станів і перевірку того, як змінюються точність, послідовність та самостійність виконання практичних дій після повторних симуляційних тренінгів.

Література

1. Гладчук І. З., Анчева І. А. Стратегія розвитку сучасної вищої медичної освіти. *Український журнал Здоров'я жінки*. 2022. № 3 (160). С. 55–59.

2. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 334 : постанова Кабінету Міністрів України від 25.02.2026 № 248.

3. Brogaard L., Glerup Lauridsen K., Løfgren B. et al. The effects of obstetric emergency team training on patient outcome: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2022. Vol. 101, No 1. P. 25–36.

4. Kaijomaa M., Gissler M., Äyräs O. et al. Impact of simulation training on the management of shoulder dystocia and incidence of permanent brachial plexus birth injury: an observational study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2023. Vol. 130, No 1. P. 70–77.

V. З ДОСВІДУ ВИХОВНОЇ РОБОТИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ/ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ (ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ) ОСВІТИ

УДК 004.56:378-052]:[613.8:004]

ІНФОРМАЦІЙНА БЕЗПЕКА ЗДОБУВАЧА ОСВІТИ: ВІД ЦИФРОВИХ ЗАГРОЗ ДО МЕДІАГІГІЄНИ

Тетяна ГОЛОВНЯ

викладач циклової комісії математики та інформатики,
старший викладач
tl_golovnya@ukr.net

Наталія СОКАЛЬСЬКА

викладач циклової комісії математики та інформатики,
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації здійснено аналіз дослідження проблеми формування інформаційної безпеки здобувачів освіти у сучасному освітньому середовищі. Актуальність теми зумовлена стрімким розвитком інформаційно-комунікаційних технологій, зростанням інформаційних загроз, поширенням дезінформації, фейкових новин, маніпулятивних медіатехнологій та кіберризиків, що безпосередньо впливають на розвиток критичного мислення та свідомість студентської молоді. У роботі обґрунтовано необхідність формування медіаграмотності у здобувачів освіти, як ключової компетентності особистості в умовах інформаційного суспільства.

Ключові слова: інформаційна безпека, медіагігієна, здобувачі освіти, цифрова освіта, кібербезпека.

Сучасний стан розвитку суспільства характеризується домінуванням інформаційних технологій та цифрових комунікацій, що зумовлює фундаментальну трансформацію освітнього простору як в Україні так і за кордоном. Безперешкодний доступ до всесвітнього інформаційного простору

має й зворотний бік — стрімке поширення дезінформації, маніпулятивних технологій, мережевого цькування та психологічної агресії. Ця тенденція має вирішальне значення в умовах сучасних гібридних загроз і глобальних інформаційних війн. У таких ситуаціях цифрові екосистеми цілеспрямовано використовуються для розхитування суспільних цінностей і спотворення світогляду громадян [1].

Студентська молодь є особливо вразливою групою, яка, попри високу активність у цифровому середовищі, часто не володіє достатнім рівнем навичок критичного аналізу інформації та розпізнавання прихованого впливу та пропаганди. Це зумовлює гостру необхідність формування інформаційної та медіабезпеки не лише як прикладної навички, а як невід'ємної складової сучасного освітнього процесу.

Через динамічні зміни у глобальному цифровому середовищі проблеми формування медіаграмотності та інформаційної безпеки людини залишаються ключовим вектором наукових пошуків багатьох українських і закордонних авторів.

Л. Найдьонова [2, с.56] зробила значний внесок у вивчення психології взаємодії людини з медіапростором, охарактеризувавши медіакультуру як комплексне соціально-психологічне явище. У своїх працях авторка наголошує на важливості формування у молоді навичок усвідомленого вибору інформації, а також на захисті їхньої психіки від деструктивного медійного контенту.

Ефективне функціонування людини в інформаційному суспільстві, на думку В. Іванова [3], безпосередньо залежить від рівня її медіаграмотності. Обґрунтовуючи цю ключову компетентність, автор пропонує системний підхід до її вивчення та розкриває теоретичні й практичні аспекти впровадження медіаосвітніх практик.

Науковиця S. Livingstone пропонує розширити межі медіаосвіти шляхом впровадження концепції цифрової стійкості [5]. Необхідність у такій програмі зумовлена потребою в ефективних інструментах для захисту

здобувачів освіти від кіберзагроз та інформаційно-психологічної операцій у реальному часі, що є основою їхньої цифрової стійкості. Однак, вимірювання ефективності цього процесу ускладнюється відсутністю чітких критеріїв оцінки медіакомпетентності як елемента особистої безпеки. Виникає додаткове завдання адаптації навчання до сучасних викликів — зокрема, навчити студентів критично взаємодіяти з генеративними штучними інтелектом та розпізнавати дипфейки.

Цільовими орієнтирами формування медіабезпеки здобувачів освіти визначено чотири базові складники. По-перше, це знання про те, як працюють медіа, алгоритми соцмереж та маніпуляції. По-друге — цінності, що передбачають критичне ставлення до новин, цифрову етику та відповідальність за поширення інформації. Третьою частиною є практичні вміння, а саме навички перевірки фактів, захисту особистих даних та налаштування приватності. І наостанок — це психологічна стійкість, яка допомагає здобувачам освіти керувати емоціями, зберігати спокій під час інформаційного тиску та давати відсіч кібербулінгу [4, с.15].

Розвиток освіти сьогодні постає перед новим фундаментальним викликом — захистом молоді у медіапросторі в епоху генеративного ШІ. Нові технології несуть серйозні ризики для інформаційної безпеки. Технологія дипфейків практично стерла межу між реальним і згенерованим візуальним контентом, а алгоритми автоматичного написання текстів кардинально змінюють роботу з інформацією. Крім того, автоматизоване створення текстів і коментарів може використовуватися для цілеспрямованого впливу на громадську думку.

Серйозну проблему становить і те, що користувачі сліпо довіряють штучному інтелекту, який часто видає помилкову або вигадану інформацію. Без критичного оцінювання результатів роботи ШІ неможливо забезпечити медіаграмотність.

Основною метою розвитку медіаграмотності є забезпечення здобувачів освіти вміннями критично сприймати інформацію, аналізувати

медіаконтент та протистояти маніпуляціям. Важливим завданням також є розвиток стресостійкості, що допоможе захиститися від негативної інформації та зберегти раціональне мислення при перевантаженні медіапростору.

Отже, в умовах цифровізації суспільства проблема інформаційної та медіабезпеки молоді набуває особливої актуальності. Вона виходить за межі технічних навичок і пов’язана з формуванням критичного мислення та відповідального ставлення до інформації. Окремої уваги потребує підготовка здобувачів освіти до взаємодії з технологіями штучного інтелекту, що передбачає розвиток навичок перевірки інформації та усвідомленого використання цифрових інструментів.

Література

1. Волошенюк О. В. Медіаосвіта та медіаграмотність: навч. посіб. Київ: Академія української преси, Центр вільної преси, 2020. 215 с.

2. Найдьонова Л. А. Медіакультура особистості: соціально-психологічний підхід : монографія. Київ: Міленіум, 2019. 440 с.

3. Іванов В. Ф. Основи медіаграмотності: підручник. Київ : Знання, 2021. 350 с.

4. Концепція впровадження медіаосвіти в Україні (нова редакція) / за ред. Л. А. Найдьонової, М. М. Слюсарев-ського. Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2016. 16 с.

5. Livingstone S. Media literacy and digital resilience: rethinking the role of the individual in the digital age. London : Routledge, 2018. 184 p.

УДК 377:371

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ЯК ВАЖЛИВІ ФАКТОРИ УСПІШНОГО СКЛАДАННЯ ЄДИНОГО ДЕРЖАВНОГО КВАЛІФІКАЦІЙНОГО ІСПИТУ ДЛЯ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖІВ

Юлія НАЗАРЕНКО

Викладач інфектології з основами епідеміології, медсестринства в педіатрії з основами неонатології
Nazval7777@gmail.com
Лубенський медичний фаховий коледж, м. Лубни, Україна

Анотація. У статті розглядається застосування коректних підходів до створення умов для максимально результативного навчання у нелегкий теперішній час. Порівнюються деякі формати освіти, досліджуються їх переваги. Обговорюється пацієнт-орієнтований напрямок на заняттях.

Ключові слова: освітній процес, практичні уміння, онлайн-платформи, симуляційні центри.

Базова складова навчального механізму в медичних фахових коледжах у поточному академічному році базується на Законі України «Про фахову передвищу освіту» № 2745-VIII, редагованому від 31.07.2026р. та впорядковується Типовим положенням про організацію освітнього процесу в закладах фахової передвищої освіти [2].

При здобутті освіти першорядною перевагою на сьогодні в Україні зостається безпека здобувачів освіти та викладачів в умовах воєнного стану. Орієнтуючись на цю обставину, медичні коледжі вимушені застосовувати різні формати начання: очний, дистанційний або змішаний – протягом останніх декількох років.

Проте для медичних спеціальностей критично важливою є очне практичне навчання. Тому коледжі стараються максимально навчатися зі студентами на клінічних базах. Мабуть, як не в якій іншій галузі, в медицині очне навчання являється фундаментом відмінної підготовки медичних працівників бо гарантує живий контакт із пацієнтами та здобуття дійсних практичних умінь.

Отже, до привілей «офлайн-навчання» для майбутніх фельдшерів і медичних сестер відносять: використання пацієнт-орієнтованого підходу – під час роботи з пацієнтами здобувачі освіти збирають анамнез, проводять огляд, пальпацію та аускультацію на живих людях, а не на тренажерах чи через дисплеї *ґаджетів*; стимулювання до роботи з пацієнтом через опанування практичних маніпуляцій - перебуваючи на клінічних базах, відпрацьовується виконання ін'єкцій, хірургічних навичок, роботи з медичною апаратурою під наглядом досвідчених керівників; отримання реальної комунікації з викладачами-практиками - студенти набувають унікального досвіду від лікарів, так як є можливість негайно задати питання в процесі заняття та зорієнтуватися в складних клінічних випадках. Також додаємо сюди зростання комунікативних навичок і співпереживання бо персональний контакт сприяє елімінації психологічного бар'єру під час розмови з хворими, вчить тактовно сповіщати пацієнта про складні діагнози та діяти в команді медичного персоналу [3, с. 457]. Крім того, працюючи в групах, під час практичних занять студенти готуються до реальної атмосфери в лікарні.

Тож, як бачимо, для майбутніх медиків формат навчання має суттєву роль. Але через не залежні від нас обставини ми також можемо використовувати дистанційне навчання. Перечислимо його особливості.

Усім відомо, при навчанні «он-лайн» клінічна практика для наших студентів обмежена. Тому максимально використовуємо відео з тематичними захворюваннями, роботу з 3D-моделями та симуляторами. При дистанційному навчанні відбувається сприймання алгоритму дій без тактильного досвіду та моторики. Зворотний зв'язок із здобувачами освіти гальмується бо перевірка тестів, домашніх завдань або коментарів на відеодзвінках вже, як правило, йде після заняття.

Також тут відмічається низька соціалізація: з'язок лімітований екраном, спостерігається дефіцит емоційного контакту. Але водночас при дистанційному навчанні ми користуємось високою гнучкістю: здобувачі освіти мають можливість студіювати у власному темпі, передивлятись інформацію, подану викладачем, у записі [1, с. 9].

Отже, налагодження освітнього процесу в медичних фахових коледжах має найвищий ступінь вимог до очних практичних занять, оскільки дистанційно навчити базовим теоретичним знанням та маніпуляціям неможливо. Але попри критичну потребу в очній практиці, онлайн-формат для медиків можна використовувати при вивченні лекційного матеріалу, онлайн-курсів, вебінарів, студентських конференцій, проходження тестових іспитів при підготовці до ЄДКІ через онлайн-платформи.

Під час проведення навчання у медичних коледжах часто застосовується гнучкість графіка, так як за пропозиціями МОН навчальні установи можуть ущільнювати розклад. Для цього залучаються суботні дні в теплий період року та зміщуються канікули на зимові місяці для заощадження енергоресурсів.

До особливостей набуття досвіду для медиків відносять доклінічну та клінічну практику. Під час доклінічної практики, яка проводиться у спеціально споряджених тренажерних залах, лабораторіях і симуляційних центрах коледжу здобувачі освіти опрацьовують алгоритми догляду за хворими, виконання призначень уведення ліків, невідкладної допомоги на муляжах і фантомах до автоматизму. Навчальна та виробнича клінічна практика відбувається прямо в лікувально-профілактичних закладах (лікарнях, поліклініках, пологових будинках). Під керівництвом викладача коледжу та безпосереднього наставника від медзакладу (старшої або головної медичної сестри) організовуються малі групи, які працюють у відділеннях. До роботи з пацієнтами в стаціонарних умовах допускаються студенти тільки після проходження медичного огляду та інструктажу з техніки безпеки. Особливо також враховується наявність облаштованого укриття в медичному закладі.

Відомо, що в медичних навчальних закладах існують особливі підходи до оцінювання та атестації: всі випускники медичних коледжів неодмінно мають складати Єдиний державний кваліфікаційний іспит (ЄДКІ), який включає інтегроване тестування. Тестовий іспит інспектує теоретичні знання з основних фахових клінічних дисциплін таких як: терапія, хірургія, педіатрія, акушерство тощо. Також випускники оцінюються і по практично-орієнтованому державному

іспиту де студент має продемонструвати виконання випадкових маніпуляцій «біля ліжка хворого» або в симуляційному класі згідно зі стандартами.

Підготовка до ліцензійного інтегрованого іспиту (Сестринська справа / Лікувальна справа) має виразно упорядкований процес, що стартує з початку опрацювання профільних дисциплін. Сюди входять: методична підготовка впродовж навчання (I–III/IV курси); впровадження тестів у заняття (їх викладачі клінічних дисциплін постійно додають у форматі «ЄДКІ» до щоразового експрес-контролю знань та підсумкових модульних занять); опрацювання офіційної бази тестів (здобувачі освіти аналізують відкриті буклети минулих років, які є у вільному доступі на сайті Центру тестування). У процесі інтенсивної підготовки, вже на випускному курсі, здійснюються внутрішні зрізи знань - випробувальні комп'ютерні або бланкові тестування з метою з'ясування справжнього рівня підготовленості студентів та розкриття «слабких місць», як-то з педіатрії чи акушерства. За графіком організовуються консультації викладачів де ґрунтовно аналізують алгоритми вирішення складних або суперечливих тестових завдань.

Для побудови результативного індивідуального тренування рекомендуємо студентам: опанувати структуру теста; послуговуватись онлайн-тренажерами - принципово важливо виконувати тестування за таймером, використовуючи онлайн-платформи коледжу або офіційну систему Центру тестування; досліджувати логіку тестів; знаходити в умові завдання симптоми-маркери, наприклад, «прожилки крові на виділеннях» при шигельозі.

Отже, при правильних підходах організації очного, дистанційного чи змішаного навчання з акцентом забезпечення пізнавальних потреб здобувачів освіти здійснюється успішне складання ліцензійного інтегрованого іспиту.

Література

1. Амеліна Олена, Цуркан Олександр. Дистанційне та змішане навчання. Досвід, поради, інструменти. Видавнича група «Основа», 2022.

2. Закон України «Про фахову передвищу освіту» URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2745-19/ed20260731/comp20250912

3. Чабан О.С. Комунікативні навички лікаря. Вид-во Медкнига, 2025.

УДК 378:159.964.21

КОНФЛІКТ ТА ШЛЯХИ ЙОГО РОЗВ'ЯЗАННЯ У ПЕДАГОГІЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Ольга ОКАТА

викладач
yalona1@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. В статті розглянуто сутність, причини та види конфліктів у педагогічній діяльності, а також основні шляхи їх попередження, конструктивного розв'язання та подолання.

Ключові слова: педагогічний конфлікт; конфліктна ситуація; причини конфліктів; конструктивна взаємодія.

Конфлікти є невід'ємною складовою педагогічного процесу. Найчастіше вони виникають поступово: від незначних непорозумінь до відкритого протистояння. Тому важливим завданням педагога є своєчасне виявлення перших ознак конфлікту та їх конструктивне вирішення.

Основними причинами конфліктів є відмінності у характері і темпераменті учасників освітнього процесу, несправедливе оцінювання, недостатня комунікація та порушення особистих кордонів.

Наслідками конфліктних ситуацій можуть бути погіршення психологічного клімату в колективі, зниження мотивації до навчання, порушення дисципліни та виникнення емоційного напруження.

Профілактика конфліктів передбачає створення атмосфери взаємної поваги й довіри, справедливе оцінювання, розвиток емоційного інтелекту, відкритий діалог між учасниками освітнього процесу.

Стратегії поведінки педагога під час конфлікту

Ефективність розв'язання конфлікту залежить від його причин, особливостей учасників та конкретної ситуації.

Найпоширенішими стратегіями є:

- конкуренція — застосовується, коли необхідно швидко прийняти рішення або відстояти важливі принципи;
- уникнення — доречне у випадку незначних конфліктів або коли потрібен час для зниження емоційної напруги;
- пристосування — використовується, якщо інтереси учня мають перевагу над інтересами педагога;
- компроміс — передбачає взаємні поступки сторін;
- співробітництво — найефективніша стратегія, спрямована на пошук рішення, яке задовольняє всіх учасників.

Педагог повинен гнучко змінювати власну поведінку відповідно до ситуації, проявляючи емпатію, терпіння та професійну витримку.

Особливості вирішення різних видів конфліктів

Конфлікти діяльності. Такі конфлікти виникають під час виконання навчальних завдань. Для їх вирішення педагог може застосовувати відстрочення виконання вимоги, компроміс або поступку, демонструючи довіру до учня та впевненість у його відповідальності.

Конфлікти поведінки. Вони пов'язані з порушенням дисципліни або небажаними вчинками учнів. Насамперед, необхідно з'ясувати причини такої поведінки: труднощі у спілкуванні, сімейні проблеми, прагнення до самоствердження чи незадоволеність власним становищем у колективі. Ефективними є індивідуальна підтримка, доброзичливе ставлення та відмова від негативних ярликів.

Конфлікти взаємин. Це найскладніший вид конфліктів, що ґрунтується на взаємній неприязні або втраті довіри. Їх подолання потребує відкритої розмови, взаємної поваги, готовності визнавати власні помилки та поступового відновлення позитивних взаємин.

Комунікативні прийоми педагога. Ефективному вирішенню конфліктів сприяють сучасні комунікативні техніки.

«Я-повідомлення» допомагають висловити власні переживання без звинувачень. Наприклад: «Мене засмучує така поведінка», замість «Ти поводишся неправильно».

«Ми-підхід» формує відчуття спільної відповідальності: «Давайте разом подумаємо, як вирішити проблему».

Також результативною є чотириступенева модель прохання: «Я бачу... Я відчуваю... Мені потрібно... Я прошу...», яка сприяє конструктивному діалогу.

Під час розмови важливо правильно обирати час і місце. Не варто обговорювати конфлікт у стані сильного емоційного напруження або в присутності інших учнів, оскільки це може лише посилити протистояння.

Методи вирішення конфліктів

Ефективне вирішення конфліктів ґрунтується на розумінні причин виникнення суперечностей та вмінні використовувати різні способи взаємодії.

Метод емпатії допомагає зрозуміти почуття співрозмовника та поглянути на ситуацію його очима.

Метод логічного аналізу передбачає об'єктивне оцінювання ситуації, визначення причин конфлікту та мотивів поведінки його учасників.

Активне слухання забезпечує уважне сприйняття інформації, використання уточнювальних запитань, перефразування та невербальну підтримку співрозмовника.

«Я-повідомлення» дозволяють висловлювати власні переживання без звинувачень, що сприяє зниженню емоційної напруги.

Компроміс передбачає взаємні поступки сторін, а відкладення рішення дає можливість заспокоїтися та об'єктивніше оцінити ситуацію.

У складних випадках доцільним є залучення третьої нейтральної сторони — психолога або медіатора.

Роль педагога як посередника

Педагог виступає не лише організатором навчального процесу, а й посередником у вирішенні конфліктів між учасниками освітнього процесу. Його завдання полягає у створенні атмосфери довіри, взаємоповаги та співпраці.

Основними етапами посередництва є: встановлення довірливого контакту зі сторонами; визначення причин конфлікту; пошук спільних інтересів; розроблення можливих варіантів вирішення; вибір оптимального рішення; контроль виконання досягнутих домовленостей.

Під час виконання ролі посередника педагог повинен дотримуватися принципів нейтральності, конфіденційності, добровільності участі сторін та орієнтації на подальшу співпрацю.

Конфлікти є природною складовою педагогічної взаємодії та можуть стати джерелом розвитку за умови їх конструктивного вирішення. Професійна діяльність педагога передбачає володіння сучасними методами попередження й подолання конфліктів, уміння ефективно спілкуватися, проявляти емпатію та використовувати індивідуальний підхід до кожного учасника освітнього процесу.

Застосування стратегій співробітництва, активного слухання, «Я-повідомлень», медіації та ігрових методів сприяє формуванню позитивного психологічного клімату, розвитку комунікативних навичок і підвищенню ефективності освітнього процесу.

Література

1. Галузяк В. М., Сметанський М. І., Шахов В. І. Педагогіка: навчальний посібник. 6-те вид., випр. та доп. Вінниця: Нілан-ЛТД, 2017. 200 с.

2. Галузяк В. М., Холковська І. Л. Педагогічна конфліктологія: навчальний посібник. Вінниця: Нілан ЛТД, 2015. 208 с.

3. Гарькавець С. О., Волченко Л. П. Конфлікти в освітньому середовищі: діагностика та практика вирішення: навчально-методичний посібник. Харків: Друкарня Мадрид, 2020. 91 с.

4. Штифурак В. С., Власенко В. Г. Конфлікти у педагогічній діяльності та способи їх розв’язання: навчально-методичний посібник. Вінниця: ВДПУ, 2014. 178 с.

УДК 378.147.091.31:[61:355]"20"

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Олександр ТРУБЕНКО

викладач кафедри хірургії та тактичної медицини
trubenco@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У статті розглянуто сучасні підходи до викладання тактичної медицини у закладах медичної освіти з урахуванням актуальних викликів воєнного часу та потреб системи екстреної медичної допомоги. Обґрунтовано значення формування у майбутніх медичних працівників практичних навичок надання домедичної та першої медичної допомоги в умовах бойових дій, зокрема за алгоритмами MARCH та TCCC. Акцентовано увагу на необхідності поєднання теоретичної підготовки з практико-орієнтованим навчанням, використання симуляційних технологій, тренінгових платформ і сценарного навчання.

Показано, що ефективність засвоєння компетентностей з тактичної медицини значно підвищується за умов інтерактивного навчального середовища, моделювання реальних клініко-тактичних ситуацій та міждисциплінарного підходу. Окреслено роль викладача як фасилітатора практичного навчання та наставника у формуванні клінічного мислення студентів. Визначено, що впровадження інноваційних методів навчання сприяє підвищенню готовності майбутніх фахівців до дій в екстремальних умовах та підвищує якість підготовки медичних кадрів.

Ключові слова: тактична медицина, медична освіта, симуляційне навчання, MARCH, TCCC, практичні навички, екстрена допомога, компетентнісний підхід.

Сучасні реалії розвитку суспільства, зокрема воєнні дії та зростання кількості надзвичайних ситуацій, зумовлюють необхідність удосконалення системи підготовки медичних фахівців. Особливої актуальності набуває викладання тактичної медицини, яка є важливою складовою підготовки до надання домедичної та першої медичної допомоги в умовах підвищеного ризику, коли обмежені ресурси та час мають критичне значення.

Тактична медицина ґрунтується на сучасних міжнародних протоколах, зокрема TCCC (Tactical Combat Casualty Care) та алгоритмі MARCH, що дозволяє систематизувати дії медичного персоналу під час надання допомоги пораненим у бойових умовах. [1] У зв'язку з цим зростає потреба у впровадженні інноваційних освітніх технологій, які забезпечують не лише теоретичне засвоєння матеріалу, але й формування стійких практичних навичок.

Викладання тактичної медицини вимагає переосмислення традиційних педагогічних підходів і переходу до практико-орієнтованого, симуляційного та сценарного навчання. Це дозволяє максимально наблизити освітній процес до реальних умов професійної діяльності та сформувати у здобувачів освіти готовність до дій у кризових ситуаціях.

Таким чином, дослідження сучасних підходів до викладання тактичної медицини є актуальним і своєчасним, оскільки сприяє підвищенню якості підготовки майбутніх медичних працівників та зміцненню системи екстреної медичної допомоги. Метою статті є обґрунтування та аналіз сучасних підходів до викладання тактичної медицини у закладах медичної освіти, спрямованих на формування у здобувачів освіти практичних навичок і професійних компетентностей з надання домедичної та першої медичної допомоги в умовах бойових дій і надзвичайних ситуацій. Особлива увага приділяється впровадженню симуляційного навчання, сценарних тренінгів та використанню міжнародних протоколів (MARCH, TCCC) для підвищення якості підготовки майбутніх медичних фахівців.

Сучасні підходи до викладання тактичної медицини базуються на компетентнісному, практико-орієнтованому та інтерактивному навчанні, що забезпечує формування у здобувачів освіти не лише теоретичних знань, але й стійких практичних навичок дій у критичних умовах. Ключовим завданням освітнього процесу є підготовка майбутніх медичних працівників до швидкого прийняття рішень та ефективного надання допомоги в умовах обмеженого часу, ресурсів і підвищеного ризику.

Одним із базових елементів навчання є опанування міжнародних протоколів тактичної медицини, зокрема алгоритму MARCH (Massive bleeding, Airway, Respiration, Circulation, Hypothermia/Head injury) та системи TCCC (Tactical Combat Casualty Care). [2] Наприклад, під час практичного заняття студентам пропонується змодельована ситуація поранення внаслідок вибуху, де першочерговим завданням є зупинка масивної кровотечі за допомогою турнікету. Такий підхід дозволяє відпрацювати алгоритм дій у правильній послідовності та сформувати автоматизм у прийнятті рішень.

Важливим напрямом є використання симуляційного навчання. Зокрема, застосовуються манекени високого рівня реалістичності, тренажери для відпрацювання венозного доступу, накладання пов’язок, тампонади ран. Наприклад, студентам моделюється сценарій «поранений у червоній зоні», де необхідно під обмеженим часом оцінити стан постраждалого, забезпечити прохідність дихальних шляхів та виконати первинні рятувальні заходи. Такі вправи сприяють розвитку клінічного мислення та стресостійкості.

Ефективним є також сценарне навчання (scenario-based learning), коли освітній процес організовується у вигляді комплексних ситуацій, максимально наближених до бойових умов. Наприклад, група студентів виконує ролі медичного персоналу та рятувальників під час «евакуації поранених із зони обстрілу», що передбачає координацію дій, сортування постраждалих (тріаж) та прийняття рішень щодо пріоритетності допомоги.

Окрему увагу приділено міждисциплінарному підходу, який поєднує знання з анатомії, фізіології, хімії та фармакології. Наприклад, при вивченні теми шокових станів розглядаються механізми порушення кислотно-лужної рівноваги, що дозволяє глибше зрозуміти патофізіологічні процеси та обґрунтувати тактику надання допомоги.

Також важливим є формування психологічної готовності до дій у стресових умовах. Для цього використовуються тренінги з елементами стрес-інокуляції, де студенти навчаються діяти під звуковими та часовими

обмеженнями. Наприклад, виконання алгоритму MARCH під імітацію вибухів або криків дозволяє наблизити навчання до реальних умов бойового середовища.

Таким чином, впровадження сучасних підходів до викладання тактичної медицини забезпечує комплексну підготовку майбутніх медичних фахівців, формує їх професійну компетентність, здатність до швидких рішень та ефективних дій у надзвичайних ситуаціях, що є критично важливим у сучасних умовах.

Література

1. Карамишев Д., Гордієнко Л. Тактична медицина та безпека в умовах бойових дій: навчальний посібник. Львів, 2024. С 9-17.

2. Стерліков О. С. Домедична допомога в умовах бойових дій: навчальний посібник. Київ, 2022. С 13-15.

VI. ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ/ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ (ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ) ОСВІТИ.

УДК 378.147.88:37.091.33:61

ПРОЄКТНЕ НАВЧАННЯ НА ЗАСАДАХ МІЖПРОФЕСІЙНОГО ПІДХОДУ ЯК УМОВА ОРГАНІЗАЦІЇ САМООСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Руслана БАРДЖАДЗЕ

доктор філософії, в.о. завідувача кафедри
біомедичних дисциплін та фізичної терапії
ryslana1976@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У тезах обґрунтовано доцільність упорядкування освітнього процесу підготовки здобувачів медичних спеціальностей на основі міжпрофесійного підходу з використанням проєктного навчання. Розмежовано поняття «виконання проєкту» та «проєктне навчання» і показано, як кожен етап проєктної роботи залучає здобувача до самоосвітніх дій. Схарактеризовано зміну ролі викладача, який стає тьютором і консультантом. Визначено критерії, за якими доцільно оцінювати рівень організації самоосвітньої діяльності здобувачів.

Ключові слова: самоосвітня діяльність, проєктне навчання, міжпрофесійний підхід, майбутні фармацевти, педагогічні умови.

Медичні працівники сьогодні працюють в умовах, коли клінічні настанови, протоколи, технології та нормативні вимоги оновлюються швидше, ніж встигають змінюватися навчальні програми. Знання, отримані під час навчання, неминуче застарівають, тому для фахівця вирішальною стає не стільки сума вивченого, скільки здатність самостійно знаходити, оцінювати й застосовувати нову інформацію. Ідея самоспрямованого навчання, за якої людина сама визначає свої освітні потреби, ставить цілі, добирає ресурси та оцінює результат, давно стала однією з провідних в освіті дорослих [1].

Проте в практиці закладів вищої медичної освіти самоосвіта здобувачів часто залишається їхньою особистою справою. Самостійна позааудиторна робота зводиться до виконання однотипних завдань, а викладач контролює результат, але не впливає на сам процес самоосвіти. За таких умов частина здобувачів так і не опановує навичок планування власного навчання та роботи з інформацією, які знадобляться їм упродовж усієї професійної діяльності.

Ще одна особливість підготовки полягає в тому, що здобувачі різних медичних спеціальностей навчаються переважно відокремлено одне від одного. Майбутні медичні сестри, фізичні терапевти, лікарі й фармацевти рідко працюють разом до моменту, коли опиняються в одній клінічній команді. Водночас саме якість їхньої взаємодії значною мірою визначає безпеку та результати допомоги пацієнтові.

Мета тез – обґрунтувати проєктне навчання на засадах міжпрофесійного підходу як одну з педагогічних умов організації самоосвітньої діяльності здобувачів медичних спеціальностей в інформаційно-освітньому середовищі медичного закладу вищої освіти.

Матеріали є частиною дисертаційного дослідження. Використано теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних психолого-педагогічних праць, систематизацію та узагальнення, а також педагогічне моделювання умов організації самоосвітньої діяльності.

Результати та їх обговорення. Вихідною позицією дослідження є педагогіка співробітництва, у якій викладач і здобувач разом визначають цілі та шляхи їх досягнення, разом аналізують хід роботи й поділяють відповідальність за результат. Інструментами такого співробітництва є педагогічний коучинг і проєкт. В обох випадках викладач відмовляється від ролі єдиного джерела знань і виконує функції тьютора, консультанта, експерта, який допомагає здобувачеві рухатися власним шляхом.

Міжпрофесійна освіта, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров’я, відбувається тоді, коли представники двох або більше професій навчаються одне про одного, одне в одного та разом, щоб надалі ефективно співпрацювати й покращувати результати для здоров’я пацієнтів [2]. Для

здобувача це означає можливість побачити проблему пацієнта очима колег з інших спеціальностей, зрозуміти, яка інформація від нього їм справді потрібна, і навчитися говорити з ними спільною мовою.

На нашу думку, міжпрофесійний підхід формує в здобувача якість, яку можна назвати транспрофесіоналізмом. Вона поєднує гнучкість у розв'язанні проблем, навички міжпрофесійної комунікації, здатність мислити нестандартно та готовність самостійно опановувати знання суміжних галузей, коли цього вимагає завдання. Саме потреба виходити за межі власної спеціальності стає природним поштовхом до самоосвіти.

Найповніше міжпрофесійний підхід реалізується через проєктну технологію, оскільки проєкт дозволяє розглядати проблему з кількох професійних позицій одночасно. Однак важливо розрізняти звичайне виконання проєкту та проєктне навчання. У першому випадку робота зазвичай короткотривала, тема й очікуваний результат заздалегідь визначені, а процес значною мірою керується викладачем. Проєктне навчання натомість будується навколо широкої, відкритої проблеми, яка поступово конкретизується в міру того, як здобувачі в неї заглиблюються, і може тривати від кількох днів до цілого семестру [3].

Американський Інститут освіти Бака сформулював сім ключових елементів проєктного навчання: складна проблема або запитання, тривалий дослідницький пошук, автентичність, право здобувача на вибір, рефлексія, критика й доопрацювання, а також публічний продукт [4]. Кожен із цих елементів має самоосвітній потенціал. Автентичне завдання, наприклад спільне планування допомоги умовному пацієнтові після інсульту командою здобувачів медсестринства, фізичної терапії та фармації, показує кожному учасникові, навіщо йому нові знання. Право вибору формує відповідальність за власне навчання, а критика та доопрацювання вчать сприймати зворотний зв'язок як ресурс, а не як покарання.

Якщо простежити етапи проєктної роботи, стає помітно, що на кожному з них здобувач виконує саме ті дії, з яких складається самоосвітня діяльність. Вибір і формулювання проблеми вимагають уміння ставити цілі. Планування

пов’язане із самоменеджментом, а в груповому проєкті ще й з відповідальністю за свою частину спільної справи. Пошук, відбір і аналіз джерел відбуваються в інформаційно-освітньому середовищі, де здобувач спирається на вже засвоєні знання й власні способи роботи з інформацією. Презентація, обговорення та оцінювання результатів завершуються рефлексією: що вдалося, чого бракувало, чого варто навчитися далі.

Командний характер проєктів підсилює цей ефект. Учасники виконують різні ролі, розглядають завдання з різних позицій і переймають одне в одного способи роботи. Результат команди виявляється більшим за суму індивідуальних зусиль, а кожен учасник отримує досвід, який важко набути, працюючи самостійно.

Окремої уваги потребує цілепокладання, оскільки саме з нього починається будь-яка самоосвітня діяльність. Для навчання здобувачів формулювати цілі зручно використовувати критерії SMART, запропоновані в менеджменті: ціль має бути конкретною, вимірюваною, досяжною, реалістичною та визначеною в часі [5]. Такий підхід перетворює розмите бажання «краще знати анатомію» чи «підтягнути фармакологію» на чіткий план із зрозумілим результатом.

Ефективність зазначеної педагогічної умови ми пропонуємо оцінювати за чотирма критеріями організації самоосвітньої діяльності. Мотиваційний критерій охоплює переважання внутрішніх мотивів, прагнення до успіху та особистісний сенс навчання. Когнітивний відображає знання способів самоорганізації та самоконтролю. Діяльнісний характеризує реальний досвід самоосвіти та відповідні навички. Суб’єктно-рефлексивний критерій стосується здатності здобувача оцінити, чого він навчився та що хоче опанувати надалі.

Висновки. Проєктне навчання, побудоване на міжпрофесійному підході, створює умови, за яких самоосвіта здобувача перестає бути його приватною справою й стає організованою частиною освітнього процесу. Кожен етап проєкту, від вибору проблеми до рефлексії, вимагає від здобувача самостійних дій, а взаємодія з представниками інших медичних професій наближає навчання до реальної практики. Роль викладача при цьому зміщується від передавання

знань до супроводу, консультування й зворотного зв'язку. Оцінювання результатів доцільно здійснювати за мотиваційним, когнітивним, діяльнісним і суб'єктно-рефлексивним критеріями.

Література

1. Knowles M. S. *Self-directed learning: a guide for learners and teachers*. New York : Association Press, 1975. 135 p.

2. World Health Organization. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva : WHO, 2010.

3. Kokotsaki D., Menzies V., Wiggins A. Project-based learning: a review of the literature. *Improving Schools*. 2016. Vol. 19, № 3. P. 267–277.

4. Larmer J., Mergendoller J., Boss S. *Setting the standard for project based learning: a proven approach to rigorous classroom instruction*. Alexandria : ASCD, 2015.

5. Doran G. T. There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*. 1981. Vol. 70, № 11. P. 35–36.

УДК 378.147.322:378.091.214.18-027.556:616-092

САМОСТІЙНА ПОЗААУДИТОРНА РОБОТА СТУДЕНТІВ У ВИБІРКОВІЙ ДИСЦИПЛІНІ «КЛІНІЧНА ПАТОФІЗІОЛОГІЯ»

Тетяна БІГУНЯК

к.мед.н., доцент кафедри патологічної фізіології
bihunyak@tdmu.tdu.ua
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Анотація. У публікації розглядаються особливості самостійної позааудиторної роботи здобувачів вищої освіти під час вивчення вибіркової навчальної дисципліни «Клінічна патофізіологія» на кафедрі патологічної фізіології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України.

Ключові слова: самостійна робота студентів, дистанційне навчання, клінічна патофізіологія.

Суспільно-економічні та політичні умови сьогодення вимагають від майбутніх лікарів глибоких практичних знань та вдосконалення умінь і навичок, які неможливо отримати лише під час занять. Потреба в засвоєнні студентами великої кількості інформації актуалізує необхідність вдосконалення організації їх самостійної роботи [1, с.391].

Вибіркова дисципліна ВК 6.12 «Клінічна патофізіологія» створена для студентів медичного факультету закладів вищої медичної освіти 6-го року навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр», кваліфікації «Лікар», галузі знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальності 222 «Медицина» [2, с. 823]. Під час вивчення дисципліни «Клінічна патофізіологія» використовують наступні методи навчання: словесні (розповідь, бесіда, пояснення); практичні (моделювання, дослід, практична робота); пояснювально-ілюстративні (навчальна література, натуральні об'єкти, відеофільми тощо); індуктивний; дедуктивний; аналітичний; проблемного викладу. Кращому засвоєнню навчального матеріалу сприяє використання інтерактивних технологій колективно-групового навчання (загальне коло, мікрофон, мозковий штурм, кейс-метод тощо); технологій ситуативного моделювання (симуляція або імітація); технологій опрацювання дискусійних питань (визначення позиції, її відстоювання, зміна позиції, дебати тощо); елементів дистанційного навчання (сервіси MS Teams, Google Meet).

Навчання на кафедрі патологічної фізіології відбувається українською та англійською мовами. Під час російсько-української війни в нашому університеті викладання клінічної патофізіології для здобувачів вищої освіти на факультеті іноземних студентів проводиться у дистанційній формі за допомогою Google Meet. Для підвищення якості дистанційного освітнього процесу та кращої онлайн-комунікації між студентами та викладачами під час карантину у 2020 р. в ТНМУ ім. І. Я. Горбачевського відповідно до Положення про дистанційне навчання у Тернопільському національному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського МОЗ України в умовах запровадження карантинних заходів було

впроваджено онлайн-навчання в Microsoft Teams на основі платформи Office 365 [3].

У навчальній дисципліні «Клінічна патофізіологія» передбачено 66 годин самостійної роботи студентів (табл.1). Таблиця 1 ілюструє структуру самостійної роботи студентів із вибіркової навчальної дисципліни «Клінічна патофізіологія».

№ з/п	Тема	Кількість годин
1.	Порушення теплового обміну.	6
2.	Імунологічні аспекти сепсису.	6
3.	Патофізіологія білої крові.	6
4.	Патологія гемостазу і тромбоутворення.	6
5.	Вплив недостатності дихання на організм.	6
6.	Клінічна патофізіологія порушень ритму серця.	3
7.	Порушення функції підшлункової залози.	3
8.	Порушення функції кишківника.	6
9.	Дегідратація.	6
10.	Дисбаланс кислотно-основної рівноваги.	6
11.	Специфічні типи цукрового діабету.	6
12.	Геморагічний інсульт.	6
Разом		66

Табл.1. Теми самостійної роботи

До кожної теми створені методичні вказівки для самостійної роботи здобувачів вищої освіти, які складаються із: вступу із зазначенням актуальності теми, переліку питань для самостійної роботи, контрольних завдань для самостійної роботи, в яких із запропонованого списку питань студент вибирає два завдання (підготовка доповіді, реферату чи презентації) відповідно до теми роботи. Завдання для самоконтролю включають розв’язування ситуаційних задач та тестових запитань. У кінці є перелік навчально-методичних і наукових видань та інформаційних ресурсів до теми заняття. Всі методичні вказівки для самостійної роботи доступні для здобувачів вищої освіти на платформі ТНМУ Moodle (https://moodle.tdmu.edu.ua/my/). В кінці курсу навчання контроль знань

здійснюється за допомогою системи дистанційної освіти Moodle, де студенти проходять он-лайн тестування. Користуючись індивідуальними поштовим адресами, учасники освітнього процесу підтримують постійний комунікаційний зв'язок [4, с. 17]. Таким чином, інноваційні технології дозволяють не тільки провести навчання на високому сучасному рівні, а й отримати об'єктивну оцінку набутих навичок і теоретичних знань, згідно із поточним рівнем підготовки студентів, максимально наблизити освіту до офлайн-форми [5, с. 18].

Отже, самостійна позааудиторна робота студентів є одним із важливих складових освітнього процесу. Завдяки впровадженню у навчальний процес нових технологій навчання, студенти можуть якісно опановувати навчальний матеріал та удосконалювати свої знання.

Література

1. Ісаєва С. Д., Соловей Н. В., Лелуновська І. В. Самостійна робота студентів як запорука ефективної організації навчального процеса у вищих закладах освіти. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки»*, 2023. № 28. С. 385- 392.

2. Кулянда О. О., Денефіль О. В., Усинський Р. С., Юріїв К. Є., Свередюк Ю. А. Впровадження вибіркової дисципліни «Клінічна патофізіологія» за освітньою програмою «Лікувальна справа». *Перспективи та інновації науки.* 2025. № 5(51). С. 823-834.

3. Положення про дистанційне навчання у Тернопільському національному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України. Протокол рішення вченої ради від 31.08.2020 р. № 9. Наказ від 31.08.2020 р. № 331.

4. Гетманюк І. Б., Крамар С. Б., Небесна З. М., Шутурма О. Я. Переваги і недоліки дистанційного навчання в цілому та при вивченні дисципліни «Гістологія, цитологія та ембріологія». *Медична освіта*. 2020. № 4. С. 16–19.

5. Бігуняк Т. В. Особливості дистанційного навчання на кафедрі патологічної фізіології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України (аналіз результатів анкетування студентів). *Медична освіта*. 2022. № 3. С. 16-22.

УДК 378.041

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОРІЄНТИРИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Дар'я ВЕСЕЛЬСЬКА

Здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
ОП Медсестринство
veselskadasha@gmail.com

Дар'я АНДРІЙЧУК

Здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
ОП Медсестринство

Науковий керівник - Богдана ДИКА
Асистент кафедри сестринська справа
Житомирський медичний інститут, м.Житомир, Україна

Анотація. У тезах розглянуто основні методологічні орієнтири організації самостійної роботи студентів у сучасних умовах. Визначено її роль у формуванні професійних компетентностей, критичного мислення, навичок самоорганізації та самоосвіти [1, с. 152-162; 2, с. 68-73]. Охарактеризовано сучасні підходи до планування, виконання та контролю самостійної навчальної діяльності, а також можливості використання цифрових освітніх ресурсів для підвищення її ефективності [4, с. 1-20; 5, с. 23-58].

Ключові слова: самостійна робота, студенти, освітній процес, самоосвіта, професійні компетентності, цифрові технології.

Сучасні зміни у системі вищої освіти зумовлюють необхідність удосконалення організації самостійної роботи студентів. Вона є невід'ємною складовою освітнього процесу та спрямована не лише на засвоєння навчального матеріалу, а й на формування професійних компетентностей, критичного мислення, самоорганізації та здатності до самостійного здобуття знань [1, с. 152-162; 2, с. 68-73]. У наукових працях самостійну роботу розглядають як важливий компонент навчальної діяльності, що сприяє активності, самостійності та розвитку творчих здібностей студентів [1, с. 152-162].

Особливого значення самостійна робота набуває в умовах активного використання цифрових технологій, дистанційного та змішаного навчання [4, с. 1-20; 5, с. 23-58]. За таких умов студент має бути здатним самостійно визначати послідовність виконання навчальних завдань, раціонально використовувати час, працювати з інформаційними ресурсами та здійснювати контроль власних результатів [4, с. 1-20; 5, с. 23-58]. Тому визначення основних методологічних орієнтирів самостійної роботи є актуальним завданням сучасної освіти.

Матеріали та методи: Матеріалами дослідження стали науково-педагогічні праці, присвячені організації самостійної роботи студентів та сучасним підходам до освітнього процесу. У роботі використано методи аналізу, узагальнення, систематизації та порівняння наукових джерел. Проаналізовано основні підходи до планування, самоорганізації, самоконтролю та самоосвіти студентів, а також особливості використання цифрових освітніх ресурсів у самостійній навчальній діяльності [1, с. 152-162; 4, с. 1-20; 5, с. 23-58].

Результати та їх обговорення: Аналіз науково-педагогічних джерел показав, що ефективна самостійна робота студентів ґрунтується на системному поєднанні організаційних, когнітивних та інформаційно-технологічних складових [1, с. 152-162]. Важливе значення мають чітке визначення мети та завдань, планування навчальної діяльності, раціональний розподіл часу, самоконтроль і здатність критично оцінювати отриману інформацію [1, с. 152-162; 5, с. 23-58].

Основними методологічними орієнтирами самостійної роботи є планування, самоорганізація, критичне мислення, використання цифрових технологій, самоконтроль та самоосвіта [1, с. 152-162; 2, с. 68-73]. Планування забезпечує визначення мети, завдань і послідовності їх виконання, а самоорганізація сприяє раціональному розподілу часу та навчального навантаження [1, с. 152-162; 5, с. 23-58]. Критичне мислення дає змогу аналізувати й оцінювати достовірність інформації, цифрові технології забезпечують доступ до електронних ресурсів та освітніх платформ, а самоконтроль допомагає оцінювати й коригувати результати навчальної

діяльності [2, с. 68-73; 5, с. 23-58]. Водночас самоосвіта спрямована на самостійне здобуття, поглиблення та оновлення знань [1, с. 152-162].

Сучасна організація самостійної роботи також передбачає використання підходів, що сприяють самостійності виконання завдань [1, с. 152-162; 3, с. 65-66]. Зокрема, контекстуалізація завдань передбачає їхнє пов'язання з актуальними подіями, конкретними установами або особливостями місцевого середовища. Асинхронний захист може здійснюватися у форматі короткого відеопояснення тривалістю близько 90 секунд, у якому студент власними словами пояснює складність виконаної роботи та спосіб її вирішення. Важливим є й етапний контроль, що передбачає оцінювання не лише готового результату, а й проміжних матеріалів: mind-map, концептуальних схем, плану та структури роботи.

Установлено, що зазначені підходи є взаємопов'язаними та сприяють розвитку самоорганізації, відповідальності, критичного мислення й навичок самостійного навчання [1, с. 152-162; 2, с. 68-73]. Використання цифрових освітніх ресурсів розширює можливості студентів щодо пошуку, опрацювання, збереження та представлення навчальної інформації [4, с. 1-20; 5, с. 23-58]. Зокрема, дослідження самостійного навчання в онлайн-середовищі показує його зв'язок із результатами навчання та підкреслює значення самоменеджменту й самоконтролю [4, с. 1-20]. Систематичний огляд сучасних досліджень також визначає планування, постановку цілей, управління часом, саморефлексію та моніторинг як важливі складові саморегульованого навчання [5, с. 23-58].

Таким чином, організація самостійної роботи на основі визначених методологічних орієнтирів сприяє підвищенню активності студентів у навчальному процесі, розвитку відповідальності за результати навчання та формуванню готовності до подальшої професійної діяльності [1, с. 152-162; 2, с. 68-73].

Висновки: Самостійна робота є важливою складовою сучасного освітнього процесу та одним із чинників формування професійних компетентностей студентів. Її ефективність забезпечується системним поєднанням планування,

самоорганізації, критичного мислення, самоконтролю та самоосвіти. Використання цифрових освітніх ресурсів розширює можливості самостійного навчання та сприяє доступності й різноманітності навчальної інформації. Отже, застосування визначених методологічних орієнтирів створює умови для підвищення результативності самостійної роботи та професійної підготовки студентів.

Література

1. Морозова Л. Організація самостійної роботи студентів у закладах вищої освіти України // Український педагогічний журнал. – 2024. – № 4. – С. 70–78. URL: https://uej.undip.org.ua/index.php/journal/article/download/812/983?utm_s our ce=chatgpt.com

2. Посоленик Л. Я. Самостійна робота студента як основа виховання майбутнього лікаря-стоматолога // Медична освіта. – 2021. – № 4. – С. 68–73. URL: https://ojs.tdmu.edu.ua/med_osvita/uk/article/view/12693

3. Єрошенко Г. А., Рябушко О. Б., Клепець О. В. та ін. Деякі особливості організації самостійної роботи студентів-першокурсників у сучасних умовах // Медична освіта за новими стандартами: виклики та інтеграція в міжнародний освітній простір: матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю. – Полтава, 2023. – С. 65–66. URL:https://repository.pdmu.edu.ua/items/cd9e7789-7b9d-40c6-aa94-83c99ecd 8f89

4. Doo M. Y., Zhu M. A meta-analysis of effects of self-directed learning in online learning environments // Journal of Computer Assisted Learning. – 2024. – Vol. 40, No. 1. – P. 1–20.

URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcal.12865 (eng).

5. Faza A., Lestari I. A. Self-Regulated Learning in the Digital Age: A Systematic Review of Strategies, Technologies, Benefits, and Challenges // The International Review of Research in Open and Distributed Learning. – 2025. – Vol. 26, No. 2. – P. 23–58. URL: https://www.irrodl.org/index.php/irrodl/article/view/8119 (eng).

УДК 378.147.88:614.253.4

ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ВМНЗ

Ірина ГОЛОВКО

викладач циклової комісії фундаментальних та природничих дисциплін
Iri3076@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації акцентовано увагу на проблемі формування самостійності студентів у процесі підготовки майбутніх медичних працівників. Наводиться теоретичний аналіз досвіду організації самостійної навчально-пізнавальної діяльності у вищих медичних навчальних закладах. Обговорюються теоретичні та методологічні основи організації співпраці, а також межі практичного застосування міждисциплінарного підходу й результати його ефективності.

Ключові слова: позааудиторна самостійна робота, стратегія навчання, структура навчального матеріалу, інтеграція.

Навчальний процес у вищих медичних закладах є комплексною системою, що поєднує безліч інформаційно-методичних компонентів. Згідно з відповідними положеннями, студентська самостійна робота є основою для засвоєння матеріалу під час вільного від обов'язкових занять часу. Цей вид роботи є важливим компонентом освіти, який включає різноманітні індивідуальні та колективні види діяльності, що виконуються як з підримкою викладача, так і самостійно. [2]

Самостійна робота одночасно є педагогічним засобом організації навчального процесу та специфічною формою навчально-наукової діяльності. Позааудиторна робота сприяє якісній підготовці спеціалістів і є ключовим елементом реформування навчально-виховного процесу у вищій медичній освіті. Вона служить не лише для підвищення інтелектуального потенціалу й професійної культури, але й як платформа для розвитку відповідальності та навичок самоорганізації. Позааудиторна робота покликана розвивати творчі

здібності студентів та удосконалювати їхні знання, отримані під час викладання в аудиторії. Вона навчає працювати з різними джерелами інформації та заповнювати прогалини в знаннях. [1]

Сутність самостійної роботи полягає у специфічному процесі навчання, спрямованому на розвиток самостійності студентів та їхніх навичок. Необхідно створити умови для планування та регулювання власної діяльності без постійного нагляду викладача. Організація цього процесу передбачає не примус до довготривалого сидіння за столом, а стимулювання інтересу до навчання. Це досягається через чітке знання студентами програми на семестр, критеріїв оцінки та результативне, відкрито аргументоване оцінювання виконаних завдань. Позитивна атмосфера також відіграє важливу роль у підтримці продуктивної самостійної роботи.

У вищих медичних закладах застосовуються різні форми позааудиторної роботи: від роботи з літературою до виконання практичних завдань, конкурсних проєктів і самостійного вивчення дисциплін. Домашня навчальна робота, яка організовується без безпосереднього керівництва викладача, але за його завданням, також є важливою формою самостійної діяльності. Успіх такої роботи залежить від здатності студентів організувати свій час і діяльність, контролювати процес навчання та виправляти свої помилки. Розвиток відповідних психічних якостей є невід’ємною частиною цієї діяльності. Ефективне виконання самостійної роботи залежить від розвитку психічних характеристик, таких як пам'ять, уява та мислення, а також вміння зосереджуватись. Пам'ять є першим із психічних процесів, що розвивається в процесі самостійної роботи. Продуктивне смислове запам'ятовування перевершує механічне запам'ятовування, тому на початку вивчення будь-якого предмету чи спеціальності доцільно застосовувати спеціальні завдання для самостійної роботи. Ці завдання мають сприяти встановленню логічних, смислових, асоціативних і структурних зв'язків, таких як частина – ціле, причина – наслідок, а також вимагають встановлення аналогій, контрастів, класифікацій, побудови структурно-логічних схем і таблиць. [3]

Таким чином, розвиток пам'яті тісно пов'язаний з покращенням мислення студентів, удосконаленням умінь аналізувати, порівнювати, абстрагувати та конкретизувати, а також перенесенням знань і навичок у нові умови. Це також включає вміння самостійно навчатися. Раціональна організація самостійної роботи студентів за допомогою інноваційних форм та ІКТ не лише покращує якість засвоєння навчального матеріалу, але й закладає основи для подальшої освіти та самовдосконалення. Інформаційно-освітнє середовище, створене завдяки інтеграції програмно-апаратних засобів і традиційних методів навчання, робить самостійну роботу студента більш незалежною, пріоритетною та творчою.

Література

1. Олексюк О., Заскалєта С. Організація самостійної пізнавальної діяльності студентів. Інноватика у вихованні: зб. наук. пр. рівне, 2001, Вип. 2(13). С. 6-15.

2. Швед М. Самостійна робота студентів: навчально-методичний посібник: навч. посіб. Львів: ЛНУ ім. Ів. Франка, 2013. 205 с.

3. Яланська С. П., Пільгук Т. С. Психологія розвитку педагогічної творчості: навч. посіб. Полтава: ПП Шевченко, 2015. 114 с.

УДК 37.091.32:378.147.091.31-059.2]:[378.6:61]

ДИСКУСІЯ ЯК ФОРМА КОЛЕКТИВНОГО ОБГОВОРЕННЯ ПООФЕСІЙНИХ ПРОБЛЕМ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Наталія КУКСА

к.і.н., викладач кафедри гуманітарних дисциплін
Nafto4ka@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У даній роботі висвітлено специфіку колективного обговорення професійних проблем у формі дискусії. Проаналізовано структуру дискусії,

вироблення у здобувачів освіти умінь та навичок оптимальної мовної поведінки у професійній діяльності.

Ключові слова: дискусія, заклади вищої медичної освіти, колективне обговорення, здобувачі освіти.

Дискусія являє собою форму колективного обговорення, яка ставить за мету виявлення істини завдяки зіставленню різних поглядів, правильного розв'язання поставленої проблеми.

Використання цікавих дискусій у закладах вищої медичної освіти надасть змогу здобувачам освіти отримати знання з глибоким і тривалим ефектом. Насамперед, вони допомагають виявити творчі здібності, завдяки ним здобувачі освіти будуть знаходити нестандартні рішення. За допомогою дискусії можна проаналізувати інформацію, побудувати докази своїх поглядів. Відомо, що викладач повинен заохочувати здобувачів освіти відкрито висловлювати ідеї, ставлення до обговорюваної теми та вивчати можливості змін ідей у процесі групової взаємодії. Так, саме завдяки дискусії можна виявити і зіставити різні думки та рішення. Як показують результати проведення дискусій, кожне висловлювання може трактуватись по-різному і розглядатись під різними кутами зору [1,с.106]. Від організації та характеру роботи буде залежати успіх або неуспіх дискусії. В літературі не існує єдиного поділу проведення дискусії на етапи. На нашу думку, найбільш доцільно виділяти такі етапи як підготовчий і мотиваційно-орієнтаційний, виробничий та рефлексивно-оціночний. Так, на підготовчому і мотиваційно-орієнтаційному етапах можна визначити, яке місце буде займати дискусія в самому освітньому процесі. Насамперед, завдяки початковому етапу, викладач орієнтується на рівень знань, виявляє уявлення про предмет, розробляє план навчання [2,с.90]. Далі викладач може здійснити проміжний контроль знань, визначає як здобувач освіти засвоїв матеріал, виявляє чинники, які потребують подальшого опрацювання. Наприкінці він може використати дискусію з метою проаналізувати як здобувач освіти засвоїв матеріал, проконтролювати та дати оцінку знанням, розкрити глибину розуміння теми.

Насамперед, викладач повинен подати для ознайомлення тему та мету обговорення та надати джерела інформації з питання, яке буде обговорюватись, а також уточнити понятєвий апарат. Наступним кроком є пояснення здобувачам освіти прийомів ведення дискусії, а саме правила участі в дискусії, які попередньо готують і роздають або проєктують на екран та формат виступу.

Викладач сам повинен сформувати групи, які представлятимуть різні думки, рішення, позиції, згідно теми дискусії, а потім змотивувати до безпосередньої участі в дискусії, що є одним із важливих факторів у її підготовці. Розпочинаючи виробничий етап, він повинен нагадати здобувачам освіти вищих медичних закладів освіти правила участі в дискусії. Слід вказати на той факт, що протягом усього часу викладач повинен бути модератором. В його компетенції має бути стеження за тим, щоб здобувач освіти дотримувався правил участі в дискусії; координування діяльності дискусії, він повинен спрямовувати хід дискусії в потрібному напрямку; контролювати дотримання виступу; навчати аналізувати і оцінювати запропоновані варіанти. Прийнято виділяти наступні кроки щодо проведення дискусії: виступ учасників дискусії; демонстрацію своїх аргументованих думок та рішень. Далі повинно відбуватися спільне обговорення, яке полягає в перехресному опитуванні здобувачами освіти один одного, задля того щоб виявити сильні та слабкі сторіни[3, с.78] .

Насамкінець підводять підсумки та оцінюють отримані варіанти рішень. Наступний рефлексивно-оцінний етап повинен завершити роботу з поставленої теми. На цьому відбувається систематизація, дається спільна оцінка та аналізуються отримані результати; зіставляються цілі дискусії з отриманими результатами; робляться висновки про ефективність тієї роботи, яка виконувалась; здійснюється контроль знань, умінь здобувачів освіти за темою дискусії (тестування, контрольна робота, есе тощо); дається самооцінка участі у дискусії; виявляються набуті фахові знання і вміння.

Використанням дискусії як форми колективного обговорення професійних проблем, дає змогу підвищити інтенсивність роботи здобувачів освіти,

сформувати мовні компетенції, які знадобляться їм у подальшій професійній діяльності.

Література

1.Коваль О. М. Актуальність впровадження дискусії як інтерактивної форми навчання у гібридний освітній процес. *Інноватика в освіті, науці та бізнесі: виклики та можливості*: матеріали ІІ Всеукраїнської конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених, м. Київ, 18 листопада 2021 року. Т. 1. Київ: КНУТД, 2021. С. 102–106.

2.Мунтян О. О. Колективне обговорення професійних проблем як складова ділової української мови. *Закарпатські філологічні студії.* 2023. Вип. 29, Т. 1. С. 89-93.

3.Роудз М. Як розмовляти з ким завгодно. Впевнене спілкування в будь-якій ситуації. Київ: Центр учбової літератури, 2021. 160 с

УДК 377.3:37.041

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК СУЧАСНОЇ ОСВІТИ

Валентина ОЛІНОВСЬКА

старший викладач, викладач неврології та психіатрії з наркологією
olinov.valentina@gmail.com

Людмила НАУМЕНКО

викладач-методист, методист коледжу
lmumetod@ukr.net
Лубенський медичний фаховий коледж, м. Лубни, Україна

Анотація. У статті розглянуто самостійну роботу студентів як важливий складник сучасного освітнього процесу у закладі фахової передвищої освіти; обґрунтовано її роль у формуванні професійних компетентностей та здатності студентів до самоосвіти й безперервного професійного розвитку; визначено основні завдання в організації самостійної роботи студентів фахового коледжу; охарактеризовано основні форми самостійної роботи студентів; акцентовано

увагу на необхідності поєднання аудиторної та позааудиторної роботи, використання цифрових технологій і педагогічного супроводу самостійної діяльності студентів.

Ключові слова: самостійна робота студентів, професійна підготовка, професійні компетентності, самоосвіта, пізнавальна активність, цифрові технології.

У загальному розумінні, самостійна робота – це вид навчальної діяльності, що здійснюється студентом за відсутності безпосереднього контакту з викладачем або керується ним через цільові навчальні матеріали, які є невід'ємною обов'язковою ланкою процесу навчання, що забезпечують насамперед індивідуальну роботу студентів згідно з установою викладача або за підручником до відповідної навчальної програми. Для студента самостійна робота – система осмисленої діяльності, що охоплює пошук джерел знань, опрацьовування результатів пошуку, вибір кола проблем, пошук і подальшу роботу з джерелами інформації [2, с. 23].

Сучасна система медичної освіти в Україні функціонує в ситуації, яка змінила класичний метод організації процесу навчання. Інновації в національній системі охорони здоров'я, пов'язані з тривалим воєнним станом, ставлять високі вимоги до якості освіти майбутніх медичних спеціалістів середньої ланки, у той час, як звичне аудиторне навчання ускладнене воєнними реаліями, а зачасту неможливе через безпекову ситуацію, отож викладачі змушені звертати особливу увагу на інституцію самостійної роботи здобувачів освіти. Вона вже не є додатковою формою узагальнення знань, а стає основою безперервності всього освітнього процесу, який гарантує стабільне формування клінічного мислення навіть в умовах зовнішньої дестабілізації. Саме тому самостійна позааудиторна діяльність набуває абсолютно нового змісту: вона стає стратегічним інструментом компенсації втраченого аудиторного часу, гнучким механізмом, що дозволяє майбутньому спеціалісту здобувати фундаментальні знання у безпечні періоди та адаптувати свій темп навчання до реальних умов.

Методологічною основою для розгортання такої системи виступає чинне законодавство, зокрема Закон України «Про фахову передвищу освіту», який чітко регламентує правове поле для автономії здобувачів та розширення частки самостійної праці в структурі освітньо-професійних програм[1, с. 3]. Головне завдання сучасної методичної служби закладу освіти в цих умовах полягає у відході від застарілих форм самостійної роботи, коли студенту пропонувалося лише переписати параграф чи законспектувати підручник, натомість на перший план виходить діяльнісний та компетентнісний підходи. Організація самостійної траєкторії має активізувати аналітичні здібності, навчити студента критично оцінювати інформацію, працювати з клінічними протоколами Міністерства охорони здоров'я України і штучним інтелектом.

Щоб належним чином організувати самостійну роботу, передусім чітко слід визначити мету кожного завдання, специфіку виконання, його кінцевий результат, а також врахувати рівень підготовки студентів їхні особливі освітні потреби, індивідуальний темп навчання тощо.

Позааудиторну роботу в медичному коледжі ми розділяємо на три рівні:

теоретичний — глибоке вивчення навчального матеріалу, що здійснюється через опрацювання наукової літератури, створення інтелектуальних карт, опорних схем та роботу з цифровими базами даних;

алгоритмічний — покрокове засвоєння послідовності дій під час виконання медичних маніпуляцій чи симуляційних сценаріїв відповідно до навчальної дисципліни;

клініко-аналітичний, що базується на розв'язанні ситуаційних задач, які імітують реальні клінічні випадки, спонукаючи студента самостійно провести диференційну діагностику, визначити пріоритетні проблеми пацієнта та скласти план медсестринського чи фельдшерського втручання.

Впровадження цифрових технологій дає можливість ефективно організовувати самостійну роботу, як, власне, і сам процес навчання — за умови несприятливої безпекової ситуації — дистанційно в синхронному та асинхронному режимах. Слід зазначити, що в Лубенському медичному

фаховому коледжі добре себе зарекомендувала модель організації дистанційного навчання засобами Google Workspace. Починаючи з 2020 року, ми користуємося цією екосистемою додатків, яка постійно оновлюється, розширює свої й наші освітні можливості, дає необмежений простір для сучасної дидактики і дозволяє рухатися в ногу з стрімкими змінами в науці й суспільстві.

Наприклад, у Classroom викладач створює тему, прикріплює презентацію з Google Slides, відеолекції, навчальні відео, демонстрації практичних навичок з YouTube, додає конспект у Google Docs, проводить лекцію через Google Meet, після лекції дає тест у Google Forms, студент завантажує виконане завдання, викладач перевіряє та виставляє оцінку в Classroom.

У навчальних кабінетах коледжу створена велика кількість симуляційних сценаріїв, відеоінструкцій, які є в доступі за посиланнями в електронних курсах з освітніх компонентів. Переглядаючи такі відеоматеріали багаторазово під час позааудиторної роботи, студент формує стійкий зоровий алгоритм дії, що значно прискорює та полегшує подальше відпрацювання навички на тренажерах та фантомах під час очних практичних занять, допомагає систематизувати вивчене, а тестові завдання, що застосовуються на контрольному етапі за формою та змістом адаптовані до вимог ЄДКІ «Крок М».

Необхідно також зупинитися на ролі педагога в процесі організації самостійної роботи здобувачів освіти. Забезпечити належний методичний супровід усіх етапів роботи і є першочерговим завданням: студентам надаємо інструкції, алгоритми виконання, приклади, рекомендовані джерела, критерії оцінювання. Особливо це важливо для першокурсників, які ще не мають сформованих навичок самоорганізації. Завдання викладача також — наголосити на приципах академічної доброчесності, пояснити правила їх реалізації, а також психологічно підтримати й мотивувати до продуктивної діяльності.

І найголовніше: слід запам'ятати, що самостійна робота — це не просто завдання, що студент виконує без викладача, а організована педагогічна діяльність, у якій кожен виконує свою роль. Педагог визначає мету, створює

умови та надає методичну підтримку, а студент поступово набуває професіоналізму і відповідальності за власне навчання.

Висновки. Підсумовуючи, необхідно зазначити, що наразі організація самостійної позааудиторної роботи студентів у медичних навчальних закладах не звичайна дидактична проблема, а необхідна умова для функціонування всієї системи підготовки фахівців медичної галузі в Україні. Поєднання традиційних методологічних підходів із гнучкими цифровими рішеннями, методами симуляції та активного навчання дозволяє успішно протистояти негативному впливу повітряних тривог і забезпечує високу якість теоретичної та практичної підготовки випускників. Самостійна робота на основі усвідомленості, співпраці та взаємної підтримки створює нову генерацію медичних працівників в Україні - стійких, адаптивних до будь-яких нестандартних ситуацій та висококваліфікованих спеціалістів, готових виконувати свої професійні обов'язки в найскладніших умовах сьогодення.

Література

1. Закон України «Про фахову передвищу освіту» від 06.06.2019 р. № 2745-VIII https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2745-19

2. Буряк В. К. Умови та засоби самоосвіти студентів. *Вища школа.* 2012. № 6. С. 18–29.

3. Давидчук М. А. Особливості організації самостійної роботи студентів медичного коледжу в умовах змішаного навчання. *Медична освіта*. 2018. № 4. С. 45–49.

4. Дюрба Д. В. Організація позааудиторної роботи студентів вищого медичного навчального закладу. *Конкурентоспроможність вищої освіти України в умовах інформаційного суспільства*: І Міжнародна науково–практична конференція (м. Чернігів, 9 листопада 2018 р) / Чернігівський національний технологічний університет. Чернігів, 2018. С. 396–398.

5. Шумило М. Ю. Методика організації самостійної роботи студентів-медиків у закладах освіти за умов кризових ситуацій. *Science and Education a New Dimension.* 2020. С. 54–58.

УДК 378.147:61

ЦИФРОВИЙ МАРШРУТ САМОСТІЙНОГО НАВЧАННЯ МАЙБУТНЬОГО МЕДИКА: ВІД ІНФОРМАЦІЇ ДО ПРОФЕСІЙНОГО РІШЕННЯ

Анастасія СТИЛИК

здобувач 3 курсу, спеціальність Медсестринство, ОПП Лікувальна справа
anastasiastilik@gmail.com
Лубенський медичний фаховий коледж, м. Лубни, Україна

Науковий керівник – Ірина МЕЛЯ
керівник гуртка, викладач вищої кваліфікаційної категорії, старший викладач
Лубенський медичний фаховий коледж, м. Лубни, Україна

Анотація. У доповіді розглянуто особливості самостійної позааудиторної роботи здобувачів освіти медичного коледжу у процесі широкого застосування цифрових освітніх засобів. Акцентовано увагу на необхідності не лише знаходити інформацію, а й перевіряти її достовірність, осмислювати та застосовувати під час розв’язання практико-орієнтованих завдань. Запропоновано просту модель «цифрового маршруту» самостійного навчання майбутнього медичного працівника. Розглянуто можливості використання штучного інтелекту як допоміжного освітнього ресурсу з акцентом на збереженні критичного мислення та особистої відповідальності студента за результат навчання.

Ключові слова: самостійне навчання, медична освіта, цифрові ресурси, інформаційна грамотність, саморегуляція, штучний інтелект.

Сучасна підготовка майбутнього медичного працівника не обмежується лекціями та практичними заняттями. Левова частка знань формується саме під час самостійної роботи студента. Це особливо важливо в медичній освіті, оскільки обсяг інформації постійно збільшується, а професійні знання конкурентоспроможного медика вимагають динамічного оновлення та системного удосконалення.

На третьому курсі навчання я усвідомила, що моє ставлення до організації самостійної роботи зазнало глибоких змін. Якщо раніше ключовим мотивом було виконання завдань, підготовки до занять і отримання оцінок, то сьогодні пріоритети змістилися в бік зовсім інших цінностей.

Тепер все частіше я замислююся над іншим: яка реальна користь отриманих знань і як саме я зможу використати їх у майбутній професії?

Сьогодення відкриває перед здобувачами нові горизонти для самостійного пізнання та саморозвитку. За декілька хвилин можна знайти електронний підручник, наукову статтю, відео, схему, тест або пояснення складної теми. З'явилися інструменти штучного інтелекту, що стають надійними помічниками у здобутті знань.

Але велика кількість інформації не означає автоматично якісного навчання. На мою думку, сучасному студентові важливо не просто знайти відповідь, а навчитися визначати, чи є вона достовірною, зрозуміти її та використати у відповідній життєвій ситуації.

Самостійна робота є складовою освітнього процесу у закладах фахової передвищої освіти. Типове положення про організацію освітнього процесу визначає її як засвоєння студентом навчального матеріалу у вільний від занять час під методичним керівництвом викладача, але без його безпосередньої участі [3].

У медичній освіті значення самостійної роботи особливо велике. Майбутній медичний фахівець не зможе впродовж усієї професійної діяльності послуговуватися лише тією базою знань, яку він здобув у коледжі. Йому потрібно буде постійно знаходити нову інформацію, оцінювати її та застосовувати на практиці.

Отже, позааудиторна робота під час навчання може розглядатися як ефективний тренажер для становлення професійної незалежності майбутнього фахівця.

Характерною рисою сучасного навчання є виражене інформаційне перевантаження. Якщо раніше основними джерелами були підручник, конспект

і бібліотечний фонд, то сьогодення відкриває перед студентом широкий арсенал цифрових ресурсів.

Це є перевагою, але водночас створює проблему: як визначити, якій інформації можна довіряти?

Для майбутнього медичного працівника це особливо важливо. Тому під час самостійної роботи, на мою думку, потрібно поступово формувати прості навички:

- перевіряти автора та джерело інформації;
- звертати увагу на актуальність матеріалу;
- порівнювати важливі відомості з декількома надійними джерелами;
- відрізняти наукову інформацію від неперевіреного популярного контенту;
- формулювати власний висновок, а не просто копіювати готовий текст.

Таким чином, самостійне навчання – це не лише пошук інформації, а її відбір, перевірка, осмислення та застосування.

На основі власного навчального досвіду я пропоную розглядати самостійну роботу як послідовний «цифровий маршрут». Його мета – допомогти здобувачу освіти перейти від пасивного отримання інформації до активного навчання.

Пропоную такий покроковий цифровий маршрут самостійного навчання майбутнього фахівця галузі охорони здоров’я: мета – пошук – перевірка – осмислення – застосування – самоперевірка – рефлексія. Запропонований маршрут не є жорстким алгоритмом. Окремі етапи можуть повторюватися.

Важливо, що студент поступово стає не лише виконавцем завдання, а й дієвим учасником формування власної освітньої траєкторії.

На мою думку, перспективним є поступове занурення студентів-медиків у ситуаційно-професійні кейси, що виходить за межі традиційного пасивного відтворення теоретичного матеріалу.

Наприклад, після опрацювання певної теми можна запропонувати здобувачу освіти проаналізувати ситуаційну задачу, створити коротку пам’ятку для пацієнта, скласти тест для одногрупників, підготувати інфографіку або пояснити певний процес своїми словами. Такі завдання допомагають перейти від концепції «знати задля оцінки» на концепцію «знати задля спроможності діяти у професійному середовищі».

Для мене це особливо важливо на третьому курсі, коли теоретичні знання дедалі більше пов’язуються з практичною підготовкою. Навчальна інформація вже сприймається не тільки як матеріал для оцінювання, а як фундаментальна основа професійного становлення здобувача.

Окремим актуальним викликом сьогодення є використання технологій штучного інтелекту. Його можна застосовувати для пояснення складної теми простими словами, створення запитань для самоперевірки, підготовки навчальних ситуацій або пошуку різних способів пояснення матеріалу.

Водночас є принципова різниця між використанням ШІ для навчання і використанням ШІ замість навчання.

Якщо студент просто копіює готову відповідь, не перевіряючи її, він отримує текст, але не обов’язково отримує знання. Дослідження застосування ШІ в медичній освіті свідчать про значний освітній потенціал таких технологій, але водночас звертають увагу на обмеженість доказової бази та необхідність критичного оцінювання отриманих результатів [4].

Тому, на мою думку, оптимальна траєкторія пізнавальної діяльності будується за схемою: студент → запит → цифровий інструмент → перевірка → осмислення → власний висновок. У цій моделі технологія допомагає студентові навчатися, але не замінює критичне мислення та персональну відповідальність майбутнього фахівця. Роль викладача при цьому також зазнає трансформації. Важливого значення набуває менторський супровід – формування в здобувачів освіти навичок самоорганізації, критичного аналізу джерел та якісної рефлексії.

Висновки. Самостійна позааудиторна робота є важливою складовою підготовки майбутнього медичного працівника. В умовах цифрового середовища

її головним завданням має бути не накопичення якомога більшої кількості інформації, а формування здатності студента самостійно працювати з нею. Запропонований «цифровий маршрут» може бути простим орієнтиром для організації самоосвіти. Вважаю, що уміння самостійно навчатися – це ключова компетентність медика, важливіша за просте запам’ятовування фактів. Динамічний розвиток медицини робить навчання впродовж життя невід’ємною умовою професійної діяльності.

Література

1. Бєлкіна О. В., Ковальчук І. М. Формування критичного мислення та інформаційної грамотності здобувачів медичної освіти в умовах цифрового освітнього простору // *Медична освіта*. – 2024. – № 1. – С. 42-48.

2. Кучерявий О. Г., Романенко Т. В. Самостійна позааудиторна робота студентів як чинник формування готовності до навчання впродовж життя (Lifelong Learning) у фаховій передвищій медичній освіті // *Інноваційна педагогіка*. – 2024. – Вип. 69. – С. 115-120.

3. Про затвердження Типового положення про організацію освітнього процесу в закладах фахової передвищої освіти : наказ Міністерства освіти і науки України від 02 травня 2023 р. № 510. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1054-23 (дата звернення: 08.09.2026).

4. Feigerlova E., Hani H., Hothersall-Davies E. A systematic review of the impact of artificial intelligence on educational outcomes in health professions education. *BMC Medical Education*. 2025. Vol. 25. Art. 129. DOI: https://doi.org/10.1186/s12909-025-06719-5.

5. Self-directed learning versus traditional didactic learning in undergraduate medical education: a systematic review and meta-analysis / J. Aulakh, H. Wahab, C. Richards et al. *BMC Medical Education*. 2025. Vol. 25. Art. 70. DOI: https://doi.org/10.1186/s12909-024-06449-0.

VII. СУЧАСНІ МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ/ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ (ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ) ОСВІТИ.

УДК 159.942.5:614.253.1-057.875:355.01

ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЯК ЧИННИКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Аліна БАЛИЦЬКА

к. пед. н., завідувачка кафедри загальної та медичної психології
abalytska@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація: У публікації досліджено сутність та значення стресостійкості як ключового компонента психологічної готовності майбутніх медичних працівників до професійної діяльності в умовах тривалого екстремального та воєнного стресу.

Ключові слова: стресостійкість, психологічна готовність, майбутні медичні працівники, копінг-стратегії, саморегуляція, емоційне вигорання, екстремальні умови.

Сучасні умови функціонування системи охорони здоров’я України характеризуються надвисоким рівнем психоемоційного навантаження, зумовленим наслідками повномасштабної війни, постійними безпековими загрозами, реструктуризацією медичної допомоги та роботою в режимі масових надходжень пацієнтів із важкими фізичними та психологічними травмами. Майбутні медичні працівники (студенти-медики, інтерни) вже на етапі професійної підготовки стикаються з викликами, що вимагають не лише високого рівня теоретичних знань та практичних навичок, а й сформованої психологічної готовності до діяльності в екстремальних та критичних ситуаціях.

Психологічна готовність до медичної діяльності є складним системним утворенням особистості, що забезпечує ефективну адаптацію фахівця до

професійних вимог, збереження його психосоматичного здоров'я та запобігає розвитку синдрому емоційного вигорання. Центральним регуляторним чинником цієї готовності виступає стресостійкість – здатність особистості зберігати високий рівень функціональності, емоційної стабільності та гнучкості поведінки під дією стресогенних факторів.

Проблема психологічного стресу майбутніх медичних працівників сьогодні розглядається не лише крізь призму окремих стресових ситуацій, а й у контексті здатності особистості адаптуватися до тривалих навантажень, зберігати емоційну рівновагу та використовувати власні психологічні ресурси. С. Пухно підкреслює актуальність проблеми переживання стресу здобувачами вищої освіти у зв’язку з його можливим впливом на успішність професійного навчання та наголошує на необхідності формування у майбутніх медичних працівників навичок саморегуляції психічних станів [5, с. 44].

Особливої уваги потребує емоційна сфера майбутніх медичних працівників, оскільки тривале психологічне напруження може супроводжуватися підвищенням тривожності, емоційним виснаженням, зниженням відчуття контролю над ситуацією та труднощами у використанні конструктивних способів подолання стресу. Важливим поняттям для розуміння цієї проблеми є *стресостійкість* – здатність особистості підтримувати відносно стабільне функціонування та адаптивне реагування в умовах психологічного навантаження. У дослідженнях О. Блінова увага приділяється саме психологічним особливостям формування стресостійкості особистості у закладах вищої освіти, що підкреслює значущість освітнього середовища як простору не лише професійної підготовки, а й розвитку психологічних ресурсів студентської молоді [1, с. 35].

Важливим є положення про те, що стресостійкість не зводиться до простого «терпіння» стресу. Вона пов’язана з тим, як людина оцінює складну ситуацію, якими ресурсами володіє, наскільки відчуває контроль над подіями та які способи поведінки використовує для подолання труднощів. У цьому аспекті

особливого значення набувають індивідуальні відмінності майбутніх медичних працівників.

О. Кокун та Г. Дубчак, досліджуючи стресостійкість майбутніх фахівців соціономічних професій, звертають увагу на взаємозв'язок стресостійкості з типами поведінки у стресовій ситуації, інтернальністю, персональними ресурсами та локусом контролю [2]. Автори виявили, що для майбутніх працівників характерною є достатньо висока оцінка персональних ресурсів, а також встановили залежності між рівнем інтернальності, ресурсністю та характером поведінки у стресовій ситуації. Це дає підстави розглядати стресостійкість як багатокомпонентне психологічне утворення, пов'язане з особливостями самосприйняття, контролю та вибору способів реагування.

У контексті студентського віку особливого значення набувають *копінг-стратегії* – способи, за допомогою яких особистість долає складні або стресові життєві обставини. Копінг може бути спрямований як на безпосереднє вирішення проблеми, так і на регулювання емоційного стану. Тому адаптивність копінг-стратегії визначається не лише самим способом поведінки, а й тим, наскільки він відповідає ситуації та допомагає особистості відновити психологічну рівновагу.

Здатність до конструктивного подолання стресу безпосередньо пов'язана із саморегуляцією. Майбутні медичні працівники які можуть усвідомлювати власний емоційний стан, оцінювати ситуацію, контролювати поведінкові реакції та обирати адекватні способи реагування, мають більше можливостей для адаптивного функціонування в умовах психологічного навантаження.

Проблема стресостійкості набуває особливого значення в умовах воєнного стану. Так, П. Лісовський, Ю. Лісовська та Н. Твердохліб стресостійкість сучасної людини в Україні розглядається у контексті воєнно-медичного та безпекового середовища [3]. Видання окремо акцентує увагу на проблематиці стресостійкості людини в умовах війни, що підсилює актуальність її вивчення для українського суспільства.

Для майбутніх медичних працівників проблема набуває додаткової специфіки, оскільки навчальний процес поступово поєднується з професійною практикою, а отже, психологічне навантаження може зростати. Майбутній медичний працівник має не лише опановувати значний обсяг професійних знань, а й формувати готовність до роботи в ситуаціях невизначеності, емоційного напруження та високої відповідальності. Саме тому психологічні ресурси та сформовані способи подолання стресу є важливою складовою професійного становлення.

Окремий напрям становить *психогігієна та психопрофілактика стрес-асоційованих розладів*. М. Маркова, Г. Кожина та Г. Пілягіна присвячують свою працю проблемам психогігієни та психопрофілактики стрес-асоційованих розладів в умовах воєнного стану, що актуалізує не лише лікувальний, а й превентивний напрям психологічної допомоги [4]. Такий підхід передбачає своєчасне виявлення факторів психологічного ризику, підтримку адаптивних ресурсів та формування навичок самодопомоги.

Отже, профілактика тривожності у майбутніх медичних працівників має бути спрямована не тільки на зниження вже наявних емоційних проявів, а й на *розвиток психологічних ресурсів особистості***.** До них можна віднести здатність до саморегуляції, конструктивне копінг-поведінкове реагування, відчуття контролю над ситуацією, усвідомлення власних ресурсів та здатність звертатися по соціальну підтримку.

Теоретичний аналіз наукових праць дозволив нам розглядати стресостійкість інтегративним чинником психологічної готовності майбутніх медичних працівників, що визначає їхню спроможність ефективно виконувати професійні функції у надзвичайних ситуаціях без шкоди для власного ментального здоров'я.

Література

1. Блінов О. А. Психологічні особливості формування стресостійкості особистості у закладах вищої освіти. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2021. Вип. 2. С. 34–45.

2. Кокун О. М., Дубчак Г. М. Особливості прояву стресостійкості майбутніх фахівців соціономічних професій. *Social and Human Sciences. Polish-Ukrainian scientific journal*. 2016. № 03 (11). URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/706218/1/STATTIA-KOKUN-DUBCHAK.pdf

3. Лісовський П. М., Лісовська Ю. П., Твердохліб Н. Г. Воєнно-медична ембріологія: стресостійкість сучасної людини в Україні: навч. посіб. Київ: Видавництво Ліра-К, 2023. 170 с.

4. Маркова М. В., Кожина Г. М., Пілягіна Г. Я. Психогігієна та психопрофілактика стрес-асоційованих розладів в умовах воєнного стану. *Медична психологія*. 2022. Т. 17, № 2. С. 15–24.

5. Пухно С. В. Стресостійкість студентів закладів вищої освіти як психологічна проблема. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія*. 2023. Вип. 1. С. 44-48. DOI https://doi.org/10.32782/psyspu/2023.1.7 .

УДК 378.147:351.862.4-057.17]:[316.77:005.934]

ВІД КОМУНІКАЦІЇ ДО БЕЗПЕКИ: КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ З НАСЕЛЕННЯМ

Анна БІЛИК

bily4ka2003@gmail.com

здобувачка вищої освіти Навчально-наукового інституту журналістики Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ

Анотація. У роботі розглянуто необхідність комплексної підготовки фахівців, які безпосередньо працюють з населенням, на прикладі центрів надання адміністративних послуг. Запропоновано модель, що поєднує три взаємопов'язані компоненти: комунікацію, безбар'єрність та безпеку. Окрему увагу приділено розвитку навичок кризової комунікації, коректної взаємодії з різними групами населення та базової готовності до реагування на невідкладні ситуації. Розглянуто можливість використання інформаційно-комунікаційних

ресурсів ЦНАП для поширення суспільно важливої інформації щодо здоров'я та безпеки.

Ключові слова: комунікація, безбар'єрність, домедична допомога, безпека, ЦНАП, громадське здоров'я.

У сучасних умовах якість взаємодії державних установ із громадянами визначається не лише доступністю та швидкістю надання послуг, а й здатністю працівників ефективно комунікувати та реагувати на потреби людини. Особливого значення це набуває для установ, які щоденно безпосередньо працюють із великою кількістю населення. Одним із прикладів такого простору є центри надання адміністративних послуг (ЦНАП). До ЦНАП звертаються люди різного віку, стану здоров'я та життєвих обставин, зокрема люди старшого віку, люди з інвалідністю, ветерани, внутрішньо переміщені особи, батьки з дітьми. В умовах воєнного стану до звичних комунікаційних завдань додаються підвищений рівень стресу, повітряні тривоги та інші кризові ситуації. У місцях із постійним потоком людей також не можна виключати раптового погіршення самопочуття відвідувача або виникнення іншого невідкладного стану.

Зазначені фактори актуалізують необхідність ширшого підходу до підготовки фахівців, які безпосередньо взаємодіють із населенням. Їхні компетентності мають охоплювати не лише професійні знання, а й навички ефективної та безбар'єрної комунікації, а також готовність правильно діяти у ситуаціях, пов'язаних із загрозою життю чи здоров'ю людини.

Теоретичною та нормативною основою дослідження стали Закон України «Про систему громадського здоров'я», нормативні документи Міністерства охорони здоров'я України у сфері домедичної допомоги та матеріали Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо підходу *Health in All Policies* («Здоров'я в усіх політиках») [1–4]. Для дослідження використано методи аналізу нормативно-правових та інформаційних джерел, узагальнення та систематизації підходів до комунікації, безбар'єрності й безпеки у роботі з населенням.

Закон України «Про систему громадського здоров'я» передбачає міжсекторальну взаємодію у сфері громадського здоров'я [1]. Це дозволяє розглядати питання збереження здоров'я та безпеки населення не виключно як завдання медичних закладів, а як складову діяльності різних секторів, що працюють із громадянами. Подібний принцип закладений у підході ВООЗ *Health in All Policies*, який передбачає врахування впливу рішень різних секторів на здоров'я населення [4].

За результатами аналізу запропоновано розглядати підготовку фахівців, які безпосередньо працюють із населенням, через три взаємопов'язані компоненти: комунікацію, безбар'єрність та безпеку.

Перший компонент — ефективна комунікація. Працівник повинен не лише володіти інформацією, необхідною для надання послуги, а й уміти зрозуміло донести її до відвідувача. Важливими є навички активного слухання, використання простої мови, надання повної практичної відповіді та здатність працювати з емоційно напруженими ситуаціями. В умовах воєнного стану доцільним є також розвиток навичок кризової комунікації та деескалації конфліктів.

Другий компонент — безбар'єрність. Вона не обмежується фізичною доступністю приміщення, а передбачає також інформаційну та комунікаційну доступність. Працівники мають володіти принципами коректної взаємодії з людьми з інвалідністю, ветеранами, людьми старшого віку та іншими відвідувачами, які можуть мати різні комунікаційні потреби. Відповідна підготовка має сприяти формуванню універсальної культури поважної та людиноцентричної взаємодії.

Третій компонент — безпека та готовність до невідкладних ситуацій. У місцях із постійним потоком відвідувачів може виникнути ситуація, коли людині раптово стає зле. Наказом МОЗ України № 441 затверджено порядки надання домедичної допомоги особам при низці невідкладних станів [2]. У 2026 році МОЗ також оновило навчально-тренувальні програми підготовки осіб без медичної

освіти, які відповідно до службових обов'язків повинні надавати домедичну допомогу [3].

Це не означає покладення функцій медичного працівника на адміністратора ЦНАП. Водночас базова готовність оцінити ситуацію, своєчасно викликати екстрену медичну допомогу та, за наявності відповідної підготовки, діяти до прибуття фахівців може бути важливою складовою загальної культури безпеки установи.

Ефективність реагування залежить не лише від знань окремого працівника, а й від наявності внутрішнього алгоритму дій. Працівники мають розуміти розподіл ролей у разі невідкладної ситуації: хто викликає екстрену медичну допомогу, хто залишається поруч із людиною, хто зустрічає бригаду та організовує взаємодію з іншими відвідувачами.

Практичне впровадження запропонованої моделі може передбачати короткі навчальні модулі та моделювання ситуацій, наближених до реальних: раптове погіршення самопочуття відвідувача, втрата свідомості, сильна стресова реакція, необхідність евакуації під час повітряної тривоги або взаємодія з людиною, яка потребує додаткової допомоги.

Окремим напрямом може бути використання інформаційно-комунікаційних ресурсів ЦНАП. Цифрові екрани, інформаційні матеріали, соціальні мережі та інші канали можуть використовуватися не лише для інформування про адміністративні послуги, а й для поширення короткої практичної інформації щодо здоров'я та безпеки. Такий підхід дозволяє розглядати ЦНАП як додатковий канал суспільно корисної комунікації.

Отже, запропонований комплексний підхід можна представити як взаємопов'язану систему «комунікація — безбар'єрність — безпека». Її складові не повинні розглядатися ізольовано: зрозуміла комунікація забезпечує доступність послуг, безбар'єрність враховує різні потреби людей, а безпекова складова формує готовність установи та її працівників до нестандартних і невідкладних ситуацій.

Висновки. Підготовка фахівців, які безпосередньо працюють із населенням, потребує комплексного підходу. На прикладі ЦНАП запропоновано модель, що поєднує комунікацію, безбар'єрність та безпеку. Практичними інструментами її реалізації можуть бути навчання працівників, відпрацювання сценаріїв реагування, формування внутрішніх алгоритмів та використання комунікаційних каналів установи для поширення інформації щодо здоров'я і безпеки. Такий підхід сприятиме формуванню більш людиноцентричного та безпечного середовища взаємодії держави з громадянами.

Література

1. Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 № 2573-IX. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text (дата звернення: 16.09.2026).

2. Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2022 № 441. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22#Text (дата звернення: 16.09.2026).

3. Деякі питання удосконалення підготовки осіб, які не мають медичної освіти з надання домедичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.06.2026 № 847. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-19-06-2026-847-deyaki-pitannya-udoskonalennya-pidgotovki-osib-yaki-ne-mayut-medichnoyi-osviti-z-nadannya-domedichnoyi-dopomogi (дата звернення: 16.09.2026).

4. World Health Organization. Health in All Policies: Helsinki Statement. Framework for Country Action. – Geneva: WHO, 2014. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908 (дата звернення: 16.09.2026).

УДК 614.253.5:[616-083.98:37.014.544]

САМООСВІТА ЯК СКЛАДОВА БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ПАРАМЕДИКА

Надія БОЙЧЕНКО

здобувач освіти освітньої програми «Екстрена медицина», 301 група,
СНГ «Невідкладна допомога в практиці парамедика»
Житомирський медичний інститут ЖОР, м. Житомир, Україна

Науковий керівник – Алла ВАРИЧ
асистент кафедри медсестринства
alla.varych@gmail.com
Житомирський медичний інститут ЖОР, м. Житомир, Україна

Анотація. Оскільки медицина безперервно розвивається з шаленою швидкістю, медичним працівникам зокрема і парамедикам необхідно проходити навчання з метою ознайомлення та опанування нових методик. Також парамедики зобов'язані регулярно проходити навчання з метою поновлення знань. [1, с.13]. Працівники швидкої медичної допомоги повинні мати достатньо високий рівень кваліфікації, що дасть можливість швидко реагувати в критичних або нестандартних клінічних ситуаціях.

Ключові слова: самоосвіта, безперервний професійний розвиток, парамедик, професійне навчання, цифрові освітні ресурси, екстрена медична допомога, дистанційне навчання, професійна компетентність, медична освіта.

Метою дослідження. Є визначити роль самоосвіти у безперервному професійному розвитку парамедика та охарактеризувати основні напрями й форми самостійного професійного навчання.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження були науково-методичні та нормативні джерела у сфері післядипломної медичної освіти, офіційні звіти та результати міжнародних соціологічних опитувань фахівців екстреної медичної допомоги (ЕМД) [1–3]. У роботі використано методи аналізу, порівняння, систематизації та узагальнення інформації щодо форм безперервного професійного розвитку, інтеграції цифрових платформ та особливостей самостійного навчання медичного персоналу.

Результати та їх обговорення. Безперервний професійний розвиток (далі – БПР) – це постійний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців [1, с.13-14]. Він охоплює формальну, неформальну та інформальну освіту, передбачаючи участь у курсах, семінарах, конференціях, тренінгах і онлайн-програмах, що дає змогу медичним працівникам оперативно адаптуватися до швидких змін у медичній науці та практиці [3, с.3].

До базових форм безперервного професійного розвитку належать тематичне удосконалення, професійне стажування, електронні курси, майстер-класи, симуляційні тренінги, семінари, фахові школи, наукові та науково-практичні конференції. Важливо, що в сучасних умовах неформальна освіта може повноцінно здійснюватися дистанційно із використанням профільних цифрових платформ та електронних освітніх ресурсів [1, с. 15-16].

У цьому контексті самоосвіта виступає одним із ключових напрямів самостійного професійного навчання. У сучасних андрагогічних класифікаціях самоосвіта та мікронавчання виділені як окремі самостійні підходи до реалізації БПР. Вони мають високу практичну цінність, оскільки дають змогу фахівцям самостійно опановувати навчальні матеріали у зручному темпі, ефективно використовуючи спеціалізовані мобільні додатки та інтернет-платформи з мікрокурсами [3, с. 3–4].

Для професійного розвитку парамедиків особливо важливі відкриті цифрові освітні ресурси формату Free Open Access Medical Education (FOAM), якими можна зручно користуватися безпосередньо з телефону за гнучким графіком. До цієї екосистеми входять безкоштовні цифрові матеріали, блоги, подкасти та відеоролики, які використовуються для поглиблення медичних знань, особливо у сфері екстреної та невідкладної медичної допомоги [2, с. 2].
На сучасному етапі в Україні сформовано розгалужену інфраструктуру цифрових платформ для БПР. Серед найпоширеніших виділяють такі інструменти:

- Moodle — виступає базовою системою управління навчанням у закладах вищої освіти та закладах післядипломної медичної освіти (ПМО);

- Google Classroom — використовується для організації змішаного та дистанційного навчання на базах локальних Центрів ЕМД;
- Prometheus — найбільша вітчизняна платформа масових відкритих онлайн-курсів;
- Coursera та edX — провідні міжнародні освітні хаби, що використовуються фахівцями для неформального БПР;
- Спеціалізовані професійні медичні веб-платформи та мобільні застосунки, призначені для автоматизованого обліку та нарахування балів БПР [3, с. 5].

Затребуваність такого формату навчання підтверджується міжнародними даними. Масштабне дослідження *Fandler та співавторів*, проведене серед фахівців екстреної та невідкладної медицини німецькомовних країн, включало 1910 учасників, серед яких 532 особи становили безпосередні працівники екстреної медичної допомоги. За результатами дослідження, 90,6 % усіх учасників зазначили, що регулярно використовують ресурси системи FOAM, а найбільш поширеним обсягом залучення таких ресурсів було визначено від 1 до 5 годин на місяць [2, с. 4–5].

Водночас використання відкритих джерел має певні обмеження. Результати дослідження FOAM переважно ґрунтуються на суб’єктивних оцінках користувачів, тому автори наголошують на неможливості зробити однозначні висновки щодо об’єктивного прямого впливу використання таких нерецензованих ресурсів на кінцеві клінічні результати лікування пацієнтів [2, с. 7–8].

Таким чином, самоосвіта за допомогою цифрових ресурсів забезпечує високу доступність навчальних матеріалів, проте сам факт вільного доступу до інформації не гарантує її наукової якості. Під час використання відкритих освітніх ресурсів критично важливими елементами є розвиток клінічного мислення парамедика та ретельна перевірка достовірності матеріалів [2, с. 2, 7–8].

Висновки:

1. Самоосвіта є фундаментальною та невід'ємною частиною безперервого професійного розвитку парамедиків, яка забезпечує безперервне підтримання високого рівня їхньої професійної компетентності.

2. Різноманітні цифрові освітні платформи, мобільні застосунки та відкриті освітні ресурси формату FOAM надають фахівцям ЕМД можливість ефективно розвиватися у зручний час та в адаптивному візуальному чи аудіоформаті.

3. Водночас успішна модель самоосвіти потребує від парамедика критичного оцінювання якості та надійності інформації, оскільки відкритий цифровий контент може суттєво відрізнятися за ступенем достовірності та не завжди проходить традиційне експертне рецензування [2, с. 7].

Література

1. Коробко Л. Р., Трущенкова Л. В., Лихацький П. Г., Невгадовська П. М., Тренькіна С. Є. Роль безперервного навчання у професійному розвитку медичного персоналу. *Health & Education*. 2025. № 2. С. 12–18. DOI: 10.32782/health-2025.2.2.

2. Fandler M., Doll T., Pott J., Turner W., Gotthardt P., Ehlers J., Nitsche J. Free Open Access Medical Education (FOAM) in emergency medicine: use and perceived clinical relevance from a large cross-sectional survey. *International Journal of Emergency Medicine*. 2026. Vol. 19. Article 187. DOI: 10.1186/s12245-026-01281-3.

3. Вєсова О. П., Кривошеєва А. І., Камінський В. В. Цифрові платформи для безперервного професійного розвитку лікарів у системі післядипломної медичної освіти. *Український медичний часопис*. 2026. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.275803.

УДК 378.147:577.1

АКТИВНЕ ПРИГАДУВАННЯ ТА ІНТЕРВАЛЬНЕ ПОВТОРЕННЯ У ПОЗААУДИТОРНІЙ САМОСТІЙНІЙ РОБОТІ З БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ

Алла БОНДАРЕВА

кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри біологічної хімії
bondareva.alla1980@gmail.com
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Світлана СТЕЦЕНКО

кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри біологічної хімії
stetsenko.sva@gmail.com
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Анотація. Позааудиторна самостійна робота з біологічної хімії традиційно організується через підготовку рефератів і конспектів – форма діяльності, яку доказова психологія навчання відносить до низькоефективної. Обґрунтовано потреба перепроєктування цієї роботи навколо активного пригадування та розподіленого в часі повторення - двох технік із високою доведеною утилітарністю. Запропоновано матрицю завдань і критерії оцінювання, що фіксують саме процес, а не продукт.

Ключові слова: біологічна хімія, позааудиторна самостійна робота, практика пригадування, ефект тестування, інтервальне повторення.

На фундаментальну дисципліну біологічна хімія у медичних вишах відводять один із найбільших обсягів позааудиторної роботи, а розпоряджається цим часом здобувач вищої освіти. Викладач впливає на нього лише опосередковано - формулюванням завдань та формою, в якій перевіряється результат. Ключова методична проблема полягає саме тут, а не в обсязі навчального матеріалу. Систематичний огляд публікацій про викладання біологічної хімії за останній час показав, що більшість описаних дидактичних ресурсів є цифровими й призначені переважно для просторової візуалізації біомолекул, а лекція досі домінує [1]. Інструментів, які допомагають зрозуміти, багато; тих, що змушують відтворити засвоєне без опори на текст, - менше.

Основними перешкодами у здобувачів вищої освіти є нераціонально розподілений час, недостатня самоорганізація, значна завантаженість, недостатні навички самостійного навчання [2]. Останнє вказує не на брак годин, а на брак процедури. Теза: типове завдання - «опрацювати тему», «підготувати реферат» - приписує перечитування, одну з найменш продуктивних навчальних дій.

Матеріали та методи. Джерельну базу теоретико-методологічного дослідження сформовано пошуком у PubMed, Europe PMC і Crossref за 2013-2026 роки: огляди, метааналізи, експерименти на здобувачах медичної освіти. Проєктну частину виконано методом педагогічного проєктування; власних експериментальних даних робота не містить - усі числа належать джерелам.

Результати та їх обговорення. У найширшій систематизації навчальних технік десять поширених способів навчання оцінено за узагальненістю ефекту та залежністю від матеріалу, від того, хто вчиться, і від типу підсумкового вимірювання [3]. Високу ефективність отримали лише дві: практика тестування та розподілене в часі повторення. Перечитування, підкреслювання та резюмування - низьку. Саме ці види діяльності становлять операційний зміст реферату та конспекту. У внутрішньогруповому дизайні 81 здобувач освіти проходив коротке тестування після половини лекцій курсу; друга половина була контролем. На іспиті бали за тестований матеріал становили 25,284 (SD=4,202) проти 21,111 (SD=3,847); $F(1,80)=108,329$, $p<0,001$, $\eta 2_p=0,575$ [4]. Але тут потрібна обережність: після контролю попередньої успішності та статі ефект упав до $\eta 2_p=0,107$ ($p=0,003$) - з «дуже великої» величини до помірної; до того ж ефект модерується емоційною залученістю [4].

Систематичний огляд 11 досліджень програмних карток виявив стійкий зв’язок частоти їх використання з результатом USMLE Step 1: інтенсивні користувачі перевищували мінімальних на 4-13 балів, в одному дослідженні - дозозалежно [5]. Проте на внутрішніх іспитах картина неоднорідна, для Step 2 CK користі не знайдено, а база переважно обсерваційна [5]. Тож інтервальність

окупається там, де знання має дожити до атестації через два-три роки, і виправдана лише як наскрізний графік дисципліни, а не окремої теми.

Кожен компонент завдання несе свою пізнавальну функцію (табл. 1).

Таблиця 1

Компоненти позааудиторної самостійної роботи з біохімії

Компонент	**Пізнавальна функція**	**Завдання з біохімії та регламент**	**Індикатор**
Вхідне пригадування	активація, діагностика	відтворити по пам’яті схему гліколізу до пірувату; 10 хв без джерел	перелік виявлених прогалин
Пояснення механізму	самопояснення	чому алостерична регуляція фосфофруктокінази-1 узгоджує гліколіз з енергетичним станом клітини; 10 хв	без опори на конспект
Змішане пригадування	інтерліювання	задачі, у яких чергуються кінетика ензимів, кислотно-основна рівновага, біоенергетика; 20 хв	частка розпізнаних типів
Інтервальні повторення	утримання	ті самі картки за графіком 1-3-7-21 доба; 5-10 хв на сеанс	% карток з першої спроби
Тест з відкладеною перевіркою	консолідація	10 питань онлайн, відповіді через 24 год; 15 хв	приріст між спробами

Ефективність упровадження сучасних навчальних стратегій значно залежить від підходів до оцінювання. Поки бал виставляють за реферат, буде реферат, а з появою генеративних мовних моделей реферат перестав свідчити про пізнавальну роботу взагалі. Оцінювати натомість варто задокументовані результати навчання: журнал спроб у системі управління навчанням, аркуші з виправленими помилками, усна перевірка механізму на занятті. Вони фіксують процес, а не тільки текст, і їх не доручиш мовній моделі. Слабкі місця варто назвати прямо. Облік процесу вимагає налаштованої системи управління навчанням і викладацького часу, а майже вся кількісна база походить з англомовних контекстів і прив’язана до іспитів США [4, 5]: перенесення величин ефекту на українські заклади потребує подальшої перевірки.

Висновки. Основна вада наявної практики - не обсяг матеріалу і не дефіцит цифрових ресурсів, а те, що типове завдання орієнтує здобувача освіти на перечитування, техніку з доказово низькою утилітарністю. Каркасом такої роботи мають стати активне пригадування та розподілене в часі повторення.

Інтервальний компонент слід проєктувати наскрізно: його користь документована передусім для віддалених вимірювань. Вирішальний важіль упровадження - перенесення оцінювання з оформленого продукту на задокументовані результати. Перевірка моделі потребує пілотного дослідження із залученням контрольної групи та вимірюванням віддаленого утримання знань.

Література

1. Silva M. J. E., Cecilio M. S., Pazinato M. S. Biochemistry Learning in Higher Education: A Systematic Review on Methodologies and Teaching Resources // *Biochemistry and Molecular Biology Education*. 2026. Vol. 54, No. 1. P. 29–48. DOI: 10.1002/bmb.70027.

2. Ніколаєнко О. А. Форми організації самостійної роботи студентів медико-психологічного факультету у процесі вивчення дисципліни «Латинська мова та медична термінологія». *Педагогічні науки: теорія та практика*. 2023. № 1. С. 187–193. DOI: 10.26661/2786-5622-2023-1-27.

3. Dunlosky J., Rawson K. A., Marsh E. J., Nathan M. J., Willingham D. T. Improving Students' Learning With Effective Learning Techniques: Promising Directions From Cognitive and Educational Psychology. *Psychological Science in the Public Interest*. 2013. Vol. 14, No. 1. P. 4–58. DOI: 10.1177/1529100612453266.

4. Kalyva M., Kavvadia K., Louca L., Televantou I., Michaelides M. P. The “Testing Effect” in Undergraduate Endodontic Education: The Impact of Regular Low Stakes Testing on Learning Outcomes and Student Engagement. *International Endodontic Journal*. 2026. Vol. 59, No. 6. P. 1227–1235. DOI: 10.1111/iej.70022.

5. Frappa N., Chernov D., Dillon M., Alben M. G. Anki Use and Academic Performance in Medical Education: A Systematic Review of Evidence and Learning Theory. *Medical Science Educator*. 2026. Vol. 36, No. 2. P. 1015–1025. DOI: 10.1007/s40670-026-02643-5.

УДК 378.147.091.31:004.8]:57

ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ШІ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ: ПЕРЕВАГИ, НЕДОЛІКИ, РИЗИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Оксана ГАРАЩЕНКО

спеціаліст вищої категорії, викладач циклової комісії фундаментальних та природничих дисциплін
Goksana2014@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації розглядається переваги, недоліки та перспективи використання штучного інтелекту в освітньому процесі.

Ключові слова: штучний інтелект, освітній процес, якість освіти, інформація.

Сьогодні стоїть питання доцільності використання технологій штучного інтелекту у сфері освіти. Чи підвищить впровадження ШІ якість освіти, чи знизить? Усе це залежить від підходу. Якщо відповідально інтегрувати ШІ у навчання, то це безумовно підвищує якість освіти, але якщо використовувати ШІ бездумно, не розвивати критичне мислення та повністю покладатися на ШІ, то, мабуть, знизить.

Головним завданням сучасної освіти є не заборонити використання ШІ, а навчити здобувача освіти вміло його використовувати, опанувати навички цифрової грамотності, критично оцінювати інформацію, перевіряти факти, розуміти етику та межі застосування і підготувати студентство до сучасного цифрового сьогодення.

Звичайно ШІ не замінить викладача, але якщо його грамотно використовувати в освітньому процесі, то це вирішує багато завдань. Якщо правильно формулювати запит, то можна отримати чітку відповідь на те чи інше питання, отримати додаткове роз’яснення, зекономити час, отримати швидкий зворотній зв'язок.

В складних сучасних умовах життя (пандемія, війна) саме дякуючи нейромережам та цифровим платформам існує постійна комунікація викладач-

студент, що забезпечує безперервний освітній процес. Але не слід повністю витісняти безпосередній контакт викладач-студент, ШІ - це не повна заміна традиційному навчанню. Тут є свої недоліки: брак живого спілкування, нерівний доступи до інтернету, залежність від технологій.

Отже, головними недоліками використання штучного інтелекту в освітньому процесі є:

❖ неточність інформації: ШІ інколи генерує неправдиву інформацію, тому вона може бути хибною, відповіді ШІ не завжди достовірні;

❖ зниження критичного мислення: здобувачі освіти, які постійно користуються ШІ, стають від нього залежними і це послаблює їхню здатність самостійно аналізувати інформацію та розв’язувати завдання;

❖ зменшення соціальних контактів: дистанційне навчання знижує комунікації між студентами та викладачами, отже, спілкування стає більш формальним, менше відбувається обміну думками та зворотного зв’язку;

❖ порушення правил академічної доброчесності: списування, плагіат, фальсифікація тощо;

❖ нерівний доступ до цифрових ресурсів: один студент має стабільний інтернет, пристрої та ресурси, а інший – ні. Це впливає на мотивацію та результативність;

❖ технозалежність: надмірна залежність від цифрових технологій, що може знижувати самостійність та критичність мислення здобувачів освіти.

Основні переваги використання ШІ для здобувачів освіти:

❖ персоналізація навчання: ШІ підлаштовується під рівень та потреби конкретного студента, це робить навчання більш гнучким та зручним;

❖ доступність інформації: ШІ допомагає швидко знаходити необхідні джерела, створювати короткі конспекти та візуалізувати складні процеси, це допомагає краще розуміти складні теми;

❖ швидкий фідбек (миттєвий зворотний зв'язок): студенти отримують пояснення помилок одразу після виконання вправ, що прискорює запам'ятовування, а викладачі легко бачать прогалини, можуть швидко

підлаштувати пояснення. Навчання стає динамічнішим: більше конкретики та підтримки.

Перспективи використання ШІ в освіті:

❖ економія часу: ШІ швидко знаходить та опрацьовує необхідну інформацію;

❖ удосконалення освітнього процесу: ШІ допомагає зробити навчання більш ефективним та зручним для студенів та викладачів;

❖ розширення доступу до якісних навчальних матеріалів: друковані підручники не завжди встигають швидко оновлюватися, а в мережі можна знайти більш сучасну інформацію;

❖ створення індивідуальних навчальних траєкторій: пристосування під рівень знань та освітніх потреб конкретного студента;

❖ розширення доступу до світи для студентів, які через стан здоров’я чи інші обставини не можуть відвідувати заняття очно **(**військовослужбовці, студентів з районів активних бойових дій, інклюзивного навчання);

❖ розвиток інтерактивних платформ;

❖ підвищення якості освіти: ШІ допомагає підвищити якість освіти через індивідуальний підхід, персоналізовані завдання та миттєвий зворотній зв'язок.

У ЧМА під час викладання дисципліни «Основи медичної біології з генетикою» викладачі використовують ШІ, це допомагає пояснювати складні біологічні процеси, створювати навчально-методичні матеріали: тестові завдання, ситуаційні задачі, а також підтримувати індивідуальний підхід до студентів.

Наприклад, під час вивчення теми «Біосинтез білка» ШІ дає змогу використовувати анімації та відео для наочного пояснення процесів транскрипції та трансляції, що допомагає студентам краще уявити та зрозуміти складні біологічні механізми. Отже, візуалізація допомагає краще осягнути складні життєві функції, підвищує ефективність засвоєння знань та поглиблює розуміння механізмів реалізації спадкової інформації. Під час вивчення тем з паразитології студенти використовували ШІ для створення схем життєвих циклів паразитів.

Отже, застосування технологій ШІ в освітньому процесі ЧМК під час вивчення природничих дисциплін, зокрема медичної біології, має значний потенціал для підвищення якості навчання та візуалізації. Звичайно, що є свої переваги і недоліки, але перспективним напрямом є не обмеження використання ШІ, а формування у здобувачів освіти цифрової грамотності, навичок критичного оцінювання та перевірки результатів. За умови відповідального та педагогічно обґрунтованого застосування ШІ може стати ефективним доповненням до традиційних методів навчання і сприяти підвищенню якості підготовки майбутніх медичних та фармацевтичних працівників.

Література

1. Гуменюк І. Р., Ковальчук Н. В. (2025). Штучний інтелект у вищій медичній школі: нові можливості та виклики для викладачів і студентів.

2. Кузнецова О. В. (2024). Перспективи використання генеративного штучного інтелекту при вивченні біологічних дисциплін у ЗВО.

3. Власенко О. М., Степанюк А. В. (2024). Цифровізація медичної освіти: інтеграція штучного інтелекту у вивчення фундаментальних дисциплін.

УДК 378.147:615.03]:616.-08(062.537)"20"

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ В КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ ПРОТОКОЛІВ ЛІКУВАННЯ

Тамара ГНАТЕНКО

PhD, начальник навчально-методичного відділу (забезпечення якості освіти)
toma1301@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У статті розглянуто актуальні методологічні підходи до викладання клінічної фармакології та фармацевтичної опіки в умовах трансформації системи охорони здоров’я. Обґрунтовано необхідність відходу від традиційної репродуктивної парадигми освіти на користь практико-

орієнтованого навчання. Висвітлено роль фармацевтичного працівника як компетентного учасника лікувального процесу, який спирається на засади доказової медицини та сучасні протоколи лікування.

Ключові слова: клінічна фармакологія, фармацевтична опіка, протоколи лікування, доказова медицина, фармацевтична освіта, підготовка фахівців, тріада «лікар – пацієнт – фармацевт».

Масштабна трансформація національної системи охорони здоров'я, інтеграція цифрових інструментів та стрімкий розвиток доказової медицини докорінно змінили роль і філософію професійної діяльності фармацевтичного працівника. Сучасний провізор або асистент фармацевта вже давно перестав бути виключно технічним дистриб'ютором лікарських засобів та товарів аптечного асортименту. Сьогодні фахівець за першим столом виступає як повноцінний, висококомпетентний учасник лікувально-діагностичного процесу, перша і найдоступніша ланка медичної допомоги для населення.

У таких реаліях традиційна парадигма фармацевтичної освіти, яка роками базувалася на репродуктивному засвоєнні знань – механічному зазубрюванні класифікацій, латинських назв, дозувань та хімічних структур без розуміння клінічного контексту – виявляється абсолютно нежиттєздатною. Викладання профільних дисциплін, зокрема «Клінічної фармакології» та «Фармацевтичної опіки», у закладах вищої та фахової передвищої медичної (фармацевтичної) освіти вимагає впровадження новітніх, динамічних методологічних підходів. Освітній процес має гнучко реагувати на зміну клінічних настанов та появу оновлених галузевих стандартів.

Матеріали та методи. Дослідження базується на аналізі та систематизації педагогічного досвіду викладання дисциплін «Клінічна фармакологія», та «Фармацевтична опіка».

Матеріали дослідження:

– чинні Протоколи фармацевта при наданні фармацевтичної опіки, затверджені наказом МОЗ України[2];

– Державний формуляр лікарських засобів (актуальний випуск) [5];

– деідентифіковані копії реальних листів призначень та електронних рецептів із системи eHealth;

– навчальні робочі програми, симуляційні клінічні сценарії;

– міжнародні клінічні настанови та бази даних доказової медицини (Cochrane Library, PubMed, BMJ Best Practice).

Методи дослідження: Теоретичні: теоретичне узагальнення, контент-аналіз нормативно-правової бази МОЗ України[2;5], систематичний та порівняльний аналіз сучасних вітчизняних і зарубіжних педагогічних методик у галузі медичної/фармацевтичної освіти.

Емпіричні та педагогічні: педагогічний експеримент, метод симуляційного навчання (рольові ігри високої реалістичності, метод «стандартизованого пацієнта»), Case-based learning (CBL – вивчення ситуаційних клінічних задач), застосування міжнародних алгоритмів опитування (зокрема WWHAM).

Соціологічні та аналітичні: анкетування здобувачів освіти та практикуючих фармацевтичних працівників (для оцінки рівня адаптації та психологічної готовності), методи оцінки ефективності засвоєння практичних навичок за допомогою діагностичних чек-листів.

Основні результати та їх обговорення: практичний досвід викладання клінічних дисциплін доводить, що першочерговим кроком до модернізації навчального процесу є наскрізна інтеграція чинних Протоколів фармацевта, затверджених Міністерством охорони здоров’я України, безпосередньо у зміст лекційних та практичних занять. Як зазначено у фундаментальних профільних виданнях, протокол має сприйматися студентом не як сухий юридичний документ, а як живий, покроковий алгоритм дій [1;3]. Це дозволяє змістити вектор навчання з абстрактної фармакології на прикладне клінічне мислення.

Проаналізувавши результати впровадження інтерактивних методик, ми виділили три фундаментальні методологічні вектори, які забезпечують найвищий рівень підготовки здобувачів освіти.

Перший вектор присвячений глибокій алгоритмізації процесу консультування відвідувачів аптеки при безрецептурному відпуску лікарських засобів (так званий ОТС-сегмент). Фундаментом цієї методики є навчання студентів безпомилковому виявленню «симптомів загрози» (red flags) [2;3]. Студент повинен чітко диференціювати стани, які дозволяють надати фармацевтичну допомогу на місці, коли будь-яка рекомендація препарату є небезпечною відстрочкою, і пацієнта необхідно негайно направити на прийом до лікаря або викликати екстрену медичну допомогу. Для реалізації цього завдання під час занять активно застосовуються міжнародно визнані скринінгові схеми опитування, зокрема методика WWHAM (Хто є пацієнтом? Які симптоми? Як довго вони тривають? Які дії вже вживалися? Які ліки пацієнт приймає постійно?). Використання подібних технік під час моделювання аптечного діалогу вчить майбутніх фармацевтів збирати максимально повний анамнез за лічені хвилини. Це розвиває професійну пильність і допомагає уникнути поліпрагмазії, що особливо важливо при роботі з уразливими категоріями пацієнтів – дітьми, вагітними жінками та особами похилого віку з супутніми хронічними патологіями[1].

Другий вектор охоплює проблеми міжпрофесійної інтеграції та розвитку симуляційного навчання. Одним із найскладніших бар’єрів для випускника закладу освіти є психологічний та професійний страх перед реальним відвідувачем або практикуючим лікарем[4]. Для подолання цього бар’єру ми практично повністю відмовилися від пасивних методів навчання на користь Case-based learning (навчання на основі клінічних кейсів). Студенти працюють не з абстрактними текстовими задачами з підручника, а з деідентифікованими історіями хвороб та копіями реальних листів призначень.

У межах практичних занять організовуються рольові ігри високої реалістичності. Студенти почергово приміряють на себе ролі фармацевта, пацієнта з деструктивною поведінкою або лікаря, який припустився технічної чи фармакологічної помилки в рецепті. Під час таких занять відпрацьовуються базові деонтологічні навички та правила професійної комунікації[4]. Особлива

увага приділяється тому, як коректно, не підриваючи авторитет лікаря в очах пацієнта, зв’язатися з медичним закладом для уточнення дозування, як аргументувати заміну виписаного оригінального препарату на доступний генерик, або як діяти в разі виявлення абсолютної фармацевтичної несумісності в одному прописі[1;3].

Додатковим елементом цього вектору є інтеграція у навчальний процес роботи з електронною системою охорони здоров’я (eHealth) та медичними інформаційними системами (МІС). Студенти вчаться обробляти електронні рецепти, зокрема в межах державних реімбурсаційних програм, що дозволяє їм з першого робочого дня почуватися впевнено.

Третій вектор методики фокусується на вихованні інформаційної культури майбутнього спеціаліста через призму доказової медицини (Evidence-Based Medicine). Ми вчимо студентів критично оцінювати терапевтичну дію речовин, спираючись на найновіші нормативні акти, зокрема чинний Державний формуляр лікарських засобів, затверджений Міністерством охорони здоров’я України[5].

Студенти отримують завдання самостійно провести критичний аналіз терапевтичної ефективності запропонованого препарату, вивчити рівень його доказовості при конкретній патології, проаналізувати потенційні ризики побічних реакцій та взаємодії з іншими речовинами. Такий аналітичний підхід формує професійне раціональне мислення. Випускник стає здатним аргументовано спростовувати поширені серед населення міфи про «чудодійні» ліки з недоведеною ефективністю та захищати гаманець пацієнта від марних витрат.

Висновки. Кардинальна модернізація методологічних підходів до викладання клінічної фармакології та фармацевтичної опіки є не просто вимогою часу, а критичною умовою підготовки затребуваних ринком фахівців. Синергетичне поєднання суворої алгоритмізації протокольного консультування за схемами на кшталт WWHAM, широке впровадження симуляційних занять на основі реальних життєвих кейсів та формування навичок роботи з джерелами

доказової медицини дозволяють повністю нівелювати розрив між теорією та практикою. Запропонована комплексна методика забезпечує трансформацію пасивного здобувача освіти на проактивного, клінічно мислячого фахівця, який здатний успішно розв'язувати складні нестандартні задачі в динамічних умовах сучасної аптеки.

Література

1. Клінічна фармація : підручник / за ред. В. П. Черниха, І. А. Зупанця. Харків : Золоті сторінки, 2019. 424 с.

2. Про затвердження протоколів фармацевта : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.01.2022 р. №7. URL: https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-05012022--7-pro-zatverdzhennja-protokoliv-farmacevta.

3. Фармацевтична опіка : практичний посібник / І. А. Зупанець та ін. ; за ред. І. А. Зупанця. Харків : Фармітек, 2021. 208 с.

4. Глущенко О. М., Толочко В. М. Професійна комунікація у фармацевтичній практиці : навч. посіб. Київ : Медицина, 2020. 184 с.

5. Про затвердження Державного формуляра лікарських засобів (вісімнадцятий випуск) : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.07.2026 р. № 1021. URL: https://www.dec.gov.ua/materials/chynnyj-vypusk-derzhavnogo-formulyara-likarskyh-zasobiv/

УДК 377.091.26:61

ЄДИНИЙ ДЕРЖАВНИЙ КВАЛІФІКАЦІЙНИЙ ІСПИТ: ПРАКТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО ТЕСТОВОГО ЕТАПУ «КРОК М»

Віктор ДРЕГАЛЮК

викладач, голова циклової комісії викладачів професійної та практичної підготовки дисциплін хірургічного профілю
drehaliuk@gmail.com
Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського, м. Кременець, Україна

Анотація. У статті висвітлено практичний досвід Кременецького медичного фахового коледжу імені Арсена Річинського щодо підготовки здобувачів освіти спеціальності «Медсестринство» до тестового етапу ЄДКІ — «Крок М». Проаналізовано переваги застосування платформи дистанційного навчання Moodle для моніторингу знань, організації тренувального тестування та забезпечення швидкого зворотного зв'язку зі студентами. Запропоновано інноваційний підхід із використанням інструментів штучного інтелекту та промпт-інжинірингу для автоматизованого створення бази тестів у форматі GIFT із розгорнутими поясненнями до відповідей. Акцентовано на трансформації ролі викладача, який у процесі цифровізації навчання виступає експертом, наставником і модератором, забезпечуючи коректність та якість навчального контенту.

Ключові слова: Єдиний державний кваліфікаційний іспит (ЄДКІ), іспит «Крок М», медсестринство, платформа Moodle, штучний інтелект, промпт-інжиніринг.

На сучасному етапі обов’язковою передумовою присвоєння професійної кваліфікації про освіту здобувачам галузі знань І «Охорона здоров’я та соціальне забезпечення» (зокрема спеціальності І5 «Медсестринство») є успішне складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок М». Мета цього іспиту – це сприяння реалізації державної політики у сфері зовнішнього контролю з оцінки якості підготовки фахівців у сфері охорони здоров’я. Шляхи реалізації цієї мети

розпочалися з ДО «Центр тестування» у 1999 році, і містять у собі зовнішній контроль якості підготовки фахівців, моніторинг і аналіз якості освіти [1]. Згідно з наказом МОЗ України від 02.11.2023 № 1898 (зі змінами), який набрав чинності з 01 січня 2024 року, для здобувачів фахової передвищої освіти встановлена величина критерію «склав» на рівні 42,0% правильних відповідей [2]. Такий пороговий бал покликаний урівноважити реальний попит галузевого ринку праці на фахових молодших бакалаврів спеціальності І5 «Медсестринство» з освітніми, матеріальними та безпековими умовами навчання здобувачів у різних регіонах країни в умовах воєнного стану.

У відповідь на виклики сьогодення педагогічний колектив Кременецького медичного фахового коледжу імені Арсена Річинського забезпечив системне та злагоджене впровадження технологій дистанційного й змішаного навчання на базі цифрових платформ Google Classroom, Zoom та Google Meet. Базовим середовищем для організації аудиторної роботи й самостійної підготовки здобувачів освіти стала система LMS Moodle, де зосереджено електронні навчально-методичні комплекси дисциплін.

Викладачі клінічних дисциплін коледжу мають ґрунтовний досвід якісної підготовки майбутніх фахівців до складання тестового компонента ЄДКІ – іспиту «Крок М». Методичний інструментарій викладачів пройшов суттєву еволюцію: від друкованих збірників і тренінгів у комп’ютерних класах – до використання мобільних технологій і персональних ґаджетів, що дозволяє оптимізувати процес опанування клінічних дисциплін для підготовки до тестового етапу ЄДКІ.

Багаторічний досвід підготовки здобувачів освіти до складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок М» дає змогу здійснити аналіз дидактичної ефективності застосованого методичного інструментарію. Результати опитування педагогічних працівників і студентів засвідчують вагомий потенціал платформ LMS, зокрема Moodle, в оптимізації освітнього процесу. Серед ключових переваг для здобувачів освіти виокремлено: безперервний доступ до навчальних матеріалів, індивідуалізацію темпу

опанування контенту, оперативність зворотного зв’язку, візуалізацію динаміки навчальних досягнень, можливість ретроспективного аналізу допущених помилок, а також мінімізацію зовнішніх чинників. Водночас студенти акцентують на тому, що досягнення високих результатів вимагає належного рівня мотивації, концентрації та системності в навчанні.

Для викладачів розміщення тестових завдань у системі Moodle суттєво оптимізує процес педагогічного діагностування: забезпечує швидку корекцію й актуалізацію матеріалів, уможливлює визначення валідності та складності завдань, а також застосувати чітку часову регламентацію тестування й диференціацію критеріїв оцінювання.

Моніторинг освітніх запитів учасників навчального процесу дав змогу окреслити пріоритетні потреби обох сторін. Для здобувачів освіти визначальним є використання тренувального режиму з миттєвим зворотним зв’язком, що забезпечує оперативну верифікацію та якісне запам’ятовування еталонних відповідей безпосередньо після виконання тестового завдання.

Натомість педагогічний колектив акцентує на важливості вичерпного методичного супроводу: наданні ґрунтовних клінічних роз’яснень до кожного тестового завдання, аргументації правильного вибору та детальному аналізі дистракторів (хибних варіантів відповідей) задля запобігання типовим помилкам і розвитку клінічного мислення майбутніх фахівців».

Поглиблене опанування функціоналу LMS Moodle, зокрема параметрів адміністрування тестових модулів, уможливлює реалізацію інтерактивного режиму тренувального тестування. Для негайного відображення правильності вибору в параметрах тесту налаштовується режим поведінки питань «відображати відповідь відразу після вибору» та обов’язкове проставлення відмітку «показати правильну відповідь у таблиці, розміщеній нижче.

Для дидактичного наповнення завдань із розгорнутими поясненнями було впроваджено двоетапний алгоритм із застосуванням технологій штучного інтелекту та елементів промпт-інжинірингу. І етап – генерація та фахова експертиза коментарів: формулювання чіткого системного промпту для ШІ щодо

формування тестового масиву у форматі GIFT з інтегрованими поясненнями. Критичною вимогою до генеративної моделі є збереження автентичності завдань – заборона на модифікацію, довільне скорочення чи текстове коригування умов тестів. На цьому етапі викладач здійснює обов'язковий експертний аудит і корекцію згенерованих коментарів, верифікуючи їхню точність і методичну доцільність. ІІ етап – імпорт і технічна валідація: інтеграція створеного GIFT-файлу до банку питань дисципліни в системі Moodle, діагностика помилок розмітки та контроль коректності відображення структури завдань в інтерфейсі користувача.

Додатковим варіантом застосування штучного інтелекту є генерація автономних інтерактивних HTML-файлів із тестовими завданнями, які забезпечують миттєву візуалізацію правильності вибору та містять розгорнуті клінічні коментарі. Завдяки функціоналу LMS Moodle викладач може інтегрувати пряме гіперпокликання на відповідний HTML-файл з його подальшим відображенням у окремому вікні без переривання поточної сесії в системі. Водночас суттєвим дидактичним і технічним обмеженням цього підходу є відсутність автоматизованої фіксації навчальних досягнень у журналі оцінок платформи: результати виконання таких тестових завдань не підлягають системному збереженню, статистичній обробці та моніторингу викладачем без застосування сторонніх інструментів підтвердження (зокрема статичної фіксації екрана здобувачем, скріншотів екрану).

Інтеграція технологій штучного інтелекту в педагогічну діяльність істотно розширює дидактичний інструментарій викладача та відкриває нові можливості для впровадження інноваційних методик, що набуває особливого значення в контексті якісної підготовки здобувачів освіти до складання іспиту «Крок М» як компонента ЄДКІ.

У подальшому, в умовах дедалі ширшого використання штучного інтелекту, роль викладача поступово трансформуватиметься, що передбачатиме зміни його функцій і професійних компетентностей. Незважаючи на активне впровадження ШІ, викладач повен зберегти провідну роль в освітньому процесі.

За умов широкого застосування ШІ він виконуватиме роль не стільки передавача знань, скільки організатора, наставника та модератора освітньої діяльності, забезпечуючи відповідальне використання ШІ [3, 10-11].

Література

1. Загальна інформація. Центр тестування при Міністерстві охорони здоров'я України : вебсайт. URL: https://testcentr.org.ua/uk/pro-nas/zahalna-informatsiia.html (дата звернення: 09.09.2026).

2. Про затвердження Критеріїв успішного складання єдиного державного кваліфікаційного іспиту і величини критерію «склав» для ліцензійних інтегрованих іспитів : наказ М-ва охорони здоров'я України від 02 листоп. 2023 р. № 1898. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2247-23#Text (дата звернення: 09.09.2026).

3. Використання генеративного штучного інтелекту для розвитку інформаційно-цифрової компетентності учнів рівня базової середньої освіти : аналітичні матеріали / С. Г. Литвинова, Ю. Г. Носенко, К. П. Осадча, О. П. Пінчук, Н. В. Рашевська, А. С. Сухіх ; за наук. ред. С. Г. Литвинової, Ю. Г. Носенко. Київ : ІЦО НАПН України, 2026. 100 с.

УДК 378.091.2.094:[378.4:61](477.64-25)

ВІСІМ СУЧАСНИХ МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У МЕДИЧНОМУ ФАХОВОМУ КОЛЕДЖІ ЗДМФУ

Ольга КІЛЄЄВА

PhD галузь 22 Охорона здоров'я, директор
kop722017@gmail.com
Медичний фаховий коледж Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, м. Запоріжжя, Україна

Анотація. У тезах висвітлено сучасні методологічні підходи до професійної підготовки здобувачів фахової передвищої освіти (ФПО) у Медичному фаховому коледжу ЗДМФУ за освітньо-професійними програмами (ОПП) «Фармація» та «Сестринська справа». Обґрунтовано необхідність

поєднання компетентнісного, студентоцентрованого, практикоорієнтованого, міждисциплінарного та цифрового підходів. Проаналізовано можливості використання симуляційного навчання, кейс-методу, проблемно-орієнтованого навчання, цифрових освітніх ресурсів і професійно змодельованого середовища. Визначено роль внутрішньої системи забезпечення якості освіти та зворотного зв'язку від здобувачів освіти й роботодавців у вдосконаленні професійної підготовки майбутніх медичних сестер і асистентів фармацевта.

Ключові слова: ФПО, компетентнісний підхід, студентоцентризм, практикоорієнтоване навчання, симуляційне навчання, цифрові технології, міждисциплінарність, якість освіти (ЯО).

Сучасна система охорони здоров'я (ОЗ) висуває нові вимоги до професійної підготовки асистентів фармацевта та медичних сестер. Зміни у структурі та організації медичної допомоги, цифровізація ОЗ, розвиток доказової медицини, зростання ролі командної роботи та необхідність безперервного професійного розвитку потребують відповідної трансформації освітнього процесу у ЗФПО.

Відповідно до положень законодавства України, сучасна система кваліфікацій орієнтується на компетентності та результати навчання, а Національна рамка кваліфікацій враховує потреби ринку праці та необхідність взаємодії сфери освіти з професійним середовищем [1, 2].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) також визначає ЯО та підготовки медичних кадрів як один із ключових чинників забезпечення стійкості системи ОЗ. Серед актуальних напрямів розглядаються цифрова освіта, безперервне навчання та адаптація підготовки кадрів до потреб системи ОЗ [3, 4].

Мета дослідження. Метою роботи є обґрунтування та систематизація сучасних методологічних підходів до професійної підготовки здобувачів освіти в Медичному фаховому коледжі Запорізького державного медико-

фармацевтичного університету (ЗДМФУ) та визначення напрямів їх практичної реалізації в освітньому процесі.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали нормативно-правові документи України у сфері освіти та ФПО, міжнародні рекомендації щодо підготовки медичних кадрів, методичні матеріали з питань цифровізації та професійної освіти, а також досвід організації освітнього процесу в Медичному фаховому коледжі ЗДМФУ.

У роботі використано методи аналізу й узагальнення наукової та нормативної інформації, систематизації, порівняння, педагогічного спостереження та аналізу практики організації освітнього процесу.

Результати та їх обговорення. В таблиці наведено вісім методологічних орієнтирів ФПО та їх характеристика [1, 2].

Таблиця

Сучасна модель підготовки фахівців у Медичному фаховому коледжі ЗДМФУ

№ з\п	Методологічна орієнтація	Характеристика, реалізація
1	компетентнісний підхід	зміщення акценту з обсягу засвоєної інформації на здатність здобувача освіти застосовувати знання у професійних ситуаціях https://college.mphu.edu.ua/p_osvp19.html
2	практикоорієнтований підхід	забезпечує максимально можливе наближення освітнього процесу до реальних умов професійної діяльності https://college.mphu.edu.ua/p_211.html
3	симуляційні технології	використовуються для відпрацювання медичних маніпуляцій, алгоритмів дій у невідкладних станах, професійної комунікації, командної взаємодії та прийняття рішень (ОПП «Сестринська справа»). За ОПП «Фармація» ефективним інструментом практичної підготовки є навчальна аптека як модель професійного середовища https://college.mphu.edu.ua/p_174.html
4	студентоцентрований підхід	реалізація передбачає активну участь здобувачів освіти у формуванні власної освітньої траєкторії, можливість вибору окремих освітніх компонентів, отримання якісного зворотного

		зв’язку та врахування індивідуальних освітніх потреб https://college.mphu.edu.ua/p_158.html
5	проблемно-орієнтоване навчання та кейс-метод	професійна ситуація, запропонована студенту, повинна передбачати не механічне відтворення інформації, а аналіз проблеми, пошук необхідної інформації, оцінювання альтернатив та обґрунтування професійного рішення https://college.mphu.edu.ua/p_150.html https://college.mphu.edu.ua/snew_712.html
6	міждисциплінарний та міжпрофесійний підхід	для студентів коледжу важливо створювати навчальні ситуації, у яких моделюється взаємодія «лікар – пацієнт – медична сестра – асистент фармацевта». Це дозволяє формувати розуміння професійних ролей, відповідальності та принципів командної роботи https://college.mphu.edu.ua/p_231.html
7	цифрові технології	тестування, візуалізації складного матеріалу, роботи з професійними інформаційними ресурсами, дистанційного супроводу навчання, моделювання ситуацій та організації самостійної роботи [4, 5] https://docs.google.com/forms/d/10bxa-qv_DWVbIpQr3TEgOxxRxqV9iHifl50X4Sz6KF4/viewform?edit_requested=true
8	внутрішня система забезпечення ЯО	регулярний аналіз результатів навчання, моніторинг якості викладання, опитування здобувачів освіти, залучення роботодавців та інших стейкхолдерів до удосконалення освітніх програм [3] https://college.mphu.edu.ua/p_svz.html

Окремої уваги потребує розвиток комунікативної компетентності. Для медичного та фармацевтичного працівника якість професійної комунікації безпосередньо пов’язана з безпекою пацієнта, прихильністю до лікування та ефективністю фармацевтичного консультування. Тому доцільним є використання рольових ігор, симуляційних діалогів, ситуаційних вправ та аналізу професійних комунікативних помилок.

Таким чином, сучасна модель підготовки фахівця в Медичному фаховому коледжі ЗДМФУ може бути представлена як інтеграція п’яти взаємопов’язаних компонентів: теоретична підготовка → практичне відпрацювання →

моделювання професійних ситуацій → оцінювання компетентностей → безперервне професійне вдосконалення.

Саме така модель дозволяє орієнтувати освітній процес не лише на передачу знань, а на формування професійної готовності випускника до реальної діяльності.

Висновки. Сучасна професійна підготовка медичних сестер та асистентів фармацевта у Медичному фаховому коледжі ЗДМФУ потребує системного поєднання компетентнісного, студентоцентрованого, практикоорієнтованого, міждисциплінарного та цифрового підходів.

Ефективність освітнього процесу визначається здатністю інтегрувати теоретичні знання з практичними навичками, професійною комунікацією, командною взаємодією та цифровою грамотністю. Симуляційне навчання, навчальна аптека, кейс-метод, проблемно-орієнтовані завдання та цифрові освітні технології створюють умови для наближення освітнього середовища до реального професійного контексту.

Перспективою подальшої роботи є розроблення та впровадження інтегрованої моделі професійної підготовки, орієнтованої на оцінювання реальних результатів навчання, потреби роботодавців і сучасні тенденції розвитку системи ОЗ.

Література

1. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII.

2. Про затвердження Національної рамки кваліфікацій: постанова Кабінету Міністрів України від 23.11.2011 № 1341.

3. World Health Organization. Digital education for building health workforce capacity. Geneva: WHO, 2020.

4. World Health Organization. Digitalized health workforce education: an elicitation of research gaps and selection of case studies. Geneva: WHO, 2023.

5. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2027. Geneva: WHO, 2025.

УДК 378.147.091.33-027.22-021.36:005.336.2]:[614.253.5:617]

СИМУЛЯЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ФОРМУВАННІ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Ігор КОЗИНЕЦЬ

викладач циклової комісії клінічних дисциплін
kia 30.09@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У статті розглянуто можливості використання симуляційних технологій під час підготовки майбутніх медичних сестер хірургічного профілю. Показано, що симуляційне навчання дає можливість багаторазово відпрацьовувати професійні дії без ризику для пацієнта, аналізувати допущені помилки та поступово переходити від виконання окремої маніпуляції до комплексного вирішення клінічної ситуації.

Ключові слова: симуляційне навчання, медсестринство, хірургія, фахові компетентності, практична підготовка, клінічне мислення, медична освіта.

Підготовка майбутньої медичної сестри не може обмежуватися засвоєнням теоретичного матеріалу. Особливо чітко це проявляється під час вивчення хірургії. Здобувач освіти повинен не лише знати послідовність виконання певної маніпуляції, а й уміти правильно організувати роботу, дотримуватися правил асептики й антисептики, оцінювати стан пацієнта, своєчасно помітити його погіршення та діяти відповідно до конкретної ситуації. Частина цих умінь формується тільки через практичний досвід.

Водночас клінічна практика має свої обмеження. Здобувач освіти не завжди отримує можливість багаторазово виконати необхідну маніпуляцію, а окремі критичні ситуації можуть узагалі не виникнути за час проходження практики. Не можна також створювати потенційно небезпечну ситуацію лише для того, щоб студент навчився правильно на неї реагувати. Саме тут симуляційне навчання стає особливо цінним.

Його перевага полягає не тільки у використанні манекена або спеціального тренажера. Симуляція дозволяє відтворити професійну ситуацію, у якій майбутня медична сестра повинна застосувати вже набуті знання на практиці, виконати певну послідовність дій, оцінити результат і, за потреби, змінити своє рішення. Помилка в такому середовищі не завдає шкоди пацієнтові, але стає навчальним матеріалом. Вона може повернутися до певного етапу, повторити дію декілька разів і зрозуміти, що саме було виконано неправильно.

Для майбутніх фахівців галузі медсестринства хірургічного профілю це має особливе значення. Значна частина їхньої професійної діяльності пов'язана з чітким виконанням практичних навичок. Під час занять можуть відпрацьовуватися підготовка стерильного столу, обробка рук, робота зі стерильним інструментарієм, накладання різних видів пов'язок, догляд за післяопераційною раною, підготовка пацієнта до оперативного втручання, спостереження за ним у післяопераційному періоді. Окремими напрямами можуть бути навички зупинки зовнішньої кровотечі, догляду за дренажами, оцінювання стану пацієнта.

На початкових етапах доцільно відпрацьовувати окрему маніпуляцію. Студент повинен засвоїти її логіку і послідовність, а не просто механічно повторити рухи викладача. Наприклад, при догляді за післяопераційною раною важливо не лише правильно виконати перев'язку. Необхідно оцінити зовнішній вигляд рани, стан шкіри навколо неї, наявність виділень, їх характер, помітити ознаки можливого запального процесу. Тобто технічна навичка поступово має поєднуватися зі спостереженням і клінічною оцінкою.

Наступним кроком можуть бути ситуаційні задачі. Тут завдання вже не обмежується фразою «виконайте маніпуляцію». Студент отримує інформацію про конкретного умовного пацієнта і повинен сам визначити послідовність подальших дій. Наприклад, у пацієнта в ранньому післяопераційному періоді з'явилися слабкість, блідість шкіри, тахікардія, знизився артеріальний тиск. У такій ситуації необхідно не просто продемонструвати окрему практичну навичку. Майбутня медична сестра має оцінити стан пацієнта, запідозрити

можливе ускладнення, визначити першочергові сестринські дії, повідомити лікаря та підготувати необхідне обладнання.

Обов'язковим етапом має бути моделювання невідкладних ситуацій. У роботі хірургічного відділення стан пацієнта іноді змінюється дуже швидко. Кровотеча, порушення дихання, втрата свідомості, гостра судинна недостатність або інші ускладнення вимагають від медичної сестри зібраності та чіткого виконання алгоритму. Під час звичайного теоретичного заняття студент може правильно назвати всі необхідні дії. Проте знати алгоритм і виконати його в умовах обмеженого часу – не одне й те саме.

Окремою частиною симуляційного заняття має бути обговорення та рефлексія після виконання завдання. Простої вказівки «правильно» або «неправильно» недостатньо. Доцільно разом зі студентами відновити послідовність подій, а саме, що вони помітили насамперед, чому обрали саме таку дію, на якому етапі виникли труднощі і як можна було діяти інакше. Такий розбір допомагає перевести практичний досвід у більш усвідомлене знання.

Сучасні дослідження підтверджують доцільність використання симуляційних методів у підготовці медичних фахівців. Українські автори відзначають їх значення у формуванні практичних навичок та професійних компетентностей здобувачів медичної освіти [1, 2]. Зокрема, І. В. Корпусенко, Б. В. Гузенко та Н. М. Нор під час викладання загальної хірургії використовували імітатори для засвоєння навички визначення групи крові. Автори встановили вищу результативність практичної підготовки студентів, які працювали в симуляційному центрі, порівняно з дистанційним форматом навчання [3].

Отже, використання симуляційних технологій під час викладання хірургії створює умови для послідовного формування фахових компетентностей майбутніх медичних сестер. Воно дозволяє поєднати теоретичні знання з практичною діяльністю, багаторазово відпрацьовувати професійні навички, формувати клінічне мислення та вчитися діяти в умовах, наближених до реальних. Симуляція не може повністю замінити роботу з пацієнтом. Її завдання інше – підготувати студента до клінічної практики настільки, щоб перша зустріч

із реальною складною ситуацією не була водночас і першою спробою виконати необхідний алгоритм.

Література

1. Панченко М. В., Тіщенко О. М., Троценко О. В. Роль симуляційних технологій в підготовці здобувачів освіти за спеціальністю медсестринство. *Медичні та біологічні науки: міждисциплінарний аспект:* матеріали Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної internet-конференції до Всесвітнього дня анатомії. Харків, 2024. С. 254–257.

2. Бойчук Т. М., Попова І. С. Симуляційні технології навчання як невід'ємна складова компетентнісного підходу в сучасній вищій медичній освіті. *Медична освіта*. 2024. № 3. С. 70–76. DOI: https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2024.3.14743

3. Корпусенко І. В., Гузенко Б. В., Нор Н. М. Досвід впровадження симуляційного методу навчання на кафедрі хірургії Дніпровського державного медичного університету. *Медична освіта*. 2023. № 1. С. 48–53. DOI: https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2023.1.13826

УДК 378.147.091.214.18-044.332:61"20"

СПЕЦИФІКА АДАПТАЦІЇ КУРСУ ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН ДО ПОТРЕБ РІЗНИХ ГАЛУЗЕЙ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

Ольга КОЗИНЕЦЬ

доктор філософії, викладач кафедри біомедичних дисциплін
та фізичної терапії
olgakozynets@ukr.net

Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У статті розглянуто особливості адаптації фундаментальних медичних дисциплін до професійних потреб здобувачів різних спеціальностей. Обґрунтовано доцільність збереження спільного базового змісту з одночасною

зміною глибини вивчення окремих тем, способів їх подання та клінічного контексту. На прикладі підготовки парамедиків, фізичних терапевтів і протезистів-ортезистів показано, що раннє поєднання фундаментальних знань із майбутніми професійними завданнями допомагає студентові краще розуміти практичне значення навчального матеріалу.

Ключові слова: фундаментальні медичні дисципліни, медична освіта, клінічно орієнтоване викладання, міждисциплінарна інтеграція, адаптація навчального курсу, компетентнісний підхід.

Фундаментальні дисципліни традиційно становлять основу професійної підготовки медичних фахівців. Анатомія, фізіологія, гістологія та інші базові науки формують у студента розуміння будови організму й механізмів його функціонування, без якого подальше розуміння клінічних дисциплін фактично неможливе. Проте на початкових курсах здобувачі не завжди бачать зв’язок між певним теоретичним матеріалом і майбутньою своєю професійною діяльністю. Особливо це помітно тоді, коли однакова логіка викладання застосовується до студентів, професійні завдання яких суттєво відрізнятимуться. Проблема інтеграції фундаментальних і клінічних знань та її впливу на професійну мотивацію студентів залишається актуальною для сучасної медичної освіти [1].

Адаптація фундаментальної підготовки при цьому не повинна означати відмову від спільної бази або механічне скорочення навчального матеріалу. Йдеться про інше. Базові закономірності анатомії та фізіології мають знати всі майбутні медичні фахівці, однак глибина опрацювання окремих тем, кількість практичних прикладів і характер навчальних завдань повинні визначатися кінцевими професійними компетентностями. Один і той самий анатомічний об’єкт вимагає різного фокусу вивчення залежно від спеціальності здобувача: від точної топографічної орієнтації до ролі в біомеханіці чи специфіки для подальшого протезування.

Так, у підготовці парамедиків особливого значення набувають ті фундаментальні знання, які необхідні для швидкого оцінювання стану пацієнта

та розуміння розвитку критичних порушень. Доцільним є посилений акцент на анатомії дихальних шляхів, серцево-судинної та нервової систем, топографічних орієнтирах, фізіології кровообігу і дихання. Вивчаючи нормальну фізіологію, студент може одночасно отримувати короткі ситуаційні завдання, а саме, що зміниться при гострій крововтраті, порушенні прохідності дихальних шляхів або ушкодженні певної ділянки нервової системи. Клінічна ситуація тут не замінює фундаментальний матеріал. Вона дає відповідь на просте студентське запитання: «Навіщо мені це знати?».

Для здобувачів, які навчаються за напрямом фізичної терапії та реабілітації, пріоритети дещо інші. Акцент необхідно робити на функціональній анатомії опорно-рухового апарату, роботі м'язових груп, нейрофізіології тощо. Недостатньо лише назвати м'яз, його початок і місце прикріплення. Майбутньому фізичному терапевту потрібно розуміти, як зміна функції цього м'яза вплине на рух у суглобі, ходьбу або здатність пацієнта обслуговувати себе в побуті. Саме такий перехід від структури до функції дозволяє поступово формувати професійне мислення ще до початку повноцінного вивчення клінічних дисциплін. У сучасній підготовці фахівців з терапії та реабілітації все більшого значення набувають методики, які передбачають активне застосування знань у професійно орієнтованих ситуаціях [2].

Окремого підходу потребує підготовка протезистів-ортезистів. Для них знання анатомії кінцівок безпосередньо пов'язане з біомеханікою, особливостями розподілу навантаження та функціональними наслідками втрати або порушення окремих структур. Обов'язковим стає розуміння не лише кісткових орієнтирів, але й стану м'яких тканин, нервово-судинних пучків, функції суглобів, механізмів ходи. Наприклад, тема нижньої кінцівки може розглядатися не тільки з позиції послідовного опису її анатомічних структур, а й через питання про те, які ділянки здатні переносити навантаження, як змінюється біомеханіка після ампутації тощо. Такий підхід робить фундаментальне знання робочим інструментом, а не лише матеріалом для контролю.

Одним зі способів реалізації диференційованого підходу є кейс завдання, які основані на конкретних клінічних ситуаціях. Їх можна застосовувати ще під час вивчення норми, не очікуючи переходу студентів до клінічних дисциплін. Кейс при цьому не обов'язково має бути складним. Іноді достатньо короткої ситуації, у якій студент повинен використати щойно вивчену анатомічну або фізіологічну закономірність. Позитивний вплив кекс методів на навчальні результати показують систематичні дослідження [3].

Ефективними є і цифрові інструменти. Тривимірні анатомічні моделі, інтерактивні програми, віртуальні симуляції дають можливість показати просторові співвідношення структур, які складно зрозуміти лише за двовимірним рисунком. Сучасні огляди технологій фундаментальної освіти демонструють широке використання 3D-моделювання, технологій розширеної реальності та інших цифрових засобів у підготовці медичних студентів [4].

Не менш цінною умовою є узгодження змісту фундаментальних і клінічних дисциплін. Якщо кафедри формують силабуси ізольовано одна від одної, здобувач освіти може кілька разів зустрічатися з однаковими поняттями, але не розуміти між ними логічного продовження. Натомість координація тем дозволяє заздалегідь визначити, які фундаментальні знання будуть потрібні під час подальшої професійної підготовки, і відповідно змінити приклади, практичні завдання та акценти. Це не вимагає створення повністю окремого курсу анатомії чи фізіології для кожної спеціальності. Значно реалістичніше зберегти фундаментальне ядро і доповнювати його клінічно спрямованими компонентами.

Отже, адаптація фундаментальних дисциплін до потреб різних напрямів медицини полягає не у спрощенні їх змісту, а в цільовому переформатуванні навчального матеріалу. Здобувач освіти має не тільки запам'ятати факт, а й поступово зрозуміти, де саме цей факт він може застосувати у своїй професійній практиці. Базова теорія, доповнена профільними ситуаційними завданнями та візуалізацією – це ключ до усвідомленого навчання та раннього формування клінічного мислення.

Література

1. Мельнікова О. З., Іванченко О. З., Лур’є К. І., Мікаєлян Г. Р. Професійна мотивація студентів як фактор інтеграції фундаментальних і клінічних навчальних дисциплін вищої медичної освіти. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2024. Т. 24, № 2. С. 235–240. DOI: https://doi.org/10.31718/2077-1096.24.2.235

2. Таможанська Г. В., Перець О. В., Галашко В. В. Методики навчання фахових освітніх компонентів у процесі підготовки здобувачів вищої освіти спеціальності І7 Терапія та реабілітація. *Медична освіта*. 2025. № 2. С. 47–51. DOI: https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2025.2.15486

3. Maia D., Andrade R., Afonso J., Costa P., Valente C., Espregueira-Mendes J. Academic Performance and Perceptions of Undergraduate Medical Students in Case-Based Learning Compared to Other Teaching Strategies: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Education Sciences*. 2023. Vol. 13, No. 3. Art. 238. DOI: https://doi.org/10.3390/educsci13030238

4. Santos V. A., Barreira M. P., Saad K. R. Technological resources for teaching and learning about human anatomy in the medical course: Systematic review of literature. *Anatomical Sciences Education.* 2022. Vol. 15, No. 2. P. 403–419. DOI: https://doi.org/10.1002/ase.2142

УДК 377.147:61

ФОРМУВАЛЬНЕ ОЦІНЮВАННЯ ТА ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК ЯК ОСНОВА ГЛИБОКОГО ЗАСВОЄННЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ДИСЦИПЛІН

Людмила КРОЧАК

викладач-методист викладач природничо-наукових дисциплін
luda.tarasuk1968@gmail.com
Уманський медичний фаховий коледж, м. Умань, Україна

Анотація. У статті розглядається практика впровадження формувального оцінювання та систематичного зворотного зв'язку у викладанні фундаментальних дисциплін для майбутніх фахівців в галузі охорони здоров'я. Автор доводить, що традиційна накопичувальна система контролю знань або оцінювання професійних компетентностей часто лише викликає тривогу в здобувачів освіти, змушуючи їх працювати на «оцінку в заліку» замість того, щоб реально занурюватися у дисципліну та глибоко засвоювати матеріал. У статті обґрунтовано, чому формувальне оцінювання стає дієвим інструментом безперервного відстеження прогресу, зниження академічної тривожності та розвитку професійної рефлексії. Наведено практичні методи та інструменти реалізації цього підходу на заняттях природничо-наукового циклу. Особливу увагу зосереджено на принципах конструктивного зворотного зв'язку, який перетворює звичайну помилку на цінний ресурс для навчання та закладає міцний фундамент клінічного мислення майбутніх медиків.

Ключові слова: формувальне оцінювання, зворотний зв'язок, фундаментальні медичні дисципліни, фахова передвища освіта, медичний фаховий коледж, самооцінка, клінічне мислення.

Коли ми говоримо про сучасну фахову передвищу медичну освіту, якість практичної підготовки майбутніх фахівців вимірюється не просто обсягом вивченої інформації, а глибиною розуміння базових наук анатомії, фізіології, патології. Проте традиційна система контролю зазвичай працює за принципом констатації: «знає - не знає», «склав - не склав». Фокус тут зміщений на бал, що

неминуче породжує у здобувачів освіти зайвий стрес, страх помилитися та прагнення просто «здати дисципліну», а не свідомо засвоїти матеріал.

І тут противагою виступає концепція формувального оцінювання як парної взаємодії із системним зворотним зв’язком. Вони перетворюють оцінку з інструменту покарання чи суворого нагляду на дружній механізм підтримки, який допомагає майбутнім медикам самостійно бачити прогалини в знаннях та вчасно їх ліквідовувати. Здобувач освіти перестає боятися невдачі, адже бачить у ній підказку, куди рухатися далі, і вчиться самостійно помічати та закривати власні прогалини в знаннях. [2]

Варто нагадати, що ідеологія Нової української школи вже давно задає вектор на гуманізацію та зміну підходів до оцінювання. У середовищі медичного фахового коледжу формувальне оцінювання виходить далеко за межі звичайної оцінки в академічному журналі. Це процес постійного, м’якого супроводу здобувача освіти під час вивчення теми, який має на меті:

- зрозуміти реальний рівень засвоєння складних природничо-наукових процесів «тут і зараз»;
- знизити академічну тривожність, сформувавши безпечну, довірливу атмосферу на занятті;
- розвинути навичку саморефлексії, щоб майбутній медик сам умів критично оцінювати власні знання;
- вчасно скоригувати викладання, якщо якась тема виявилася занадто складною для групи. [2]

Вивчення фундаментальних дисциплін в медицині вимагає від здобувачів освіти засвоєння величезних масивів латинської термінології та складних фізіологічних процесів. З огляду на це, традиційний підхід до перевірки знань є неефективним. Формувальне оцінювання тут стає не просто бажаним, а критично необхідним. [4]

Замість формального бала викладач забезпечує глибокий і конструктивний зворотний зв'язок за простою життєвою формулою: «Що вдалося чудово + над чим варто ще трохи попрацювати + конкретний крок для покращення».

Наприклад, розбираючи тему гіпоксії, викладач не каже просто «неправильно», а спрямовує здобувача: «Ти абсолютно вірно описав зміни у складі крові, але зверни увагу на газообмін у легеневих альвеолах (пригадай матеріали з фізіології). Спробуй переосмислити цей ланцюжок і розписати його знову». Такий підхід запалює внутрішню мотивацію і перетворює помилку на звичайну робочу сходинку до розуміння.

Щоб втілити це на заняттях без зайвого тиску і стресу, викладачі природничого циклу використовують низку простих, але дуже ефективних інструментів:

– «Вхідні та вихідні квитки» - експрес-опитування тривалістю до двох хвилин, яке використовується на початку заняття для актуалізації опорних знань, а наприкінці — для рефлексії та перевірки засвоєння матеріалу. Запитання на кшталт: «Що залишилося для вас туманним у будові серцевого циклу?» або «Який момент патогенезу викликав найбільше запитань?» дають миттєвий зріз розуміння для викладача і допомагають самому здобувачеві освіти чесно зізнатися собі у труднощах.

– Взаємооцінювання в малих групах – аналіз та оцінювання робіт чи схем одне одного за чіткими критеріями. Це вчить здобувачів освіти критично мислити, помічати деталі й головне - аналізувати помилки колеги без страху отримати погану оцінку.

– Рефлексивні щоденники («Щоденник розуміння»). Саме в них студенти фіксують власний рух у вивченні складних тем (скажімо, регуляції нервової системи), чітко бачачи, які розділи вони вже опанували, а до яких треба буде повернутися. [1]

Якщо узагальнити, то філософія формувального оцінювання на трьох непорушних засадах:

– Живий діалог: побудова довірливих стосунків на рівні «викладач — колега-початківець».

– Партнерство через само- та взаємооцінювання: залучення здобувачів до спільного аналізу робіт. Жодних змагань і порівнянь з іншими: порівнюємо студента лише з його власними попередніми досягненнями.

– Підтримувальний зворотний зв’язок: порада викладача та рука допомоги на кожному етапі, а не констатація невдач. [3]

Впровадження формувального оцінювання та якісного зворотного зв'язку у викладання фундаментальних медичних дисциплін допомагає остаточно відійти від каральної педагогіки до справжньої підтримки. Майбутні медики в коледжі перестають сприймати перевірку знань як джерело хронічного стресу, натомість розвивають звичку думати, аналізувати й усвідомлено закривати прогалини ще на базових курсах. А це і є той міцний фундамент, на якому згодом виростає впевнене професійне клінічне мислення.

Література

1. Василенко Л. В. Інтегроване навчання як чинник формування клінічного мислення. *Вісник післядипломної освіти та медичної науки*. 2024. Вип. 1(15). С. 112–118.

2. Мельник Н. С. Застосування кейс-методу та зворотного зв’язку у викладанні фундаментальних дисциплін. *Медична освіта і наука*. 2024. Вип. 1(31). С. 58–64.

3. Поліщук Т. А. Формативне оцінювання в системі фахової передвищої освіти: психолого-педагогічні аспекти. *Педагогічний альманах*. 2023. Вип. 56 С. 134–140.

4. https://nus.org.ua/2021/06/10/shho-take-formuvalne-otsinyuvannya-chomu-vono-potribne-uchnyam-i-yaki-osnovni-vyklyky/

УДК 378.147.091.31:615.15.]:[581.6.:615.322+615.3]

СТРАТЕГІЇ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ З ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ БОТАНІКИ ТА ФАРМАКОГНОЗІЇ У ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ

Оксана КУХНЮК

доктор філософії, доцент, завідувач кафедри фармацевтичних дисциплін
oksana.kuh@ukr.net

Валентина РОМАЩЕНКО

викладач циклової комісії фармацевтичних дисциплін
iori050810@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У тезах розкрито роль фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії у формуванні фахових компетентностей майбутніх спеціалістів фармації. Проаналізовано сучасні напрями оптимізації освітнього процесу в медичній академії, зокрема впровадження інтерактивних та цифрових технологій візуалізації, практико-орієнтованого підходу та оптимізації самостійної роботи здобувачів освіти. Окрему увагу приділено використанню електронних навчальних ресурсів на платформі MOODLE, що дає змогу здобувачам освіти працювати у зручному темпі та здійснювати систематичний самоконтроль засвоєння матеріалу. Обґрунтовано доцільність впровадження робочих зошитів та наочних засобів навчання, які оптимізують опрацювання практичного матеріалу та економлять навчальний час.

Ключові слова: фармакогнозія, фармацевтична ботаніка, освітній процес, фармацевтична освіта, фахові компетентності, інтерактивні та цифрові технології.

У сучасній фармацевтичній галузі спостерігається чіткий тренд до розширення використання природних ресурсів: від 25% до 50% світового асортименту готових лікарських засобів складають препарати рослинного походження. Близько 25% усіх поточних медичних призначень припадає саме на фітопрепарати або засоби, створені на основі рослин [1]. Динамічне зростання

цього ринкового сегмента підтверджує критичну важливість підготовки фахівців, здатних забезпечити повний цикл — від ідентифікації та заготовлення сировини до створення якісних і безпечних вітчизняних ліків

Сучасний розвиток фармацевтичної галузі вимагає високої якості фахової підготовки спеціалістів, здатності до швидкого аналізу та ідентифікації лікарської рослинної сировини (ЛРС), а також широких знань у сфері фітотерапії та стандартизації ліків. Фундаментом професійного становлення майбутніх фармацевтів є дисципліни професійного циклу — фармацевтична ботаніка/ботаніка та фармакогнозія. Фармакогнозія є безпосередньо випускаючою/ професійно-орієнтованою дисципліною для фармацевтичної спеціальності, а ботаніка виступає її безпосереднім фундаментальним підґрунтям.

Мета дослідження – проаналізувати та обґрунтувати ефективні стратегії оптимізації освітнього процесу з фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії у закладах вищої медичної (фармацевтичної) освіти.

Матеріали дослідження: освітньо-професійні програми (ОПП) «Фармація» підготовки здобувачів вищої та фахової передвищої освіти галузі знань І «Охорона здоров’я та соціальне забезпечення» (спеціальність І8 «Фармація, промислова фармація»); навчально-методичне забезпечення дисциплін.

Методи дослідження: теоретичні (аналітичний та системний аналіз); порівняльні та емпіричні методи.

Результати та їх обговорення. Фармацевтична ботаніка є комплексною наукою, що досліджує рослини, водорості, як окремий їх відділ, гриби та фотосинтезуючі бактерії, враховуючи запити та потреби фармації [2]. Це прикладна інтегративна медико-біологічна наука, яка вивчає анатомію, біоморфологію, систематику, екологію та географічне поширення лікарських рослин, що вже використовуються в медицині та фармації, або належать до перспективних джерел ЛРС і біологічно активних речовин (БАР) [2]. Даний освітній компонент є обов’язковим і складає основу біологічних знань, необхідних для розуміння та засвоєння курсу фармакогнозії, що є логічним і

відповідає загальноєвропейським нормам вищої освіти. Фармацевтична ботаніка також є базовою у фармацевтичних та медичних вишах багатьох країн Європи, а саме Польщі, Чехії, Болгарії, Угорщини та Великобританії [2].

Однією з основних дисциплін професійної підготовки фармацевтів є фармакогнозія, яка вивчає лікарські рослини, лікарську рослинну сировину та продукти перероблення рослинного та частково тваринного походження [3].

Успішна практична діяльність фармацевта – від пошуку рослинних джерел і розробки ефективних вітчизняних фітопрепаратів до контролю їхньої якості та раціонального природокористування – безпосередньо залежить від рівня його фахових компетентностей. Саме тому набуття здатності аналізувати, ідентифікувати та заготовляти ЛРС під час опанування фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії становить основу професійної підготовки майбутніх спеціалістів.

Важливим завданням викладачів Черкаської медичної академії є системний аналіз освітнього процесу та послідовне вдосконалення методики викладання ботаніки й надалі – фармакогнозії.

Для професійної підготовки фахових молодших бакалаврів та магістрів з ботаніки (фармацевтичної ботаніки) та фармакогнозії в академії застосовується комплексна система, що включає лекції, практичні заняття, самостійну роботу студентів, роботу в малих групах над спільними проєктами, участь здобувачів у роботі гуртків, а також виробничу та переддипломну практики.

Організація освітнього процесу з фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії в сучасних умовах вимагає активного впровадження інноваційних форм і методів навчання, що спрямовані на активізацію самостійної та практико-орієнтованої діяльності здобувачів освіти. Комплексний підхід до викладання зазначених дисциплін охоплює такі ключові аспекти:

Міжпредметна інтеграція та професійна спрямованість. Фармацевтична ботаніка слугує фундаментальним підґрунтям для опанування фармакогнозії, ресурсознавства лікарських рослин, технології ліків та фармацевтичної хімії. Реалізація міждисциплінарних зв’язків досягається шляхом розв’язання

професійно-орієнтованих ситуаційних задач, аналізу клініко-фармакологічних кейсів та моделювання виробничих ситуацій (наприклад, проведення вхідного контролю якості ЛРС). Це дозволяє здобувачам усвідомити практичну цінність фундаментальних знань для майбутньої фахової діяльності.

Оптимізація самостійної роботи через друковані та електронні дидактичні засоби. Важливим інструментом активізації пізнавальної діяльності є використання робочих зошитів, які містять структурно-логічні схеми, порівняльні таблиці та алгоритми мікроскопічного й хімічного аналізу [4]. Водночас мультимедійний супровід та розміщення електронних навчальних комплексів на освітній платформі MOODLE забезпечують доступ здобувачів до цифровізованих навчальних ресурсів (гербаріїв, атласів мікропрепаратів, відео-інструкцій до лабораторних дослідів) у будь-який зручний час, що сприяє формуванню навичок самоконтролю та самоосвіти.

Впровадження інтерактивних та цифровізованих технологій. Активізація процесу навчання відбувається за рахунок інтеграції кейс-методу, ділових ігор, а також сучасних інформаційно-комп'ютерних технологій. Використання інтерактивних додатків і візуалізованих схем полегшує засвоєння складних тем, пов'язаних з гістологією рослин, локалізацією БАР та класифікацією фітопрепаратів. Під час вивчення дисциплін активно застосовуються сучасні комп'ютерні технології. На кафедрі та цикловій комісії фармацевтичних дисциплін особливу увагу приділяють мультимедійним презентаціям та електронним посібникам-каталогам, таким як: «Навчальний посібник для експрес-підготовки до підсумкового контролю знань з фармакогнозії здобувачів фахової передвищої освіти»; «Фармакогнозія в питаннях і відповідях»; «Посібник з фармакогнозії для перевірки та контролю знань у таблицях»; «Мікроскопія об'єктів лікарської рослинної сировини різних морфологічних груп»; «Навчальний посібник з ідентифікації лікарської рослинної сировини та морфологічно близьких видів рослин (атлас з рисунками)»; «Стислий курс фармакогнозії в таблицях: контроль та самоконтроль знань», «Навчальний

посібник для підготовки до ЄДКІ (Крок-1, 2)»; «Фотогербарій лікарських рослин» тощо.

Дослідницький підхід та навчання через експеримент. Практична частина підготовки передбачає залучення здобувачів до елементів науково-дослідної роботи: від збору та гербаризації рослинних об’єктів до проведення якісного та кількісного аналізу БАР в умовах навчальної лабораторії. Це сприяє розвитку аналітичного мислення, вміння встановлювати причинно-наслідкові зв’язки та формулювати обґрунтовані висновки.

Висновки. Системна модернізація освітнього процесу з фармацевтичної ботаніки /ботаніки та фармакогнозії шляхом поєднання традиційних класичних методів із сучасними цифровими та інтерактивними технологіями сприяє глибокому засвоєнню навчального матеріалу і формуванню високої фахової компетентності майбутніх спеціалістів фармації. Використання атласів, гербаріїв, зразків ЛРС, структурно-логічних схем та практико-орієнтованого підходу повністю розкриває сучасний вектор розвитку викладання в Черкаській медичній академії.

Література

1. Plants as source of drugs. Ел. доступ: https://www.sciencedirect.com/ science/article/abs/pii/ S0041010100001549 (дата звернення: 04.09.2026).

2. Фармацевтична ботаніка. Ел. доступ: https://www. pharmencyclopedia.com. ua/article/ 306/farmacevtichna-botanika (дата звернення: 11.09.2026).

3. Бобкова І. А., Варлахова Л. В. Фармакогнозія: підручник. 3 –є вид., перероб. та доп. Київ: ВСВ Медицина, 2018. 504 с.

4. Організація самостійної роботи здобувачів освіти при викладанні фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії / О. В. Кухнюк, Л. А. Канак, В. В. Ромащенко, А. В. Глущенко, С. В. Огарь, В. П. Коцюруба. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2024. № 10 (44). С.311-322.

УДК 618.2-083.98:378.147-048.44

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У АКУШЕРСТВІ

Ірина МАЛАНЧИН

кандидат медичних наук, доцент закладу вищої освіти
доцент кафедри акушерства та гінекології №1
malanchun@tdmu.edu.ua
Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Анотація. У статті висвітлено досвід застосування інтерактивних форм навчання на кафедрі акушерства та гінекології при вивченні тем з невідкладних станів у акушерстві. Ефективне використання таких інноваційних технологій, як стандартизовані клінічні сценарії симуляції на манекені з застосуванням штучного інтелекту, віртуального симулятора пацієнта Body Interact сприяло формуванню професійних та комунікативних компетентностей у здобувачів вищої медичної освіти. Імплементація інтерактивних методів навчання у навчальний процес сприяє розвитку клінічного мислення, дає можливість удосконалити практичні навички та теоретичні знання майбутніх фахівців.

Ключові слова: інтерактивні методи навчання, клінічні сценарії, акушерські кровотечі, прееклампсія, еклампсія, Body Interact.

Сьогодні освітній процес неможливо уявити без застосування інтерактивних технологій, оскільки умови невизначеності (пандемія Covid-19, військова агресія росії) вимагали пошуку альтернативних методів навчання [1]. Впровадження ефективних електронних ресурсів, віртуальних симуляторів та онлайн-платформи стало важливим етапом модернізації освіти. Майбутні фахівці згідно освітньо-професійної програми «Лікувальна справа» повинні вміти надати допомогу при масивній акушерській кровотечі, важкій прееклампсії, еклампсії, саме тому використання клінічних сценаріїв симуляції на менекенах та віртуальних симуляторів є надзвичайно необхідним та актуальним [1,2,3]. Застосування інтерактивних форм та методів навчання під

час занять дають змогу викладачу орієнтуватися на особистість студента як суб'єкта навчання, не привчати майбутнього фахівця до «єдино правильних істин», до одноманітного бачення світу, а розвинути у нього прагнення мислити під час розв'язання проблем, діяти [1].

Мета роботи – оцінити ефективність застосування інтерактивних технологій при вивченні невідкладних станів в акушерстві.

Матеріали і методи. На кафедрі акушерства та гінекології № 1 Тернопільського національного медичного університету МОЗ України згідно робочої програми практичні заняття для студентів 5 курсу «Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Інтенсивна терапія і реанімація при кровотечах в акушерстві» проводяться на базі університетського симуляційного центру, а практичні заняття для студентів 6 курсу «Ранні гестози. Гіпертензивні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія» - з використанням платформи Body Interact.

Результати та їх обговорення. При засвоєнні теми «Акушерські кровотечі» використовують комп'ютеризований акушерський симулятор NOELLE, який може імітувати різні види цієї патології. Викладач створює 3-4 клінічні сценарії, які включають брифінг, власне сценарій та дебрифінг. Сценарій включає скарги та анамнез пацієнтки, дані лабораторних та інструментальних методів обстежень, чек лист алгоритму надання невідкладної допомоги. Здобувачі вищої освіти діляться на три команди, де у кожного є своя роль (лікар акушер-гінеколог, лікар анестезіолог, акушерка, анестезистка). Викладач у чек листі оцінює правильність інтерпретації лабораторних показників, оцінку тяжкості кровотечі, план дій, виконання практичних навичок, своєчасність і об'єм надання невідкладної медичної допомоги. За необхідності студенти декілька разів відпрацьовують клінічний сценарій на акушерському симуляторі. В кінці практичного заняття викладач проводить дебрифінг, аналізує правильність виконання практичних навичок та послідовність надання допомоги при акушерських кровотечах, коригує роботу команди. Відпрацьовування алгоритму

надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах на медичному симуляторі розвиває клінічне мислення майбутніх лікарів, сприяє командній взаємодії без ризику для пацієнтів.

При вивченні на практичному занятті невідкладного стану важка прееклампсія, еклампсія на кафедрі використовують платформу Body Interact. Body Interact – новітній інструмент імітаційного моделювання, який допомагає студентам діагностувати захворювання, швидко і обгрунтовано приймати рішення в екстрених ситуаціях, коли стан віртуальної пацієнтки динамічно змінюється залежно від правильності рішення. Викладач аналізує як студент проводить збір скарг, анамнезу, диференціальної діагностики, призначає обстеження та лікування прееклампсії чи еклампсії. По завершенню клінічного сценарію обговорюються помилки, які допустив здобувач. Перевагою даного методу навчання є багаторазова можливість відпрацьовування алгоритму надання допомоги при цих невідкладних станах, підвищення стресостійкості студентів в умовах, наближених до реальної клінічної ситуації.

Висновки. Впровадження інтерактивних технологій при вивченні невідкладних станів у акушерстві сприяло покращенню професійних та комунікативних навичок майбутніх лікарів, розвитку клінічного мислення, засвоєння послідовності дій в екстремальних ситуаціях. Працюючи в команді, здобувачі навчилися діяти злагоджено, чітко розподіляти ролі, приймати швидкі рішення для вирішення конкретної критичної ситуації. Застосування інтерактивних платформ, комп'ютеризованого акушерського симулятора сприяє покращенню навчання, індивідуалізації підходу до кожного студента та покращенню комунікації.

Література

1. Мартинюк, В. М., Маланчук, Л. М., Маланчин, І. М., & Лимар, Л. Є. (2021). Впровадження освітніх інтерактивних технологій у навчальний процес на кафедрі акушерства і гінекології. *Медична освіта*, (3), 49–52. https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2021.3.12445

2. Волошинович, Н. (2025). Інноваційні технології на заняттях зі студентами: імплементація досвіду польської системи освіти на кафедрі акушерства та гінекології. *Актуальні питання суспільних наук та історії медицини*, (1), 54–58. https://doi.org/10.24061/2411-6181.1.2025.435

3. Печеряга, С. В. (2025). Застосування клінічних сценаріїв у симуляційному навчанні для розвитку акушерських навичок студентів. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка»)*, (8), 698–706. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8(54)-698-70

УДК 378.147:37.091.33

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ПЕДАГОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ

Вікторія МАРТИНЮК

к. мед. н., доцент закладу вищої освіти доцент кафедри акушерства та гінекології №1
martynjukvm@tdmu.edu.ua
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Анотація. Сучасні педагогічні технології є важливим інструментом підвищення якості професійної підготовки майбутніх лікарів. Поєднання компетентнісного та кейс-методів навчання із симуляційними технологіями, створює умови для формування не лише системи теоретичних знань, а й практичних навичок, клінічного мислення, комунікативної компетентності та готовності до прийняття професійних рішень. При викладанні акушерства та гінекології особливої цінності набуває моделювання реальних клінічних ситуацій, що дозволяє максимально наблизити освітній процес до майбутньої професійної діяльності лікаря. Подальше вдосконалення педагогічних технологій та їх системне впровадження в медичну освіту є важливою умовою підготовки компетентного, самостійного та відповідального фахівця.

Ключові слова: інтерактивні методи навчання; навчально-методичні матеріали; система компетенцій.

Сучасний етап розвитку медичної освіти характеризується необхідністю постійного вдосконалення підходів до підготовки майбутніх лікарів. Стрімкий розвиток медичної науки, впровадження нових методів діагностики та лікування, цифровізація системи охорони здоров'я, а також зростання вимог до професійної компетентності лікаря зумовлюють необхідність пошуку ефективних форм і методів організації освітнього процесу. Особливої актуальності це набуває у підготовці майбутніх фахівців за спеціальністю «Медицина», зокрема під час вивчення дисциплін акушерсько-гінекологічного профілю [1,2] .

Традиційна модель медичної освіти, що передбачає переважне засвоєння значного обсягу теоретичного матеріалу, сьогодні потребує доповнення сучасними педагогічними технологіями. Основною метою освітнього процесу має бути не лише накопичення студентом теоретичних знань, а й формування здатності застосовувати їх у конкретних клінічних ситуаціях, приймати обґрунтовані рішення, працювати в команді, комунікувати з пацієнтом та нести відповідальність за результати професійної діяльності [3,4].

Мета роботи – проаналізувати особливості застосування сучасних педагогічних технологій у процесі підготовки майбутніх лікарів та визначити їх значення для підвищення якості професійної освіти здобувачів при вивченні акушерства та гінекології.

Одним із провідних напрямів модернізації медичної освіти є компетентнісний підхід**,** відповідно до якого результатом навчання є сформована система професійних компетентностей, що дозволяють майбутньому лікарю ефективно діяти у реальних умовах професійної діяльності. У процесі викладання акушерства та гінекології це передбачає поєднання фундаментальних теоретичних знань із практичними навичками, клінічним мисленням, комунікативними та організаційними компетентностями.

Важливу роль у реалізації компетентнісного підходу відіграють інтерактивні методи навчання. На відміну від традиційної моделі освітнього процесу, інтерактивне навчання передбачає активну участь здобувача освіти у процесі отримання та осмислення інформації. До найбільш ефективних методів можна віднести дискусії, роботу в малих групах, «мозковий штурм», аналіз клінічних ситуацій, рольові ігри, дебрифінг та навчання на основі проблемних завдань.

Особливе значення для підготовки майбутніх акушерів-гінекологів має кейс-метод. Аналіз конкретної клінічної ситуації дозволяє здобувачу перейти від механічного відтворення теоретичної інформації до практичного застосування. Наприклад, під час розгляду клінічного випадку вагітної з прееклампсією студент має не лише знати критерії діагностики захворювання, а й уміти оцінити стан пацієнтки, визначити фактори ризику, сформулювати попередній діагноз, провести диференційну діагностику та запропонувати алгоритм подальшого ведення. Такий підхід сприяє розвитку клінічного мислення та навичок прийняття рішень.

В умовах підготовки медичних працівників особливої уваги заслуговує симуляційне навчання. На базі Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського у 2016 році був заснований симуляційний центр для впровадження світових методик забезпечення якості сучасної медичної освіти та практики. Основна мета даного центру - відпрацювання практичних навичок студентами, інтернами та курсантами, шляхом застосування різних методик моделювання патологічних станів та захворювань за допомогою тренажерів-симуляторів, навчального програмного забезпечення та стандартизованих пацієнтів. Використання симуляційного навчання дозволяє моделювати клінічні ситуації максимально наближені до реальної професійної діяльності, не створюючи ризику для пацієнта. Під час занять здобувачі можуть відпрацьовувати алгоритми проведення акушерського обстеження, надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах, ведення нормальних та патологічних пологів, а також інші

практичні маніпуляції. Важливою складовою симуляційного навчання є дебрифінг, під час якого викладач разом зі студентами аналізує виконані дії, визначає правильні рішення та помилки, обговорює можливіальтернативні алгоритми. Саме рефлексивний компонент дозволяє перетворити практичну ситуацію на повноцінний навчальний досвід.

Важливе місце в оцінюванні практичних компетентностей майбутніх лікарів посідає об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ). Його перевагою є можливість оцінити не тільки рівень теоретичних знань, а й здатність майбутнього фахівця застосовувати їх під час виконання практичних завдань.

Висновки. Використання сучасних педагогічних технологій дозволяє трансформувати освітній процес із переважно інформаційного у практично орієнтований, інтерактивний та компетентнісний. Водночас ефективність застосування інноваційних технологій значною мірою залежить від методичної підготовки викладача, якості навчально-методичного забезпечення, наявності відповідного симуляційного обладнання та цифрових ресурсів, а також правильної інтеграції нових методів із традиційними формами навчання.

Література

1. Мартинюк, В. М., Маланчук, Л. М., Маланчин, І. М., Романчук, Л. І., & Франчук, У. Я. (2024). Застосування сучасних педагогічних технологій у навчальному процесі для підвищення якості підготовки парамедиків. https://doi.org/10.5281/zenodo.13730116.

2. Дідик, Н. В. (2016). Інтерактивні технології навчання і формування клінічного мислення у студентів молодших курсів медичного вузу. *Вісник Вінницького національного медичного університету,* (2), 474–477.

3. Маланчук, Л. М., Мартинюк, В. М., Маланчук, С. Л., Франчук, У. Я., & Франчук, М. О. (2023). Сучасний погляд стратегії розвитку вищої медичної освіти крізь призму «Hard і Soft Skills». *Медична освіта*, (2), 51–57.

4. Бількевич, Н. А., Кавецька, Н. А., & Чернець, Т. Ю. (2023). Інтерактивні методи навчання як методологічна основа тренування комунікативних навичок студентів медичного закладу вищої освіти. *Медична освіта*, (3), 26–31.

УДК 378.147.091.31:159.955]:[005.336.2:614.253.1]

КЛІНІЧНЕ МИСЛЕННЯ ЯК КЛЮЧОВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ

Інна МАРУШ

доктор філософії, доцент, доцент кафедри терапевтичних
та фахових медсестринських дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто клінічне мислення як ключову професійну компетентність майбутнього лікаря та визначено сучасні підходи до його формування в процесі здобуття медичної освіти. Обґрунтовано доцільність поетапного розвитку клінічного мислення вже на доклінічних етапах підготовки з подальшим удосконаленням під час вивчення клінічних дисциплін. Проаналізовано ефективність клінічно орієнтованого, проблемно-орієнтованого та симуляційного навчання, аналізу клінічних випадків, структурованого зворотного зв’язку, рефлексії та принципів доказової медицини. Наголошено на важливості розвитку критичного мислення, метакогнітивних навичок і здатності обґрунтовано приймати клінічні рішення.

Ключові слова: клінічне мислення, фундаментальні дисципліни, фахівці галузі охорони здоров’я**.**

Сучасна медична освіта зазнає суттєвих трансформацій, зумовлених стрімким розвитком медичної науки, цифровізацією охорони здоров’я, зростанням обсягу доступної медичної інформації та необхідністю прийняття клінічних рішень в умовах невизначеності. За таких обставин професійна компетентність лікаря не може обмежуватися накопиченням теоретичних знань. Важливого значення набуває здатність інтегрувати інформацію, оцінювати її

клінічну значущість, формувати та перевіряти діагностичні гіпотези й обирати оптимальну тактику ведення пацієнта. Саме тому клінічне мислення розглядається як одна з центральних компетентностей медичного фахівця [1, 2].

Клінічне мислення є складним когнітивним процесом, який забезпечує перехід від отримання клінічної інформації до її інтерпретації та прийняття обґрунтованого рішення. Водночас сучасні дослідження наголошують, що клінічне мислення не варто розглядати як навичку, яка формується стихійно лише внаслідок спостереження за роботою досвідченого лікаря. Експліцитне навчання клінічного міркування має бути інтегроване в освітній процес на різних етапах підготовки [1, 3].

Формування клінічного мислення є поступовим процесом, який доцільно розпочинати вже на доклінічному етапі навчання. Раннє залучення студентів до клінічно орієнтованого аналізу сприяє формуванню зв’язків між фундаментальними знаннями та майбутньою професійною діяльністю. При цьому ранній розвиток клінічного мислення не передбачає передчасного перенесення складних клінічних алгоритмів на молодші курси. Йдеться про поступове формування причинно-наслідкового, аналітичного та проблемно орієнтованого способу мислення.

Вивчення анатомії, фізіології, біохімії, гістології, патологічної анатомії та патологічної фізіології має супроводжуватися клінічними контекстами, які дозволяють студенту усвідомити практичне значення фундаментальних знань. Наприклад, замість механічного відтворення механізму патологічного процесу доцільно запропонувати ситуацію, у якій студент має пояснити, яким чином певне порушення функції органа призводить до появи конкретного симптому. Такий підхід формує причинно-наслідкові зв’язки, необхідні для подальшого клінічного аналізу.

Особливе значення має етап переходу від доклінічної до клінічної підготовки. Саме на цьому етапі студент починає працювати з реальними або змодельованими клінічними ситуаціями та повинен навчитися перетворювати окремі симптоми й результати обстежень на цілісне уявлення про стан пацієнта.

Дослідження у сфері медичної освіти свідчать, що формування клінічного мислення потребує спеціально організованого навчання, а не лише набуття клінічного досвіду [2, 3].

Одним із найбільш перспективних підходів є навчання на основі клінічних випадків. Робота з випадком дозволяє студенту аналізувати інформацію в контексті, формувати диференційно-діагностичний ряд і обґрунтовувати власне рішення. Важливо, щоб навчальний випадок не завершувався лише встановленням правильного діагнозу. Необхідно оцінювати сам процес міркування: які дані студент вважав ключовими, які альтернативні діагнози розглядав, які ознаки дозволили відкинути певні гіпотези та чому було обрано конкретну тактику.

Студіювання наукових публікацій, присвячене формуванню клінічного мислення студентів-медиків, продемонстрував значну різноманітність освітніх стратегій, серед яких використання повних клінічних випадків, послідовне надання клінічних підказок, процес-орієнтовані та знаннєво-орієнтовані методики. Автори підкреслюють перспективність цілеспрямованих освітніх втручань, водночас наголошуючи на необхідності подальших високоякісних досліджень їх ефективності [4].

Важливим компонентом є проблемно-орієнтоване навчання, яке передбачає активну участь студента у вирішенні клінічної проблеми. На відміну від репродуктивної моделі, студент має самостійно визначити проблему, проаналізувати доступну інформацію, сформулювати можливі пояснення та обґрунтувати запропоноване рішення. Такий підхід сприяє розвитку самостійності, аргументації та здатності переносити набуті знання на нові клінічні ситуації.

Не менш важливим є симуляційне навчання. Симуляційні технології дозволяють відтворювати клінічні ситуації без ризику для пацієнта, забезпечують можливість багаторазового повторення сценарію та створюють умови для аналізу прийнятих рішень. Систематичні огляди свідчать про позитивний вплив симуляційних освітніх технологій на формування

професійних компетентностей, командної взаємодії, комунікації та клінічного прийняття рішень [5, 6].

Особливої уваги заслуговує дебрифінг як складова симуляційного навчання. Його метою є не лише оцінка правильності виконаних дій, а й усвідомлення студентом власної логіки прийняття рішення. Аналіз того, «чому саме я прийняв таке рішення», дозволяє перейти від простого виправлення помилки до формування рефлексивної практики.

Сучасний підхід до клінічного мислення також передбачає навчання студентів розпізнаванню та запобіганню когнітивним упередженням. У процесі діагностики лікар може несвідомо надавати надмірного значення першій отриманій інформації, передчасно фіксуватися на певному діагнозі або ігнорувати дані, що суперечать первинній гіпотезі. Тому формування клінічного мислення має включати рефлексію щодо власного процесу міркування та використання стратегій когнітивного «дебайасингу» [7].

Водночас сучасна література застерігає від надмірного акцентування лише на когнітивних помилках. Діагностичні труднощі можуть бути пов’язані не тільки з когнітивними упередженнями, а й із недостатнім рівнем фундаментальних та клінічних знань. Саме тому ефективне навчання клінічного мислення повинно поєднувати змістовну підготовку з навчанням процесу міркування [1].

Важливу роль відіграє зворотний зв’язок. Він має бути конкретним, своєчасним та спрямованим не лише на результат, а й на процес міркування. Замість констатації помилки доцільно з’ясовувати, на якому етапі виникло хибне припущення, які дані були проігноровані та яким чином можна було перевірити первинну гіпотезу. Такий підхід сприяє розвитку метакогнітивних навичок і допомагає студенту усвідомлювати власні стратегії прийняття рішень [3].

Окремим напрямом є міждисциплінарна інтеграція. Клінічне рішення потребує одночасного використання знань з анатомії, фізіології, патофізіології, фармакології, патологічної анатомії та клінічних дисциплін. Тому навчальний

процес має бути орієнтований не на ізольоване засвоєння дисциплін, а на формування цілісного професійного бачення пацієнта.

Значний вплив на формування клінічного мислення має викладач. Його роль полягає не лише у передачі інформації, а й у демонстрації логіки професійного міркування. Доцільним є використання відкритих запитань: «Які дані є ключовими?», «Які альтернативні діагнози ви розглядаєте?», «Які ознаки суперечать вашій гіпотезі?», «Яке дослідження дозволить диференціювати ці стани?». Такі запитання стимулюють студента аргументувати власне рішення та формують навичку усвідомленого клінічного аналізу.

Отже, сучасна концепція формування клінічного мислення передбачає поєднання кількох взаємопов'язаних компонентів: достатнього обсягу фундаментальних і клінічних знань, експліцитного навчання процесу міркування, роботи з клінічними випадками, симуляційних технологій, структурованого зворотного зв'язку, рефлексії.

Клінічне мислення є фундаментальною складовою професійної компетентності майбутнього лікаря та безпосередньо пов'язане з якістю прийняття клінічних рішень. Його формування має розглядатися як безперервний, системний та поетапний процес, що розпочинається на доклінічному етапі та продовжується протягом усього періоду професійної підготовки.

Література

1. Jay R., Davenport C., Patel R. Clinical reasoning – the essentials for teaching medical students, trainees and non-medical healthcare professionals. *British Journal of Hospital Medicine*. 2024;85(7):1–8. DOI: 10.12968/hmed.2024.0052.

2. Shea G.K.H., Chan P.-C. Clinical Reasoning in Medical Education: A Primer for Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*. 2024;36(4):547–555. DOI: 10.1080/10401334.2023.2230201.

3. Durning S.J., Jung E., Kim D.-H., Lee Y.-M. Teaching clinical reasoning: principles from the literature to help improve instruction from the classroom to the

bedside. *Korean Journal of Medical Education*. 2024;36(2):145–155. DOI: 10.3946/kjme.2024.292.

4. Delavari S., Barzkar F., Rikers R.M.J.P., et al. Teaching and learning clinical reasoning skill in undergraduate medical students: A scoping review. *PLOS ONE*. 2024;19(10):e0309606. DOI: 10.1371/journal.pone.0309606.

5. Saragih I.D., Suarilah I., Hsiao C.-T., Fann W.-C., Lee B.-O. Interdisciplinary simulation-based teaching and learning for healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nurse Education in Practice*. 2024;76:103920. DOI: 10.1016/j.nepr.2024.103920.

6. Calhoun A.W., Cook D.A., Genova G., et al. Educational and Patient Care Impacts of In Situ Simulation in Healthcare: A Systematic Review. *Simulation in Healthcare*. 2024;19(1S):S23–S31. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000773.

7. Fitzpatrick L., et al. Education initiatives in cognitive debiasing to improve diagnostic accuracy in student providers: A scoping review. *Journal of Nursing Education*. 2020. DOI: 10.1097/JXX.0000000000000479.

УДК 378.147.091.31:[57:575]:61

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ ПРИРОДНИЧИХ НАУК: ВІД ТРАДИЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ДО ОСВІТНЬОЇ ЕКОСИСТЕМИ

Ірина МЕЛЯ

керівник гуртка, викладач вищої кваліфікаційної категорії, старший викладач
irina.melya@gmail.com
Лубенський медичний фаховий коледж, м. Лубни, Україна

Анотація. У тезах розглянуто сучасні тенденції розвитку природничо-наукової освіти та реальні можливості використання інноваційних педагогічних технологій у підготовці здобувачів фахової передвищої медичної освіти. Значну увагу акцентовано на компетентнісному, діяльнісному, міждисциплінарному та практико-орієнтованому підходах, елементах STEM-освіти, цифрових ресурсах, гейміфікації, сторітелінгу та інших варіантах візуалізації навчального матеріалу,

а також на можливостях використання штучного інтелекту в освітньому середовищі. Представлено власний педагогічний досвід трансформації навчання біології, основ екології та профілактичної медицини, медичної біології з генетикою у формат інтерактивної освітньої екосистеми. Запропоновано авторські підходи до поєднання інфографіки, медичних коміксів, клінічних ситуацій, QR-контенту, мініквестів, дослідницьких і творчих завдань.

Ключові слова: природничі науки, інноваційне навчання, STEM, цифрові технології, освітня екосистема, гейміфікація.

Сучасні природничі науки розвиваються надзвичайно швидко. Вони перестають бути лише системою теоретичних знань, а стають ключовим інструментом вирішення таких практичних проблем людства, як зміни клімату, пандемії, енергетична безпека, охорона довкілля, біотехнології.

Логічно, що все це змінює і завдання викладача природничих дисциплін. Сьогодні недостатньо передати здобувачу освіти певний обсяг біологічних даних. Актуальним стає питання навчити його розуміти отриману інформацію, ставити запитання, аналізувати, встановлювати причинно-наслідкові зв’язки, працювати зі статистичними даними та застосовувати знання у реальних ситуаціях.

У Концепції розвитку природничо-математичної освіти STEM-освіта визначається як система, що передбачає практичне застосування природничих, математичних, технічних та інженерних знань для розв’язання практичних проблем [1]. Особливе значення при цьому мають науково-дослідницька діяльність, творчість, креативність, критичне мислення, уміння працювати з інформацією та колективна взаємодія.

На мою думку, одним із найбільш перспективних нині напрямів розвитку природничої освіти є перехід від окремих інноваційних методів навчання до створення цілісного інноваційного освітнього середовища, освітньої екосистеми.

Саме тому ефективне засвоєння природничих дисциплін передбачає проходження кількох ключових етапів**:** мотивація → проблематизація →

дослідження → практичне застосування → продукування → презентація → рефлексія.

У межах власного педагогічного досвіду опрацьовано викладання різних природничих дисциплін, зокрема біологія і екологія, основи екології та профілактичної медицини, основи медичної біології з генетикою. Така професійна траєкторія дозволила побачити спільну проблему: природничі знання повинні засвоюватися системно і комплексно, а не існувати у свідомості здобувача освіти як мозаїка окремих тем.

Саме ця ідея стала основою створення авторського освітнього проєкту «GENEVERSE: Основи медичної біології з генетикою».

GENEVERSE – це більше, ніж навчальний посібник. Це інтерактивна освітня екосистема нового покоління, де традиційний навчальний матеріал гармонійно поєднується з яскравою візуалізацією, дослідженнями та практико-орієнтованим навчанням.

До такої екосистеми можуть входити:

- інфографіка – для швидкого структурування складної інформації;
- медичні комікси – для пояснення біологічних і медичних процесів через сюжет та образи;
- клінічні кейси – для перенесення теоретичних знань у практику;
- AI-лабораторія – для формування академічної доброчесності та навичок критичного використання штучного інтелекту при роботі з інформацією;
- мініквест – для організації пошукової та дослідницької діяльності;
- QR-контент – для швидкого переходу від друкованого матеріалу до додаткового цифрового ресурсу;
- творчі та практико-орієнтовані завдання – для перевірки не лише запам’ятовування, а й уміння застосувати знання;
- завдання формату «GENETICS IN REAL LIFE» – для демонстрації того, що генетика існує не лише в підручнику, а й у повсякденному житті людини.

Наприклад, тему генетики можна розпочати не з визначення поняття «спадковість», а із запитання: «Чому дитина схожа на батьків, але не є їхньою копією?». Після цього студенти можуть перейти до аналізу конкретної ситуації, пригадати механізми успадкування, побудувати схему, обговорити роль мутацій та середовища, а наприкінці сформулювати власне пояснення.

У такому форматі змінюється сама роль здобувача освіти: він перетворюється зі споживача навчального контенту на активного дослідника, аналітика та автора інтелектуального продукту.

Важливим елементом такого підходу є гейміфікація та сторітелінг. Однак їх доцільно розуміти не як засіб розваги, а як цілеспрямований інструмент досягнення конкретної освітньої мети. Це можуть бути: розв'язання ситуаційних задач, виконання командних завдань, проходження градаційних рівнів складності та «детективне розслідування» медичних і біологічних кейсів.

Наприклад, під час вивчення паразитології було розроблено ідею «Паразитоверсу» – формату, в якому матеріал розділу «Медична паразитологія» може подаватися через персонажів, сюжети, своєрідні «паспорти» збудників та проблемні ситуації. Такий спосіб подачі допомагає перетворити складний для сприйняття матеріал на історію, яку студенту легше зрозуміти, запам'ятати та відтворити.

Особливого значення у сучасній освіті відіграє штучний інтелект. Проте його використання не повинно обмежуватися генеруванням готових відповідей. Значно продуктивнішим є інтеграція ШІ як інструменту для постановки запитань, зіставлення трактувань, висунення гіпотез, аналізу інформації та перевірки власних суджень.

Разом з тим викладач має формувати критичне ставлення до результатів діяльності штучного інтелекту. Здобувачам освіти важливо усвідомлювати, що згенерована відповідь не є автоматично достовірною і потребує обов'язкової верифікації. Отже, інтеграція ШІ-технологій у природничу освіту може одночасно розвивати цифрову, інформаційну та наукову компетентності.

Дослідження сучасних підходів до STEM-освіти також підтверджують доцільність поєднання проєктної діяльності, експериментальних досліджень, міжпредметної інтеграції, проблемного навчання, цифрових технологій і творчих практик [2].

Особливого значення набуває міжпредметна інтеграція. Досвід викладання природничого циклу засвідчує, що багато навчальних проблем неможливо повноцінно пояснити в межах однієї дисципліни і вони потребують комплексного розгляду.

У зв'язку з цим перспективною моделлю природничої освіти в медичному фаховому коледжі є своєрідний ланцюг: природа → біологія → генетика → здоров'я → медицина → професійна діяльність.

Саме така зазначена логічна послідовність робить природничі дисципліни особистісно значущими та професійно орієнтованими для майбутнього медичного фахівця.

Висновки. Як бачимо, інновації не заперечують традиції, а доповнюють їх. Оптимальна освітня модель базується на гармонійному синтезі традиційних і цифрових технологій: пояснення викладача, опрацювання джерел, експеримент, спостереження та дискусійне обговорення в поєднанні з цифровою візуалізацією, інтерактивними завданнями, дослідницькою діяльністю й рефлексією.

Таким чином, сучасний викладач природничих дисциплін поступово зазнає якісної трансформації: від транслятора інформації – до дизайнера освітнього досвіду.

На нашу думку, саме в цьому полягає одна з ключових тенденцій розвитку природничо-наукової освіти – зміна вектора освітнього процесу: навчання поступово переходить від моделі «вивчи й відтвори» до моделі «зрозумій, досліди, застосуй і створи».

Література

1. Про схвалення Концепції розвитку природничо-математичної освіти (STEM-освіти): розпорядження Кабінету Міністрів України від 05.08.2020 № 960-р.

URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/960-2020-%D1%80 (дата звернення: 04.09.2026).

2. Трускавецька І. Я. Використання STEM-технології в освітньому процесі під час вивчення природничих дисциплін. 2024. URL: http://hdl.handle.net/123456789/10729 (дата звернення: 04.09.2026).

3. Актуальні аспекти розвитку STEM-освіти. Національна академія педагогічних наук України. URL: https://naps.gov.ua/ua/press/math/2377/ (дата звернення: 04.09.2026).

4. Нова українська школа / Міністерство освіти і науки України. URL: https://mon.gov.ua/nova-ukrainska-shkola (дата звернення: 04.09.2026).

УДК 378.147:613.9:615.8-057.875

ЗАСТОСУВАННЯ ЕФЕКТИВНИХ МЕТОДІВ У ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ОСНОВИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ» МАЙБУТНІМ ФІЗИЧНИМ ТЕРАПЕВТАМ

Олеся МЕТЕЛЬСЬКА

асистент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та фізичного виховання
e-mail – metelskao@tdmu.edu.ua
Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України,
м. Тернопіль, Україна

Анотація. У сучасних умовах розвитку системи охорони здоров'я України актуальним завданням підготовки майбутніх фізичних терапевтів, ерготерапевтів та є впровадження ефективних методів навчання. Особливу увагу у науково-методичній літературі приділяють компетентнісно орієнтованому підходу, який забезпечує комплексне засвоєння здобувачами теоретичних знань і практичних умінь, зокрема, і у межах вивчення дисципліни «Основи здорового способу життя». У центрі уваги дослідників – розвиток здоров'язбережувальної компетентності та інтеграція в освітній процес інноваційних технологій, серед яких: віртуальна реальність (VR), роботизовані системи, екзоскелети,

телереабілітація та 3D-друк. Ключовим напрямом ефективної підготовки фахівців за спеціальністю І7 «Терапія та реабілітація» є поєднання традиційних, змішаних, симуляційних та інших новітніх методів навчання.

Ключові слова: фізична терапія, терапія та реабілітація, інноваційні методи, основи здорового способу життя, здоров'язбережувальні компетентності.

В умовах модернізації системи охорони здоров'я пріоритетного значення набуває профілактичний напрям. Фахівці з фізичної терапії та реабілітації відіграють ключову роль не лише у відновленні функціональних можливостей пацієнтів, а й у мотивації їх до здорового способу життя. Зважаючи на це, підготовка майбутніх фахівців за спеціальністю І7 «Терапія та реабілітація» потребує інтеграції сучасних методик в освітній процес, зокрема під час викладання дисципліни «Основи здорового способу життя». Зазначений підхід забезпечить комплексне засвоєння здобувачами теоретичної бази та формування практичних компетентностей, що є передумовою їхньої успішної професійної діяльності в медичній сфері.

Матеріали та методи. Систематизація та теоретико-методологічний аналіз наукових публікацій, присвячених сучасним тенденціям розвитку вищої освіти й оцінюванню ефективності інноваційних методик навчання.

Результати та їх обговорення. Стрімкий розвиток цифрових технологій та інтеграція вітчизняної вищої освіти у світовий освітній контекст зумовлюють необхідність оновлення навчального процесу. Це передбачає гармонійне поєднання класичних, новітніх та міждисциплінарних підходів із акцентом на практичну орієнтованість.

Інтеграція традиційного, змішаного та симуляційного навчання є запорукою високої якості підготовки фахівців у галузі медицини. Вона стимулює формування професійних компетентностей, аналітичного мислення та вдосконалення практичних умінь [3, с. 537].

В основі сучасної фахової підготовки фізичних терапевтів лежить компетентнісний підхід, спрямований на формування навичок командної взаємодії. Ефективна співпраця із суміжними спеціалістами, узгодженість дій та колегіальність у прийнятті рішень є визначальними чинниками якості освітнього процесу.

Технологічні інновації теж кардинально змінюють підходи до навчання у сфері терапії та реабілітації. Передові VR-технології, інструменти телереабілітації для віддаленої взаємодії та цифрові симулятори пацієнтів створюють безпечне інтерактивне середовище для ефективного відпрацювання алгоритмів прийняття клінічних рішень [5, с. 96]. Випереджувальний («ф'ючерсний») характер інноваційної освіти відрізняє її від традиційної та забезпечує відповідність темпам розвитку суспільства. Цей підхід фокусується на розвитку фахівців, здатних впевнено адаптуватися до змін, і спирається на активне впровадження цифрових технологій у навчальний процес [1, с. 80]. Інтеграція новітніх освітніх технологій у курс «Основи здорового способу життя» допомагає майбутнім фахівцям з фізичної терапії усвідомити комплексний характер здоров'я – від фізичного до соціально-психічного. Це залучає здобувачів до опанування компетентностей через практичний досвід та відповідальне прийняття рішень.

Одним із найдієвіших форматів для відпрацювання таких навичок виступає тренінг [2, с. 507], який активно впроваджується в освітню програму І7 «Терапія та реабілітація». Головні переваги цього методу полягають у гармонійній інтеграції трьох елементів: активної комунікації, глибокого засвоєння теоретичного матеріалу та формування практичних умінь. Водночас використання симуляційних технологій і діяльність у спеціалізованих центрах виступають сучасним стандартом та необхідною умовою забезпечення високої якості медичної освіти. Моделювання реальних клінічних сценаріїв створює безпечне інтерактивне середовище, де здобувачі відпрацьовують алгоритми дій і вчаться на помилках без загрози реальним людям. Це розвиває професійну

впевненість майбутніх фахівців з фізичної терапії та вдосконалює їхню практичну й комунікативну майстерність [4, с. 24-25].

Системне впровадження різнопланових методик – від традиційних до симуляційних та інноваційних – підвищує ефективність підготовки спеціалістів галузі І7 «Терапія та реабілітація» та відповідає реаліям сучасної медицини.

Висновки. Впровадження запропонованого підходу підвищить якість підготовки майбутніх фізичних терапевтів та сформує навички застосування здоров'язбережувальних технологій у їхній професійній сфері.

Література

1. Волікова М. М., Братанич О. Г. (2021). Традиційне та інноваційне навчання у вищих навчальних закладах України: переваги та недоліки. *Наукові записки. Серія «Педагогічні науки»*, 194, 78-84. doi: https://doi.org/10.36550/2415-7988-2021-1-194-78-84

2. Даниленко Н. В., Батир Р. Ю. (2021). Здоровий спосіб життя та засоби його формування. *Грааль науки,* 4, 502-510. doi: 10.36074/grail-of-science.07.05.2021.093

3. Задорожна О. Роль кейс-методу та симуляцій у розвитку гуманістичних компетентностей у медичній освіті. (2025). *Наукові записки. Серія «Педагогічні науки»*, 221, 534-538. https://doi.org/10.36550/2415-7988-2025-1-221-534-538

4. Ісаєва О. С., Шумило М. Ю. (2025). Інтеграція традиційних, змішаних та симуляційних методів навчання у підготовці студентів-медиків: сучасні підходи та інноваційні технології. *Інноваційна педагогіка*, 79(1), 22-26 https://doi.org/10.32782/2663-6085/2025/79.1.3

5. Таможанська Г. В., Перець О. В., Галашко В. В., Каніщева О. П. (2025). Використання сучасних методів навчання в підготовці здобувачів спеціальності І7 «Терапія та реабілітація». *Інноваційна педагогіка*, 2(84), 96-100 doi: https://innovpedagogy.od.ua/archives/2025/84/part_2/21.pdf

УДК 61:377

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОТОКОЛУ SPIKES У ПІДГОТОВКУ ЗДОБУВАЧІВ ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ

Сергій МЛАВЕЦЬ

викладач циклової комісії клінічних дисциплін
Serhiymlavets@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Ольга КИСЛА

голова циклової комісії клінічних дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації обґрунтовано актуальність та методичні засади впровадження адаптованого комунікативного протоколу SPIKES у навчальний процес підготовки здобувачів фахової передвищої медичної освіти за спеціальністю 223 / І5 Медсестринство. Акцентовано увагу на специфіці застосування алгоритму в умовах сьогодення (воєнний стан, робота під тиском, брак часового ресурсу та приватності на догоспітальному рівні). Описано поетапну систему підготовки студентів, що включає теоретичний розбір, симуляційне моделювання за участю стандартизованого пацієнта, об’єктивне оцінювання за допомогою чек-листів і тестування. Доведено, що системне засвоєння протоколу SPIKES переводить повідомлення важкої інформації у структуровану професійну навичку, знижує рівень тривожності здобувачів освіти й слугує інструментом профілактики їхнього професійного вигорання.

Ключові слова: протокол SPIKES, soft skills, комунікативна компетентність, повідомлення поганих новин, симуляційне навчання.

Сучасні умови функціонування системи охорони здоров’я України – воєнний стан, високий рівень психотравматизації населення, значне навантаження на службу екстреної медичної допомоги (ЕМД) та первинну ланку – висувають нові вимоги до рівня підготовки фахового молодшого бакалавра. У практичній діяльності фельдшерів і медичних сестер комунікація в кризових ситуаціях, повідомлення важких (поганих) новин, перетворилися з рідкісного

професійного епізоду на щоденну обов'язкову навичку. Брак систематизованих знань щодо подачі несприятливої інформації призводить до появи гострих стресових реакцій у пацієнтів і їхніх родичів, а також спричиняє швидке професійне вигорання та «синдром провини» в самих медичних працівників.

Попри те, що протокол SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy / Summary) початково створювався для онкологічної практики та лікарського складу, сучасний досвід доводить необхідність його адаптації та активного впровадження в освітній процес підготовки фахових молодших бакалаврів.

Мета дослідження. Обґрунтувати доцільність, методичні особливості та ефективність впровадження адаптованого протоколу SPIKES у процес підготовки здобувачів освіти за спеціальністю 223 / I5 Медсестринство (освітньо-професійні програми «Лікувальна справа», «Сестринська справа»).

Матеріали та методи. При виконанні досліджень використовувались наступні методи: теоретичний аналіз науково-методичної літератури, системно-аналітичний метод, педагогічне спостереження, симуляційне моделювання, вхідне й вихідне анкетування здобувачів освіти щодо рівня впевненості та тривожності за допомогою чек-листів оцінювання навичок.

Результати дослідження. Практичне впровадження протоколу SPIKES в умовах медичного фахового коледжу має свою специфіку, пов'язану з практико-орієнтованим характером підготовки здобувачів освіти. Головна адаптаційна особливість полягає у зміщенні акценту з довготривалого консультування на швидку, але емпатичну комунікацію в умовах часового дефіциту і браку приватності (на місці події, у приймальному відділенні або під час виїзду бригади ЕМД).

Навчальний модуль із засвоєння алгоритму SPIKES доцільно реалізовувати в кілька етапів:

1. Теоретично-орієнтувальний. Розбір алгоритму із деталізацією кожного кроку через призму специфіки догоспітального рівня (табл. 1).

Етап	Назва етапу	Практична складова та формування навички	Приклад
S	Setting (Підготовка)	Забезпечення приватної, спокійної обстановки без перешкод	Відвести родича вбік, попросити сісти, встановити зоровий контакт
P	Perception (Сприйняття)	З'ясування того, що пацієнт або його близькі вже знають чи здогадуються про стан речей	«Що вам вже відомо про те, що сталося?», «Як ви оцінюєте його / її стан зараз?»
I	Invitation (Запрошення)	Отримання дозволу та готовності співрозмовника почути конкретизовані деталі	«Чи готові ви обговорити деталі того, що ми виявили?», «Наскільки детально ви хочете дізнатися про його / її стан?»
K	Knowledge (Знання)	Подача важкої інформації короткими реченнями, без медичного жаргону, із дотриманням дозованості та чіткості	Використання попереджувального сигналу («На жаль, у мене погані новини...») та прямих слів: «Серце зупинилося», а не «Асистолія»
E	Emotions (Емоції)	Витримання емпатійної паузи, контейнування заперечення, істерики чи шоку; відмова від фальшивого заспокоєння	Витримати паузу, підтвердити емоцію: «Я бачу, як вам важко це чути. Це справді великий шок»
S	Strategy /Summary (Стратегія /Підсумок)	Чітке окреслення подальшого плану дій та коротке підсумовування	«Зараз ми продовжуємо транспортування...», «Наші наступні кроки такі...»

Табл. 1. Опис етапів протоколу SPIKES для підготовки здобувачів фахової передвищої медичної освіти

2. Симуляційно-практичний. Рольові ігри із залученням «стандартизованого пацієнта» або акторів (студентів-волонтерів), які відтворюють гострі емоційні реакції (агресія, шок, сльози, заперечення).

3. Оцінювально-рефлексивний. Об'єктивізація результатів за допомогою чек-листів і вихідного тестування.

За результатами проведеної апробації модуля серед студентів випускних курсів (освітні компоненти «Медсестринство в сімейній медицині з паліативною

допомогою, геронтології та геріатрії» , «Екстрена та невідкладна медична допомога на догоспітальному та госпітальному рівнях при хірургічній патології») зафіксовано статистично значущі зміни, а саме - рівень розуміння алгоритму дій зріс з 28% (до впровадження) до 91% (після проведення симуляцій); студенти припинили використовувати занадто складні медичні терміни у важких розмовах, надаючи перевагу простим і однозначним формулюванням; рівень суб'єктивного страху припуститися помилки чи викликати агресію під час повідомлення критичної інформації знизився на 45%.

Висновки. Системне впровадження адаптованого протоколу SPIKES у підготовку здобувачів фахової передвищої медичної освіти є необхідною відповіддю на сучасні виклики для системи охорони здоров’я України. Алгоритм SPIKES переводить складний та інтуїтивний процес повідомлення поганих новин у чітко структуровану професійну навичку, доступну для засвоєння на рівні медичного фахового коледжу. Оволодіння даною методикою не лише підвищує якість надання медичної допомоги, покращує взаємодію з пацієнтами та їхніми родинами, але й виступає важливим елементом психологічного захисту і профілактики вигорання майбутніх медичних фахівців.

Література

1. Enhancing communication in critical care: The effectiveness of SPIKES protocol training for junior doctors in a longitudinal interventional study *Muller Journal of Medical Sciences and Research.* 2025.

DOI:https://doi.org/10.4103/mjmsr.mjmsr_44_25.

URL:https://www.ovid.com/jnls/mjmr/fulltext/10.4103/mjmsr.mjmsr_44_25~enhancing-communication-in-critical-care-the-effectiveness (дата звернення: 13.09.2026).

2. Breaking bad news, building better learners: using the SPIKES framework for medical education feedback *Canadian Medical Education Journal.* 2025. Vol. 16, no. 2. P.77–78. URL:https://cmej.ca/index.php/cmej/article/view/80847/58053 (дата звернення: 13.09.2026).

УДК 159.923:614.23/.25-057.875

РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ФОРМУВАННІ ДОВІРИ ТА ПАРТНЕРСЬКИХ ВЗАЄМИН ІЗ ПАЦІЄНТОМ

Світлана МУКОМЕЛ

к. пед. н., доцент кафедри загальної та медичної психології
smucomel@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація: У публікації здійснено аналітичне дослідження психологічної готовності майбутніх медичних працівників як базової професійної компетенції, що визначає якість побудови терапевтичного альянсу та довіри у системі «медичний працівник–пацієнт». Обґрунтовано, що відмова від патерналістського диктату на користь егалітарного партнерства вимагає формування у майбутніх медичних працівників емоційної саморегуляції, рефлексивності та емпатійної залученості як доказових чинників клінічної ефективності та комплаєнсу.

Ключові слова: майбутні медичні працівники, психологічна готовність, довіра, партнерські взаємини, терапевтичний альянс, комплаєнс, емпатія, егалітарне партнерство, патерналізм.

Сучасна трансформація системи охорони здоров'я висуває нові вимоги до підготовки фахівців медичної галузі. Перехід від біомедичної до біопсихосоціальної моделі надання медичної та реабілітаційної допомоги зумовлює необхідність перегляду традиційних підходів до взаємодії в тріаді «хвороба–пацієнт–медик». Класичний медичний патерналізм, де фахівець виступає єдиним суб’єктом прийняття рішень, а пацієнт — пасивним об’єктом маніпуляцій, демонструє свою неефективність, особливо в умовах хронічних патологій, тривалої реабілітації та роботи з наслідками психотравмуючих подій. У цьому контексті виникає гостра потреба у формуванні психологічної готовності майбутніх медичних працівників до побудови егалітарних (партнерських) взаємин із пацієнтом. Психологічна готовність здобувачів вищої

медичної освіти перестає розглядатися як факультативна «м’яка навичка» (*soft skill*) і набуває статусу ключової детермінанти професійної придатності, що безпосередньо впливає на рівень довіри пацієнта, його залученість до лікування та підсумковий клінічний результат.

Проблема формування професійної та психологічної готовності здобувачів вищої медичної освіти висвітлювалася у працях багатьох вітчизняних науковців. Теоретико-методологічні засади особистісного становлення та фахової підготовки майбутніх лікарів досліджувала М. Філоненко [3]. Авторка аналізує сутність, структуру, чинники та динаміку процесу особистісного становлення майбутнього лікаря в умовах сучасної вищої освіти. Особливу увагу приділяє детермінантам успішної професіоналізації, розвитку професійної ідентичності, емпатії, етико-деонтологічної культури. Питання медичної психології, деонтології та формування емпатичного контакту з позиції цілісного підходу до особистості пацієнта висвітлено С. Максименком [3]. Роль комунікативної компетентності та психотерапевтичного альянсу у клінічній практиці розкриває О. Чабан [5]. Особливу увагу він приділив саме встановленню терапевтичного контакту, стратегіям поведінки в складних чи конфліктних клінічних ситуаціях, а також основам медичного тайм-менеджменту та профілактиці вигорання. Про психосоматичні взаємозв'язки та новітні інтервенції розкрито у його дослідженнях з О. Хаустовою [5]. Загальні механізми психологічної готовності здобувачів вищої медичної освіти до професійної діяльності розглянуто у роботах Т. Гужанової та співавторів [1]. Попри значну кількість публікацій, недостатньо висвітленим залишається аналітичний аспект: як саме структурні компоненти психологічної готовності здобувачів вищої медичної освіти трансформують їхню суб'єктну позицію, перетворюючи емпатію та партнерство з етичної норми на доказовий клінічний інструмент.

Психологічна готовність майбутнього медичного працівника до професійної діяльності є складним, системним утворенням особистості, що інтегрує ціннісно-мотиваційну, когнітивну, емоційно-вольову та рефлексивно-оцінкову підструктури [1, с. 418]. У контексті взаємодії з пацієнтом дана

готовність виражається через мотиваційний компонент (стійка установка на пацієнтоцентрований підхід та відсутність зверхності), когнітивний компонент (знання психології особистості та закономірностей комунікації у стресових умовах), емоційно-вольовий компонент (високий рівень емпатії, здатність до саморегуляції) та рефлексивний компонент (знання своїх стереотипів та здатність коригувати власну поведінку відповідно до реакцій пацієнта) [3, с. 115]. Формування цих компонентів у закладі вищої освіти створює базис для відходу від шаблонного надання медичних послуг до конструювання глибокої міжособистісної довіри. Ключовою аналітичною суперечністю у процесі навчання майбутніх медичних працівників є колізія між традиційним навчанням «абсолютному контролю» та реаліями клінічної практики, де одужання неможливе без активної участі самого пацієнта [3, с. 12]. Традиційна система освіти нерідко виховує у майбутніх медичних працівників роль «усемогутнього рятівника», що формує хибну установку про абсолютну беззаперечність його рішень.

Психологічна готовність до партнерства вимагає від майбутніх медичних працівників деконструкції ілюзії повного контролю та прийняття концепції «двох експертів», де медичний працівник є експертом у сфері діагностики й терапії, а пацієнт — у власному суб'єктивному досвіді хвороби та життєвому контексті. Здатність майбутнього фахівця делегувати пацієнту частину відповідальності за процес лікування є свідченням зрілості його психологічної готовності, оскільки у такій системі координат довіра виникає як наслідок поваги до суб'єктності та автономії людини [2, с. 203]. У сучасній медичній психології довіра розглядається не як абстрактна гуманістична категорія, а як прагматичний клінічний інструмент [2, с. 47]. Рівень довіри безпосередньо конвертується у комплаєнс (прихильність до лікування) або терапевтичний альянс — узгоджену співпрацю між фахівцем і пацієнтом заради досягнення спільної мети. Формування психологічної готовності майбутніх медичних працівників передбачає засвоєння ними таких комунікативних механізмів формування альянсу, як конгруентність та автентичність у спілкуванні [5, с. 15], валідація

емоцій пацієнта (прийняття його страху чи тривоги без знецінення) та залучення хворого до спільного прийняття рішень щодо плану лікування чи реабілітації. Постійний контакт із фізичним болем, стражданням та психологічним неблагополуччям створює для непідготовленого медичного працівника загрозу виникнення захисних реакцій, найпоширенішою з яких є деперсоналізація пацієнта — сприйняття його не як особистості, а як «медичного випадку».

Психологічна готовність майбутніх медиків полягає у сформованості здатності зберігати «емпатичну дистанцію» [3, с. 212]. Це означає спроможність бути емоційно залученим і чуйним до переживань людини, але водночас володіти техніками емоційної саморегуляції для запобігання професійному вигоранню та вторичній травматизації. Саме баланс між високою емпатією та стійкою саморегуляцією дає змогу майбутньому фахівцю залишатися надійною підтримкою для пацієнта у найкритичніші моменти.

Психологічна готовність майбутніх медичних працівників до формування довіри та партнерських взаємин із пацієнтом виступає фундаментальною інтегративною якістю особистості, яка визначає загальну ефективність лікувально-реабілітаційної діяльності в умовах сучасної біопсихосоціальної парадигми охорони здоров'я. Ключовий аналітичний зміст цієї готовності полягає у послідовній відмові від директивно-патерналістської моделі на користь рівноправного терапевтичного альянсу. За такого підходу емпатія, повага до особистісної автономії пацієнта та комунікативна конгруентність трансформуються з суто етичних категорій у доказові клінічні інструменти, які безпосередньо забезпечують високий рівень комплаєнсу та прихильності до лікування [2, с. 48]. Водночас належний рівень сформованості емоційної саморегуляції та рефлексивності у здобувачів вищої медичної освіти виступає дієвим запобіжником деперсоналізації пацієнтів та захищає фахівця від емоційного вигорання [5, с. 18].

Перспективи подальших наукових розробок у цьому напрямі пов'язані з обґрунтуванням та впровадженням спеціалізованих тренінгових програм із розвитку комунікативної компетентності, емпатичного контакту та

резильєнтності майбутніх медичних працівників на всіх етапах їхнього професіогенезу.

Література

1. Професійна компетентність як показник психологічної готовності студента до професійної діяльності / Гужанова Т. С., В. В. Федорик та ін. *Перспективи та інновації науки. Серія: Психологія*. Київ, 2023. № 8 (26). С. 418–429.

2. Медична психологія : підруч. для студентів вищ. навч. закл. / С. Д. Максименко, К. Максименко, І. А. Коваль, О. М. Шпортун, О. Ф. Бондаренко; за заг. ред. С. Д. Максименко. Вид. 3-тє, доробл. і допов. Київ : Вид-во «Людмила», 2023. 518 с.

3. Філоненко М. М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря : монографія. Київ : Центр учбової літератури, 2015. 332 с.

4. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика та психотерапевтичні інтервенції в медицині. *Медична психологія*. 2020. Т. 15, № 2. С. 12–19.

5. Чабан О. С. Комунікативні навички лікаря : підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. та фахівців практ. медицини. Київ: Медкнига, 2025. 528 с.

УДК 618.17-082-051:614.253.5

СУЧАСНІ СТАНДАРТИ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ В РЕПРОДУКТОЛОГІЇ: РОЛЬ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ В МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІЙ КОМАНДІ

Світлана ПАЛЬЧАК

викладач-методист
svitlana.palchak@gmail.com
Комунальний заклад фахової передвищої освіти
"Уманський медичний фаховий коледж Черкаської обласної ради"
м. Умань, Україна

Анотація. Сучасний етап розвитку допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) характеризується стрімким впровадженням високотехнологічних методів діагностики та лікування безпліддя. Успішність подолання репродуктивних невдач сьогодні залежить не лише від індивідуальної майстерності лікаря-репродуктолога, а й від ефективності функціонування мультидисциплінарної команди (Multi-Disciplinary Team — MDT). Відповідно до стандартів Європейського товариства репродукції людини та ембріології (ESHRE) [2] та Американського товариства репродуктивної медицини (ASRM) [3], пацієнтоцентричний підхід вимагає чіткої синхронізації дій репродуктологів, ембріологів, генетиків, ендокринологів, андрологів та психотерапевтів. У цьому складному ланцюжку взаємодії сестра медична (fertility nurse) посідає ключову позицію, виступаючи головним координатором, комунікатором та гарантом безпеки лікувального процесу.

Ключові слова: репродуктивні технології, маршрутизація пацієнтів, мультидисциплінарна команда.

Дослідження міжнародних експертних груп свідчать, що залучення висококваліфікованого середнього медичного персоналу до координації пацієнтів у програмах ДРТ знижує рівень стресу у безплідних пар на 40% та суттєво зменшує частоту технічних помилок, пов’язаних із недотриманням пацієнтами режиму призначення ліків. В Україні, у світлі реформ Міністерства охорони здоров'я щодо розширення повноважень та впровадження нових

професійних стандартів для медичних сестер, трансформація їхньої ролі в репродуктивній медицині набуває особливої актуальності. Проте, питання оптимізації саме міждисциплінарної взаємодії за участю медсестри в українських реаліях все ще потребує системного наукового осмислення.

Мета статті - проаналізувати сучасні міжнародні та вітчизняні стандарти міждисциплінарної взаємодії в репродуктології та деталізувати багатовекторну роль сестри медичної як інтегратора клінічних та лабораторних етапів лікування безпліддя.

Міждисциплінарна взаємодія у клініці репродуктивної медицини побудована навколо концепції безперервного та безпечного руху пацієнта по етапах лікувального протоколу [1, 2]. Стандартний цикл ДРТ (наприклад, конвекційне IVF або ICSI) включає первинне обстеження, контрольовану стимуляцію яєчників, трансвагінальну пункцію фолікулів, ембріологічний етап (запліднення, культивування, за потреби — біопсію для преімплантаційного генетичного тестування) та ембріотрансфер. Кожен із цих етапів вимагає залучення різних фахівців.

Сестра медична у цій структурі виконує кілька фундаментальних функцій. За міжнародними стандартами (ESHRE, ASRM) та протоколами МОЗ України [1], медична сестра в репродуктології виконує п'ять основних функцій:

1. Координаційно-навігаційна функція. Безплідна пара часто стикається з необхідністю паралельного відвідування суміжних спеціалістів (ендокринолога для корекції функції щитоподібної залози чи інсулінорезистентності, андролога для підготовки сперматогенезу, генетика перед проведенням PGT). Саме медична сестра здійснює маршрутизацію пацієнтів, акумулює висновки всіх експертів та контролює терміни дії обов'язкових за наказами МОЗ України лабораторних досліджень. Вона забезпечує лікаря-репродуктолога повною клінічною картиною перед ухваленням рішення про старт протоколу стимуляції.

Координація та логістика пацієнтів

- Організовує графік візитів пари до всіх суміжних спеціалістів команди.

- Контролює наявність та терміни дії обов'язкових за стандартами аналізів.
- Здійснює передачу висновків генетиків та суміжних лікарів репродуктологу перед стартом стимуляції.

2. Фармацевтичний менеджмент та контроль хронобіологічного таймінгу. У репродуктології ефективність терапії безпосередньо залежить від часу введення препаратів. Медична сестра проводить індивідуальні тренінги для пацієнток, навчаючи їх техніці підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій гонадотропінів, антагоністів та тригерів фінального дозрівання ооцитів. Критично важливою зоною відповідальності медсестри є контроль введення тригера овуляції (препаратів ХГЛ або агоністів ГнРГ). Помилка у часі введення цього препарату навіть на 30 хвилин може призвести до спонтанної овуляції в закритому фолікулі або отримання незрілих ооцитів під час операції. Медсестра здійснює подвійний телефонний або електронний контроль підтвердження ін'єкції пацієнткою за 34–36 годин до запланованої пункції.

Менеджмент медикаментозної терапії та таймінгу

- Проводить індивідуальне навчання пацієнтки техніці ін'єкцій гормональних препаратів.
- Контролює суворий таймінг введення тригера овуляції (помилка у часі навіть на 15–30 хвилин може призвести до передчасної овуляції або отримання порожніх фолікулів).
- Розписує для пацієнта зрозумілі покрокові карти-схеми прийому ліків

3. Операційне та міжсекційне асистування. Під час трансвагінальної пункції фолікулів (ТВП) сестра медична операційна забезпечує безпосередній зв'язок між стерильною зоною операційної та ембріологічною лабораторією. Стандарти взаємодії вимагають від медсестри миттєвого маркування пробірок із фолікулярною рідиною (із зазначенням ПІБ пацієнтки, унікального ID-номера) та передачі їх через спеціальне передавальне вікно ембріологу в режимі реального часу [2]. Під час переносу ембріонів (ембріотрансферу) медсестра разом із лікарем та ембріологом реалізує протокол «double-check» (подвійної

ідентифікації) для унеможливлення помилки невідповідності ембріона конкретній пацієнтці.

Операційна та маніпуляційна діяльність

- Забезпечує підготовку та стерильність інструментарію для трансвагінальної пункції фолікулів (ТВП) та ембріотрансферу.
- Виступає зв'язковим між операційною та ембріолабораторією під час пункції: маркує пробірки, негайно передає аспіровану рідину ембріологу.
- Готує пацієнтку та катетери для перенесення ембріонів, забезпечуючи ідентифікацію особи (подвійний контроль відповідності ембріона та пацієнтки).

4. Психоемоційна підтримка та комплаєнс. Лікування безпліддя супроводжується високим рівнем дистресу, який часто прирівнюють до онкологічного. Тривалі очікування, страх невдачі та гормональні коливання виснажують пацієнтів. Проводячи з парою найбільше часу під час візитів та телефонних консультацій, медична сестра першою помічає ознаки психологічного дезадаптування, депресивних станів або загрози переривання лікування з боку пацієнтів (dropout). Вона застосовує техніки активного слухання, перекладає складні медичні терміни на доступну мову та, за потреби, наполегливо рекомендує залучення штатного медичного психолога або психотерапевта клініки [4].

Психологічний супровід та комплаєнс

- Проводить найбільше часу з пацієнтами, виступаючи першим бар'єром проти тривожності.
- Пояснює складні медичні терміни та етапи процедур простою мовою.
- Вчасно виявляє депресивні стани чи паніку і маршрутизує пару до психолога.

5. Забезпечення інфекційної безпеки та санітарно-епідеміологічного контролю. Сучасна репродуктологія оперує зразками людських тканин (ооцити, сперматозоїди, ембріони), які є вкрай чутливими до будь-яких зовнішніх чинників (токсини, бактерії, віруси, коливання температури). Сестра медична забезпечує суворе дотримання асептики та антисептики в операційній та

маніпуляційних кабінетах. Оскільки ембріолабораторія висуває найвищі вимоги до чистоти повітря (відсутність летких органічних сполук), медсестра контролює використання специфічних дезінфектантів, дозволених для ДРТ-клінік, запобігаючи ембріотоксичності.

Інфекційна та біологічна безпека

- Контролює санітарно-епідемічний режим в операційній та маніпуляційній.
- Веде суворий облік та утилізацію медичних відходів та витратних матеріалів згідно з чинними наказами МОЗ [1].

Алгоритм взаємодії "Репродуктолог – Медсестра – Ембріолог"

[Репродуктолог] ———> Призначає точний час введення тригера овуляції



[Сестра медична] ——> Вводить тригер / контролює самостійне введення пацієнткою

▼ (Рівно через 34–36 годин)

[Операційна] ————> Медсестра асистує лікарю на пункції та маркує пробірки



▼ (В режимі реального часу)

[Ембріолог] ————> Отримує фолікулярну рідину від медсестри, шукає ооцити

Висновки та перспективи подальших досліджень. Сучасні стандарти в репродуктивній медицині вивели професію сестри медичної на рівень повноправного партнера в мультидисциплінарній команді. Ефективна міждисциплінарна взаємодія лікаря, ембріолога та медсестри дозволяє мінімізувати ризики людського фактора, підвищити комплаєнс пацієнтів та, як наслідок, збільшити частоту настання вагітностей (Clinical Pregnancy Rate) на цикл лікування. Перспективи подальших досліджень полягають у розробці та

впровадженні стандартизованих операційних процедур (СОПів) для медичних сестер-координаторів в Україні з урахуванням європейського досвіду автономізації медсестринства.

Література

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні».

2. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Guidelines for good practice in IVF laboratories (2022).

3. American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Standard guidelines for reproductive health professionals and nursing staff competencies (2024).

4. Gameiro, S., Boivin, J., et al. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction. Human Reproduction, 2015, Vol. 30, No. 11, pp. 2476–2485.

УДК 378.147.091.31:5]:004.8:17.022.2

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ У ПРИРОДНИЧО-МАТЕМАТИЧНІЙ ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ: МІЖ ТЕХНОЛОГІЧНИМ ПРОГРЕСОМ ТА ЗАГРОЗОЮ АКАДЕМІЧНІЙ ДОБРОЧЕСНОСТІ

Дмитро САВЕНКО

викладач циклової комісії математики та інформатики, викладач-методист
dvsavenko82@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Любов ДІХТЯРЕНКО

голова циклової комісії математики та інформатики, викладач-методист
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У статті досліджуються можливості та ризики застосування систем штучного інтелекту (ШІ) у процесі вивчення дисциплін природничо-математичного циклу здобувачами закладів вищої медичної та фахової передвищої освіти (ЗВМ(Ф)О). Проаналізовано дидактичні переваги ШІ у створенні індивідуалізованого освітнього середовища, підвищенні мотивації студентів й оптимізації праці викладача. Особливу увагу зосереджено на

проблемі дотримання академічної доброчесності в умовах стрімкого поширення генеративних моделей наприклад ChatGPT та Gemini, а також наведено шляхи мінімізації пов'язаних із цим загроз.

Ключові слова: штучний інтелект, природничо-математичні дисципліни, медична освіта, академічна доброчесність

Стрімкий розвиток цифрових технологій і систем штучного інтелекту (ШІ) охоплює всі сфери суспільного життя, зумовлюючи трансформацію традиційних форматів професійної діяльності та навчання. Освітня галузь не є винятком і вимагає адекватного реагування на сучасні виклики, які особливо актуальні у закладах вищої медичної та фахової передвищої освіти (ЗВМ(Ф)О), де ґрунтовна природничо-математична підготовка є фундаментом для розуміння складних біофізичних, хімічних і фізіологічних процесів, а також ефективного опанування новітньої медичної апаратури.

Інтеграція інструментів ШІ у вивчення математики, фізики, хімії та біології відкриває якісно нові перспективи для підвищення результативності навчання. Водночас технологічний прогрес несе у собі низку ризиків, серед яких найгострішою проблемою сьогодення постає загроза порушення академічної доброчесності здобувачами освіти.

Штучний інтелект останнім часом залишається однією з найпопулярніших, хоча й недостатньо досліджених інновацій в освітньому просторі. Важливо зазначити, що ШІ не здатний повністю замінити викладача, проте він є потужним кооперованим інструментом, що доповнює та вдосконалює педагогічну роботу. Поєднання можливостей нейромереж із класичними методами навчання забезпечує гнучкий індивідуальний підхід, стимулює пізнавальну мотивацію та полегшує засвоєння абстрактних і складних концепцій природничо-математичного циклу.

Серед найпоширеніших інструментів виділяються моделі ChatGPT від компанії OpenAI та Gemini від Google. У контексті навчання майбутніх фахівців медичної галузі вони можуть виконувати роль інтерактивного наставника, який

роз'яснює складні теорії, оперативно відповідає на запитання та генерує додаткові навчальні матеріали. У перспективі подібні рішення також знаходять застосування як допоміжні клінічні асистенти для орієнтації в медичній інформації чи первинного аналізу симптомів. Крім того, ШІ ефективно вдосконалює діагностичні та моніторингові процедури у практичній медицині, зменшуючи ймовірність помилок та оптимізуючи ресурси.

Використання технологій штучного інтелекту дозволяє викладачеві кардинально оптимізувати кожен етап освітнього процесу. З одного боку, ШІ стає потужним інструментом підготовки та проведення занять, допомагаючи візуалізувати складні природничі явища через інтерактивні презентації, комп'ютерні симуляції, віртуальні лабораторні роботи та гейміфіковані вправи, а також забезпечує дидактичну адаптацію шляхом автоматичної генерації завдань згідно з рівнем знань кожного студента. З іншого боку, ці технології ефективно підтримують комунікацію, допомагаючи модерувати онлайн-дискусії та навчаючи здобувачів освіти структурувати власні аргументи. Нарешті, автоматизація перевірки тестових і базових контрольних робіт бере на себе значну частину рутинного навантаження, звільняючи викладачу час для наукової діяльності та творчої взаємодії зі студентами

Здобувачі освіти можуть використовувати ШІ як інструмент рефлексії: для аналізу власних проєктів, отримання персоналізованого зворотного зв'язку та виявлення прогалин у знаннях.

Попри очевидні переваги (підвищення зацікавленості предметом, поглиблення практичних навичок, оптимізація часу), масове впровадження ШІ супроводжується серйозними ризиками. Розробка та підтримка таких систем потребують значних фінансових витрат, надмірна залежність від алгоритмів ризикує нівелювати живому особистісному контакту «викладач-студент», а відкритість платформ створює вразливості до кібератак і витоку даних.

Проте найгострішим викликом для вищої школи є проблема академічної доброчесності. Можливості генеративного штучного інтелекту дозволяють студентам створювати готові есе, реферати, розв'язувати задачі природничо-

математичного циклу за лічені секунди без докладання власних когнітивних зусиль. Це призводить до низки негативних наслідків:

- зниження рівня реальних знань і критичного мислення здобувачів;
- профанації самостійної і науково-дослідницької роботи;
- труднощів в об'єктивному оцінюванні навчальних досягнень викладачами.

Як зазначається у дослідженні прихованих ефектів цифрових технологій, негативні наслідки впровадження новітніх інструментів часто здаються поверхневими, допоки вони не змінюють фундаментальну структуру освітнього та суспільного середовища зсередини.

Щоб уникнути трансформації ШІ на інструмент академічної недоброчесності, заклади освіти мають розробити чіткі етичні регламенти й інструкції щодо допустимих меж використання нейромереж під час навчання. Замість тотальної заборони, яка є неефективною, доцільно змінювати формат завдань: акцентувати увагу на критичному аналізі результатів, згенерованих ШІ, проведенні реальних лабораторних експериментів, усних захистах проєктів та креативному застосуванні знань.

Штучний інтелект є потужним каталізатором модернізації природничо-математичної підготовки студентів ЗВМ(Ф)О, що забезпечує індивідуалізацію навчання та підвищує його ефективність. Однак успішна інтеграція технологій вимагає зваженого підходу, який гармонійно поєднує цифрові інновації з незмінними принципами академічної доброчесності, професійної етики та високих стандартів викладання.

Література

1. Васюта, В., Васюта, В. (2026). Академічна доброчесність як складова підготовки здобувачів вищої освіти до наукових досліджень в епоху штучного інтелекту. *Освітній дискурс*, *1*(52). С.5–22.

2. Гололобова, К. О., Золотов, Д. В., Гриценко, О. А. (2026). Застосування штучного інтелекту в седичній освіті: етика та академічна доброчесність. *Медицина та фармація: освітні дискурси, (2),* С.25–32.

3. Гулівата, І. О., Ніколіна, І. І. (2025). Генеративний штучний інтелект в освіті: можливості, виклики та перспективи інтеграції. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми, 78*, С.56-65.

4. Штучний інтелект у закладах вищої освіти: рекомендації для викладачів, студентів і працівників ЗВО. (2025). *Міністерство освіти і науки України:* офіційний вебсайт. Опубл. 29.04.2025. URL: https://mon.gov.ua/news/shtuchnyi-intelekt-u-zakladakh-vyshchoi-osvity-rekomendatsii-dlia-vykladachiv-studentiv-i-pratsivnykiv-zvo

УДК 159.923.2:37.015.3:376-057.87

ЕДУКАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ

Людмиила СІПКО

к. пед. н., доцент кафедри педагогіки і психології
luzzy@ukr.net
Черкаський національний університет
імені Богдана Хмельницького, м. Черкаси, Україна.

Анотація: У тезах розкрито змістові, методичні та середовищні ресурси закладу вищої освіти щодо формування психологічної стійкості майбутніх фахівців інклюзивного профілю. Обґрунтовано поняття едукаційного потенціалу як системної основи запобігання професійному вигоранню та забезпечення високої якості супроводу дітей з особливими освітніми потребами.

Ключові слова: едукаційна психологія, резильєнтність, професійна підготовка, майбутні фахівці, інклюзивна освіта, психологічна стійкість, емоційна саморегуляція.

Сучасні трансформаційні процеси в системі освіти України, супроводжувані масштабним упровадженням інклюзивного навчання та

складними соціально-психологічними викликами сьогодення, висувають підвищені вимоги до особистісної й професійної готовності фахівців освітньої галузі. [2]. Діяльність зазначених спеціалістів перебігає в умовах постійного емоційного напруження, високого рівня відповідальності, неоднорідності освітнього запиту дітей та їхніх родин, а також потреби в постійному пошуку нестандартних педагогічних та психологічних рішень [4]. Тривала робота в такому середовищі без належного рівня внутрішніх ресурсів спричиняє швидку емоційну виснаженість, деперсоналізацію та раннє професійне вигорання [2].

За зазначених умов у дискурсі едукаційної психології виникає потреба переосмислення системних чинників, що забезпечують збереження психологічного здоров'я та професійної продуктивності фахівців інклюзивного профілю. Базовою метакомпетентністю, що гарантує збереження особистісного ресурсу та гнучкість фахівця, виступає резильєнтність (психологічна стійкість, здатність відновлюватися після стресових впливів, адаптуватися до умов невизначеності та трансформувати складні ситуації на досвід зростання) [1]. Оскільки резильєнтність не є статичною природженою властивістю, а являє собою динамічне психологічне утворення, її цілеспрямований розвиток має здійснюватися ще на етапі здобуття вищої освіти через максимальну актуалізацію едукаційного потенціалу освітнього середовища ЗВО [3].

Едукаційний потенціал розвитку резильєнтності здобувачів вищої освіти розуміється як цілісна сукупність змістово-дидактичних, технологічних, суб'єкт-суб'єктних та середовищних ресурсів освітнього процесу, орієнтованих на формування психологічних механізмів саморегуляції, стресостійкості й професійної адаптивності майбутнього фахівця [4]. Розкриття цього потенціалу вимагає відходу від традиційної знаннєцентричної парадигми на користь суб'єктно-орієнтованого та ресурсоорієнтованого підходів, де здобувач освіти виступає активним творцем власного освітнього й психологічного маршруту [5].

Теоретичний аналіз проблеми засвідчує, що резильєнтність фахівця інклюзивної освіти охоплює декілька взаємопов'язаних компонентів: емоційно-вольовий (навички саморегуляції, керування тривогою, профілактика емпатійної

втоми), когнітивний (когнітивна гнучкість, орієнтація на вирішення проблем, відсутність катастрофізації), копінг-компонент (використання конструктивних адаптивних стратегій подолання стресу) та ціннісно-смисловий (усвідомлення цінності своєї професійної місії, наявність стійких особистісних орієнтирів) [5]. З огляду на це, едукаційний потенціал ЗВО має реалізовуватися системно через урахування кожного з названих складників.

Змістовий блок едукаційного потенціалу полягає у цілеспрямованому збагаченні освітньо-професійних програм спецкурсами та навчальними модулями, присвяченими психології резильєнтності, травма-інформованій педагогіці, профілактиці вигорання та методам психологічної самодопомоги [3]. Навчальний матеріал має розкривати специфіку побудови стійкого педагогічного й психологічного альянсу з дитиною з ООП та її батьками, висвітлювати межі професійної відповідальності фахівця та шляхи збереження особистісних кордонів у професійній взаємодії [4]. Важливим складником є формування розуміння того, що складні поведінкові або емоційні реакції дітей з ООП є не особистісним викликом фахівцю, а проявом їхнього специфічного розвитку чи наслідком стресу, що потребує фахової фасилітації, а не емоційного включення.

Процесуально-технологічний блок едукаційного потенціалу реалізується через упровадження активних та інтерактивних методів навчання [2]. Провідне місце посідає метод аналізу конкретних ситуацій (case-study), симуляційне моделювання складних педагогічних та психолого-педагогічних колізій, із якими фахівець стикається в інклюзивному класі чи групі [4]. Під час опрацювання кейсів здобувачі освіти навчаються розпізнавати власні тригери, оцінювати рівень емоційного напруження та відпрацьовувати алгоритми дій у ситуаціях гострого стресу, конфліктів чи непродуктивної поведінки учасників освітнього процесу [5].

Окремим вагомим елементом діяльнісного блоку є розвиток рефлексивних навичок здобувачів освіти [5]. Ведення рефлексивних щоденників під час проходження виробничих та педагогічних практик, участь у студентських

балінтовських групах та базі підтримувальних супервізій дають змогу майбутнім фахівцям безпечно екологічно відреаговувати складні емоції, аналізувати труднощі й трансформувати пережитий негативний досвід у професійні здобутки [3]. Рефлексія виступає тим містком, який перетворює ситуацію стресу на ресурс професійного самовдосконалення.

Соціально-середовищний та суб'єкт-суб'єктний блок едукаційного потенціалу охоплює створення у закладі вищої освіти психологічно безпечного, підтримувального освітнього простору [1]. Атмосфера довіри, рівноправного партнерства та взаємоповаги між викладачами та студентами моделює той тип взаємин, який майбутній фахівець надалі транслюватиме в інклюзивному середовищі [2]. Розвиток студентського менторства, програм взаємопідтримки («рівний-рівному»), створення груп психологічної самодопомоги сприяють формуванню в здобувачів почуття приналежності до професійної спільноти та розуміння важливості звернення по допомогу до колег, що є критично важливим чинником резильєнтності [1].

Практичний вимір реалізації едукаційного потенціалу полягає у поступовій зміні суб'єктної позиції майбутніх фахівців інклюзивної освіти: від пасивно-виконавської до автономної, відповідальної та ресурсоорієнтованої [5]. Майбутній фахівець інклюзивної освіти навчається сприймати неочікувані та складні ситуації не як загрозу власному благополуччю чи показник своєї непрофесійності, а як професійне завдання, що вимагає залучення наявних ресурсів або пошуку нових копінг-стратегій [3].

Таким чином, едукаційний потенціал розвитку резильєнтності майбутніх фахівців інклюзивної освіти у процесі професійної підготовки являє собою потужний системний ресурс ЗВО, спрямований на формування психологічно стійкої, адаптивної та професійно життєздатної особистості. Системна інтеграція знань про психологічний резилієнс у зміст освіти, використання симулятивно-рефлексивних методів та створення безпечного освітнього середовища забезпечують формування стійких механізмів психологічного захисту здобувачів. Це, у свою чергу, мінімізує ризики майбутньої професійної

деструкції та вигорання, забезпечуючи високу якість, гуманістичну спрямованість та безперервність психолого-педагогічного супроводу осіб з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного освітнього ландшафту.

Література

1. Балахтар К. С. Резильєнтність як ключова компетентність та суб'єктний ресурс викладача в умовах невизначеності. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2022. Вип. 18 (63). С. 15–24.

2. Бахмат Н. В. Формування готовності майбутніх педагогів до роботи в умовах інклюзивного освітнього простору. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2019. № 5 (89). С. 112–123.

3. Кокун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник: практичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. 25 с.

4. Мартинчук О. В. Підготовка майбутніх фахівців зі спеціальної та інклюзивної освіти до професійної діяльності : монографія. Київ : КУБГ, 2018. 380 с.

5. Чиханцова О. А. Психологічні особливості розвитку життєстійкості особистості у закладах вищої освіти. *Проблеми сучасної психології*. 2021. Вип. 51. С. 142–165.

UDC 378.016-028.26:811.111]-043.83

LISTENING AND MECHANISMS OF ITS DEVELOPMENT

Maryna SMYRNOVA

Category I Foreign Language Teacher
Mari777@ukr.net

Liudmyla RYBIY

Category I Foreign Language Teacher

Karine DUBOVYCH

Category I Foreign Language Teacher
Cherkasy Medical Academy, Cherkasy, Ukraine

The publication considers listening as one of the main types of speech activity that ensures the perception and understanding of spoken language. Its essence and role in the process of mastering a foreign language are revealed.

Keywords: listening, educational process, perception, understanding, content, speech activity, student.

Listening is understood as a complex verbal-cognitive process of perceiving and simultaneously processing a verbal message, resulting in an understanding of its content.

Teaching listening is carried out in two directions: a) teaching the perception of an interlocutor's speech during oral communication; b) teaching the aural comprehension of extended stretches of speech (narrative stories, speeches, lectures).

Observations of the educational process show that students' ability to perceive a foreign language by ear is the least developed. This hinders the creation of an atmosphere of communication in the classroom and reduces students' interest in the language. They cease to believe that they will be able to understand it and communicate in it. Evidently, this is due both to a lack of practice in listening itself and to the fact that teachers often fail to take into account the opportunities for teaching listening contained in other types of work that are not directly aimed at teaching listening.

From the psychophysiological point of view, listening is interpreted as perceptual, cognitive, and mnemonic activity.

It is perceptual because perception takes place; cognitive because it is associated with the main mental operations: analysis, synthesis, induction, deduction, comparison, abstraction, and concretization; mnemonic because informative features of language and speech units are identified and assimilated.

The content of teaching listening is determined by the ability to understand foreign-language speech in everyday communication situations, identify the purpose and topic of a conversation, respond appropriately, and understand the statements of the teacher and classmates as well as their short messages relating to educational, work-related, and social and everyday spheres of communication.

Linguistic difficulties in listening are determined by the nature of the language means and the nature of audio texts.

Grammatical difficulties are related to syntax (dividing a phrase into separate elements, establishing the relationships between them and their roles) and morphology (for example, grammatical homonymy of function words). Lexical difficulties arise when a text contains words used figuratively, words carrying little informational load, phraseological units, slang, etc.

Phonetic difficulties include those related to intonation, logical stress, and tempo.

Dialogic speech is more difficult to perceive than monologic speech, since students have to differentiate between speakers while simultaneously performing the analytical and synthetic operations involved in the listening process.

Methodologists believe that all the work students carry out in class under the teacher’s guidance can be organized in such a way that each stage contributes to the development of skills and abilities in aural speech perception.

Aural speech perception initially relies on auditory sensations.

During aural speech perception, a process of anticipating the linguistic and semantic development of an utterance takes place.

At the first grammatical signals that are heard, a phrasal stereotype of the perceived sentence passes from long-term memory into working memory, resulting in anticipation of the syntactic development of the phrase.

Methodologists, educators, and psychologists believe that many mechanisms must be formed anew. First of all, these are new auditory and speech-motor sensations. Students must learn to recognize the sounds of foreign-language speech and pronounce them correctly in order to perceive words, syntagms, and grammatical features adequately. They must learn to perceive intonational signals that determine the syntagmatic division of sentences. After all, comprehension of the speech being heard takes place not by individual words but by syntagms. Students must learn to perceive pauses and signals of logical stress in order to determine the logical division of phrases, identify their communicative centers, and understand speech correctly.

Thus, setting a cognitive task in teaching listening presupposes presenting students with tasks related to a foreign-language verbal message, the solution of which is achieved through the performance of object-oriented actions, making it possible to check whether students have correctly understood the content of the verbal message.

For students, the teacher is initially the model speaker of the language. It is from the teacher that they first hear foreign-language speech, and it is by relying on the teacher's speech that they themselves learn to speak. A teacher who, from the very beginning, speaks to students only in the foreign language usually achieves good results in teaching listening. At first, students only guess what the teacher is saying, while the teacher helps them by accompanying speech with gestures and facial expressions and by using objects and visual aids.

Naturally, groups differ in their level of achievement, and students differ in their level of development. In some cases there is no need to use translation, and this contributes to the development of students' linguistic intuition and their ability to understand unfamiliar words from the situation or context; in other cases, translation must be used, but only at the initial stage of instruction, until students begin to understand recurring verbal messages.

When new lexical units are introduced, students should listen to the teacher's situationally contextualized introductory narrative and then, while performing exercises aimed at developing the relevant skills, understand the communicative tasks set for them.

Considerable opportunities for developing listening skills arise during the development of dialogic and monologic speaking skills. It is very important that students listen attentively not only to the teacher's speech but also to that of their classmates, while solving various verbal-cognitive tasks.

Thus, if the task of teaching aural speech perception is addressed in parallel with the development of all foreign-language speech skills and abilities, this will greatly facilitate the performance of listening exercises proper.

Before proceeding to listening exercises proper, the teacher should select the text most appropriate for this task. Ideally, the text should correspond to the conversational topic being studied.

When preparing for a class, the teacher carefully studies the text in terms of its content and linguistic difficulties. Taking into account the level of knowledge of each particular group, the teacher identifies words for preliminary explanation or review if they were studied long ago and students may have forgotten them.

Methodologists explain this by the fact that students experience particular difficulties at the beginning of listening to a text, when "entering" the topic of the narrative. An introductory conversation conducted by the teacher can help overcome these difficulties. The teacher explains what the narrative will be about, highlighting the main storyline and thereby arousing interest in listening to the text. During the conversation, key words are introduced, and their understanding is immediately checked.

It is important to note that if the task is only to understand the content of the text, it should be presented only once. However, in individual cases, when students cannot understand the text, repeated reading is permitted.

Audio texts should be interesting, not too long in duration, linguistically accessible, and composed of short sentences.

From the above, it can be concluded that the success of teaching listening depends on the conditions under which the listening material is perceived:

1) the rate at which it is presented;

2) the number of times the text is presented;

3) the duration of work on the text;

4) the stage of the class at which it is presented;

5) the place assigned to this work within a particular cycle.

Methodologists distinguish 3 stages of working with an audio text: pre-listening, while-listening, and post-listening.

The pre-listening stage includes work with the board, handouts, and fragments of the audio text, as well as live instructional communication.

Pre-listening orientation toward aural speech perception consists of formulating pre-listening questions, proposing that students give the text a title, and assigning them to confirm or refute a statement proposed by the teacher.

The while-listening stage includes listening to the entire text and to individual paragraphs in sequence, listening to semantic blocks, and working through the semantic blocks of the text.

The post-listening stage includes the following types of work:

1. Question-and-answer work.
2. Drawing up a plan for retelling, a dialogue, a story, or a situation based on the text.
3. Verbatim, concise, differentiated, and orientational retelling.
4. Commentary on the content and linguistic form of the text.

Working with an audio text makes it possible to manage the process by which all students comprehend coherent foreign-language speech by ear quite fully and effectively, which considerably intensifies the teaching of listening as a type of speech activity.

References

1. Vandergrift L., Goh C. C. M. Teaching and Learning Second Language Listening: Metacognition in Action. London: Routledge, 2012. 315 p.

2. Zhang L. J., Shen Y. What two decades of research into L2 listening in System tells us: Looking back for looking forward. *System*. 2023. Vol. 112. P. 1–14. DOI: 10.1016/j.system.2022.102970.

3. Saito K., Uchihara T., Takizawa K., Suzukida Y. Individual differences in L2 listening proficiency revisited: Roles of form, meaning, and use aspects of phonological vocabulary knowledge. Studies in Second Language Acquisition. 2025. Vol. 47, No. 1. P. 26–52. DOI: 10.1017/S027226312300044X.

4. Graham S. Research into practice: Listening strategies in an instructed classroom setting. *Language Teaching*. 2017. Vol. 50, No. 1. P. 107–119. DOI: 10.1017/S0261444816000306.

5. Newton J. M., Nation I. S. P. Teaching ESL/EFL Listening and Speaking. 2nd ed. New York: Routledge, 2021. 294 p.

6. Aryadoust V., Luo L. The typology of second language listening constructs: A systematic review. *Language Testing*. 2023. Vol. 40, No. 2. P. 375–409. DOI: 10.1177/02655322221126604.

УДК [616-053.9:61-053.9]:377.091.33:61

ФОРМУВАННЯ МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ВИКЛАДАННЯ ГЕРОНТОЛОГІЇ ТА ГЕРІАТРІЇ В МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ

Марина СОБОЛЕНКО

викладач вищої кваліфікаційної категорії, завідувач відділення «Лікувальна справа»
msobolenko55@gmail.com
Уманський медичний фаховий коледж, м. Умань, Україна

Анотація. У статті досліджено актуальні проблеми та методичні підходи до викладання навчальних дисциплін геронтологічного та геріатричного профілю у закладах фахової передвищої медичної освіти. Проаналізовано демографічні передумови та обґрунтовано необхідність міждисциплінарної інтеграції знань. Особливу увагу приділено впровадженню сучасних педагогічних технологій, таких як метод клінічних кейсів (case-study),

симуляційне навчання та інтегровані заняття, що сприяють розвитку клінічного мислення та емпатії у майбутніх медичних працівників.

Ключові слова: геронтологія, геріатрія, медичний коледж, методичні підходи, клінічні кейси, симуляційне навчання.

Демографічна ситуація в Україні та світі характеризується стрімким старінням нації, що неухильно підвищує попит на кваліфікованих медичних фахівців, які володіють глибокими знаннями з геронтології та геріатрії [1, с. 12]. Згідно з сучасними освітніми стандартами фахової передвищої медичної освіти, професійна підготовка майбутніх медичних сестер, акушерок та фельдшерів має не лише відповідати суворим клінічним протоколам, а й базуватися на міждисциплінарному та людиноцентричному підходах [2, с. 45].

Викладання геронтології та геріатрії у медичному коледжі має специфічний характер: воно охоплює не лише біологічні та анатомо-фізіологічні зміни старіючого організму, а й складні психологічні, соціальні та етичні аспекти догляду за пацієнтами похилого та старечого віку [3, с. 88]. У зв'язку з цим пошук і розробка нових методичних підходів до організації освітнього процесу є критично важливим завданням для викладачів медичних коледжів.

Метою цієї статті є теоретичне обґрунтування та систематизація сучасних методичних підходів до викладання геронтології і геріатрії задля підвищення якості практичної підготовки здобувачів фахової передвищої освіти. Фундаментом змістового наповнення геріатричних дисциплін є концепція активного та здорового старіння, яка активно просувається Всесвітньою організацією охорони здоров'я [4, с. 140].

Організація навчального процесу в медичному коледжі вимагає від викладача інтеграції базових і клінічних дисциплін (анатомії, фізіології, внутрішньої медицини, фармакології та сестринської справи). Сучасна методична система має базуватися на таких ключових принципах:

- Пацієнтоцентричність: пріоритет збереження та покращення якості життя літньої людини, а не лише фокус на нозологічній одиниці [5, с. 62].

- Практична спрямованість: моделювання реальних клінічних ситуацій, з якими майбутні медики щоденно стикатимуться у геріатричних стаціонарах, будинках-інтернатах чи закладах первинної медико-санітарної допомоги [2, с. 50].
- Комплексність: врахування особливостей перебігу кількох захворювань одночасно та специфіки фармакокінетики й фармакодинаміки у пацієнтів похилого віку [6, с. 104].

Для забезпечення високого рівня засвоєння знань та формування стійких практичних навичок у студентів медичного коледжу доцільно комплексно застосовувати активні та інтерактивні методи навчання:

1. Метод клінічних кейсів (Case-study)

У геріатричній практиці класична клінічна картина багатьох захворювань часто буває «змазаною» через вікові зміни або наявність супутньої патології. Робота з реальними клінічними кейсами на заняттях дозволяє студентам вчитися розпізнавати нетипові прояви поширених хвороб (наприклад, безбольові форми інфаркту міокарда чи стерту клініку пневмонії у літніх осіб) [1, с. 74].

2. Симуляційне навчання та рольові ігри

Використання симуляційних технологій дає можливість безпечно для пацієнта відпрацювати специфічні маніпуляції та навички догляду, що вимагають особливої тактовності: профілактику та лікування пролежнів, правила безпечного переміщення і транспортування маломобільних пацієнтів, техніку ентерального харчування ослаблених хворих. Своєю чергою, рольові ігри допомагають майбутнім медикам долати психологічний бар'єр у комунікації з геронтологічними пацієнтами, розвивати навички активного слухання, толерантності та емпатії [3, с. 95].

3. Міждисциплінарні інтегровані заняття

Поєднання змістових модулів з анатомії (вікові інволютивні зміни органів), фармакології (особливості призначення та дозування лікарських засобів у старості з урахуванням метаболізму печінки та нирок) і геріатрії формує у здобувачів освіти системне, а не фрагментарне клінічне мислення [5, с. 80].

Висновки.

1. Формування методичних підходів до викладання геронтології та геріатрії в медичному коледжі потребує глибокого інтегративного підходу, що гармонійно поєднує медико-біологічні, психологічні та соціальні аспекти медичної допомоги людям похилого віку [1, с. 15].

2. Використання сучасних педагогічних технологій (методів кейсів, симуляційного навчання та міждисциплінарної інтеграції) забезпечує високий рівень практичної готовності студентів до професійної діяльності в умовах сучасних реалій охорони здоров'я [2, с. 55].

3. Якісна геріатрична підготовка майбутніх медиків є фундаментом гуманного, безпечного та високоефективного медичного обслуговування зростаючої категорії пацієнтів старшої вікової групи [4, с. 145].

Література

1. Геронтологія та геріатрія : підручник / за ред. проф. О. В. Коркушка. Київ: Медицина, 2021. С. 12, 15, 74.

2. Організація освітнього процесу в закладах фахової передвищої медичної освіти : навч.-метод. посібник / В. М. Сидоренко, Л. П. Коваль. Вінниця : Нова Книга, 2022. С. 45, 50, 55.

3. Сестринська справа в геріатрії: підручник / М. С. Регеда, Л. О. Яворська. Львів : Магнолія, 2020. С. 88, 95.

4. Старіння населення та виклики системи охорони здоров'я : монографія / за заг. ред. І. М. Грищенка. Київ : Видавничий дім «Кондор», 2023. С. 140, 145.

5. Педагогічні технології в медичній освіті : навч. посібник / Н. В. Бєляєва, О. І. Павленко. Харків : Здоров'я, 2021. С. 62, 80.

6. Клінічна фармакологія у геріатрії / за ред. проф. А. М. Білолапця. Дніпро: Ліра, 2022. С. 104.

УДК 378.147:617.3

ШЛЯХ ДО ПРИЙНЯТТЯ АВТОРСЬКОГО РІШЕННЯ: ВІД ТРАДИЦІЙНОГО ВИКОНАВЦЯ ПРОТОКОЛІВ ДО АДАПТИВНОГО КЛІНІЦИСТА В ОРТОПЕДІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ

Вадим СУЛИМА

д. мед. н., професор, завідувач кафедри травматології, ортопедії і військової хірургії
vadymsulyma1961@gmail.com
Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

Євген НИЧВИД

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Медицина
Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

Анотація. У публікації розглядається перехід у підготовці майбутніх фахівців з ортопедії та травматології від моделі "навченого виконавця" до "адаптивного клініциста-новатора". Обґрунтовано необхідність впровадження проблемно-орієнтованого навчання, розвитку міждисциплінарного підходу та рефлексивного аналізу для прийняття нестандартних авторських рішень в умовах клінічної невизначеності. Визначено ключові компетентності, необхідні для формування експертності та культури наукового пошуку в сучасній медицині.

Ключові слова: медична освіта, клінічне мислення, ортопедія та травматологія, проблемно-орієнтоване навчання, адаптивний клініцист.

У системі вищої медичної освіти, особливо під час навчання фахівців у галузі ортопедії та травматології, одним із головних педагогічних завдань є підготовка майбутнього лікаря до правильних рішень. Рішення здебільшого базуються на строгому дотриманні встановлених протоколів, алгоритмів дій, клінічних рекомендацій та досвіду експертів. У такому навчальному контексті формується фахівець типу "Юзер" - навчений виконавець протоколів. Але сьогодні медична сфера змінюється, і дуже очевидно, що розробка справді нових

та інноваційних рішень не здійснюється лише механічною роботою за вивченим алгоритмом. Тому є нагальна потреба у розвитку нового типу спеціаліста - "Генератора" як клініциста-інноватора, який здатен гармонійно поєднувати результати доказової медицини з творчим та критичним вирішенням нетипових клінічних задач**.**

Матеріали та методи. Метою дослідження є концептуалізація сучасних педагогічних підходів до професійної підготовки майбутніх ортопедів-травматологів. Використовуються методи критичної оцінки ефективності проблемно-орієнтованого навчання та моделювання клінічного прийняття рішень в умовах невизначеності під час до- та післядипломної медичної освіти.

Результати та їх обговорення. Для трансформації майбутнього лікаря у фахівця, який може діяти самостійно і приймати нетрадиційні авторські рішення, необхідно розвинути декілька специфічних компетентностей.

По-перше, здобувачу освіти потрібно добре розуміти фундаментальні процеси: біомеханіку, патофізіологію, механізми регенерації тканин тощо, а не просто запам'ятовувати клінічний алгоритм. Для хірурга-ортопеда недостатньо мати базові знання про остеосинтез. Майбутній спеціаліст повинен знати, як втручання змінить розподіл механічного навантаження на кістку і як може бути порушено або відновлено місцеве кровопостачання, а також яка загальна механобіологія процесів загоєння кісток. Тільки такий рівень знань дозволить спеціалісту знайти альтернативне, але ефективне рішення в нетиповій клінічній ситуації, де основна філософія сучасної дидактики полягає в тому, щоб навчити не лише "що робити", але й пояснити "чому це робиться саме так".

По-друге, критично важливим є системне впровадження проблемно-орієнтованого навчання. Замість стандартного, суто репродуктивного запитання: «Який метод лікування перелому застосовується у даному випадку?», викладач-ментор повинен ставити перед студентом складні евристичні завдання: "Як би ти вирішив цю клінічну проблему, якби необхідного імплантату не було в наявності? " або "Яке альтернативне рішення можна запропонувати пацієнту з його наявними функціональними обмеженнями? ". Саме такі нетипові клінічні

кейси ефективно стимулюють розвиток гнучкого клінічного мислення, а не простої механічної пам'яті. Ефективність такого підходу підтверджується сучасними дослідженнями, які доводять, що проблемно-орієнтоване навчання, особливо в поєднанні з новітніми технологіями просторової візуалізації, достовірно підвищує здатність здобувачів освіти генерувати альтернативні клінічні рішення в умовах обмежених ресурсів [1].

По-третє, важливо цілеспрямовано готувати фахівців до роботи в умовах клінічної невизначеності. Більшість реальних клінічних ситуацій не відповідають ідеальним описам з підручників на 100%. Тому в освітньому процесі надзвичайно корисно ретельно аналізувати клінічні невдачі, непередбачувані інтра- та постопераційні ускладнення, а також складні випадки, де з самого початку немає єдиної однозначної правильної відповіді. Згідно із сучасними концепціями розвитку медичної освіти, саме в таких напружених умовах найбільш активно формується адаптивне мислення лікаря [2].

Четвертий аспект - це всебічний розвиток міждисциплінарності та культури наукового пошуку. Варто зазначити, що більшість сучасних реконструктивних методів та інновацій базуються на перетині різних медичних спеціальностей. Нетрадиційні рішення в ортопедії часто надходять з різних галузей: пластичної хірургії, судинної хірургії, реабілітації, біоінженерії, військової медицини, а останнім часом – і завдяки технологіям штучного інтелекту. Майбутній лікар-новатор завжди повинен ставити собі таке питання: "Чому ми виконуємо це саме так?" "Які є альтернативи у світовій практиці?" та "Чи є нові наукові докази, що підтримують інші методи?" Це є основою інноваційного мислення.

Крім того, запропонована методологія підготовки передбачає заохочення так званого «контрольованого ризику мислення». Під час клінічних розборів ефективно застосовувати правило варіативності, вимагаючи від здобувача освіти запропонувати щонайменше три рішення для однієї проблеми: 1) стандартне рішення, 2) альтернативне рішення та 3) сміливе (новаторське) рішення. Після

генерації ідей обов'язково проводиться ретельний аналіз потенційних ризиків та переваг кожного із запропонованих варіантів.

Нарешті, фінальним та вирішальним етапом переходу до здатності приймати авторські рішення є глибокий розвиток навички професійної рефлексії. Після прийняття рішень щодо кожного складного клінічного випадку лікар має проаналізувати свої дії, чесно відповідаючи на запитання: "Що саме було зроблено? ", "Що об'єктивно можна було зробити інакше? " та "Яке інше рішення потенційно дало б кращий фінальний результат? ". Виключно через такий постійний, багатогранний самоаналіз формується справжня експертність.

Висновки. Сучасна вища медична освіта в галузі ортопедії та травматології сьогодні потребує фундаментальної зміни дидактичного фокусу від виключно протокольних знань до виховання адаптивного клініциста-новатора. Глибоке розуміння біомеханічних та патофізіологічних процесів, проблемно-орієнтований підхід, аналіз клінічних випадків з високим ступенем невизначеності, міждисциплінарне навчання та рефлексивна практика є ключем до успішного шляху майбутнього спеціаліста для прийняття ефективних та науково обґрунтованих рішень.

Література

1. Xue, G., Chen, S., Xie, J., Yang, M., & Wang, Z. (2025). Application of problem-based learning combined with three-dimensional visualization reconstruction technology in trauma orthopedics teaching and its impact on teaching satisfaction. *BMC medical education*, *26*(1), 53. https://doi.org/10.1186/s12909-025-08364-4

2. Pusic, M. V., Hall, E., Billings, H., Branzetti, J., Hopson, L. R., Regan, L., Gisondi, M. A., & Cutrer, W. B. (2022). Educating for adaptive expertise: case examples along the medical education continuum. *Advances in health sciences education : theory and practice*, *27*(5), 1383–1400. https://doi.org/10.1007/s10459-022-10165-z

УДК 378.091.315.7

ДИДЖИТАЛІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Ангеліна ТРОЯН

викладач – методист
anqelinatroian63@qmail.com
Уманський медичний фаховий коледж, м. Умань, Україна

Анотація. У статті розглянуто роль диджиталізації освітнього простору як одного з важливих напрямків модернізації сучасної медичної освіти. Проаналізовано можливості використання цифрових технологій під час професійної підготовки здобувачів освіти медичного коледжу, зокрема при викладанні клінічних дисциплін. Визначено переваги застосування мультимедійних презентацій, електронних освітніх ресурсів, відеоматеріалів для підвищення пізнавальної активності й мотивації студентів.

Ключові слова: диджиталізація, інноваційно – комунікаційні технології, цифровізація.

Так склалося, що сучасне сьогодення постійно зазнає різноманітних інтенсивних змін, які стосуються політики, економіки, науки, медицини, освіти. Це пов’язано з переходом суспільства на новий технологічний рівень розвитку та все більшим застосуванням інформаційно – комунікаційних технологій, як у виробничих, так і в освітніх сферах. Виходячи з таких умов, сучасна система освіти потребує постійного впровадження інноваційних освітніх технологій у процес навчання, що забезпечить виховання та становлення конкурентноспроможного, компетентного фахівця, здатного адекватно орієнтуватися у виробничій ситуації, швидко приймати вірне рішення, вміло володіти теоретичними знаннями, практичними вміннями, навичками відповідно до свого кваліфікаційного рівня та фахово - професійної діяльності.[2].

Світ не стоїть на місці: змінюються часи, погляди людей, технології виробництва, принципи лікування хворих в медицині, методи викладання в

освіті. Таке стрімке піднесення науково – технологічного рівня, бурхливий приріст знань, прискорення глобалізації всіх процесів зробили освіченість, інтелект, творчий потенціал особистості провідною продуктивною силою, визначальною передумовою і наріжним каменем процесу цивілізації. Державною національною програмою «Освіта. Україна XXI ст.» визначено основні завдання розбудови фахової передвищої освіти, де наголошується, що сучасний здобувач освіти має володіти достатнім рівнем теоретичних знань, практичних вмінь, навичок; прагнути до постійного самовдосконалення та саморозвитку. Саме дотримання таких вимог створює необхідні умови для забезпечення відповідного рівня підготовки здобувача освіти до майбутньої професійної діяльності. Розкрити інтелектуальний потенціал студента, навчити його вчитися та самовдосконалюватися – є першочерговим завданням викладача на сучасному етапі освітнього процесу, що потребує систематичного перегляду методів навчання та їх постійного оновлення. Такі методи в освіті не повинні створювати ситуації перенавантаження здобувачів інформацією, але мають бути спроможними активізувати в аудиторії слухачів сенсорне (за допомогою зовнішніх аналізаторів – органів слуху та зору), моторне та сенсорно – моторне сприйняття програмного матеріалу; викликати цікавість та бажання навчатися.

Невичерпним потенціалом для покращення якості навчання та розширення діапазонів його доступності є застосування методів диджиталізації в освітньому процесі. Диджиталізація в перекладі від англійської означає переведення інформації у цифрову форму, тобто використання різноманітних цифрових технологій, інструментів, електронних засобів, що дозволяє досягти творчої свободи учасників освітнього процесу, максимально активізувати їх увагу, цікавість, інтелектуально – когнітивний потенціал та дає змогу забезпечити освітні послуги на рівні сучасних міжнародних стандартів. Сучасне значення: диджиталізація – цифрова трансформація, цифровізація суспільства, інтеграція цифрових технологій, створення цифрового середовища. Питання диджиталізації відображенні у наукових працях як світових так і вітчизняних дослідників, а саме: І. Гузь, І. Марків, О. Павленко, І. Зінченко, А. Гуржій та

багатьох інших авторів. Серед них науковець О. Шпарик у праці «Концептуальні засади цифрової трансформації освіти: європейський та американський дискус» відмічає, що «цифрова трансформація освіти передбачає принципово новий формат освітнього середовища, основою якого є цифрові технології, що забезпечують зручні та доступні сервіси і платформи для підвищення конкурентноспроможності, більш ефективної взаємодії усіх учасників навчального процесу, підвищення його прозорості, розвитку цифрових навичок. Використання цифрових технологій є механізмом для забезпечення ефективності та збільшення продуктивності в освітньому просторі, а цифрова трансформація освіти постає як ключовий фактор удосконалення самої системи освіти» [3] Впровадження нових технологій відкриває можливість для створення нового освітнього або робочого середовища, що поєднує онлайн та офлайн партнерство. Іншими словами диджиталізація освіти розширює доступ до навчання; робить його адаптованим, цікавим, якісним та повноцінним. Впровадження методів диджиталізації в освіту набуває все більшої актуальності особливо в часи пост пандемії Covid - 19 та військового стану в Україні, який викликаний повномасштабною російською агресією. З 2020 року в Уманському медичному фаховому коледжі, як і в інших освітніх закладах нашої держави, з метою збереження життя та здоров'я усіх учасників освітнього процесу, навчання відбувається у режимі змішаного очно – дистанційного онлайн – формату. І завдячуючи саме цифровим технологіям викладачі при викладанні клінічних дисциплін отримали можливість для більш ефективного подання програмного матеріал, а саме: створення онлайн – платформ для навчання, використання цифрових ресурсів, гаджетів, різноманітних мультимедійних засобів, розробки відео уроків, презентацій. Під час заняття стало можливим переміщення студентів у віртуальні лабораторії, пологові зали, операційні, маніпуляційні та інше. Така візуалізація навчального матеріалу сприяє кращому засвоєнню складних професійних понять і формуванню практичних компетентностей, а застосування мультимедійних технологій відкриває шлях для розширення можливостей, вдосконалення методів доступу до інформації та

біль повної наочності опанованого матеріалу [1]

Все це забезпечило безперервність освітнього процесу шляхом створення візуального зв'язку викладачів та студентської аудиторії, що дало змогу зберегти освітній процес на належному рівні та максимально уникнути академічних втрат. Окрім того, при застосуванні цифрових технологій в освіті навчання крокує в ногу з часом: воно стає швидким, так як зберігається повна доступність до необхідної навчальної інформації, розкриваються організаторські та лідерські здібності здобувачів освіти, а викладачі стають модераторами та координаторами освітнього процесу.

Отже, диджиталізація освітнього процесу є важливим вектором модернізації сучасної медичної освіти та створює нові можливості для підвищення якості професійної підготовки здобувачів освіти; забезпечує покращення ефективності та якості навчання, підвищує його мотиваційну сутність, модернізує освітній процес; поліпшує ефективність наукової діяльності, впливає на навчальні досягнення здобувачів освіти, посилюючи їх конкурентоспроможність, сприяє розвитку їх професійних і цифрових компетентностей та постає ключовим чинником удосконалення самої системи сучасної освіти.

Література

1. Буйницька О. П. Інформаційні технології та технічні засоби навчання : навч. посіб. / О. П. Буйницька. К. : Центр учбової літератури, 2012.240 с.

2. Національна доктрина розвитку освіти // Освіта, 2002. № 26. С. 1 – 3

3. Шпарик О.М. Концептуальні засади цифрової трансформації освіти: європейський та американський дискус. Укр. Пед. Журнал. 2021. № 4. С. 65 – 76

УДК 159.923.2:614.253.1-057.875

ЕМПАТІЙНІСТЬ ТА КОМУНІКАТИВНА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ УСПІШНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ АДАПТАЦІЇ МАЙБУТНІХ МЕДИКІВ

Євгенія ХРІДІНА

викладач кафедри загальної та медичної психології
zhenya211@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація: У публікації проаналізовано сутність та роль емпатійності й комунікативної толерантності як ключових детермінант успішної професійної адаптації майбутніх медичних працівників. Розкрито теоретичні підходи вітчизняних та зарубіжних науковців до проблеми входження молодого фахівця у професійне середовище за умов високого психоемоційного навантаження. Обґрунтовано, що розвинені емпатійні здібності у поєднанні з високою комунікативною толерантністю виступають заслоном проти емоційного виснаження та сприяють збереженню особистісної цілісності фахівця на початкових етапах фахової діяльності.

Ключові слова: емпатійність, комунікативна толерантність, професійна адаптація, майбутні медики, суб’єкт-суб’єктна взаємодія, комунікативна компетентність.

Процес професійної адаптації майбутніх медичних працівників є складним багатовимірним феноменом, який охоплює не лише засвоєння нормативно-процесуальних дій чи клінічних протоколів, а й перш за все особистісно-психологічне входження у професійне середовище. У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я та зростання психоемоційного навантаження на медичний персонал питання професійної адаптації випускників медичних закладів вищої освіти набуває першочергового значення. Дослідження фундаментальних психологічних засад адаптаційного потенціалу фахівця висвітлені у працях О. Кокуна [3], С. Максименка [4], та Н. Чепєлєвої [5]. Науковці одностайні у думці, що успішність первинної адаптації визначається не

лише рівнем академічної успішності, а й психологічними властивостями особистості, що регулюють міжособистісну взаємодію.

Серед різноманіття особистісних якостей, що забезпечують безконфліктне та конструктивне входження у клінічну практику, особливе місце посідають емпатійність та комунікативна толерантність. Феномен емпатії у структурі медичної діяльності ґрунтовно досліджувався у працях В. Бойка [1] та В. Василюка [2]. Емпатійність розглядається як цілісне утворення, що поєднує раціональний, емоційний та інтуїтивний канали сприйняття внутрішнього світу іншої людини [1; 2]. Для майбутнього медика емпатія виступає інструментом розуміння психоемоційного стану пацієнта, його болю, страху чи тривоги, що дозволяє формувати довірливі взаємини без деструктивного емоційного залучення самих фахівців.

Разом із тим, емпатія без розвиненої комунікативної толерантності може призводити до швидкого емоційного вигорання або, навпаки, до формування захисного відчуження. Комунікативна толерантність, вивченню якої присвячені праці В. Бойка [1], О. Кокуна [3] та Н. Чепєлєвої [5], відображає рівень прийняття індивідуальності іншої людини, терпимість до її можливої неадекватної поведінки, роздратованості чи специфічних рис характеру. У клінічній практиці медик щодня зіштовхується з пацієнтами, які перебувають у стані хронічного стресу чи фрустрації. Здатність зберігати самоконтроль, відсутність категоричності та гнучкість у спілкуванні виступають ключовими регуляторами професійної стійкості [3; 4].

Поєднання емпатійності та комунікативної толерантності створює якісно новий рівень адаптаційної спроможності фахівця, порівняльну характеристику виявів якого наведено у таблиці 1.

Табл. 1

Вияви емпатійності та комунікативної толерантності на різних рівнях професійної адаптації майбутніх медиків

Компонент адаптації	**Сприятливий (високий) рівень адаптації**	**Деструктивний (низький) рівень адаптації**
Емпатійний канал	Глибоке розуміння переживань пацієнта, збереження суб'єкт-суб'єктної	Емоційне відчуження, формальне ставлення до пацієнта або повна емоційна ідентифікація з його болем (гіперемпатія).

	позиції та власної емоційної автономії.	
Комунікативна толерантність	Безвідносне прийняття індивідуальності пацієнта, конструктивна реакція на критику чи роздратування.	Авторитарність, виражена категоричність оцінок, схильність до міжособистісних конфліктів у колективі.
Професійна самопочуття	Високий рівень задоволеності працею, психологічна стійкість у стресових ситуаціях.	Висока тривожність, формування первинних симптомів синдрому емоційного вигорання, бажання змінити фах.

Сформовано автором на основі праць [1; 2; 3]

У процесі професійної адаптації особливе значення мають механізми психологічного захисту, які актуалізуються у відповідь на високий рівень психоемоційного напруження у клінічній практиці. При недостатньому розвитку комунікативної толерантності та саморегуляції реалізація емпатійного потенціалу може набувати деструктивних форм, зокрема виявлятися у вигляді гіперемпатії або емоційного оніміння [5]. Гіперемпатія характеризується надмірним, непрофесійним зануренням у страждання пацієнта, втратою власних психологічних меж та повним ототожненням із його психотравмою. Це призводить до швидкого астенізування фахівця та розвитку вторичної травматизації. На противагу цьому, як зазначають В. Бойко [1] та Н. Чепєлєва [5], при тривалій дії дистресу виникає феномен «емоційного оніміння» (психологічного оніміння / emotional numbing) — специфічний захисний механізм, що виявляється у пригніченні емоційної чутливості, байдужості, зниженні спроможності співпереживати та формалізації контакту з пацієнтом. Емоційне оніміння викривляє суб'єкт-суб'єктну взаємодію, перетворюючи пацієнта на «об'єкт медичних маніпуляцій», що блокує формування терапевтичного альянсу та сигналізує про дезадаптацію медика [5].

Професійна адаптація майбутніх медичних працівників розгортається динамічно і, згідно з концептуальними положеннями О. Кокуна [3] та С. Максименка [4], проходить кілька послідовних стадій. На початковій (ознайомчо-адаптаційній) стадії відбувається первинне зіткнення з професійними вимогами та клінічною реальністю, де високий рівень тривожності нерідко провокує виникнення комунікативних бар'єрів. На стадії активного засвоєння фахової ролі відбувається інтенсивний розвиток

комунікативної толерантності та кристалізація індивідуального стилю спілкування з пацієнтами. За умов сприятливого перебігу процес завершується стадією інтеграції та стабілізації, коли емпатійність та комунікативна толерантність стають внутрішніми регуляторами професійної діяльності, забезпечуючи високу стійкість до емоційного вигорання та психологічний комфорт у колективі [3; 4].

Таким чином, емпатійність та комунікативна толерантність є детермінуючими чинниками успішної професійної адаптації майбутніх медичних працівників. Вони запобігають розвитку деструктивних захисних механізмів, зокрема емоційного оніміння та гіперемпатії, забезпечуючи збереження ментального здоров'я фахівця. Гармонійне поєднання цих якостей сприяє переходу від формального виконання обов'язків до глибокої суб'єкт-суб'єктної взаємодії, що становить основу пацієнт-орієнтованої медицини. Забезпечення високого рівня розвиненості даних властивостей потребує цілеспрямованого психологічного супроводу під час навчання у вищій школі шляхом впровадження спеціалізованих тренінгів комунікативної компетентності, симуляційних вправ та аналізу складних клінічних кейсів.

Література

1. Бойко В. В. Енергія емоцій у спілкуванні: погляд на себе та на інших. Київ : Вища школа, 2018. 154 с.

2. Василюк В. М. Емпатія як чинник професійного становлення майбутніх фахівців медичної галузі. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2020. Вип. 11 (56). С. 45–56.

3. Кокун О. М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця : монографія. Київ : ДП «Інформ.-аналіт. агентство «Пріоритети», 2012. 200 с.

4. Медична психологія : підруч. для студентів вищ. навч. закл. / С. Д. Максименко, К. Максименко, І. А. Коваль, О. М. Шпортун, О. Ф. Бондаренко; за заг. ред. С. Д. Максименко. Вид. 3-тє, доробл. і допов. Київ : Вид-во «Людмила», 2023. 518 с.

5. Чепєлєва Н. В. Психологічна герменевтика: монографія. Київ: Видавництво «Людмила», 2026. 220 с.

UDC 378.147.811.124]:378.6:61

WSPÓŁCZESNE PODEJŚCIA METODOLOGICZNE DO NAUCZANIA ŁACINY MEDYCZNEJ W MEDYCZNYCH PLACÓWKACH EDUKACYJNYCH W CELU KSZTAŁTOWANIA KOMPETENCJI ZAWODOWYCH PRZYSZŁYCH SPECJALISTÓW

dr Zoia SHARLOVYCH

prodziekan ds. współpracy międzynarodowej,
Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży, Rzeczpospolita Polska
zoia.sharlovych@mans.edu.pl
mgr Iryna KOSOVA
Asystent, Katedra Nauk Przyrodniczych oraz Nauk Społecznych i Humanistycznych,
wykładowca-metodyk, wykładowca najwyższej kategorii
kosova.irina1968@gmail.com
Jednostka Komunalna Edukacji Wyższej
„Żytomierski Instytut Medyczny" Żytomierskiej Rady Obwodowej, Ukraina

Streszczenie. W artykule omówiono współczesne podejścia metodologiczne do nauczania języka łacińskiego i terminologii medycznej w placówkach kształcenia medycznego. Określono rolę łaciny w kształtowaniu kompetencji zawodowych przyszłych pracowników medycznych. Przeanalizowano możliwości wykorzystania podejścia kompetencyjnego, zorientowanego na komunikację, integracyjnego, zorientowanego na rozwiązywanie problemów oraz cyfrowego. Szczególną uwagę poświęcono interaktywnym metodom nauczania, związkom interdyscyplinarnym, grywalizacji i samodzielnej pracy studentów. Uzasadniono celowość łączenia tradycyjnych metod nauczania z innowacyjnymi technologiami edukacyjnymi w celu zwiększenia motywacji osób kształcących się i kształtowania trwałych umiejętności posługiwania się terminologią medyczną.

Słowa kluczowe: język łaciński, terminologia medyczna, edukacja medyczna, podejścia metodologiczne, nauczanie interaktywne, technologie cyfrowe, kompetencje zawodowe.

Wstęp. Język łaciński zajmuje ważne miejsce w systemie kształcenia zawodowego przyszłych specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia. Mimo że łacina nie jest wykorzystywana jako środek codziennego porozumiewania się, pozostaje

podstawą znacznej części terminologii anatomicznej, histologicznej, farmaceutycznej i klinicznej [7]. Znajomość terminologii medycznej sprzyja dokładnemu rozumieniu pojęć specjalistycznych, prawidłowemu sporządzaniu dokumentacji zawodowej i przyswajaniu materiału przedmiotów specjalistycznych.

Współczesne warunki rozwoju edukacji medycznej wymagają ponownego rozpatrzenia tradycyjnych metod nauczania łaciny. Mechaniczne uczenie się na pamięć słów, form gramatycznych i reguł nie zawsze zapewnia studentom zdolność do samodzielnego analizowania złożonych terminów i wykorzystywania ich w sytuacjach zawodowych. Dodatkowe trudności stanowią ograniczona liczba godzin dydaktycznych, znaczny zakres materiału terminologicznego, zróżnicowany poziom początkowego przygotowania studentów oraz konieczność integracji łaciny z innymi przedmiotami medycznymi.

We współczesnych badaniach podkreśla się celowość wprowadzania metod interaktywnych, zasobów cyfrowych, nauczania zorientowanego na rozwiązywanie problemów i integracji interdyscyplinarnej do nauczania języka łacińskiego w medycznych placówkach edukacyjnych [1; 2].

Cel artykułu – przeanalizowanie współczesnych podejść metodologicznych do nauczania łaciny medycznej oraz określenie metod sprzyjających kształtowaniu kompetencji terminologicznych przyszłych pracowników medycznych.

Podejście kompetencyjne w nauczaniu łaciny medycznej zakłada ukierunkowanie procesu kształcenia nie tylko na przyswajanie wiedzy teoretycznej, lecz także na kształtowanie umiejętności praktycznych niezbędnych w przyszłej działalności zawodowej. W ramach przedmiotu „Język łaciński i terminologia medyczna” podstawowym efektem uczenia się powinna być ukształtowana zdolność osoby kształcącej się do rozumienia, analizowania, tworzenia i prawidłowego stosowania terminów specjalistycznych [7].

Realizacja tego podejścia zakłada przyswojenie przez studentów podstaw gramatyki łacińskiej, zasad słowotwórstwa, nomenklatury anatomicznej, nazw farmaceutycznych i grecko-łacińskich elementów terminologicznych. Ważne jest, aby

każdemu zagadnieniu teoretycznemu towarzyszyły zadania praktyczne zbliżone do przyszłej działalności zawodowej.

Na przykład podczas nauki terminologii anatomicznej studenci mogą tłumaczyć nazwy narządów i struktur ciała człowieka, określać formy gramatyczne wyrazów oraz ustalać związki między terminami łacińskimi a odpowiadającymi im pojęciami ukraińskimi. Podczas pracy nad terminologią farmaceutyczną celowe jest stosowanie dydaktycznych zadań dotyczących recept, w których studenci analizują łacińskie nazwy postaci leków i składników. Podejście kompetencyjne zapewnia praktyczne ukierunkowanie nauczania i pomaga uświadomić sobie znaczenie łaciny jako składnika przygotowania zawodowego [3] .

Podejście integracyjne i interdyscyplinarne wskazuje na jedną z ważnych cech nauczania łaciny medycznej i jest jej ścisły związek z innymi przedmiotami. Terminologia medyczna jest wykorzystywana podczas nauki anatomii, histologii, biologii, fizjologii patologicznej, farmakologii i przedmiotów klinicznych. Dlatego skuteczność nauczania w znacznej mierze zależy od tego, w jakim stopniu student rozumie w sposób systemowy związki między jednostkami językowymi a pojęciami specjalistycznymi.

Podejście integracyjne zakłada uzgodnienie materiału dydaktycznego z innymi komponentami kształcenia. Na przykład podczas nauki anatomii celowe jest równoległe opracowywanie łacińskich nazw kości, mięśni, narządów i części ciała. Podczas nauki farmakologii można omawiać łacińskie nazwy produktów leczniczych, postaci leków i surowców roślinnych.

Szczególne znaczenie ma analiza grecko-łacińskich elementów terminologicznych. Takie komponenty jak cardio- (serce), nephro- (nerka), hepat- (wątroba), -itis (zapalenie), -algia (ból) pomagają studentom zrozumieć strukturę terminów klinicznych. Na przykład termin gastritis zawiera podstawę gastr- i przyrostek -itis, co pozwala powiązać go ze znaczeniem zapalenia żołądka [3-6].

Takie podejście kształtuje umiejętności analizy językowej, ułatwia zapamiętywanie terminologii i sprzyja samodzielnemu rozumieniu nieznanych terminów. Jednocześnie ważne jest wyjaśnianie studentom, że znaczenie złożonego

terminu medycznego należy sprawdzać z uwzględnieniem jego pełnej struktury i kontekstu zawodowego.

Interaktywne metody nauczania i metody zorientowane na rozwiązywanie problemów nauczania łaciny medycznej zakłada aktywny udział studentów w procesie dydaktycznym. Nauczanie interaktywne umożliwia przejście od biernego odbioru informacji do samodzielnego poszukiwania odpowiedzi, dyskusji i wspólnego rozwiązywania zadań dydaktycznych.

Do skutecznych metod należą praca w małych grupach, dyskusje dydaktyczne, odgrywanie ról, quizy terminologiczne, krzyżówki, rebusy i ćwiczenia polegające na dopasowywaniu elementów. Na przykład wykładowca może zaproponować studentom zestaw terminów łacińskich, które należy przyporządkować do układów anatomicznych, określić ich cechy gramatyczne lub dopasować do ukraińskich odpowiedników [2].

Nauczanie zorientowane na rozwiązywanie problemów zakłada sformułowanie zadania, do którego wykonania studenci muszą zastosować wcześniej przyswojoną wiedzę. Można zatem zaproponować studentom przeanalizowanie złożonego terminu klinicznego, określenie jego komponentów słowotwórczych i wyjaśnienie ogólnego znaczenia. W grupach mogą oni porównywać wyniki, uzasadniać własne odpowiedzi i poprawiać błędy [3].

Przydatne jest również nauczanie oparte na studiach przypadków (Case-based learning), w którym zadania terminologiczne wiąże się z hipotetycznymi sytuacjami zawodowymi. Na przykład studenci analizują wykaz terminów anatomicznych wykorzystywanych podczas opisu określonego układu narządów lub wykonują zadania polegające na rozpoznawaniu nazw farmaceutycznych.

Nauczanie zespołowe (Team-based learning) sprzyja rozwojowi współpracy, odpowiedzialności i umiejętności prowadzenia dyskusji opartej na argumentach. Badacze podkreślają, że metody aktywne mogą zwiększać zainteresowanie studentów i sprzyjać głębszemu przyswajaniu materiału dydaktycznego [1].

Wykorzystanie technologii cyfrowych i grywalizacji stwarza dodatkowe możliwości nauczania łaciny. Elektroniczne kursy edukacyjne, prezentacje

multimedialne, interaktywne testy, wirtualne słowniki i aplikacje mobilne zapewniają dostęp do materiałów i umożliwiają organizację indywidualnej pracy studentów.

Platformy cyfrowe mogą być wykorzystywane do sprawdzania wiedzy, powtarzania terminologii, tworzenia fiszek i wykonywania ćwiczeń gramatycznych. Na przykład fiszki elektroniczne umożliwiają systematyczne powtarzanie słów łacińskich, ich form gramatycznych i ukraińskich odpowiedników. Zautomatyzowane testy zapewniają szybką informację zwrotną i pomagają określić tematy wymagające dodatkowego opracowania [3, 7].

Ważnym narzędziem jest grywalizacja — wykorzystanie elementów gry w nauczaniu. Należą do nich punkty, poziomy trudności, rywalizacja zespołowa, quizy tematyczne i zadania na czas. Na przykład podczas zajęć można zorganizować konkurs polegający na prawidłowym określaniu znaczeń grecko-łacińskich elementów terminologicznych lub na tworzeniu terminów z zaproponowanych komponentów.

Jednocześnie narzędzia cyfrowe nie powinny zastępować merytorycznej pracy z materiałem językowym. Ich przeznaczeniem jest urozmaicanie nauczania, organizowanie regularnych powtórek i zwiększanie dostępności zasobów dydaktycznych. Badania dotyczące wykorzystania wirtualnych programów edukacyjnych w nauczaniu łaciny medycznej również potwierdzają potencjał narzędzi cyfrowych.

Studenci medycznych placówek edukacyjnych różnią się poziomem przygotowania językowego, tempem przyswajania informacji i indywidualnymi potrzebami edukacyjnymi. Dlatego celowe jest stosowanie podejścia zróżnicowanego, które zakłada dobór zadań o różnym stopniu trudności oraz udzielanie dodatkowego wsparcia osobom, które go potrzebują.

Na przykład studentom, którzy dopiero rozpoczynają naukę łaciny, można zaproponować ćwiczenia polegające na zapamiętywaniu podstawowego słownictwa, określaniu deklinacji i ustalaniu odpowiedniości między terminami. Studenci o wyższym poziomie przygotowania mogą wykonywać zadania polegające na analizie złożonych terminów wielokomponentowych, tłumaczeniu połączeń wyrazowych i samodzielnym tworzeniu konstrukcji terminologicznych.

Ważnym składnikiem współczesnej metodyki jest ocenianie kształtujące, ukierunkowane nie tylko na określenie wyniku końcowego, lecz także na wspieranie postępów w nauce. W tym celu można stosować krótkie testy tematyczne, sprawdzanie wiedzy w formie ustnej, samoocenę, wzajemną weryfikację i analizę typowych błędów.

Regularna informacja zwrotna pomaga studentom odpowiednio wcześnie wykrywać luki w wiedzy, a wykładowcy – korygować treść i tempo nauczania. Połączenie oceniania kształtującego, podsumowującego sprzyja obiektywnemu określeniu poziomu ukształtowania kompetencji terminologicznych [4].

Wnioski. Zatem współczesne nauczanie łaciny medycznej wymaga łączenia tradycyjnych metod lingwistycznych z podejściem kompetencyjnym, integracyjnym, interaktywnym, zorientowanym na rozwiązywanie problemów i cyfrowym. Taka organizacja procesu dydaktycznego pozwala nie tylko przyswajać łacińskie słownictwo i gramatykę, lecz także kształtować zdolność posługiwania się terminologią medyczną w sytuacjach o charakterze zawodowym.

Ważnymi warunkami skutecznego nauczania są integracja interdyscyplinarna, systematyczne powtarzanie materiału, aktywny udział studentów, indywidualizacja zadań i odpowiednio wczesna informacja zwrotna. Wykorzystanie zasobów cyfrowych i technologii opartych na grach należy traktować jako uzupełnienie metodycznie uzasadnionej pracy z terminami.

Perspektywy dalszego doskonalenia nauczania łaciny medycznej wiążą się z opracowywaniem materiałów dydaktycznych zorientowanych na praktykę, tworzeniem elektronicznych zasobów terminologicznych i badaniem skuteczności różnych metod nauczania. Kompleksowe zastosowanie współczesnych podejść metodologicznych będzie sprzyjać zwiększeniu motywacji studentów i kształtowaniu odpowiedniego poziomu ich zawodowych kompetencji terminologicznych.

Wykaz wykorzystanych źródeł

1. Aponenko I. M., Shubkina K. A. Język łaciński we współczesnej edukacji medycznej: wyzwania i perspektywy. Edukacja Medyczna. 2025. Nr 1.

2. Brazhuk Yu. B., Drozhevska A. O. Znaczenie języka łacińskiego w systemie ukraińskiej edukacji medycznej. Medycyna i Farmacja: Dyskursy Edukacyjne. 2024. Nr 2.

3. Vorona I. I., Khvalyboha T. I., Humenna I. R. Wpływ języka łacińskiego na kształtowanie kompetencji terminologicznych przyszłych ratowników medycznych. Edukacja Medyczna. 2025. Nr 1.

4. Viltsaniuk O.O., Pentiuk N.O., Obertynska O.H., Tkachenko O.V. Informacja zwrotna jako narzędzie doskonalenia metodologii nauczania w obecnych warunkach. Aktualne zagadnienia jakości kształcenia personelu medycznego w warunkach sytuacji nadzwyczajnych: Materiały II Konferencji Naukowo-Metodycznej, 7 lutego 2024 r., Winnica. 37. https://web.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/tezy_konf_07-02-2024.pdf

5. Knysh O. B. Język łaciński i terminologia medyczna : podręcznik. Kijów : Medycyna, 2018. 352 s.

6. Korniienko S. M. Terminologia medyczna i podstawy języka łacińskiego : podręcznik dydaktyczny. Kijów : Medycyna, 2020. 240 s.

7. Vorona I. I., Palasyuk H. B., Savaryn T. V. Specifics of teaching the latin language to students of medical institutions of higher education. (2025). Medical Education, 2, p. 11-16. https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2025.2.15480

УДК 658.310.42:616-051]:378

МІЖОСОБИСТІСНА ВЗАЄМОДІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: ОСВІТНІЙ АСПЕКТ

Олександра ШЕВЧЕНКО

к. психол. н., доцент, доцент кафедри терапевтичних та фахових медсестринських дисциплін
lesya-shevchenko@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації висвітлено питання підготовки до міжособистісної взаємодії медичних працівників різних спеціальностей в закладах медичної освіти відповідно до стандартів освіти та освітніх програм.

Ключові слова: міжособистісна взаємодія, медичні працівники, стандарти освіти.

Проблема міжособистісної взаємодії фахівців різних галузей знань, зокрема охорони здоров'я, є гостро актуальною в умовах сучасних соціальних трансформацій в масштабах усієї планети та в Україні. Вивчення та аналіз проблеми міжособистісної взаємодії має велике значення для вирішення питань, пов’язаних з організацією сумісної діяльності, прийняттям рішень в складних професійних ситуаціях, подоланням міжособистісних конфліктів, налагодженням ділових та міжособистісних стосунків та створенням позитивного психологічного клімату в колективі [1].

Академічний тлумачний словник потрактовує термін «взаємодія» як «Взаємний зв'язок між предметами у дії, а також погоджена дія між ким-, чим-небудь» [2].

Вікіпедія визначає взаємодію як широкий загальний термін, що позначає таку сумісну дію кількох об'єктів або суб'єктів (тіла, елементарної частинки, біологічної істоти, людини, співтовариства), при якій результат дії одного з них впливає на інші, що змінює їхню динамічну поведінку.

Розглядаючи категорію «міжособистісна взаємодія» у психологічному сенсі, Н. Якса, Ю. Костюшко, С. Духновський, Е. Рогов, відносять до неї випадкові або навмисні, приватні або публічні, тривалі або, короткочасні,

вербальні або невербальні контакти двох і більше людей, що викликають взаємні зміни їх поведінки, діяльності, відносин і установок [3]. У вузькому сенсі взаємодію розглядають як систему взаємно обумовлених індивідуальних дій, пов'язаних причинною залежністю, за якої поведінка кожного з учасників виступає одночасно і стимулом, і реакцією на поведінку інших.

О. Колосович, аналізуючи питання взаємодії у професійній сфері, стверджує, що вона є процесом, що об'єднує, сприяє будь-якій діяльності у професії [4].

Діяльність фахівців сфери охорони здоров'я за своєю суттю зумовлює контакти, а отже необхідність взаємодіяти на декількох рівнях: з пацієнтами та їхніми рідними / близькими, з колегами по роботі за однаковим фахом чи різними спеціальностями, з підлеглими чи керівниками, з членами мультидисциплінарних команд.

Паралельно із поняттям міжособистісної взаємодії медичних фахівців науковцями часто розглядаються поняття «комунікативної взаємодії» (С. Поплавська), «комунікативної компетентності» (К. Лінєвич, О. Шевченко; С. Климович), «професійної комунікації» (Т. Кришталь, Ю. Ненько, О. Шевченко). Для фахівців екстрених служб, що часто працюють в умовах реальних загроз для здоров'я та життя, до прикладу парамедиків, актуальною є взаємодія з членами бригади екстреної допомоги та членами інших екстрених чи рятувальних служб, тому для них конче потрібна навичка чіткої співпраці, що визначено як «командна взаємодія».

С. М. Климович зазначає, що комунікативна компетентність медичних працівників вимагає не лише наявності певних знань, а й сформованості спеціальних навичок: уміння встановлювати контакт, слухати, «читати» невербальну мову комунікації, будувати бесіду, формулювати запитання. Це також уміння володіти власними емоціями, здатність зберігати впевненість, контролювати власні реакції та поведінку загалом [5].

Нами було здійснено аналіз чинних стандартів освіти різних рівнів підготовки фахівців за спеціальностями, з яких провадиться навчання в Черкаській медичній академії, освітніх програм й окремих освітніх компонентів,

які забезпечують набуття компетентностей і програмних результатів навчання, сутнісно пов’язаних з міжособистісною взаємодією.

Стандарт вищої освіти зі спеціальності 222 Медицина галузі знань Охорона здоров’я визначає дві загальні компетентності, пов’язані з міжособистісною взаємодією, яких повинні набути майбутні лікарі. Це «Здатність до міжособистісної взаємодії» та «Здатність працювати в команді», яка не може бути досягнута без міжособистісної взаємодії. Логічним є необхідність досягнення спеціальної компетентності «Зрозуміло і однозначно доносити власні знання, висновки та аргументацію з проблем охорони здоров’я та дотичних питань до фахівців і нефахівців», що відображається в програмному результаті навчання «Зрозуміло і однозначно доносити власні знання, висновки та аргументацію з проблем охорони здоров’я та дотичних питань до фахівців і нефахівців» і є можливим виключно в ситуаціях міжособистісної взаємодії, зокрема комунікативної.

Розглядаючи ступеневу підготовку фахівців з медсестринства, відзначимо загальну компетентність «Здатність до міжособистісної взаємодії» та результат навчання «Дотримуватись правил ефективної взаємодії в команді для надання ефективної медичної допомоги різним категоріям населення» для фахових молодших бакалаврів.

У бакалаврів медсестринства передбачено набуття загальних компетентностей «Здатність працювати в команді» та «Навички міжособистісної взаємодії» та важливий результат навчання «Забезпечувати здоровий мікроклімат в колективі», для якого сформовані навички міжособистісної взаємодії є стійким фундаментом. Доцільно звернути увагу на результат навчання для бакалаврату з медсестринства спеціалізації 02 Екстрена медицина «Продемонструвати здатність використовувати належні комунікативні навички та поведінку з пацієнтом, його родиною, колегами та персоналом медичних закладів». Основним освітнім компонентом, який забезпечує набуття вказаних компетентностей та результату навчання у майбутніх парамедиків, є дисципліна «Міжособистісна комунікація та командна взаємодія».

Загальні компетентності «Здатність працювати в команді» та «Здатність до міжособистісної взаємодії» знайшли своє логічне продовження в Стандарті та освітньо-професійній програмі підготовки магістрів медсестринства, які в переважній кількості випадків є очільниками медсестринських служб, викладачами закладів освіти, і повинні володіти «Здатністю здійснювати організацію та управління діяльністю медсестринських структурних підрозділів» і, як і лікарі, в результаті навчання повинні «Зрозуміло і однозначно доносити власні знання, висновки та аргументацію з проблем охорони здоров'я та дотичних питань до фахівців і нефахівців». Тому вивчення навчальної дисципліни «Психологія праці та управління» є цілком обґрунтованим.

Стосовно підготовки фахівців з фізичної терапії (спеціальність Терапія та реабілітація спеціалізація 01 Фізична терапія), варто взяти до уваги загальну компетентність «Здатність мотивувати людей та рухатися до спільної мети» та спеціальну «Здатність ефективно здійснювати професійну комунікацію», що може мати спрямування як на пацієнтів, так і на членів мультидисциплінарної команди і забезпечуватися комунікативними та поведінковими засобами міжособистісної взаємодії. Логічним втіленням для набуття вказаних компетентностей стало внесення до навчального плану обов'язкового освітнього компонента «Міжособистісна комунікація та командна взаємодія».

Майбутні магістри фармації у процесі фахової підготовки також повинні набути здатностей «працювати в команді», «зрозуміло і недвозначно доносити власні знання, висновки та аргументацію у сфері фармації до фахівців і нефахівців», «здійснювати консультування».

Спираючись на аналіз стандартів освіти підготовки фахівців галузі охорони здоров'я та освітньо-професійні програми Черкаської медичної академії, можна стверджувати, що є засадничим атрибутом підготовки та професійної діяльності медичних фахівців різних спеціальностей та рівнів підготовки. Варто закцентувати увагу на зростанні потреби медичних фахівців у компетентностях міжособистісної взаємодії, особливо у зв'язку з викликами воєнного часу, доповнювати перелік дисциплін за вибором освітніми компонентами, що поглиблюватимуть навички міжособистісної взаємодії та

водночас працюватимуть на збереження резильєнтності та ментального здоров'я фахівців-медиків.

Окремою темою слід розглядати етап післядипломної освіти, на якому наказом МОЗ України від 16.04.2025 № 650 «Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я та внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України». Визначені обов'язкові напрямки для БПР, зокрема такі, що безпосередньо лежать в площині міжособистісної взаємодії: етичні питання (питання гендерної рівності та запобігання дискримінації, стигматизація, конфіденційність, вразливість, вплив війни, емпатія, біоетика); консультування та професійні комунікаційні навички (безбар'єрне спілкування).

Література

1. Шевченко О. Т. Соціальна взаємодія медичних працівників. *Державне регулювання соціальної політики у сфері цивільного захисту*: кол. монографія / за ред. Т. Кришталь, Т. Чубіної. Черкаси: Черкаський інститут пожежної безпеки імені Героїв Чорнобиля НУЦЗ України, 2021. С. 141-160.

2. Словник української мови. Академічний тлумачний словник (1970-1980). URL: http://sum.in.ua/s/vzajemodija (дата звернення 12.07.2026).

3. Якса Н. В. Теоретичні засади професійно-педагогічної підготовки майбутніх учителів до взаємодії суб'єктів освітнього процесу в умовах полікультурності кримського регіону: монографія. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2006. 324 с.

4. Колосович О. С. Теоретико-методологічні аспекти дослідження взаємодії у професійній сфері. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2013. Вип. 13. С. 104-112. URL: https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology /vol13/Pekp_2013_13_14.pdf (дата звернення 06.07.2026).

5. Климович С. М. Основні правила комунікації в медичній діяльності. *Медсестринство.* 2022. № 2. С. 14–16. DOI 10.11603/2411-1597.2022.2.12896

УДК 378.147:57:004

ВІД АУДИТОРІЇ ДО ЦИФРОВОГО СЕРЕДОВИЩА: ДОСВІД ЗМІШАНОГО НАВЧАННЯ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ ПЕРШОКУРСНИКІВ

Ольга ЯСТРЕБОВА

асистент кафедри гістології, ембріології, медичної біології та генетики
oyastrebova@ifnmu.edu.ua
Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

Анотація. У тезах представлено досвід застосування змішаного формату навчання під час викладання медичної біології студентам першого курсу медичного університету. Розглянуто можливості поєднання безпосередньої взаємодії викладача і студентів з використанням цифрового освітнього середовища, електронних навчальних матеріалів, завдань для самостійної роботи та тестового контролю. Визначено основні переваги такого підходу та проблеми його реалізації, пов’язані із самодисципліною студентів, нерівномірною цифровою підготовкою, необхідністю постійного методичного супроводу та неможливістю повністю замінити аудиторну взаємодію цифровими інструментами.

Ключові слова: змішане навчання, медична біологія, цифрове освітнє середовище, студенти першого курсу, самостійна робота, медична освіта.

Сучасна медична освіта активно використовує цифрові технології, роль яких особливо зросла в умовах пандемії COVID-19 та особливого періоду в Україні. Водночас повне перенесення навчання в онлайн-середовище не завжди відповідає специфіці підготовки майбутніх медиків. Змішане навчання (blended learning), що поєднує аудиторну взаємодію з цифровими ресурсами, створює можливості для гнучкої організації освітнього процесу та підтримки самостійної роботи студентів. Дослідження свідчать про його потенційні переваги в медичній освіті, які значною мірою залежать від змісту дисципліни та якості організації навчання [1, 2].

Метою роботи було узагальнення практичного досвіду використання елементів змішаного навчання під час викладання медичної біології студентам

першого курсу медичного університету, визначення його педагогічних можливостей, переваг та проблемних аспектів.

Матеріали та методи. Матеріалом для аналізу стали результати педагогічної діяльності під час викладання медичної біології студентам першого курсу. Застосовувався практико-орієнтований аналіз організації освітнього процесу, спостереження за навчальною активністю студентів, аналіз виконання навчальних завдань та результатів тестового контролю. У межах змішаного формату поєднувалися аудиторна робота, самостійне опрацювання навчального матеріалу та використання цифрового освітнього середовища, зокрема систем Microsoft Teams, SharePoint і Moodle.

Поєднання аудиторного і цифрового компонентів дозволяє змінити роль студента в освітньому процесі. Якщо за традиційної моделі значна частина інформації передається викладачем безпосередньо під час заняття, то в змішаному форматі частину інформаційного навантаження можна перенести на самостійну роботу. Аудиторний час при цьому доцільніше використовувати для пояснення складних питань, обговорення проблемних ситуацій, встановлення причинно-наслідкових зв’язків та перевірки розуміння матеріалу.

Для медичної біології такий підхід має особливе значення. Дисципліна охоплює значний обсяг теоретичного матеріалу — від молекулярно-клітинного рівня до закономірностей спадковості, популяційної генетики, паразитології та біологічних основ розвитку людини. Частину інформації студент може опрацьовувати самостійно у зручному темпі, повторюючи складні фрагменти та використовуючи цифрові навчальні ресурси. Водночас викладач має можливість зосередити аудиторну взаємодію на тих питаннях, які викликають найбільші труднощі.

Однією з важливих переваг змішаного навчання є гнучкість. Студент отримує доступ до навчальних матеріалів незалежно від місця перебування та може повертатися до них у процесі підготовки. Для першокурсників, які лише адаптуються до вимог університетського навчання, така можливість є особливо важливою. Цифрове середовище дозволяє структурувати навчальний матеріал і поступово формувати навички самостійної роботи.

Іншою перевагою є можливість оперативного контролю навчальних результатів. Електронне тестування дозволяє швидко визначити теми, засвоєння яких потребує додаткового опрацювання. Для викладача результати тестування можуть бути орієнтиром під час планування подальшої аудиторної роботи. Для студента тестування виконує функцію зворотного зв'язку та допомагає виявити власні прогалини у знаннях.

Важливим є також можливість урізноманітнення форм навчальної діяльності. У цифровому середовищі можна поєднувати текстові матеріали, ілюстрації, схеми, презентації, тестові завдання та інші навчальні ресурси. Для медичної біології, де значна частина інформації має візуальний характер, це створює додаткові можливості для формування цілісного уявлення про біологічні процеси.

Дані сучасних систематичних оглядів підтверджують доцільність використання змішаних моделей у медичній освіті. Зокрема, метааналіз систематичних оглядів, який охопив 160 первинних досліджень і понад 18 000 учасників, продемонстрував позитивний ефект змішаного навчання щодо засвоєння знань порівняно з незмішаними підходами, хоча автори наголошують на низькій загальній якості доказів та необхідності враховувати особливості конкретного освітнього контексту [1]. Подібні результати були отримані й у систематичному огляді змішаного навчання у медичній освіті [2].

Водночас власний педагогічний досвід показує, що цифровізація навчання не є автоматичною гарантією його ефективності. Однією з найбільш суттєвих проблем є необхідність сформованої саморегуляції студента. Першокурсник часто ще не володіє достатніми навичками планування власного навчального часу, визначення пріоритетів та систематичного опрацювання матеріалу. У такій ситуації надання великої кількості цифрових ресурсів без чіткої структури може не полегшувати, а ускладнювати навчання.

Ця проблема підтверджується сучасними дослідженнями. Систематичний огляд саморегуляції медичних студентів у змішаному освітньому середовищі показав, що успішність такого навчання пов'язана з розвитком автономності та навичок саморегульованого навчання, але студентам потрібні відповідні

інструкції, підтримка та педагогічний супровід [3]. Отже, змішане навчання не означає простого перенесення матеріалів у Moodle або іншу цифрову платформу. Воно потребує продуманого педагогічного дизайну.

Іншою проблемою є зменшення безпосередньої комунікації. Для медичної біології особливо важливо зберегти аудиторний компонент. Під час очного заняття значно легше пояснити складні взаємозв'язки між структурою і функцією клітини, механізмами спадковості, мутаційними процесами, закономірностями розвитку людини або біологією паразитів. Обговорення клінічно орієнтованих ситуацій та тестових завдань також стає ефективнішим, коли викладач може одразу поставити додаткове запитання і простежити логіку відповіді студента.

Важливим недоліком змішаного навчання є також нерівномірність цифрових можливостей студентів. Сучасні дослідження звертають увагу на проблеми технічної інфраструктури, цифрових навичок та якості взаємодії між студентами і викладачами [4, 5]. Навіть за наявності смартфона або комп'ютера студент може мати різний рівень цифрової грамотності, різну якість доступу до мережі та різні умови для самостійної роботи.

Перспективним напрямом є поступовий перехід від моделі «матеріал онлайн — контроль онлайн» до більш змістовної інтеграції цифрових і аудиторних компонентів. Доцільним видається використання цифрового середовища перед заняттям для попереднього ознайомлення з матеріалом і самоперевірки, аудиторного часу — для аналізу складних питань та активної взаємодії, а після заняття — для закріплення знань, тестування та індивідуального опрацювання помилок. Така логіка наближається до принципів перевернутого навчання, ефективність якого у підготовці фахівців охорони здоров'я також досліджувалася в сучасних систематичних оглядах [5].

Висновки. Досвід використання змішаного навчання під час викладання медичної біології студентам першого курсу свідчить про доцільність поєднання аудиторної взаємодії з можливостями цифрового освітнього середовища. Основними перевагами такого підходу є гнучкість навчання, доступність матеріалів, можливість багаторазового повторення інформації, оперативний

тестовий контроль та підтримка самостійної роботи. Водночас ефективність змішаного формату обмежується недостатньо сформованими навичками саморегуляції першокурсників, потребою в постійному педагогічному супроводі, технічними труднощами та ризиком зменшення безпосередньої взаємодії викладача і студента.

Література

1. Lockey A., Bland A., Stephenson J., Bray J., Astin F. Blended Learning in Health Care Education: An Overview and Overarching Meta-analysis of Systematic Reviews. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2022. Vol. 42, No. 4. P. 256–264. DOI: 10.1097/CEH.0000000000000455.

2. Vallée A., Blacher J., Cariou A., Sorbets E. Blended Learning Compared to Traditional Learning in Medical Education: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2020. Vol. 22, No. 8. e16504. DOI: 10.2196/16504.

3. Ballouk R., Mansour V., Dalziel B., McDonald J., Hegazi I. Medical students' self-regulation of learning in a blended learning environment: a systematic scoping review. *Medical Education Online*. 2022. Vol. 27, No. 1. 2029336. DOI: 10.1080/10872981.2022.2029336.

4. Ashraf M. A., Yang M., Zhang Y. et al. A Systematic Review of Systematic Reviews on Blended Learning: Trends, Gaps and Future Directions. *Psychology Research and Behavior Management*. 2021. Vol. 14. P. 1525–1541. DOI: 10.2147/PRBM.S331741.

5. Naing C., Whittaker M. A., Aung H. H. et al. The effects of flipped classrooms to improve learning outcomes in undergraduate health professional education: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*. 2023. Vol. 19, No. 3. e1339. DOI: 10.1002/cl2.1339.

VIII. НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я (ДЛЯ МАГІСТРАНТІВ ТА ЗДОБУВАЧІВ РІВНЯ ДОКТОРА ФІЛОСОФІЇ ГАЛУЗІ ЗНАНЬ І ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ).

УДК 611.7+612.7]:617.58-089.873]:616-08-039.76

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Олена АНТОНОВА

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Медсестринство
antonovaolena4@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Ольга КОЗИНЕЦЬ
доктор філософії, викладач кафедри біомедичних дисциплін
та фізичної терапії, *Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна*

Анотація. У статті розглянуто основні анатомо-фізіологічні зміни після ампутації нижньої кінцівки. Визначено їх вплив на рухову функцію, стан кукси та загальний перебіг раннього реабілітаційного періоду. Підкреслено значення цих змін для планування ранньої реабілітації.

Ключові слова: ампутація нижньої кінцівки, анатомо-фізіологічні зміни, рання реабілітація, кукса, рухова функція, біомеханічні зміни.

Ампутація нижньої кінцівки спричиняє комплекс анатомічних, фізіологічних і функціональних змін. Їх вираженість залежить від рівня ампутації, загального стану пацієнта, віку, супутніх захворювань та перебігу післяопераційного періоду. Втрата частини кінцівки порушує звичну опорну функцію та змінює характер рухової активності. Організм має адаптуватися до нового розподілу навантаження і нових умов підтримання рівноваги.

Одні з перших змін виникають безпосередньо в ділянці кукси. Після операції спостерігаються травматизація тканин, запальна реакція та набряк.

Набряк є природною реакцією організму на хірургічне втручання, однак його надмірна вираженість може ускладнювати загоєння тканин і подальше формування кукси. Важливого значення набувають контроль стану післяопераційної рани, правильне положення кінцівки та поступове зменшення набряку. Choo Y. J. та співавтори зазначають, що належний догляд за куксою, контроль набряку та профілактика контрактур є важливими складовими реабілітації після ампутації [1].

Після ампутації змінюється і стан м'язової системи. Через зменшення рухової активності та тривале перебування в ліжку може поступово знижуватися м'язова сила. Особливо це стосується м'язів кукси, тазового поясу та збереженої нижньої кінцівки. Недостатня активність сприяє розвитку м'язової слабкості та знижує здатність пацієнта самостійно змінювати положення тіла, пересідати, вставати та виконувати елементарні побутові дії.

Певну небезпеку в ранньому періоді становить формування контрактур. Вони можуть виникати внаслідок тривалого перебування суглобів у неправильному положенні та недостатнього обсягу рухів. Ризик контрактур залежить і від рівня ампутації. Наприклад, після трансфеморальної ампутації особливого значення набуває збереження достатнього обсягу рухів у кульшовому суглобі. Обмеження рухливості надалі може ускладнювати вертикалізацію, навчання ходьби та протезування. Тому правильне позиціонування і поступове відновлення рухової активності повинні розпочинатися вже на ранньому етапі.

Втрата частини нижньої кінцівки суттєво змінює біомеханіку тіла. Змінюється положення центру маси, зменшується площа опори та порушується звичний механізм підтримання рівноваги. У ранньому періоді пацієнтові складніше самостійно сідати, вставати та утримувати вертикальне положення. Для виконання цих дій організм починає використовувати компенсаторні механізми.

Основне навантаження поступово переноситься на збережену нижню кінцівку. Водночас зростає роль м'язів тулуба та верхніх кінцівок, особливо під час використання допоміжних засобів пересування. Надмірна або тривала

компенсація може створювати додаткове навантаження на суглоби збереженої кінцівки, таз і хребет. За даними Lee S.-P. та співавторів, у осіб після ампутації нижньої кінцівки спостерігаються біомеханічні зміни, які можуть бути пов’язані з додатковим навантаженням на опорно-рухову систему [2].

Тривалий постільний режим може негативно впливати на серцево-судинну та дихальну системи. Зменшується загальна фізична витривалість, швидше виникає втома під час навантаження. У деяких пацієнтів навіть прості дії, такі як пересаджування з ліжка на стілець або використання ходунків, спочатку потребують значних фізичних зусиль.

Обмеження рухливості може впливати й на кровообіг у нижніх кінцівках. Недостатня м’язова активність зменшує природне сприяння венозному відтоку. Тому рання активізація пацієнта має значення не тільки для відновлення рухової функції, а й для підтримання нормальної роботи інших систем організму. Її обсяг повинен визначатися відповідно до стану післяопераційної рани, рівня ампутації та загального самопочуття пацієнта.

Значних змін зазнає також нервова система. Під час ампутації відбувається переріз периферичних нервових шляхів. Водночас нервова система продовжує певний час сприймати сигнали так, ніби втрачена частина кінцівки все ще існує. Це може проявлятися фантомними відчуттями. Пацієнт може відчувати положення відсутньої частини кінцівки, її рух, поколювання, свербіж або інші незвичні відчуття.

Окремою проблемою є фантомний біль. Його характер і вираженість можуть суттєво відрізнятися в різних пацієнтів. Біль здатний обмежувати рухову активність, погіршувати сон і знижувати готовність людини брати активну участь у реабілітації. Raffin E. розглядає сенсомоторну пластичність після ампутації як важливий процес, який необхідно враховувати при формуванні реабілітаційної стратегії [3].

Отже, рання реабілітація після ампутації повинна враховувати не лише факт втрати частини кінцівки, а весь комплекс змін, що виникають унаслідок операції. Розуміння цих змін дозволяє своєчасно визначити основні ризики,

попередити частину ускладнень і створити умови для подальшого функціонального відновлення пацієнта.

Література

1. Choo Y. J., Kim D. H., Chang M. C. Amputation stump management: A narrative review. *World journal of clinical cases.* 2022. Vol. 10, № 13. P. 3981–3988. DOI: https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i13.3981.

2. Lee S. P., Farrokhi S., Kent J. A. et al. Comparison of clinical and biomechanical characteristics between individuals with lower limb amputation with and without lower back pain: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Biomechanics.* 2023. Vol. 101. Art. 105860. DOI: https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2022.105860.

3. Raffin E. The various forms of sensorimotor plasticity following limb amputation and their link with rehabilitation strategies. *Revue Neurologique.* 2021. Vol. 177, № 9. P. 1112–1120. DOI: https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.09.003

УДК:615.454.1+547.596.4+615.32+616.5

ОБҐРУНТУВАННЯ СКЛАДУ ТА РЕОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ОПТИМІЗОВАНОГО ГІДРОГЕЛЮ З МЕНТОЛОМ ТА ФІТОЕКСТРАКТАМИ ДЛЯ РЕГЕНЕРАЦІЇ ШКІРИ

Наталія БІЛАНЮК

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОПП Фармація, промислова фармація
nataliabilanuk12@gmail.com
Івано-Франківський національний медичний університет,

Науковий керівник – Тетяна КОСТАЩУК
доктор філософії (PhD), асистент кафедри фармацевтичного управління, технології ліків та фармакогнозії
Івано-Франківський національний медичний університет,

Анотація. Дана робота зосереджена на розробці складу і експериментальному дослідженні реологічних параметрів м'якого лікарського

засобу у формі гідрогелю, до складу якого входять ментол і комплекс рідких фітоекстрактів. Обрано гелеутворювач та оптимізовано співвідношення активних компонентів для досягнення належної регенеративної ефективності. Проведено реологічні тести, які включають визначення межі плинності, пластичної в'язкості та тіксотропних характеристик системи, що підтверджують стабільність та зручність використання гелю. Результати показують, що розроблена фармакотерапевтична система має великий потенціал для застосування в дерматологічній практиці.

Ключові слова: гідрогель, реологія, ментол, фітоекстракти, регенеративно-загоювальний ефект, фармацевтичні технології.

Розробка та покращення м'яких лікарських форм для місцевого використання залишається одним із ключових напрямків сучасної фармацевтичної технології та дерматології [1-3]. Серед різноманіття формул особливий інтерес викликають гідрогелі. Завдяки своїй тривимірній структурі, здатності утримувати велику кількість води та високій сумісності з тканинами організму, гідрогелеві основи забезпечують рівномірне та тривале вивільнення фармацевтичних інгредієнтів [4, 5]. Крім того, вони відрізняються комфортними властивостями: легко наносяться на ушкоджені поверхні, не перешкоджають шкірному диханню, створюють приємний охолоджувальний ефект і не залишають жирного або липкого відчуття. Необхідність створення ефективних регенеративних засобів зростає через високу частоту шкірних травм, побутових і сонячних опіків, а також дерматологічних захворювань, що супроводжуються запаленням, свербежем і порушенням цілісності епідермісу. Комплексний підхід до терапії таких станів включає поєднання знеболювальних, протизапальних, антисептичних і відновлювальних компонентів [1, 5, 6]. Зокрема, додавання ментолу дає змогу швидко досягти місцевого знеболювального та протисвербіжного ефекту завдяки стимуляції холодових рецепторів і пригніченню медіаторів запалення. Разом із комплексом рідких фітоекстрактів, багатих на флавоноїди, дубильні речовини, вітаміни та органічні кислоти,

утворюється потужна фармакотерапевтична система. Вона прискорює епітелізацію, стимулює грануляцію тканин і має антиоксидантну дію. Успішне застосування та стабільність таких м'яких форм значною мірою залежать від їх структурно-механічних характеристик. Дослідження реологічних властивостей, таких як границя текучості, пластична в'язкість і тиксотропія, допомагає підібрати оптимальний склад гелеутворювача, оцінити легкість нанесення та здатність до екструзії з туби, а також передбачити поведінку системи під час зберігання та використання на ушкодженій шкірі [2-4].

Матеріалах та методи. У дослідженні використано натрій-карбоксиметилцелюлозу як гелеутворювач, рацемічний ментол, ефірну олію м’яти перцевої, комплекс рідких фітоекстрактів (зокрема настойки календули, полину та рідкий екстракт ехінацеї), а також гліцерин і очищену воду. Щодо органолептичних, фізико-хімічних характеристик, показників якості і стабільності, розроблені зразки гідрогелів були вивчені відповідно до стандартів Державної Фармакопеї України. Реологічний профіль і структурно-механічні властивості систем, такі як межа плинності, пластична в'язкість і тіксотропне відновлення, досліджували із залученням ротаційного синхро-електровіскозиметра Брукфільда (MYR VR300, модель V2R, виробництва Viscotech Hispania, S.L., Іспанія), підтримуючи температуру на рівні (20,0 ± 0,5) °C.

Результати та їх обговорення. У ході серії фізико-хімічних і біофармацевтичних досліджень було створено кілька експериментальних зразків гідрогелів. Ці зразки мали різний вміст натрій-КМЦ (від 2,0 % до 4,0 %), ментолу, ефірної олії м'яти та комбінації екстрактів з рослин (календули, полину та ехінацеї). Оцінка органолептичних і фізико-хімічних характеристик виявила, що оптимальний склад гідрогелю з 3,0 % натрій-КМЦ є однорідною, прозорою масою з приємним запахом ментолу та лікарських рослин. Його рівень pH становить 5,8 – 6,2, що є оптимальним для догляду за ураженою шкірою та сприяє регенерації епідермісу. Аналіз реологічного профілю за допомогою ротаційного віскозиметра Brookfield MYR VR300 (при швидкостях деформації

від 0,5 до 200 $с^{-1}$) показав, що розроблені системи є неньютонівськими рідинами з псевдопластичними властивостями та мають межу плинності. Зі збільшенням швидкості зсуву відбувається поступове руйнування внутрішньої сітки натрій-КМЦ, що веде до зниження в'язкості з 18 500 мПа·с до 2 100 мПа·с. Псевдопластичність забезпечує легке видавлювання гелю з упаковки і простий розподіл по шкірі без зайвого подразнення. Реограми течії (залежність напруги зсуву від швидкості) та петлі гістерезису підтвердили виражені тіксотропні властивості системи. Вони демонструють швидке відновлення структури після зняття навантаження – через 15 хвилин відновлюється понад 88 – 92 % в'язкості. Це важливо для стабільності гелю під час зберігання та запобігає його стіканню. Додавання фітоекстрактів і настоянок разом з гліцерином не порушувало цілісності полімерної матриці натрій-КМЦ, сприяючи збереженню в'язкості та забезпечуючи пролонговану фармацевтичну дієвість активних речовин.

Висновки. На основі проведених фізико-хімічних, технологічних і біофармацевтичних досліджень стало можливим науково обґрунтувати склад і розробити оптимальну технологію приготування екстемпорального гідрогелю. До його складу входять ментол, ефірна олія м’яти та комплекс рідких фітоекстрактів (календули, полину та ехінацеї) на основі натрій-карбоксиметилцелюлози, що сприяє прискоренню регенерації шкірного покриву. Експериментально підтверджено, що розроблена система гідрогелю характеризується оптимальними структурно-механічними та реологічними властивостями: вираженим псевдопластичним типом течії, оптимальною межею текучості, легкою розподільністю та високим рівнем тіксотропного відновлення в'язкості (>88%). Це забезпечує зручність у застосуванні, стабільність під час зберігання та пролонговане вивільнення біологічно активних речовин.

Література

1. Suchithra A. B., Jeganath S., Jeevitha E. Pharmaceutical Gels and Recent Trends –A Review. Research Journal of Pharmacy and Technology. 2019. Т. 12, № 12. С. 6181–6186. URL: https://doi.org/10.5958/0974-360X.2019.01073.4

2. Sharma, G. S., Anusha, L., Kiran, R. S., & Tadikonda, R. R. (2022). A review on pharmaceutical gels. YMER Digital, 21(12), 1338–1349. https://www.researchgate.net/publication/371989626_A_REVIEW_ON_PHARMACEUTICAL_GELS

3. Doba S., Buzlama A. Protective effect of three developed gel formulations: Chitosan, Chitosan with Taurine and Chitosan with Dexpanthenol, on the acute overdose of Diclofenac sodium in preclinical studies. Research Journal of Pharmacy and Technology. 2021. С. 4341–4348. URL: https://doi.org/10.52711/0974-360x.2021.00754

4. A review on pharmaceutical gels / G. S. Sharma, L. Anusha, R. S. Kiran et al. YMER Digital. 2022. Vol. 21, no. 12. P. 1338–1349. https://www.researchgate.net/publication/371989626_A_REVIEW_ON_PHARMACEUTICAL_GELS

5. Singh S, Kumar M, Singh T, Tyagi.LK. Hydrogel Used as Potentialdrug delivery system: A Review. Int J P'ceutical BiologicalArchives 2011; 2(4); 1068-1076.19.
https://www.researchgate.net/publication/230785490_Hydrogels_as_potential_drug_delivery_systems

6. Dmytriieva O. O., Bielenichev I. F., Burlaka B. S. Optimisation of the composition of safe dental gel with IL-1β antagonist for the treatment of inflammatory periodontal diseases. Zaporozhye Medical Journal. 2024. Т. 26, № 2. С. 134–143. URL: https://doi.org/10.14739/2310-1210.2024.2.292521

УДК 615.825:616.24-06:617-089

РЕСПІРАТОРНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ТОРАКАЛЬНИХ І АБДОМІНАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ: ДОКАЗОВІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ЛЕГЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ

Богдан БОНДАР

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
bb761323@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Сергій МАРГІТІЧ
к. мед. н., викладач кафедри біомедичних
дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Розглянуто механізми виникнення післяопераційних легеневих ускладнень після втручань на органах грудної клітки та черевної порожнини. Узагальнено доказові дані щодо передопераційного навчання, тренування інспіраторних м’язів, ранньої мобілізації та дихальних технік. Звернено увагу на засоби з непідтвердженою ефективністю та інструменти оцінювання результатів.

Ключові слова: фізична терапія, післяопераційні легеневі ускладнення, торакальна хірургія, абдомінальна хірургія, рання мобілізація.

Після операцій на органах грудної клітки та верхнього поверху черевної порожнини загальна анестезія сприяє утворенню ателектазів, а біль у ділянці розрізу, дисфункція діафрагми й вимушене положення обмежують глибину вдиху та ефективність кашлю. Це створює умови для затримки мокротиння й розвитку пневмонії.

Післяопераційні легеневі ускладнення, до яких належать ателектаз, пневмонія, дихальна недостатність та інші порушення, є однією з провідних причин подовження госпіталізації та летальності після великих операцій [1]. Ризик зростає в курців, людей похилого віку, пацієнтів із хронічними захворюваннями легень і при верхніх абдомінальних або торакальних доступах.

Водночас зміст втручань фізичного терапевта в різних закладах істотно відрізняється і не завжди спирається на сучасні докази.

Метою роботи визначено аналіз доказової бази щодо засобів респіраторної фізичної терапії в передопераційному та ранньому післяопераційному періодах у пацієнтів після торакальних і абдомінальних втручань.

Джерельну базу сформовано з рандомізованих досліджень, Кокранівських оглядів і клінічних настанов, розміщених у PubMed і PEDro. Застосовано аналітико-синтетичний метод та оцінювання доказів за типом дослідження.

Профілактику легеневих ускладнень варто починати ще до операції. У багатоцентровому рандомізованому дослідженні одне тридцятихвилинне заняття з фізичним терапевтом перед операцією на верхньому поверсі черевної порожнини приблизно вдвічі знизило частоту легеневих ускладнень [2]. Пацієнтів навчали дихальних вправ і техніки кашлю, які вони мали виконувати одразу після пробудження.

Передопераційне тренування інспіраторних м’язів із дозованим опором, за даними систематичного огляду, зменшувало ризик ателектазу й пневмонії та тривалість госпіталізації після кардіохірургічних і великих абдомінальних операцій [3]. Утім, якість доказів низька або помірна, тому метод доцільно розглядати як доповнення для пацієнтів високого ризику.

Після операції провідне місце посідає рання мобілізація: настанови програм прискореного відновлення рекомендують сідати й починати ходьбу якомога раніше, бажано в першу добу [4]. Її доповнюють вправи на глибокий вдих, форсований видих і кашель із фіксацією ділянки розрізу. Натомість стимулювальна спірометрія після операцій на верхньому поверсі черевної порожнини не показала переваг над іншими видами дихальної фізичної терапії [5], тому не може замінити мобілізацію та навчання пацієнта. Необхідною умовою всіх втручань є адекватне знеболення, узгоджене з анестезіологом і хірургом.

Для оцінювання результатів доцільно поєднувати сатурацію, частоту дихання, показники спірометрії, максимальний тиск на вдиху, частоту легеневих

ускладнень за стандартизованими критеріями, тест шестихвилинної ходьби та тривалість госпіталізації.

Отже, післяопераційні легеневі ускладнення є поширеною проблемою, профілактика якої входить до ключових завдань фізичного терапевта. Найбільш обґрунтованими засобами є передопераційне навчання, рання мобілізація та активні дихальні техніки, а тренування інспіраторних м'язів є перспективним доповненням. Програма респіраторної фізичної терапії має ґрунтуватися на доказах, узгоджуватися з мультидисциплінарною командою та оцінюватися стандартизованими показниками.

Література

1. Miskovic A., Lumb A. B. Postoperative pulmonary complications. *British Journal of Anaesthesia*. 2017. Vol. 118, № 3. P. 317–334.

2. Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: pragmatic, double blinded, multicentre randomised controlled trial / Boden I., Skinner E. H., Browning L. et al. *BMJ*. 2018. Vol. 360. j5916.

3. Preoperative inspiratory muscle training for postoperative pulmonary complications in adults undergoing cardiac and major abdominal surgery / Katsura M., Kuriyama A., Takeshima T., Fukuhara S., Furukawa T. A. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015. Issue 10. CD010356.

4. Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) / Batchelor T. J. P., Rasburn N. J., Abdelnour-Berchtold E., et al. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2019. Vol. 55, № 1. P. 91–115.

5. Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery / Nascimento Junior P., Módolo N. S. P., Andrade S., Guimarães M. M. F., Braz L. G., El Dib R. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014. Issue 2. CD006058.

УДК 615.825:796.012-053.2

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПІДВИЩЕННІ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ТА ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ДІТЕЙ 9 – 10 РОКІВ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ

Іван БУДЯК

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОП Фізична терапія
Dimon30703010@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Олена ТОЛКАЧОВА
канд. наук з фіз. виховання та спорту, доцент
кафедри біомедичних дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто можливості застосування засобів фізичної терапії для підвищення рівня рухової активності та фізичної підготовленості дітей 9–10 років, які часто хворіють. Обґрунтовано доцільність комплексного використання загальнорозвивальних і дихальних вправ, дозованих циклічних навантажень, рухливих ігор та вправ для розвитку сили, витривалості, гнучкості й координації. Визначено основні принципи організації фізичної терапії в умовах закладу освіти з урахуванням функціонального стану дітей та необхідності поступового збільшення фізичного навантаження.

Ключові слова: фізична терапія, рухова активність, фізична підготовленість, діти 9–10 років, фізичні вправи, заклад освіти.

Рухова активність є важливою складовою фізичного розвитку та підтримання здоров’я дітей молодшого шкільного віку. У віці 9–10 років продовжується формування опорно-рухового апарату, удосконалюються функціональні можливості організму, розвиваються сила, витривалість, швидкість, гнучкість, спритність та координаційні здібності. Систематична рухова активність створює необхідні передумови для розвитку фізичної підготовленості дитини, а заклад освіти є одним із найбільш доступних середовищ для її регулярного забезпечення [1, 2].

Особливої уваги потребують діти, які часто хворіють. Повторні захворювання можуть супроводжуватися перервами у відвідуванні закладу освіти та заняттях фізичною культурою, що призводить до зменшення звичного обсягу рухової активності. Після повернення до навчання таким дітям необхідне поступове відновлення фізичних навантажень з урахуванням їхнього поточного функціонального стану та фізичної підготовленості.

Сучасні дослідження підтверджують доцільність використання шкільного середовища для реалізації програм підвищення рухової активності дітей. Результати систематичних оглядів і метааналізів свідчать, що організовані в закладах освіти фізичні втручання здатні позитивно впливати на рівень рухової активності, рухову компетентність та окремі компоненти фізичної підготовленості [2–5]. Це створює підґрунтя для адаптації відповідних підходів до потреб дітей, які часто хворіють.

Метою дослідження було обґрунтувати основні напрями використання засобів фізичної терапії для підвищення рівня рухової активності та фізичної підготовленості дітей 9–10 років, які часто хворіють, в умовах закладу освіти.

Використано методи інформаційного пошуку, теоретичного аналізу та узагальнення наукової літератури, системного і структурно-логічного аналізу. Інформаційну основу становили сучасні наукові публікації щодо рухової активності дітей шкільного віку, розвитку фізичної підготовленості, рухової компетентності та ефективності шкільних програм фізичних вправ [1–5].

Аналіз наукових джерел показав, що систематичне використання фізичних вправ в умовах закладу освіти є перспективним засобом підвищення фізичної підготовленості дітей. У рандомізованому дослідженні G. Jarnig та співавт. встановлено позитивний вплив програми щоденної фізичної активності в початковій школі на показники фізичної підготовленості дітей [1]. Водночас результати мережевого метааналізу J. Wu та співавт., який охопив 66 досліджень і 8578 учасників, свідчать, що різні види шкільних фізичних втручань здатні покращувати окремі компоненти фізичної підготовленості дітей та підлітків [2].

Для дітей 9–10 років, які часто хворіють, фізична терапія повинна ґрунтуватися на принципах індивідуалізації, систематичності, доступності, поступовості та відповідності фізичного навантаження функціональним можливостям дитини. Пріоритетним є не форсоване досягнення нормативних показників, а поступове розширення рухової активності та підвищення толерантності до фізичних навантажень.

Основу програми доцільно формувати із загальнорозвивальних вправ, які залучають основні м'язові групи, сприяють підтриманню рухливості суглобів, розвитку координації та адаптації організму до фізичного навантаження. Вправи повинні відповідати віковим можливостям дітей, бути доступними для виконання та не потребувати складного спеціального обладнання.

Важливою складовою є дозоване аеробне навантаження, яке може включати ходьбу, біг помірної інтенсивності, естафети та інші циклічні вправи. Тривалість та інтенсивність такого навантаження необхідно збільшувати поступово відповідно до індивідуальної переносимості. Поєднання аеробних, силових та інших видів фізичних вправ у шкільних програмах може позитивно впливати на різні компоненти фізичної підготовленості [2].

До програми доцільно включати дихальні вправи, особливо у вступній і заключній частинах заняття та в періоди відпочинку між основними фізичними вправами. Їх застосування дозволяє навчати дітей раціонально поєднувати рухи з диханням та використовувати контрольоване дихання під час відновлення після фізичного навантаження.

Для розвитку координації та спритності можуть використовуватися вправи зі зміною напрямку руху, завдання на рівновагу, вправи з м'ячем, нескладні смуги перешкод та рухливі ігри. Результати систематичного огляду J. Moon та співавт. свідчать про ефективність програм фізичної активності для розвитку рухової компетентності дітей початкової школи [4].

Окремим компонентом програми є вправи для розвитку м'язової сили та силової витривалості. Для дітей 9–10 років доцільно використовувати вправи переважно з масою власного тіла, контролюючи техніку виконання та не

допускаючи надмірного навантаження. За результатами систематичного огляду та метааналізу E. Villa-González та співавт., шкільні програми, які містять вправи силової спрямованості, здатні покращувати показники м’язової сили, потужності та локальної м’язової витривалості дітей [5].

Важливе місце мають посідати рухливі ігри, які дозволяють одночасно збільшувати обсяг рухової активності та підтримувати інтерес дитини до занять. Ігрові завдання можуть бути спрямовані на розвиток швидкості реакції, координації, спритності та витривалості. Вони також створюють умови для позитивної емоційної взаємодії дітей і формування стійкої мотивації до рухової діяльності.

Систематичність є однією з основних умов ефективності фізичної терапії. За даними N.C. Moeller та співавт., шкільні програми загалом забезпечують невеликий, але позитивний вплив на рівень фізичної активності дітей та підлітків, причому важливе значення мають організація програми, підготовка осіб, які її реалізують, та залучення батьків [3]. Тому взаємодія фізичного терапевта, педагогічних працівників і батьків може бути важливою складовою реалізації програми в умовах закладу освіти.

Оцінювання результативності запропонованих заходів має здійснюватися комплексно та включати визначення динаміки загальної рухової активності, витривалості, сили, гнучкості, спритності й координаційних здібностей. Доцільно також враховувати переносимість навантаження та ставлення дитини до систематичної фізичної активності.

Отже, використання засобів фізичної терапії в умовах закладу освіти є перспективним напрямом підвищення рухової активності та фізичної підготовленості дітей 9–10 років, які часто хворіють. Програма повинна мати комплексний характер і включати загальнорозвивальні та дихальні вправи, дозовані аеробні навантаження, вправи для розвитку сили, витривалості, гнучкості та координації, а також рухливі ігри. Основними умовами її реалізації є індивідуалізація, систематичність, поступове збільшення навантаження та контроль його переносимості. Запропонований підхід може бути використаний

як основа для розроблення програми фізичної терапії дітей молодшого шкільного віку в межах магістерського дослідження.

Література

1. Jarnig G., Kerbl R., Jaunig J., van Poppel M. N. M. Effects of a daily physical activity intervention on the health-related fitness status of primary school children: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Sports Sciences*. 2023. Vol. 41, No. 11. P. 1073–1082. DOI: 10.1080/02640414.2023.2259210.

2. Comparative effectiveness of school-based exercise interventions on physical fitness in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis / J. Wu, Y. Yang, H. Yu, L. Li, Y. Chen, Y. Sun. *Frontiers in Public Health*. 2023. Vol. 11. 1194779. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1194779.

3. How to get children moving? The effectiveness of school-based interventions promoting physical activity in children and adolescents – a systematic review and meta-analysis of randomized controlled- and controlled studies / N. C. Moeller, L. Oestergaard, M. Rasmussen, J. Schmidt-Persson, K. T. Larsen, C. B. Juhl. *Health & Place*. 2024. Vol. 89. 103333. DOI: 10.1016/j.healthplace.2024.103333.

4. Systematic review and meta-analysis of physical activity interventions to increase elementary children's motor competence: a comprehensive school physical activity program perspective / J. Moon, C. A. Webster, D. F. Stodden, A. Brian, K. L. Mulvey, M. Beets, C. A. Egan, L. I. McIntosh, C. B. Merica, L Russ. *BMC Public Health*. 2024. Vol. 24. 826. DOI: 10.1186/s12889-024-18145-1.

5. Villa-González E., Barranco-Ruiz Y., García-Hermoso A., Faigenbaum A. D. Efficacy of school-based interventions for improving muscular fitness outcomes in children: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Sport Science*. 2023. Vol. 23, No. 3. P. 444–459. DOI: 10.1080/17461391.2022.2029578.

УДК 615.825:616.24-002

ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ТА ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ЗАСОБАМИ РЕСПІРАТОРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Марія БУРЛАКОВА

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
burlakovamasa0207@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник − Сергій МАРГІТІЧ
к. мед. н., викладач кафедри біомедичних дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У тезах розглянуто сучасні підходи до відновлення функціонального стану дихальної системи в осіб після перенесеної негоспітальної пневмонії. Проаналізовано можливості тренування інспіраторних м’язів, контрольованого дихання та поступового відновлення загальної фізичної активності. Наведено орієнтовні параметри дозування навантаження, критерії безпеки та доступні інструменти оцінювання результатів. На основі літературних даних окреслено можливу структуру програми фізичної терапії для амбулаторного та домашнього застосування.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, постгострий період, фізична терапія, тренування інспіраторних м’язів, контрольоване дихання, легенева реабілітація.

Завершення гострого періоду негоспітальної пневмонії не завжди означає повне відновлення функціональних можливостей. Упродовж наступних тижнів частина пацієнтів продовжує відчувати задишку при звичному навантаженні, кашель, слабкість і зниження працездатності. Тому після стабілізації стану виникають уже не лише лікувальні, а й реабілітаційні завдання.

Однією з причин тривалішого відновлення може бути слабкість дихальної мускулатури. Її формуванню сприяють зменшення рухової активності під час

захворювання, системна запальна відповідь, гіпоксемія та зміни звичного патерну дихання. Пацієнт починає дихати частіше й поверхневіше, більше використовує допоміжні дихальні м’язи, швидше відчуває задишку і через це додатково обмежує активність.

Тренування інспіраторних м’язів (inspiratory muscle training, IMT) добре вивчене при хронічних респіраторних захворюваннях та після COVID-19. Даних щодо його застосування саме після негоспітальної пневмонії значно менше. Тому параметри таких програм доцільно розглядати як орієнтири, що потребують індивідуального добору, а не як універсальну схему для всіх пацієнтів.

Мета роботи – на основі аналізу наукових джерел визначити можливі компоненти, параметри дозування та критерії безпеки програми фізичної терапії для відновлення функціонального стану дихальної системи й толерантності до навантаження після негоспітальної пневмонії.

Проведено пошук публікацій у PubMed, Cochrane Library, PEDro, Scopus і Google Scholar за ключовими словами «community-acquired pneumonia», «inspiratory muscle training», «breathing control», «pulmonary rehabilitation» та їх українськими відповідниками. Проаналізовано публікації 2021–2026 років за участю дорослих, де описували параметри респіраторного втручання або результати його застосування. Використано аналіз, порівняння та узагальнення отриманих даних.

Під час планування фізичної терапії після пневмонії важливо оцінювати не лише функцію зовнішнього дихання, а й переносимість фізичного навантаження та характер задишки. Відповідно програма може поєднувати тренування дихальної мускулатури, вправи для нормалізації патерну дихання та поступове повернення до загальної рухової активності.

Для тренування інспіраторних м’язів застосовують портативні порогові пристрої, що створюють дозований опір під час вдиху. У дослідженнях використовували початкове навантаження приблизно 30–50 % максимального інспіраторного тиску (PImax) із наступним коригуванням залежно від

переносимості. Типовим є режим двох серій по 30 вдихів на день протягом шести–восьми тижнів. У пацієнтів, виписаних зі стаціонару після негоспітальної пневмонії, такий підхід виявився прийнятним за переносимістю і прихильністю до виконання [1].

Додаткові дані отримано в дослідженнях пацієнтів із залишковими симптомами після COVID-19. У них тренування інспіраторних м’язів сприяло збільшенню їх сили [2], а домашні програми під дистанційним контролем фахівця супроводжувалися поліпшенням окремих показників якості життя та толерантності до навантаження [3]. Перенесення цих результатів на інші варіанти пневмонії потребує обережності, але вони можуть бути використані для формування робочих підходів до реабілітації.

Поряд із силовим респіраторним тренуванням доцільно використовувати техніки контрольованого дихання. Це може бути діафрагмальне дихання, видих через частково зімкнуті губи, активний цикл дихання за наявності мокротиння та узгодження дихання з ходьбою. Такі техніки не потребують спеціального обладнання і можуть застосовуватися під час поступового повернення пацієнта до побутової активності.

Респіраторні вправи бажано поєднувати із загальною фізичною активністю. Залежно від вихідного стану це може бути дозована ходьба з поступовим збільшенням тривалості та нескладні силові вправи для великих м’язових груп. Комбіновані програми, що включають респіраторний і загальнофізичний компоненти та навчання самоконтролю, застосовувалися у відновленні після COVID-19 [4]. Вітчизняні методичні рекомендації також наголошують на необхідності індивідуалізації навантаження відповідно до функціонального стану пацієнта [5].

Орієнтовно така програма може тривати шість–вісім тижнів, однак її тривалість і темп прогресування мають визначатися не самим календарним терміном, а реакцією пацієнта. На початку доцільно оцінити вихідні функціональні можливості, визначити переносимий рівень навантаження, навчити техніки вправ і самоконтролю. Надалі опір при ІМТ та обсяг

загальнофізичної роботи поступово змінюють відповідно до результатів повторного оцінювання.

Для контролю можуть використовуватися PImax, спірометрія, тест із шестихвилинною ходьбою або однохвилинний тест «сісти – встати», шкала задишки mMRC та пульсоксиметрія. Конкретний набір методик залежить від оснащення закладу, але важливо, щоб однакові показники оцінювалися на початку й після завершення програми.

Перед початком навантаження слід виключити стани, за яких активне респіраторне тренування є небезпечним, зокрема нестабільну гемодинаміку, нелікований пневмоторакс, кровохаркання, гарячку або ознаки прогресування запального процесу. Під час занять необхідно контролювати самопочуття та сатурацію. Поява болю в грудній клітці, вираженої задишки, що не минає після припинення навантаження, або значне зниження SpO_2 є підставою для припинення заняття й повторної оцінки стану.

Обмеженням запропонованого підходу є те, що значна частина сучасних досліджень виконана за участю пацієнтів після COVID-19. Тому ефективність окремих компонентів і оптимальні режими їх дозування саме після негоспітальної пневмонії іншої етіології потребують подальшого вивчення.

Таким чином:

1. Після перенесеної негоспітальної пневмонії в частини пацієнтів можуть зберігатися задишка, зниження сили дихальної мускулатури та толерантності до фізичного навантаження, що потребує врахування під час фізичної терапії.

2. Реабілітаційна програма може поєднувати тренування інспіраторних м’язів, техніки контрольованого дихання та поступове відновлення загальної фізичної активності. Її дозування має визначатися вихідним станом і переносимістю навантаження.

3. Подальші дослідження доцільно спрямувати на перевірку ефективності такого підходу саме в пацієнтів після негоспітальної пневмонії та уточнення оптимальних параметрів навантаження.

Література

1. Pick, H. J., Faghy, M. A., Creswell, G., Ashton, D., Bolton, C. E., McKeever, T., Lim, W. S. & Bewick, T. (2021). The feasibility and tolerability of using inspiratory muscle training with adults discharged from the hospital with community-acquired pneumonia. *Advances in Respiratory Medicine*, 89 (2), 216–220.

2. McNarry, M. A., Berg, R. M. G., Shelley, J., Hudson, J., Saynor, Z. L., Duckers, J., Lewis, K. Davies, G. A. & Mackintosh, K. A. (2022). Inspiratory muscle training enhances recovery post-COVID-19: a randomised controlled trial. *European Respiratory Journal,* 60, Article 2103101.

3. Del Corral, T., Fabero-Garrido, R., Plaza-Manzano, G., Fernández-de-las-Peñas, C., Navarro-Santana, M. & López-de-Uralde-Villanueva, I. (2023). Home-based respiratory muscle training on quality of life and exercise tolerance in long-term post-COVID-19: randomized controlled trial. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *66*(1), 101709.

4. Jimeno-Almazán, A., Buendía-Romero, Á., Martínez-Cava, A., Franco-López, F., Sánchez-Alcaraz, B. J., Courel-Ibáñez, J. & Pallarés, J. G. (2023). Effects of a concurrent training, respiratory muscle exercise, and self-management recommendations on recovery from post-COVID-19 conditions: the RECOVE trial. *Journal of Applied Physiology*, *134*(1), 95–104.

5. Реабілітація пацієнтів після перенесеної пневмонії коронавірусної етіології в амбулаторних умовах: методичні рекомендації. (2022). Одеса : ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України».

УДК 005.336.2:614.253.5-089]:001.891

СТРУКТУРА ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ ОПЕРАЦІЙНОЇ: НАУКОВИЙ ПОШУК

Юлія ВЕРЕТІЛЬНИК

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Медсестринство
juliveretilnik@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Інна МАРУШ,
доктор філософії, доцент, доцент кафедри терапевтичних
та фахових медсестринських дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У науковій роботі розглянуто поняття професійної компетентності сестри медичної та здійснено дослідницький пошук компонентів даного педагогічного феномену. Автором студійовано наукові праці різних дослідників на надано власне поняття професійної компетентності сестри медичної. У тезах зазначено шлях реалізації кожного компонента професійної компетентності у професійних обов'язках медика.

Ключові слова**:** сестра медична, професійна компетентність, складники професійної компетентності.

Система вищої освіти в Україні зумовлює необхідність удосконалення професійної підготовки медичних сестер як фахівців, які здатні до безперервного професійного розвитку, ефективної адаптації до сучасних професійних інновацій, а також компетентного розв'язання практичних завдань і проблемних ситуацій у межах професійної діяльності.

Професійна компетентність медичної сестри передбачає цілеспрямований і систематичний процес розвитку мотивації до професійного самовдосконалення та набуття комплексу особистісно-професійних якостей, необхідних для ефективного здійснення медсестринської діяльності. До таких якостей належать толерантність, емпатія, рефлексивність, комунікативність та інші

характеристики, що забезпечують належний рівень професійної взаємодії й виконання фахових обов'язків [1].

Операційна медична сестра (у міжнародній практиці – scrub nurse або perioperative nurse) – це фахівець із вищою або базовою фаховою медичною освітою, який має відповідну спеціалізовану підготовку у сфері періопераційного догляду та здійснює безпосередню професійну діяльність у процесі підготовки й проведення оперативних втручань [2].

З огляду на це особливої актуальності набуває дослідження сутності, змісту та структурних компонентів професійної компетентності медичних сестер операційних, що нині є предметом активного наукового пошуку та ґрунтовного вивчення вітчизняними й зарубіжними науковцями.

В. Краєвський визначає чотири основні компоненти, які характеризують структуру професійної компетентності медичної сестри: мотиваційно-цільовий, який формує вектор професійної діяльності; когнітивний компонент, який характеризується сукупністю професійних знань і вмінь та здатністю застосовувати їх у практичній діяльності; операційно-діяльнісний, який відображає практичну реалізацію набутих знань і вмінь та визначає результативність і продуктивність професійної діяльності та рефлексивний компонент, пов'язаний із готовністю особистості аналізувати власну діяльність, визначати проблеми та знаходити шляхи їх розв'язання, зокрема шляхом творчого переосмислення набутого досвіду. [2].

І. Коротяєва виокремлює п'ять взаємопов'язаних компонентів. Когнітивний компонент охоплює систему теоретичних знань, необхідних для професійної діяльності у відповідній предметній галузі. Діяльнісний компонент репрезентує сукупність практичних умінь і способів діяльності, що забезпечують ефективне виконання професійних завдань. Особистісний компонент передбачає здатність фахівця до самоусвідомлення, самоаналізу та рефлексії власної професійної діяльності. Мотиваційний компонент охоплює комплекс особистісних характеристик, які визначають прагнення до професійного саморозвитку, безперервного навчання, удосконалення та поглиблення

професійних знань. Комунікативно-операційний компонент характеризує здатність особистості ефективно взаємодіяти з іншими людьми, здійснювати професійне спілкування та працювати в колективі [3].

Дослідниця А. Панфілова розглядає професійну компетентність сестри медичної як комплексне утворення, структуру якого формують чотири основні групи компонентів: індивідуально-особистісний компонент (охоплює психофізіологічні та психологічні характеристики особистості, зокрема особливості пам'яті, мислення, мовлення, темпераменту, характеру та типу особистості), загальнокультурний компонент (відображає систему моральних якостей, ціннісних орієнтацій, переконань, світоглядних позицій, особливостей менталітету та загального рівня ерудиції майбутнього фахівця), поведінковий компонент (розкривається через практичний аспект професійної компетентності), мотиваційно-рефлексивний компонент (характеризується сформованістю стійкої мотивації до набуття професійної компетентності, прагненням до досягнення належного рівня професійної підготовки та здатністю до адекватної самооцінки власних професійних можливостей) [4].

Таким чином, аналіз різних наукових підходів до визначення структури професійної компетентності сестри медичної дає змогу стверджувати, що вона є складним, багатокомпонентним утворенням, у якому поєднуються мотиваційні, когнітивні, діяльнісні, особистісні та рефлексивні характеристики фахівця.

Здійснивши студіювання наукових праць, ми зробили висновки, що структура професійної компетентності сестри медичної операційної майже не вивчена. Зважаючи на ще, пропонуємо авторське визначення та структуру у фокусі діяльності операційних медичних сестер.

Професійна компетентність сестри медичної операційної – це складна система знань, умінь та навичок, які реалізують здатність та готовність сестри медичної здійснювати свої посадові обов'язки. На нашу думку, компонентами професійної сестри медичної є: когнітивний, діяльнісний, мотиваційний та рефлексивний. Саме ці компоненти найточніше визначають здатність медичних сестер операційних якісно здійснювати практичну діяльність.

Реалізація професійної компетентності сестри медичної операційної в умовах сучасного високотехнологічного операційного блока має комплексний характер, де кожен визначений компонент безпосередньо впливає на безпеку та ефективність хірургічного втручання.

- Реалізація когнітивного компонента полягає у використанні теоретичного підґрунтя для превентивного мислення фахівця. Знання анатомо-топографічних особливостей та етапів хірургічного втручання дозволяють операційній сестрі випереджати дії хірурга на один крок, мінімізуючи часові витрати. Окрім цього, фундаментальні знання з епідеміології та інфекційного контролю є основою для суворого дотримання режиму асептики й антисептики, що знижує ризик виникнення інфекцій області хірургічного втручання.
- Діяльнісний компонент трансформується у безпомилкове виконання мануальних навичок в умовах дефіциту часу. Цей складник забезпечує технічну готовність до експлуатації складного ендоскопічного, лазерного та робототехнічного обладнання. Автоматизм та чіткість прийому-передачі інструментарію, раціональна організація робочого простору (операційного стола) та миттєва готовність до участі в реанімаційних заходах безпосередньо корелюють із тривалістю операції та об'ємом інтраопераційної крововтрати.
- Практична роль мотиваційного компонента реалізується через оптимізацію міжперсональної взаємодії всередині операційної бригади та бажанні працювати в команді. Вміння синхронізувати діяльність із хірургом та анестезистом без зайвих вербальних маркерів (команд) створює сприятливий психологічний мікроклімат. Висока стресостійкість та здатність до тривалої концентрації уваги запобігають розвитку когнітивної втоми під час багатогодинних симультанних втручань, що нівелює ризик «людського фактора».
- Практична функція рефлексивного компонента є головним регулятором безпеки пацієнта та професійного самовдосконалення. Він виявляється у здатності операційної сестри до об'єктивного критичного аналізу власної діяльності та оперативного виправлення потенційних помилок

(наприклад, суворий покроковий підрахунок інструментарію та серветок). Цей компонент стимулює до безперервного професійного розвитку, адаптації до нових клінічних протоколів та підтримання високих стандартів медичної деонтології.

Таким чином, інтеграція всіх компонентів професійної компетентності забезпечує синергетичний ефект, де теоретична грамотність і мануальна майстерність регулюються високою відповідальністю та психологічною стійкістю фахівця, що гарантує інтраопераційну безпеку пацієнта

Література

1. Назаренко Л.В., Мельничук І. М. Зміст та структура професійної компетентності майбутніх медичних сестер. *Медсестринство*. 2014. Вип. 4. С. 40-43.

2. Радзієвська І. В. Формування професійної компетентності медичних сестер. *Проблеми освіти*. 2008. Вип. 57. С. 69-73.

3. Супрун Л. М. Психологічний аналіз готовності медсестер до професійної діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.01. Київ, 2004. 18 с.

4. . Аврамчук Л. А. Формування активної пізнавальної діяльності студентів. *Педагогіка і психологія*. 2007. № 3. С. 122-125.

5. Зязюн І. А. Сучасні технології професійної підготовки особистості в умовах неперервної освіти. *Персонал.* № 5 (59). 2000. С. 113 117.

УДК 655.58

РОЗРОБКА АЛЬГІНАТНОЇ МАСКИ НОВОГО ПОКОЛІННЯ НА ОСНОВІ СИНЕРГІЇ 4D-ГІДРАТУЮЧОГО ТА БІОЕНЕРГЕТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ

Іванна ВЕРСТЮК

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОПП Фармація, промислова фармація
ivanka.verstyuk2005@gmail.com
Івано-Франківський національний медичний університет,
Науковий керівник – Тетяна КОСТАЩУК
доктор філософії (PhD), асистент кафедри
фармацевтичного управління, технології ліків та фармакогнозії
Івано-Франківський національний медичний університет,

Анотація. Дана робота спрямована на створення складу та розробці інноваційної антивікової альгінатної маски, яка поєднує ефективне поступове вивільнення компонентів зі зручною формою використання. Особливе місце займає компонент – альгінат натрію, який виступає в ролі загусника та консерванта і володіє антиоксидантним, ліфтинговим ефектами. Введення в склад 4D-гідратуючого комплексу гарантує багаторівневе зволоження шкіри. В свою чергу біоенергетичні компоненти покращують метаболічні процеси в шкірі обличчя та підвищують клітинну активність. Отримані результати вказують на перспективність використання розробленої маски у сучасній косметології та дерматологічній практиці.

Ключові слова: альгінатна маска, альгінат натрію, 4D-гідратуючий комплекс, біоенергетичний комплекс, антивікова, ліфтинговий ефект.

Альгінат є природним полісахаридом, який широко застосовується у формі водорозчинної солі, зокрема альгінату натрію. Він належить до гідрофільних аніонних полісахаридів, отримують його із бурих водоростей. Завдяки своїй здатності до структуроутворювання, утримання вологи та формування плівки альгінати становлять значний інтерес для створення сучасних косметичних засобів. Властивості альгінатних систем можуть регулюватися шляхом зміни концентрації компонентів, використання поверхнево-активних речовин і

зшивальних агентів, а також варіювання технологічних параметрів, зокрема тривалості перемішування. Застосування відповідних методів одержання та оптимізація умов технологічного процесу дають можливість формувати альгінатні наночастинки із заданими характеристиками, такими як ефективність інкапсуляції, профіль вивільнення активних речовин і дзета-потенціал [1]. Важливою перевагою такої системи є двоетапний характер вивільнення, що сприяє пролонгованій взаємодії ліпофільних біоактивних компонентів зі шкірою та створює умови для утримання їх в роговому шарі. Використання наноносіїв, може оптимізувати локальну доставку активних речовин завдяки тіснішому контакту з поверхнею шкіри та формуванню концентраційного градієнта, який сприяє дифузії сполук у шари епідермісу [2]. Перспективним напрямом застосування альгінату в косметичних засобах є використання його потенційних антимікробних властивостей , що свідчить про можливість застосування цього компонента як консерванта [1, 3].

Матеріали та методи. У межах дослідження опрацьовано експериментальну композицію косметичної маски на основі альгінату, до складу якої передбачено введення 4D-гідратуючого та біоенергетичного комплексів. Функцію основного структуроутворювача виконував альгінат натрію. Для обгрунтування та подальшої оптимізації рецептури застосували компплекс органолептичних, фізико-хімічних і фармацевтико-технологічних підходів. Якість дослідних композицій оцінювали за їх зовнішніми характеристиками, однорідністю структури, значенням pH, особливостями формування гелю, тривалістю гелеутворення та здатністю системи утримувати вологу. Вибір оптимального складу грунтувався на порівняльному аналізі модельних зразків, що відрізнялися співвідношенням функціональних інгредієнтів.

Результати та їх обговорення. У результаті проведеної роботи сформовано концепцію багатокомпонентної альгінатної маски, у якій поєднано 4D-гідратуючий та біоенергетичний комплекси. Альгінатна основа забезпечує формування гелевої структури та створює сприятливе середовище для включення функціональних інгредієнтів. Основною особливістю запропонованої композиції є комплексний підхід до догляду за шкірою, що

передбачає поєднання підтримання її гідратації з дією обраних біоактивних компонентів. Особливу увагу приділено сумісності складових та можливості їх введення до єдиної альгінатної системи без погіршення її основних технологічних характеристик. Запропонована рецептурна концепція розширює функціональні можливості традиційної альгінатної маски та може бути основою для подальшого експериментального дослідження. Наступним етапом є встановлення оптимальних концентрацій компонентів і підтвердження заявлених властивостей готової маски.

Висновки. Проведене дослідження дозволило визначити доцільність створення альгінатної маски комплексної дії, збагаченої 4D-гідратуючим і біоенергетичним комплексами. Поєднання функціональних інгредієнтів з альгінатною основою є перспективним підходом до розробки сучасної косметичної форми, орієнтованої на підтримання оптимального стану та зволоженості шкіри. Запропонована композиція може стати основою для подальшого вдосконалення рецептури та технології засобу. Для підтвердження його функціональних властивостей необхідним є подальше експериментальне дослідження розробленої системи.

Література

1. Adamiak, K., & Sionkowska, A. (2023). State of innovation in alginate-based materials. *Marine Drugs*, 21(6), Article 353. https://doi.org/10.3390/md21060353

2. Miastkowska, M., Kulawik-Pióro, A., Sienkiewicz, A., Łetocha, A., Malarz, K., Mrozek-Wilczkiewicz, A., Bialik-Wąs, K. (2026). An alginate hydrogel–lipid nanodispersion bio-mask: A preliminary study of skin hydration, barrier function, and regenerative potential. *Materials*, 19, Article 2108. https://doi.org/10.3390/ma19102108

3. Sayın, S., Depci, T., Naz, M., Sezer, S., Karaaslan, M. G., Aras, A., Uğur, S., Çetin, Z., Saygılı, E. İ., & Ateş, B. (2022). Characterization and evaluation of the antimicrobial properties of algal alginate; a potential natural protective for cosmetics. *Journal of Research in Pharmacy*, 26(1), 198–209. https://doi.org/10.29228/jrp.117

УДК 615.1:339.138:615.2/.3(477)

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ МАРКЕТИНГОВИХ СТРАТЕГІЙ ПРОСУВАННЯ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Дарія ДОНЕЦЬ

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОП Фармація
ryslana1976%40gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Руслана БАРДЖАДЗЕ
PhD, в. о. завідувача кафедри біомедичних дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто сучасні підходи до формування маркетингових стратегій просування безрецептурних лікарських засобів на фармацевтичному ринку України. Охарактеризовано специфіку ОТС-сегмента та основні чинники, що визначають вибір споживачем безрецептурних лікарських засобів. Систематизовано традиційні та цифрові інструменти маркетингових комунікацій і визначено перспективні напрями їх інтеграції. Обґрунтовано необхідність поєднання економічної ефективності просування з принципами відповідального маркетингу та раціонального застосування лікарських засобів.

Ключові слова: безрецептурні лікарські засоби, фармацевтичний ринок, маркетингова стратегія, просування, цифровий маркетинг, споживач.

Фармацевтичний ринок України функціонує в умовах суттєвих соціально-економічних змін, цифровізації комунікацій, трансформації споживчої поведінки та зростання ролі самодопомоги і відповідального самолікування. За таких умов особливого значення набуває сегмент безрецептурних лікарських засобів (ОТС-препаратів), придбання яких споживачем значною мірою залежить не лише від клініко-фармакологічних характеристик препарату, але й від його впізнаваності, доступності, ціни, попереднього досвіду застосування,

рекомендацій фармацевтичного працівника та ефективності маркетингових комунікацій.

Специфіка просування безрецептурних лікарських засобів полягає в поєднанні комерційних цілей фармацевтичної організації із соціальною відповідальністю. На відміну від багатьох інших категорій споживчих товарів, рішення щодо придбання лікарського засобу безпосередньо пов'язане зі здоров'ям людини. Тому маркетингова стратегія в ОТС-сегменті має не лише стимулювати попит, але й сприяти формуванню достовірного інформаційного середовища, відповідальному самолікуванню та раціональному застосуванню лікарських засобів.

Актуальність дослідження посилюється активним розвитком цифрових каналів комунікації. Поряд із традиційними засобами просування дедалі більшого значення набувають вебресурси, соціальні мережі, пошуковий маркетинг, мобільні технології та інші цифрові інструменти. У результаті формується омніканальне середовище, у якому споживач отримує фармацевтичну інформацію одночасно з декількох джерел. Це потребує перегляду традиційних підходів до планування маркетингової діяльності та обґрунтування оптимального поєднання каналів комунікації.

Метою дослідження було систематизувати сучасні підходи до формування маркетингових стратегій просування безрецептурних лікарських засобів в Україні та визначити перспективні напрями підвищення ефективності маркетингових комунікацій в ОТС-сегменті фармацевтичного ринку.

Матеріали та методи. Використано методи інформаційного пошуку, системного та порівняльного аналізу, узагальнення і структуризації. Об'єктом аналізу були сучасні підходи до просування безрецептурних лікарських засобів та чинники, що впливають на поведінку споживачів ОТС-препаратів на фармацевтичному ринку України.

Результати та їх обговорення. Проведений аналіз дозволив систематизувати основні складові формування маркетингової стратегії просування ОТС-препаратів. Встановлено, що її розроблення доцільно

здійснювати послідовно: аналіз фармацевтичного ринку → сегментація споживачів → визначення цільової аудиторії → позиціонування лікарського засобу → вибір комплексу маркетингових комунікацій → реалізація стратегії → оцінювання її результативності.

Важливою передумовою ефективного просування є розуміння особливостей поведінки споживачів. В ОТС-сегменті рішення про придбання препарату може формуватися під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників. До них належать вираженість симптомів, попередній досвід використання препарату, довіра до виробника або бренду, вартість, наявність лікарського засобу в аптеці, зручність застосування, реклама, інформація в цифровому середовищі, а також рекомендація фармацевта [1,2].

Узагальнення зазначених чинників дозволяє виділити чотири основні групи факторів, які необхідно враховувати під час формування маркетингової стратегії: продуктові, економічні, комунікаційні та поведінкові. До продуктових належать характеристики лікарського засобу, лікарська форма, зручність застосування та впізнаваність торгової марки. Економічна складова охоплює ціну, доступність препарату для споживача та цінове позиціонування порівняно з конкурентами. Комунікаційні фактори визначають доступність і зрозумілість інформації про лікарський засіб. Поведінкова складова пов'язана з досвідом, довірою, прихильністю до певного бренду та індивідуальними моделями вибору.

Традиційна маркетингова модель передбачає використання реклами, заходів стимулювання збуту, мерчандайзингу, POS-матеріалів, програм лояльності та інформаційної взаємодії з фармацевтичними працівниками. Однак цифрова трансформація споживчої поведінки зумовлює необхідність доповнення цих інструментів сучасними каналами комунікації.

Перспективним напрямом є використання омніканальної моделі просування, за якої традиційні та цифрові канали не функціонують ізольовано, а формують єдину систему взаємодії зі споживачем. Така модель може охоплювати офлайн-комунікацію в аптечному закладі, офіційні вебресурси,

соціальні мережі, інформаційні матеріали, мобільні сервіси та інші цифрові точки контакту [3].

При цьому цифровий маркетинг створює можливості для більш точної

сегментації цільової аудиторії та персоналізації комунікації. На відміну від масових каналів, цифрове середовище дозволяє враховувати інформаційні потреби окремих груп споживачів, аналізувати їх взаємодію з контентом та оперативно оцінювати ефективність окремих каналів просування.

Особливу увагу при формуванні маркетингової стратегії ОТС-препаратів необхідно приділяти ролі фармацевта. Безрецептурний статус лікарського засобу не означає відсутності необхідності професійного супроводу його застосування. У процесі вибору препарату фармацевтичний працівник може виступати важливим джерелом професійної інформації, допомагаючи споживачеві оцінити симптоми, врахувати можливі обмеження до самолікування та за необхідності рекомендувати звернення до лікаря. Тому фармацевтична опіка має розглядатися як важливий елемент відповідального функціонування ОТС-сегмента, а не виключно як інструмент стимулювання реалізації.

Окремого значення набуває контентна складова маркетингової стратегії. В умовах значного обсягу інформації про здоров’я у цифровому середовищі конкурентною перевагою стає не лише частота рекламного контакту, але й якість інформації. Освітній контент щодо відповідального самолікування, правильного застосування препарату, ризиків неконтрольованого прийому та ситуацій, що потребують консультації лікаря, здатний одночасно виконувати інформаційну та комунікаційну функції.

Ефективність маркетингової стратегії доцільно оцінювати комплексно. Поряд із традиційними економічними показниками – динамікою продажів, часткою ринку та рентабельністю маркетингових заходів – важливо враховувати комунікаційні показники: охоплення цільової аудиторії, впізнаваність бренду, залученість споживачів, конверсію цифрових каналів, повторні покупки та рівень лояльності.

За результатами систематизації сформовано концептуальний підхід до просування безрецептурних лікарських засобів, який передбачає взаємозв'язок п'яти складових: споживач, ціннісна пропозиція ОТС-препарату, інтегровані маркетингові комунікації, фармацевтичний супровід, оцінювання результативності. Центральним елементом такої моделі є споживач та його потреба в отриманні доступної, достовірної й зрозумілої інформації для прийняття відповідального рішення щодо застосування безрецептурного лікарського засобу [4,5].

Висновки. Ефективне просування безрецептурних лікарських засобів в Україні потребує інтегрованої маркетингової стратегії, що поєднує сегментацію споживачів, позиціонування ОТС-препаратів, традиційні та цифрові канали комунікації. Перспективним є розвиток омніканального підходу з персоналізацією взаємодії та дотриманням принципів соціально відповідального маркетингу.

Література

1. Гала Л. О., Чубай А. О. Аналіз вітчизняного переліку безрецептурних лікарських засобів та розроблення підходів до його вдосконалення. *Фармацевтичний журнал*. 2022. № 4. DOI: 10.32352/0367-3057.4.22.02.

2. Катинська М. Г. Організаційні та маркетингові інструменти для підвищення продажу безрецептурних препаратів в умовах аптек. *Ліки України*. 2021. № 9(255). С. 40–44. DOI: 10.37987/1997-9894.2021.9(255).264526.

3. Melnychenko O. Marketing digital tools in the promotion of pharmaceutical brands. *Foreign Trade: Economics, Finance, Law*. 2024. DOI: 10.31617/3.2024(136)07.

4. Melnychenko O. Digital marketing of a pharmaceutical brand. *Foreign Trade: Economics, Finance, Law*. 2025. Vol. 141, No. 4. P. 131–140. DOI: 10.31617/3.2025(141)08.

5. Янковець Т. Стратегії цифрового маркетингу корпоративних фармацевтичних брендів. *Scientia fructuosa*. 2026. Т. 165, № 1. С. 142–161. DOI: 10.31617/1.2026(165)10.

УДК 615.1:614.27:005.6

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Дамір ЗАБОЛОТНІЙ

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти ОП Фармація
e-mail: kukhniuk_o@medacademy.ck.ua
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Наталія БОРИСЕНКО
PhD з фармації, канд. іст. наук, доцент, викладач кафедри фармацевтичних дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто сучасні підходи до управління якістю фармацевтичної допомоги в аптечних закладах. Систематизовано основні складові забезпечення якості фармацевтичного обслуговування та визначено роль стандартизації процесів, фармацевтичної опіки, професійної компетентності персоналу й оцінювання задоволеності споживачів. Обґрунтовано доцільність застосування процесного підходу та циклу постійного поліпшення для управління якістю. Запропоновано основні напрями удосконалення системи оцінювання якості фармацевтичної допомоги.

Ключові слова: фармацевтична допомога, аптечний заклад, управління якістю, фармацевтична опіка, якість обслуговування, процесний підхід.

Сучасний аптечний заклад є не лише суб’єктом роздрібної реалізації лікарських засобів, але й важливою складовою системи охорони здоров’я, де забезпечується безпосередня взаємодія фармацевтичного працівника з пацієнтом. Трансформація професійної ролі фармацевта, розвиток концепції фармацевтичної опіки, підвищення вимог до безпеки медикаментозної терапії та орієнтація системи охорони здоров’я на потреби пацієнта зумовлюють необхідність системного управління якістю фармацевтичної допомоги.

Якість фармацевтичної допомоги є комплексною характеристикою, що охоплює доступність лікарських засобів, належний рівень фармацевтичного обслуговування, професійну компетентність фармацевтичних працівників,

достовірність наданої пацієнтові інформації, дотримання стандартів фармацевтичної опіки, попередження ризиків нераціонального застосування лікарських засобів та задоволеність споживача отриманою послугою.

В умовах розвитку пацієнтоорієнтованої моделі фармацевтичної практики особливого значення набуває перехід від контролю окремих показників до комплексної системи управління якістю. Такий підхід передбачає визначення основних процесів аптечного закладу, встановлення критеріїв їх результативності, моніторинг показників, виявлення невідповідностей та реалізацію коригувальних і запобіжних заходів.

Метою дослідження було систематизувати сучасні підходи до управління якістю фармацевтичної допомоги в аптечних закладах та визначити основні напрями її оцінювання і постійного удосконалення.

Матеріали та методи. Використано методи інформаційного пошуку, системного та структурно-логічного аналізу, порівняння й узагальнення. Об’єктом дослідження були організаційні підходи, критерії та інструменти управління якістю фармацевтичної допомоги в аптечних закладах.

Результати та обговорення. Проведений аналіз дозволив визначити основні складові системи управління якістю фармацевтичної опіки: якість організації процесів → професійна компетентність персоналу → якість фармацевтичної опіки → безпека пацієнта → оцінка результатів → постійне вдосконалення.

Одним із фундаментальних принципів управління якістю є процесний підхід, згідно з яким діяльність аптечного закладу розглядається як сукупність взаємопов’язаних процесів. Результат одного процесу створює передумови для наступного; отже, якість кінцевої фармацевтичної послуги залежить від узгодженості всіх етапів діяльності.

До ключових процесів забезпечення якості фармацевтичної опіки належать: наявність і належне зберігання лікарських засобів, їх відпуск, надання фармацевтичної опіки, опрацювання звернень споживачів та управління персоналом. Важливою умовою їх ефективності є стандартизація —

використання стандартних операційних процедур, алгоритмів, чек-листів і критеріїв внутрішньої оцінки. [1]

Особливе значення має фармацевтична опіка, що передбачає надання пацієнту достовірної інформації щодо застосування ліків, застереження від ризиків самолікування та рекомендацію звернутися до лікаря за потреби. Якість опіки також залежить від професійної компетентності персоналу, їхнього безперервного навчання та дотримання нормативних вимог.

Задоволеність споживачів є ключовим критерієм оцінки, що визначається доступністю ліків, професійністю консультацій, чіткістю інформації, культурою спілкування та загальним рівнем фармацевтичного обслуговування.

Водночас оцінка лише загальної задоволеності споживачів не дозволяє комплексно визначити якість фармацевтичної опіки. Доцільно використовувати комплексну систему показників, які можна об’єднати у три категорії: показники структури, процесу та результату.

До показників структури можуть належати забезпеченість персоналом, рівень професійної підготовки працівників, наявність стандартних операційних процедур, інформаційних ресурсів та належних умов обслуговування. Показники процесу характеризують дотримання встановлених протоколів відпуску ліків, надання фармацевтичної опіки, консультування та ведення документації. До показників результату можуть належати задоволеність споживачів, обсяг і характер звернень та скарг, виявлені невідповідності, повторювані помилки й ефективність коригувальних дій [2,3].

Перспективним інструментом управління якістю є цикл PDCA (Plan–Do–Check–Act: Плануй–Виконуй–Перевіряй–Дій). Етап «Планування» (Plan) передбачає визначення проблем, цілей і критеріїв якості; «Виконання» (Do) — реалізацію запланованих заходів; «Перевірка» (Check) — моніторинг та оцінку результатів; а етап «Дія» (Act) зосереджується на впровадженні коригувальних заходів та стандартизації успішних рішень. Циклічне повторення цих етапів сприяє переходу від епізодичного моніторингу до безперервного вдосконалення діяльності аптеки.

Не менш важливим є ризик-орієнтований підхід. У межах внутрішнього контролю пріоритетну увагу слід приділяти процесам, помилки в яких можуть мати найтяжчі негативні наслідки для пацієнта. До таких ситуацій належать: неправильний відпуск лікарських засобів, надання неповної або некоректної інформації щодо їх застосування, недотримання належних умов зберігання, порушення процедур поводження з рецептурними препаратами, а також невміння виявити ризики, пов’язані із самолікуванням [4].

На основі систематизації отриманих даних запропоновано концептуальну послідовність управління якістю фармацевтичної допомоги: визначення стандартів якості, стандартизація процесів, навчання персоналу, моніторинг показників, оцінювання задоволеності споживачів, аналіз невідповідностей і ризиків, коригувальні заходи й безперервне вдосконалення.

Важливо зазначити, що управління якістю не повинно зводитися лише до нагляду за працівниками чи фіксації помилок. Ефективна система має бути спрямована на виявлення причин невідповідностей, запобігання їх повторенню та формування в аптеці культури якості, за якої безпека й потреби пацієнта є пріоритетом професійної діяльності.

Цифровізація контролю якості також є перспективним напрямом. Електронна реєстрація невідповідностей, автоматизований аналіз звернень споживачів, цифрові чек-листи для внутрішнього аудиту та моніторинг ключових показників ефективності дозволяють своєчасно виявляти проблемні процеси й приймати управлінські рішення на основі даних.

Отже, управління якістю фармацевтичної допомоги в аптечних закладах слід розглядати як безперервний системний процес, що поєднує стандартизацію, професійну компетентність персоналу, надання фармацевтичної допомоги, моніторинг результативності, управління ризиками та оцінку задоволеності споживачів. Орієнтація виключно на економічні показники діяльності аптеки є недостатнім критерієм ефективності; першочергове значення мають якість і безпека допомоги, яку отримує пацієнт [5].

Висновки. Ефективне управління якістю фармацевтичної допомоги вимагає системного поєднання стандартизації процесів, професійної компетентності персоналу, надання фармацевтичної допомоги та моніторингу результатів. Перспективним є застосування процесного та ризик-орієнтованого підходів, а також циклу PDCA з використанням комплексного набору показників структури, процесів і результатів. Постійна оцінка якості та рівня задоволеності споживачів сприятиме посиленню пацієнтоорієнтованості та підвищенню безпеки фармацевтичної допомоги, що надається аптеками.

Література

1. Власенко І. О., Давтян Л. Л. Стандарти належної аптечної практики як базис реалізації концепції фармацевтичної допомоги пацієнтам із цукровим діабетом. *Фармацевтичний часопис*. 2022. № 1. С. 74–82. DOI: 10.11603/2312-0967.2022.1.13058.

2. Коваль В. М., Кривов'яз О. В. Аналіз динаміки фізичної доступності фармацевтичної допомоги в Україні. *Медичні перспективи*. 2024. Т. 29, № 1. С. 201–206. DOI: 10.26641/2307-0404.2024.1.301254.

3. Ткаченко Н. О., Маганова Т. В., Михайлик О. А., Литвиненко О. В. Вивчення якості сну та фармацевтичної допомоги при безсонні у представників освітнього середовища фармацевтичного спрямування. *Фармацевтичний часопис*. 2024. № 1. С. 43–52. DOI: 10.11603/2312-0967.2024.1.14516.

4. Білоусова Н. А. Первинна профілактика ішемічної хвороби серця в структурі надання фармацевтичної допомоги: функціональне наповнення ролей фармацевта. *Фармацевтичний часопис*. 2024. № 3. С. 42–52. DOI: 10.11603/2312-0967.2024.3.14862.

5. Котвіцька А. А., Волкова А. В. Аналіз нормативно-правової бази, що регулює виконання аптечними закладами своїх функцій з урахуванням соціально орієнтованих тенденцій. *Фармацевтичний журнал*. 2024. Т. 79, № 6. С. 3–24. DOI: 10.32352/0367-3057.6.24.01.

УДК 614.253.5:159.942:616.89

ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ПСИХІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ТА НАПРЯМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Олена ЗІМЕНКОВА

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Медсестринство
elenaelena2206elena@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Юлія КАРПЕНКО
доктор філософії (PhD), викладач кафедри природничих дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У тезах розглянуто емоційний інтелект як професійно значущу характеристику медичних сестер, які працюють у психіатричному стаціонарі. Схарактеризовано основні моделі емоційного інтелекту та особливості емоційного навантаження в психіатричному медсестринстві. Проаналізовано дані щодо зв’язку емоційного інтелекту з якістю догляду, професійним стресом і емоційним вигоранням, а також можливості його розвитку через навчальні програми. Окреслено напрями власного дослідження на базі КНП «Черкаська обласна психіатрична лікарня Черкаської обласної ради».

Ключові слова: емоційний інтелект, медична сестра, психіатрична допомога, терапевтична комунікація, професійний стрес, емоційне вигорання.

Медична сестра психіатричного закладу проводить поруч із пацієнтом більше часу, ніж будь-який інший член мультидисциплінарної команди. Вона спостерігає за психічним станом, підтримує терапевтичний контакт, запобігає конфліктним і небезпечним ситуаціям, взаємодіє з родичами пацієнтів. Така діяльність вимагає не лише клінічних знань, а й здатності точно розпізнавати емоційні стани інших людей і зберігати професійну поведінку в напружених умовах.

Пацієнти з психічними розладами можуть мати порушення мислення, афективні коливання, недостатню критичність до свого стану, прояви агресії або

відмову від лікування. Взаємодія з ними супроводжується емоційним навантаженням, яке накопичується впродовж робочої зміни й тривалого стажу роботи. В умовах воєнного стану це навантаження зростає через збільшення кількості пацієнтів із тривожними, депресивними та стрес-асоційованими розладами, а також через власні переживання медичного персоналу.

Одним із чинників, що визначають здатність медичної сестри ефективно діяти в таких умовах, є емоційний інтелект. Водночас у вітчизняних дослідженнях він частіше вивчається в лікарів, студентів або представників немедичних професій, тоді як дані щодо медичних сестер психіатричних закладів залишаються обмеженими.

Мета роботи – узагальнити сучасні підходи до вивчення емоційного інтелекту медичних сестер і визначити напрями його дослідження в умовах психіатричного стаціонару.

Здійснено пошук публікацій у PubMed, Cochrane Library, Scopus і Google Scholar та у вітчизняних фахових виданнях за ключовими словами «emotional intelligence», «nurses», «mental health nursing», «burnout», «емоційний інтелект», «медична сестра». Аналізу піддано публікації 2016–2026 років, а також класичні праці, у яких сформульовано основні моделі емоційного інтелекту. Використано методологічні процедури аналізу, порівняння та узагальнення отриманих даних.

У науковій літературі сформувалися два основні підходи до розуміння емоційного інтелекту. У моделі здібностей Дж. Маєра, П. Селовея та Д. Карузо його визначено як здатність сприймати, розуміти, використовувати емоції та керувати ними [1]. Змішані моделі додатково включають особистісні риси, мотивацію та соціальні навички. Від обраної моделі залежить і вибір діагностичного інструменту, тому в дослідженні важливо чітко визначити, яке саме розуміння емоційного інтелекту покладено в його основу.

Для медсестринства емоційний інтелект має прикладне значення. Він проявляється в умінні помітити наростання тривоги чи збудження в пацієнта, вчасно змінити спосіб спілкування, не відповідати емоційною реакцією на агресію та зберігати самоконтроль у кризовій ситуації. Саме ці вміння становлять

основу терапевтичної комунікації, яка в психіатрії є одним із головних інструментів медсестринської допомоги.

Інтегративний огляд показав, що вищий рівень емоційного інтелекту медичних працівників пов’язаний із кращою турботливою поведінкою щодо пацієнтів [2]. Проте більшість включених досліджень мали кросекційний дизайн, тому говорити про причинний зв’язок передчасно. Для психіатричного медсестринства емоційний інтелект розглядають також як основу лідерства, командної взаємодії та стійкості до професійного стресу [3].

Окремим напрямом є зв’язок емоційного інтелекту з емоційним вигоранням. Вигорання в працівників психіатричного профілю пов’язують насамперед із хронічним міжособистісним стресом на робочому місці [4]. Здатність розпізнавати власні емоції та застосовувати стратегії саморегуляції може виконувати захисну функцію, однак вигорання залежить також від організаційних чинників: укомплектованості персоналом, графіка роботи, підтримки з боку керівництва.

Важливим для практики є те, що емоційний інтелект піддається розвитку. У рандомізованому контрольованому дослідженні тренінг з емоційного інтелекту для медичних сестер супроводжувався підвищенням резильєнтності, зниженням рівня стресу та покращенням досвіду пацієнтів під час госпіталізації [5]. Отже, результати діагностики можуть стати підставою для планування навчальних заходів у системі безперервного професійного розвитку.

З огляду на це, у власному дослідженні на базі КНП «Черкаська обласна психіатрична лікарня Черкаської обласної ради» передбачено визначити рівень і структуру емоційного інтелекту медичних сестер, порівняти показники залежно від стажу роботи та профілю відділення, а також оцінити їх зв’язок із проявами емоційного вигорання. Для діагностики доцільно використати валідизовані опитувальники емоційного інтелекту в поєднанні з інструментом оцінювання вигорання. Участь у дослідженні має бути добровільною та анонімною.

Обмеженням наявних даних є переважання кросекційних досліджень, використання різних моделей і методик вимірювання емоційного інтелекту, а

також залежність результатів самооцінювання від соціальної бажаності відповідей. Це слід враховувати під час інтерпретації власних результатів.

Можна зробити наступні висновки:

1. Робота медичної сестри психіатричного стаціонару пов'язана з високим емоційним навантаженням, тому емоційний інтелект є важливою складовою її професійної компетентності.

2. Емоційний інтелект медичних працівників пов'язаний із якістю турботливої поведінки, терапевтичною комунікацією та стійкістю до професійного стресу, а його рівень можна підвищувати за допомогою цілеспрямованих навчальних програм.

3. Подальше дослідження доцільно спрямувати на визначення рівня та структури емоційного інтелекту медичних сестер психіатричного стаціонару, його зв'язку зі стажем роботи й емоційним вигоранням, а також на обґрунтування заходів з його розвитку.

Література

1. Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. R. Emotional intelligence: new ability or eclectic traits? *American Psychologist*. 2008. Vol. 63, № 6. P. 503–517.

2. Nightingale S., Spiby H., Sheen K., Slade P. The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2018. Vol. 80. P. 106–117.

3. Powell K. R., Mabry J. L., Mixer S. J. Emotional intelligence: a critical evaluation of the literature with implications for mental health nursing leadership. *Issues in Mental Health Nursing*. 2015. Vol. 36, № 5. P. 346–356.

4. Maslach C., Leiter M. P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15, № 2. P. 103–111.

5. Mao L., Huang L., Chen Q. Promoting resilience and lower stress in nurses and improving inpatient experience through emotional intelligence training in China: a randomized controlled trial. *Nurse Education Today*. 2021. Vol. 107. Article 105130.

УДК 615.825:616.711-007.5-053.81

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ ПОСТУРАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У СТУДЕНТІВ: ВІД «ІДЕАЛЬНОЇ» ПОСТАВИ ДО РУХОВОЇ СПРОМОЖНОСТІ

Катерина ІЩЕНКО

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
shvidka2904@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Юрій БУШУЄВ
к. мед. н., доцент кафедри біомедичних
дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Висвітлено проблему порушень постави та зниження функціональних можливостей опорно-рухового апарату в студентів в умовах переважно сидячого способу життя. Обґрунтовано необхідність переходу від пошуку «ідеальної» постави до оцінювання та розвитку функціональної здатності опорно-рухового апарату. Розглянуто інструменти обстеження, доказові засоби фізичної терапії та роль навчання студентів у формуванні рухової активності.

Ключові слова: постава, студентська молодь, опорно-руховий апарат, терапевтичні вправи, фізична активність, сидяча поведінка.

Навчання у закладі вищої освіти для більшості молодих людей означає багато годин на день у положенні сидячи: на заняттях, за ноутбуком під час самостійної роботи, зі смартфоном у транспорті та вдома. Дистанційні й змішані форми навчання, до яких українські студенти вимушено звикли в останні роки, ще більше зменшили кількість щоденних переміщень. Водночас рухова активність у цьому віці часто знижується порівняно зі шкільним періодом.

Наслідком такого способу життя стають скарги на біль і скутість у шиї, між лопатками та в попереку, швидку втому під час тривалого сидіння. Під час огляду в студентів нерідко виявляють переднє положення голови, заокруглені

плечі, посилений грудний кіфоз, асиметрію плечового пояса. Біль у нижній частині спини є провідною причиною втрати працездатності у світі, і перші епізоди часто припадають саме на молодий вік [1].

Традиційно корекцію постави розглядали як виправлення відхилень від певного «правильного» положення тіла. Проте систематичний огляд систематичних оглядів не підтвердив наявності консенсусу щодо причинного зв'язку між окремими положеннями хребта та болем у спині [2]. Це змінює акценти роботи фізичного терапевта: важливим є не стільки зовнішній вигляд постави, скільки здатність організму витримувати навчальні навантаження, змінювати положення тіла й виконувати рухи без болю.

Мета дослідження полягала у визначенні сучасних доказових підходів до оцінювання та корекції порушень постави й функціонального стану опорно-рухового апарату в студентської молоді засобами фізичної терапії.

Опрацьовано систематичні огляди, міжнародні рекомендації щодо фізичної активності та методичні публікації з оцінювання постави, відібрані в базах PubMed, PEDro і Google Scholar. Отримані відомості інтерпретовано з позицій доказової фізичної терапії з використанням методів теоретичного аналізу, класифікації та синтезу.

Обстеження студента доцільно будувати на кількох рівнях. Для кількісної оцінки положення сегментів тіла застосовують фотограмметрію з вимірюванням кутів, зокрема краніовертебрального, інклінометрію та інші клінічні методи, надійність яких суттєво відрізняється [3]. Для скринінгу сколіотичної деформації використовують тест нахилу вперед. Функціональний стан оцінюють за витривалістю м'язів-згиначів шиї та м'язів тулуба, рухливістю шийного й грудного відділів хребта та плечових суглобів. Доповнюють обстеження опитувальники інтенсивності болю й обмеження життєдіяльності та анкети рівня фізичної активності.

Основним засобом фізичної терапії є терапевтичні вправи. Кокранівський огляд засвідчив, що вправи на силу та витривалість м'язів шиї, плечового пояса й верхньої частини спини зменшують біль і покращують функцію в осіб із

механічними порушеннями шийного відділу [4]. Програму доповнюють вправами на рухливість грудного відділу, розтягування скорочених м’язів передньої поверхні грудної клітки та тренуванням м’язів тулуба. Вправи поступово ускладнюють, наближаючи їх до реальних навантажень студента, зокрема тривалого сидіння, роботи з ноутбуком, перенесення сумки.

Жодна програма вправ не буде ефективною, якщо решту дня студент проводить нерухомо. Рекомендації ВООЗ передбачають для дорослих щонайменше 150–300 хвилин аеробної активності помірної інтенсивності на тиждень, силові вправи не рідше двох разів на тиждень та обмеження тривалості сидіння [5]. Тому фізичний терапевт має навчати студента не лише вправ, а й способів частіше змінювати положення тіла, робити короткі рухові перерви під час навчання, раціонально облаштовувати робоче місце та знаходити прийнятні для себе види рухової активності.

Подальша частина роботи передбачає обстеження студентів із використанням зазначених інструментів, розроблення програми фізичної терапії та оцінювання її ефективності за динамікою функціональних показників, болю та рівня рухової активності.

Проведений аналіз засвідчив, що порушення постави в студентської молоді тісно пов’язані з тривалим сидінням і недостатньою руховою активністю, однак окремі постуральні відхилення не можна прямо вважати причиною болю. Фізична терапія повинна орієнтуватися на функціональний стан опорно-рухового апарату й поєднувати об’єктивне обстеження, терапевтичні вправи на силу, витривалість і рухливість, а також навчання студента щодо фізичної активності та організації навчального дня. Такий підхід відповідає сучасним принципам доказової практики й створює основу для збереження здоров’я молоді.

Література

1. What low back pain is and why we need to pay attention / Hartvigsen J., Hancock M. J., Kongsted A. et al. *The Lancet*. 2018. Vol. 391, № 10137. P. 2356–2367.

2. No consensus on causality of spine postures or physical exposure and low back pain: a systematic review of systematic reviews / Swain C. T. V., Pan F., Owen P. J., Schmidt H., Belavy D. L. *Journal of Biomechanics*. 2020. Vol. 102. Article 109312.

3. Fortin C., Feldman D. E., Cheriet F., Labelle H. Clinical methods for quantifying body segment posture: a literature review. *Disability and Rehabilitation*. 2011. Vol. 33, № 5. P. 367–383.

4. Exercises for mechanical neck disorders / Gross A., Kay T. M., Paquin J. P., et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015. Issue 1. CD004250.

5. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour / Bull F. C., Al-Ansari S. S., Biddle S., et al. *British Journal of Sports Medicine*. 2020. Vol. 54, № 24. P. 1451–1462.

УДК 615.1:005.35:502.131.1

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ESG-ПРИНЦИПІВ В УПРАВЛІННІ АПТЕЧНИМ ЗАКЛАДОМ

Ларіса КОНДРАТЮК

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОП Фармація
e-mail: kukhniuk_o@medacademy.ck.ua
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Інна БУШУЄВА
д-р фарм. наук, професор, викладач-сумісник
кафедри фармацевтичних дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто можливості інтеграції ESG-принципів у систему управління аптечним закладом. Систематизовано екологічну, соціальну та управлінську складові ESG з урахуванням специфіки фармацевтичної діяльності. Визначено основні напрями практичної реалізації принципів сталого

розвитку в діяльності аптек. Запропоновано комплексний підхід до удосконалення ESG-орієнтованого управління аптечним закладом.

Ключові слова: ESG, аптечний заклад, сталий розвиток, фармацевтична діяльність, соціальна відповідальність, управління.

Сучасна трансформація підходів до управління організаціями характеризується посиленою увагою до принципів сталого розвитку та корпоративної відповідальності. Одним із актуальних управлінських підходів є концепція ESG (Environmental, Social, and Governance — екологічні, соціальні та управлінські чинники), що передбачає комплексний облік екологічних, соціальних та управлінських аспектів під час розробки стратегії та оцінювання ефективності діяльності організації.

Підхід ESG має особливе значення для фармацевтичного сектору, оскільки діяльність фармацевтичних організацій безпосередньо пов’язана зі здоров’ям населення, доступом до лікарських засобів, утворенням фармацевтичних відходів, використанням ресурсів, соціальною відповідальністю та необхідністю дотримання високих етичних стандартів.

На рівні аптечного закладу впровадження принципів ESG може сприяти поєднанню економічної ефективності із соціальною відповідальністю, раціональним використанням ресурсів та вдосконаленням корпоративного управління. Водночас практичне застосування підходу ESG вимагає адаптації загальних принципів сталого розвитку до специфіки діяльності аптек і визначення конкретних критеріїв оцінювання.

Метою дослідження було систематизувати ключові складові підходу ESG в управлінні аптечною діяльністю та обґрунтувати перспективні напрями його практичного впровадження й удосконалення.

Матеріали та методи. Використано методи інформаційного пошуку, системного та структурно-логічного аналізу, порівняння, узагальнення і систематизації. Інформаційну базу дослідження становили наукові публікації з питань ESG, сталого розвитку, корпоративної соціальної відповідальності та

екологізації фармацевтичної діяльності. Системний аналіз застосовано для визначення місця ESG-підходів у загальній системі управління аптечним закладом, а порівняльний – для характеристики екологічної (E), соціальної (S) та управлінської (G) складових. За результатами структурно-логічного аналізу систематизовано основні напрями практичної реалізації ESG-принципів у діяльності аптечного закладу та визначено потенційні індикатори оцінювання їх результативності.

Результати та їх обговорення. Проведений аналіз дозволив систематизувати напрями ESG-орієнтованого управління аптечним закладом за трьома взаємопов'язаними компонентами: E (Environmental) — екологічна відповідальність; S (Social) — соціальна відповідальність; G (Governance) — відповідальне управління.

Для аптечного закладу екологічний компонент (E) має бути пов'язаний із раціональним використанням енергетичних і матеріальних ресурсів, зменшенням споживання паперу та пакувальних матеріалів, цифровізацією документообігу, належним поводженням із відходами та формуванням екологічно відповідальної поведінки персоналу.

Особливої уваги потребує поводження з фармацевтичними відходами. Неналежна утилізація непридатних до використання або протермінованих лікарських засобів може становити потенційні ризики для довкілля. Тому екологічний аспект ESG передбачає дотримання встановлених процедур поводження з такими відходами, навчання персоналу та формування відповідального ставлення до впливу фармацевтичної діяльності на навколишнє середовище [1].

Соціальний компонент (S) є одним із найважливіших аспектів аптечної практики. Він охоплює забезпечення доступу до фармацевтичної допомоги, орієнтованість на пацієнта, належне надання фармацевтичних послуг, етичну комунікацію зі споживачами, захист персональних даних, створення безпечних умов праці та професійний розвиток аптечного персоналу.

Соціальна відповідальність аптеки також проявляється у забезпеченні доступності послуг для різних верств населення — зокрема осіб з інвалідністю, людей похилого віку та інших груп із особливими потребами в отриманні фармацевтичної допомоги. До ключових елементів належать культура спілкування, конфіденційність і дотримання принципів недискримінації. Окремим аспектом соціального компонента є управління персоналом. ESG-орієнтований підхід передбачає створення безпечних умов праці, застосування принципів справедливого управління, можливості для безперервного професійного розвитку, запобігання професійному вигоранню та формування корпоративної культури, орієнтованої на відповідальність і якість [2].

Компонент управління (G) охоплює прозорість управлінських процесів, дотримання правових та етичних вимог, чіткий розподіл обов'язків, управління ризиками, внутрішній контроль і запобігання конфліктам інтересів. Для аптеки вкрай важливо документувати основні процеси та застосовувати стандартизовані процедури, що забезпечують стабільність операційної діяльності та належний контроль.

Практична інтеграція ESG вимагає переходу від окремих заходів до системного підходу. Доцільно визначити цілі аптеки у сфері ESG, призначити відповідальних осіб, а також встановити конкретні заходи та показники ефективності. Такий підхід дозволяє оцінювати результативність ініціативи, а не лише сам факт її впровадження [3].

Щодо екологічного компонента, до відповідних показників належать динаміка споживання електроенергії та паперу, обсяги відходів і частка електронного документообігу. Соціальний компонент можна оцінювати на основі рівня задоволеності споживачів і працівників, доступності фармацевтичних послуг, кількості звернень і скарг, а також рівня участі персоналу у професійному навчанні. Для компонента управління показниками можуть слугувати результати внутрішнього аудиту, кількість виявлених невідповідностей, впровадження коригувальних дій і дотримання стандартних операційних процедур.

На основі систематизованого аналізу запропоновано послідовність інтеграції ESG у систему управління аптекою: оцінювання ESG, визначення пріоритетів, встановлення цілей і показників, впровадження заходів, моніторинг результатів, коригування та постійне вдосконалення.

Ключовою умовою ефективності цього підходу є інтеграція ESG у загальну систему управління, а не реалізація екологічних чи соціальних заходів як окремих ініціатив. Принципи ESG слід враховувати під час планування ресурсів, управління персоналом, організації надання фармацевтичних послуг, здійснення внутрішнього контролю та прийняття управлінських рішень.

Значні перспективи має використання цифрових інструментів для моніторингу показників ESG. Впровадження електронної системи відстеження ключових показників дозволяє в режимі реального часу контролювати їхню динаміку, виявляти проблемні зони та оцінювати ефективність вжитих заходів [4,5].

Отже, підхід ESG у діяльності аптеки слід розглядати як комплексну модель управління, що поєднує екологічну відповідальність, соціальну орієнтованість і належне корпоративне управління.

Висновки. Інтеграція ESG-принципів в управління аптечним закладом передбачає системне поєднання екологічної відповідальності, пацієнто- та працівникоорієнтованості й належного управління. Перспективними напрямами є впровадження вимірюваних ESG-індикаторів, цифрового моніторингу, раціонального використання ресурсів та посилення соціальної відповідальності. ESG-підхід може стати складовою системи постійного удосконалення діяльності аптечного закладу.

Література

1. Pestun I. V., Mnushko Z. M., Sliptsova N. A., Parfonova I. I. Conceptual foundations of partnership relations in pharmacy in the context of shared values and sustainable development. *Social Pharmacy in Health Care*. 2026. Vol. 12, No. 1. P. 80–91. DOI: 10.24959/sphhcj.26.383.

2. Теплюк М. Ентропійно-цифрова модель ESG-управління та комплаєнсу в екосистемі біоінновацій фармацевтичного бізнесу трансформації організованих товарних ринків. *Економіка та суспільство.* 2026. № 84. DOI: 10.32782/2524-0072/2026-84-95.

3. Ільченко Н., Становий О. Трансформація фармацевтичних ланцюгів постачання на засадах зеленої логістики. *Економіка та суспільство*. 2026. № 85. DOI: 10.32782/2524-0072/2026-85-139.

4. Levytska O., Horodetska I., Tkachenko N. Analysis of corporate social responsibility practices of domestic manufacturing pharmaceutical enterprises. *Annals of Mechnikov's Institute*. 2023. No. 1. P. 68–75. DOI: 10.5281/zenodo.7721611.

5. Гура В., Берданова О. Відновлення та розвиток підприємництва в Україні на основі ESG-концепції. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. *Військово-спеціальні науки*. 2022. № 50. С. 68–73. DOI: 10.17721/1728-2217.2022.50.68-73.

УДК 615.825:616.832-004.2:616-009.21

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ РІВНОВАГИ ТА ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ

Михайло КОПИЛ

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Терапія та реабілітація
mikhail270989@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник − Андрій БАЗІЛЕВСЬКИЙ
канд. наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри біомедичних дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. **У** публікації узагальнено науково-методичні підходи до оцінки ефективності засобів фізичної терапії в корекції статодинамічних розладів у пацієнтів з розсіяним склерозом. Доведено, що системний моніторинг

постурального контролю за допомогою стандартизованих клінічних шкал дозволяє об'єктивно оцінити динаміку відновлення рівноваги, знизити ризик падінь та підвищити рівень автономії пацієнтів у повсякденній життєдіяльності.

Ключові слова: розсіяний склероз, фізична терапія, рівновага, постуральний контроль, атаксія, шкала Берга, ризик падінь, функціональна незалежність.

Розсіяний склероз (РС) належить до найбільш актуальних проблем сучасної нейрореабілітації через високу поширеність серед осіб працездатного віку та швидкий прогрес функціонального дефіциту [3, с. 72]. Одними з найчастіших та патогенетично складних проявів РС є порушення рівноваги, координації та постурального контролю, що спостерігаються у понад 80% пацієнтів на різних етапах захворювання [2, с. 9]. В основі статодинамічних розладів лежить мультифакторне ушкодження пропріоцептивного, вестибулярного та зорового аналізаторів, сполучене з мозочковою атаксією, пірамідною недостатністю, м'язовою слабкістю та спастичністю [3, с. 74]. Втрата постуральної стійкості суттєво обмежує мобільність, підвищує ризик травматичних падінь, формує страх перед рухами та суттєво погіршує якість життя пацієнтів.

Сучасна фізична терапія при РС спрямована на стимуляцію нейропластичності, компенсацію втрачених моторних навичок та оптимізацію сенсорної інтеграції [1, с. 457]. Для досягнення стійкого реабілітаційного ефекту застосовують спеціалізовані комплекси вправ для тренування балансу в статичних і динамічних положеннях, методики пропріоцептивної нейром'язової фасилітації (PNF), вправи з подвійним завданням (dual-task training), тренування на нестабільних платформах, а також біоуправління з зворотним зв'язком [4, с. 64]. Проте критично важливим аспектом реабілітаційного процесу залишається об'єктивне обґрунтування та оцінка ефективності впроваджуваних втручань.

Оцінка ефективності фізичної терапії вимагає застосування валідизованих інструментів вимірювання, які дозволяють диференційовано охарактеризувати як статичний, так і динамічний постуральний контроль [1, с. 459]. Основними критеріями результативності виступають показники за Шкалою рівноваги Берга (Berg Balance Scale — BBS), Тестом послідовного оцінювання балансу (BESTest або Mini-BESTest), Тестом «Устань та йди» (Timed Up and Go test — TUG), а також Динамічним індексом ходьби (Dynamic Gait Index — DGI) . Використання зазначених методик у вхідному, проміжному та підсумковому контролі дозволяє точно фіксувати найменші зміни у стійкості вертикальної позори, швидкості реакції на зовнішні збурення та рівні адаптації до повсякденних рухових завдань [2, с. 11].

Результати клініко-інструментальних спостережень засвідчують, що систематичні заняття за спрямованими програмами фізичної терапії приводять до достовірного зростання балів за шкалою BBS та зменшення часу виконання тесту TUG. Це свідчить про покращення функціональної опороздатності нижніх кінцівок, корекцію центру ваги тіла та стабілізацію тазового поясу. Крім того, зниження показників кінезіофобії та зменшення частоти падінь безпосередньо корелюють із підвищенням рівня самообслуговування та психоемоційної стабільності пацієнтів.

Таким чином, комплексна оцінка ефективності фізичної терапії з використанням міжнародних стандартизованих шкал доводить доцільність включення спеціалізованих тренувань рівноваги та постурального контролю до індивідуальних реабілітаційних маршрутів пацієнтів із розсіяним склерозом. Систематичний моніторинг статодинамічних показників дозволяє своєчасно корегувати дозування та спрямованість фізичних навантажень, забезпечуючи максимальне збереження функціональної автономії особистості.

Література

1. Гордашевський О. Вплив тренувань рівноваги на рівень фізичної активності пацієнтів із розсіяним склерозом. *Physical Culture and Sport: Scientific Perspective*. 2025. Т. 1, № 1. С. 457–464. DOI: 10.31891/ pcs.2025. 1(1).111.

2. Жарська Н. Фізична терапія осіб з розсіяним склерозом у лікарняному періоді. *Здоров'я і спорт*. 2024. № 2(36). С. 9–15. DOI: 10.32782/2221-1217-2024-2-02.

3. Кукса Р. О., Зима Д. О. Алгоритм фізичної терапії пацієнтів з розсіяним склерозом. *Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії* : матеріали VII Всеукраїнської дистанційної науково-практичної інтернет-конференції, м. Суми, 3 грудня 2021 р. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2021. С. 72–78

4. Ковельська А. В., Макарова О. В. Корекція порушень рівноваги та ходьби у хворих на розсіяний склероз засобами фізичної терапії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2021. Вип. 5 (136). С. 64–69.

УДК 614.253.52:[616-089.819:004.89]

МОНІТОРИНГ ВІТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ МАЛОІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ ШІ-АСИСТЕНТА

Єлизавета КУДРЯВЦЕВА

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОП «Медсестринство»
kudryavtsevaelizaveta@ukr.net
Черкаська медична академія, м.Черкаси ,Україна

Науковий керівник - Ірина ВАСИЛЕНКО
к. пед. н., доцент, зав. кафедри фундаментальних дисциплін
Черкаська медична академія, м.Черкаси ,Україна

Анотація. У публікації висвітлено застосування програмних забезпечень під час проведення ендоваскулярних втручань, що надає змогу повністю контролювати стан пацієнта, миттєво реагувати на найменші зміни.

Ключові слова: програмні забезпечення, життєві показники пацієнта.

Через постійний вплив тривог від систем моніторингу життєвих показників, виникає феномен alarm fatigue, який спричиняє емоційне вигорання, підвищує тривожність, зниження концентрації, що прискорює втому та десенсибілізацію, що прямо пов'язане із якістю надання медичної допомоги пацієнту. Тому є потреба для зменшення впливу негативних факторів на медичний персонал за допомогою інноваційних програмних алгоритмів на основі штучного інтелекту, а також за допомогою їх передбачити ускладнення, які можуть виникнути під час проведення оперативного втручання.

Метою публікації є аналіз програмних забезпечень, які допомагають у роботі середнього медичного персоналу у відділеннях хірургічного та терапевтичного профілю із палатами інтенсивної терапії та рентгенхірургічних операційних блоків у забезпеченні невідкладної медичної допомоги.

Методи дослідження: бібліографічний метод (аналіз наукової літератури), вивчення та узагальнення передового (інноваційного) досвіду.

З кожним роком робота молодшого медичного спеціаліста набуває вираженого стресогенного характеру. Звернути увагу потрібно на постійні сигнали систем моніторингу вітальних показників пацієнта, через які медичний персонал отримує додаткову втому від тривожних сигналів. Саме програми VISI MOBILE, WARD 24/7, Sensium vitals, Biobeat допомагають впоратись із надмірною перевтомою через постійні сповіщення систем моніторингу. За даними проспективного обсерваційного дослідження і на основі методу опорних векторів (SVM) WARD 24/7 продемонстрував високу точність з AUROC 0,93 із відповідною чутливістю 80% та специфічністю 93% для прогнозування будь-яких SAEs (Serious Adverse Events) на основі 2-годинного вікна прогнозування та 10-годинного вікна спостереження [1], [3].

Також його перевагою є бездротові датчики, що відстежують життєві показники пацієнта, які потім аналізуються через алгоритм, який надсилає відповідні показники до додатку, які відображаються у персональному мобільному пристрої медичного персоналу. У разі найменших коливань спрацьовують передові клінічно перевірені алгоритми для моніторингу, які налаштовані на прогнозування можливих знижень показників або розвитку

ускладнень, після їх інтерпретації надсилається тривожний сигнал до персоналу відділення [2].

Ці програмні забезпечення дозволять безперешкодно контролювати стан пацієнта, якому проводять будь-які ендоваскулярні втручання, насамперед на коронарних судинах. При проходженні СТО (Chronic Total Occlusion) дуже часто спостерігається реперфузійний синдром, який виникає миттєво без поступових змін вітальних показників. З наявністю бездротових датчиків такі зміни будуть передбачуваними, адже алгоритм реагуватиме на найменші коливання, які звичайний моніторинг не виявить. Операційна бригада буде впевнена у повному контролі ходу оперативного втручання та зможе миттєво реагувати на зміни вітальних показників, передбачати та усувати ускладнення поки вони не нанесли неповоротних змін.

Застосування вище наведених програмних забезпечень під час проведення ендоваскулярних втручань надасть змогу повністю контролювати стан пацієнта, миттєво реагувати на найменші зміни, зокрема під час проведення реканалізації хронічної повної оклюзії, що часто супроводжується ускладнення таким як реперфузійним синдромом. Крім цього, Ші-асистенти зменшать навантаження на медичний персонал через постійні неправдиві сигнали тривоги, що виникають при рухові пацієнта і зможуть відслідковувати зміни у динаміці.

Література

1.Aagaard, N., Aasvang, E. K., & Meyhoff, C. S. (2024). Discrepancies between Promised and Actual AI Capabilities in the Continuous Vital Sign Monitoring of In-Hospital Patients: A Review of the Current Evidence. *Sensors*, *24*(19), Article 6497. https://doi.org/10.3390/s24196497 (дата звернення: 20.08.2026).

2. WARD 24/7 : вебсайт. URL: https://ward247.com/ (дата звернення: 20.07.2026).

3. ViSi Mobile Continuous Vital Signs Monitoring Even Better with Machine Learning. *Sotera Digital Health Blog*. 2021. URL: https://soteradigitalhealth.com/blog/visi-mobile-continuous-vital-signs-monitoring-even-better-with-machine-learning (дата звернення: 20.07.2026).

УДК 615.825:616.831-009.11-053.2:616.853

АДАПТАЦІЯ ЦІЛЕОРІЄНТОВАНИХ РУХОВИХ ВТРУЧАНЬ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ І СУПУТНЬОЮ ЕПІЛЕПСІЄЮ

Ілона КУЖИМ

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти, ОП Фізична терапія
ilonagorbachova17@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Ольга ФЕДОСЄЄВА
к. мед. н., доцент, доцент кафедри хірургічних
дисциплін та тактичної медицини
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Розглянуто особливості фізичної терапії дітей із дитячим церебральним паралічем, у яких супутня епілепсія потребує постійного прийому протисудомних препаратів. Проаналізовано, як судомний синдром і побічні ефекти лікування впливають на рухові можливості та участь дитини в заняттях. Узагальнено сучасні дані щодо доказових рухових втручань і безпеки фізичної активності при епілепсії. Визначено принципи адаптації програми фізичної терапії та інструменти оцінювання її ефективності.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, епілепсія, протисудомна терапія, фізична терапія, рухові втручання, діти.

Дитячий церебральний параліч є найпоширенішою причиною фізичних обмежень у дитячому віці. Це група стійких порушень рухів і постави, зумовлених непрогресуючим ураженням мозку, що розвивається, і часто супроводжуваних порушеннями чутливості, когнітивних функцій, комунікації та поведінки. Одним із найчастіших супутніх станів є епілепсія, яка, за даними оглядів, трапляється приблизно в третини дітей із церебральним паралічем, а при тяжчих формах ураження ще частіше [1].

Для дитини з поєднанням цих станів фізична терапія ускладнюється кількома чинниками. Епілептичні напади можуть перервати заняття й спричинити тимчасове погіршення рухових навичок. Протисудомні препарати

мають побічні ефекти, значущі для рухової реабілітації: сонливість, запаморочення, порушення координації та рівноваги, зниження концентрації уваги, зміну маси тіла. Тривалий прийом окремих препаратів пов'язують зі зниженням мінеральної щільності кісткової тканини, що в поєднанні з обмеженою опорою на ноги підвищує ризик переломів.

Через побоювання спровокувати напад частина фахівців і батьків свідомо зменшує інтенсивність занять або відмовляється від окремих видів активності. У результаті дитина, яка й так має обмежені рухові можливості, отримує менше тренувального впливу, ніж потребує. Тому важливо з'ясувати, наскільки обґрунтовані такі обмеження та як поєднати ефективність і безпеку рухових втручань.

Мета дослідження – проаналізувати доказові рухові втручання для дітей із дитячим церебральним паралічем і визначити особливості їх застосування в дітей, які отримують протисудомну терапію.

Інформаційною базою слугували систематичні огляди, класифікаційні системи та звіти міжнародних фахових організацій, відібрані через пошукові системи PubMed, PED. Застосовано аналітичний, порівняльний і узагальнювальний методи.

Систематичний огляд втручань при церебральному паралічі, який узагальнив докази за принципом «світлофора», засвідчив, що найбільш обґрунтованими для покращення рухових функцій є активні втручання, спрямовані на досягнення конкретних цілей [2]. До них належать тренування, орієнтоване на ціль, та завдання-орієнтоване тренування, терапія обмеженням руху здорової руки, двобічне тренування верхніх кінцівок, тренування для розвитку витривалості та силові вправи для підвищення м'язової сили. Натомість підходи, що зосереджуються на пасивному впливі або «нормалізації» рухових патернів без функціональних цілей, мають слабку доказову базу.

Основний принцип ефективних втручань полягає в тому, що дитина активно виконує значущі для неї завдання з великою кількістю повторень і поступовим ускладненням. Для дітей, які отримують протисудомну терапію, цей принцип зберігається, але змінюються умови його реалізації. Час занять доцільно

планувати з урахуванням того, коли дитина найменш сонлива після прийому препаратів. Під час вправ на рівновагу та ходьбу необхідно забезпечити безпечне середовище й постійну страховку, а навантаження підвищувати, орієнтуючись на втому, оскільки перевтома й недосипання можуть знижувати поріг судомної готовності.

Щодо безпеки, міжнародна робоча група з питань спорту та епілепсії дійшла висновку, що фізичні навантаження рідко провокують напади, а регулярна активність має для людей з епілепсією як фізичні, так і психологічні переваги [3]. Групою запропоновано розподіл видів активності за рівнем ризику: більшість звичайних вправ належить до безпечних, тоді як заняття у воді та на висоті потребують додаткових заходів, зокрема індивідуального нагляду. Отже, наявність епілепсії є підставою для адаптації програми, а не для відмови від активних рухових втручань.

Практичними складовими такої адаптації є погоджений з неврологом план дій у разі нападу, ведення щоденника нападів для контролю можливого зв’язку з навантаженням, інформування всіх фахівців, які працюють з дитиною, про її стан і лікування. Враховуючи ризик зниження мінеральної щільності кісток, доцільно включати вправи з опорою на ноги в доступних для дитини положеннях, зокрема стояння з допоміжними засобами.

Важливою умовою ефективності є залучення родини. Цілі терапії доцільно формулювати разом із батьками та, наскільки це можливо, з самою дитиною, орієнтуючись на значущі для неї види діяльності: самостійне пересування вдома, участь в іграх з однолітками, самообслуговування. Батьків навчають виконувати частину вправ удома, адже саме кількість повторень у повсякденному житті значною мірою визначає результат. Для родини дитини з епілепсією таке навчання має ще одне значення: батьки отримують чіткі орієнтири, які навантаження безпечні, і менше схильні надмірно обмежувати активність дитини.

Окремо слід зважати на когнітивні та поведінкові особливості, які можуть бути пов’язані як з ураженням мозку, так і з дією препаратів. Коротші завдання з частою зміною діяльності, ігрова форма, наочні інструкції та позитивне

підкріплення допомагають утримувати увагу дитини й забезпечити потрібну кількість повторень. Якщо фахівець помічає наростання сонливості, порушення координації чи зміни поведінки після корекції доз препаратів, про це варто повідомити лікаря, оскільки такі спостереження допомагають підібрати оптимальне лікування.

Для оцінювання ефективності програми насамперед необхідно визначити рівень великих моторних функцій за класифікаційною системою GMFCS, яка є загальноприйнятою для опису рухових можливостей дітей із церебральним паралічем [4]. Динаміку рухових функцій доцільно вимірювати за шкалою GMFM, досягнення індивідуальних цілей оцінювати за допомогою шкалювання досягнення цілей (GAS), а зміни в повсякденному функціонуванні за стандартизованими опитувальниками. Частоту нападів варто реєструвати як показник безпеки втручання.

Подальша частина роботи передбачає оцінювання рухових функцій дітей із церебральним паралічем, які отримують протисудомну терапію, реалізацію адаптованої цілеорієнтованої програми рухових втручань і порівняння рухових показників та частоти нападів до й після її проведення.

Висновки. Поєднання дитячого церебрального паралічу з епілепсією та побічними ефектами протисудомних препаратів ускладнює фізичну терапію, але не є підставою для зменшення її інтенсивності без обґрунтування. Доказовими залишаються активні цілеорієнтовані та завдання-орієнтовані втручання, силові й аеробні тренування, які в цієї групи дітей потребують адаптації щодо часу занять, безпечного середовища, контролю втоми та взаємодії з неврологом. Оцінювання ефективності має поєднувати стандартизовані шкали рухових функцій, досягнення індивідуальних цілей і моніторинг частоти нападів.

Література

1. Sadowska M., Sarecka-Hujar B., Kopyta I. Cerebral palsy: current opinions on definition, epidemiology, risk factors, classification and treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2020. Vol. 16. P. 1505–1518.

2. State of the evidence traffic lights 2019: systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy / Novak I., Morgan C., Fahey M., et al. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2020. Vol. 20, № 2. Article

3. Epilepsy, seizures, physical exercise, and sports: a report from the ILAE Task Force on Sports and Epilepsy / Capovilla G., Kaufman K. R., Perucca E., Moshé S. L., Arida R. M. *Epilepsia*. 2016. Vol. 57, № 1. P. 6–12.

4. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy / Palisano R., Rosenbaum P., Walter S., Russell D., Wood E., Galuppi B. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 1997. Vol. 39, № 4. P. 214–223.

УДК 616.853-085.8:615.213:796.035

ДОЗОВАНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ЕПІЛЕПСІЄЮ НА ТЛІ ПРОТИСУДОМНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Інна КУТОВА

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОП Фізична терапія
e-mail: Innakutova3@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Наталія БОРИСЕНКО
PhD з фармації, канд. іст. наук, доцент,
викладач кафедри фармацевтичних дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто значення дозованої рухової активності як складової комплексної реабілітації пацієнтів з епілепсією, які отримують протисудомну фармакотерапію. Систематизовано потенційні напрями впливу фізичної терапії на функціональний стан, толерантність до фізичного навантаження, психоемоційне самопочуття та якість життя пацієнтів. Визначено основні принципи безпечного планування фізичної активності з урахуванням індивідуальних особливостей перебігу захворювання. Обґрунтовано

необхідність персоніфікованого та міждисциплінарного підходу до фізичної терапії при епілепсії.

Ключові слова: епілепсія, фізична терапія, рухова активність, протисудомна фармакотерапія, функціональний стан, якість життя.

Епілепсія є хронічним неврологічним захворюванням, яке може суттєво впливати не лише на фізичний стан пацієнта, але й на його повсякденну активність, соціальне функціонування та якість життя. Основою лікування залишається протисудомна фармакотерапія, спрямована на досягнення контролю нападів. Водночас комплексне ведення пацієнтів потребує уваги до функціональних обмежень, рівня фізичної активності та психосоціальних наслідків захворювання.

Тривале обмеження рухової активності може супроводжуватися зниженням фізичної працездатності, витривалості та впевненості у власних фізичних можливостях. Страх виникнення нападу під час фізичного навантаження також може сприяти уникненню активності та формуванню малорухливого способу життя. У зв’язку з цим актуальним є визначення місця фізичної терапії в комплексному супроводі пацієнтів з епілепсією.

Сучасний підхід передбачає відмову від необґрунтованого універсального обмеження фізичної активності. За умови індивідуального оцінювання ризиків та адекватного дозування навантаження рухова активність може бути важливою складовою підтримання фізичного й психоемоційного стану пацієнта. Водночас програма фізичної терапії має враховувати характер перебігу захворювання, контроль нападів, фармакотерапію, супутні захворювання та потенційні ризики травмування.

Метою дослідження було систематизувати сучасні підходи до застосування дозованої рухової активності у пацієнтів з епілепсією на тлі протисудомної фармакотерапії та визначити її потенційний вплив на функціональний стан і якість життя.

Використано методи інформаційного пошуку, системного, порівняльного та структурно-логічного аналізу, узагальнення і систематизації. Інформаційну основу становили наукові публікації щодо фізичної активності та реабілітації пацієнтів з епілепсією. Аналізували вплив дозованих фізичних навантажень на функціональний стан, фізичну працездатність і якість життя, а також підходи до безпечного планування фізичної терапії на тлі протисудомного лікування.

Результати та їх обговорення. Проведений аналіз визначив ключові напрямки застосування фізичної терапії у пацієнтів з епілепсією: підтримання фізичної активності, покращення фізичної працездатності, розвиток витривалості й координації, підтримка психоемоційного стану, а також покращення повсякденного функціонування та якості життя.

Фізична терапія при епілепсії має ґрунтуватися на принципі індивідуального підбору інтенсивності вправ. Перед початком програми доцільно оцінити функціональний стан пацієнта, звичний рівень фізичної активності, частоту й характеристики нападів, наявність тригерів, супутніх захворювань та потенційних побічних ефектів фармакотерапії.

Відповідні компоненти програми можуть включати аеробні вправи помірної інтенсивності, а також вправи для розвитку сили, рівноваги, координації та гнучкості. Характер і складність завдань повинні відповідати функціональним можливостям пацієнта, а навантаження слід збільшувати поступово.

Аеробна активність може використовуватися для підтримання загальної витривалості та толерантності до фізичних навантажень. Ходьба, заняття на велотренажерах чи інших тренажерах та інші контрольовані циклічні вправи дозволяють індивідуально регулювати інтенсивність і тривалість занять. Водночас конкретний вид активності слід обирати з урахуванням ризику травмування у разі виникнення нападу.

Важливим компонентом фізичної терапії є вправи на рівновагу та координацію. Вони можуть бути особливо актуальними для пацієнтів, які мають порушення контролю пози, нестійкість або невпевненість під час виконання

повсякденних рухів. Під час таких занять необхідно забезпечити безпечне середовище та відповідні заходи безпеки (наприклад, страхування або підтримку). Силові вправи можуть застосовуватися для підтримання м'язової функції та здатності виконувати повсякденні дії. Пріоритетом тут є не максимальне фізичне навантаження, а контрольоване виконання вправ із поступовою адаптацією [1,2].

Особливе значення має психоемоційний аспект. Регулярна фізична активність може підвищити впевненість пацієнта у власних силах, сприяти активнішій участі в повсякденному житті та зменшити самообмеження, зумовлені страхом перед нападом. Тому ефективність фізичної терапії доцільно оцінювати не лише за показниками фізичної працездатності, а й за критеріями якості життя.

Функціональні зміни можна оцінювати за допомогою показників толерантності до навантажень, рівноваги, координації, м'язової сили та загальної рухової активності. Динамічне оцінювання – проведене до та після програми фізичної терапії – дозволяє визначити її ефективність і, за потреби, скоригувати інтенсивність та структуру занять.

Важливо зазначити, що фізична терапія не замінює протисудомну фармакотерапію; Натомість це слід розглядати як складову комплексного ведення пацієнта. Під час планування занять необхідно враховувати можливі індивідуальні побічні ефекти протисудомних препаратів, що можуть впливати на функціональні можливості пацієнта [3].

Ключовим принципом є безпека. Вибір вправ має ґрунтуватися на індивідуальній оцінці ризиків. Особливу увагу слід приділяти видам активності, під час яких раптова втрата свідомості або контроль над рухами може призвести до тяжкої травми. Пацієнтів необхідно інформувати про заходи безпеки, важливість дотримання призначеної схеми медикаментозного лікування та необхідність повідомляти медичних працівників про будь-які зміни частоти чи характеру нападів.

Доцільно адаптувати програму фізичної терапії до потреб конкретного пацієнта шляхом систематичної оцінки його клінічного та функціонального стану, виявлення індивідуальних ризиків, визначення конкретних цілей терапії, а також підбору та дозування відповідних вправ [4].

Для безпечного застосування фізичної терапії вирішальне значення має міждисциплінарна співпраця. Узгодження реабілітаційної програми зі схемою медикаментозного лікування та клінічним перебігом захворювання дозволяє індивідуалізувати інтенсивність вправ і мінімізувати потенційні ризики [5].

Отже, дозована фізична активність може вважатися важливою складовою комплексного догляду за пацієнтами з епілепсією. До ключових умов її впровадження належать індивідуалізація підходу, поступове підвищення інтенсивності навантажень, оцінка ризиків, моніторинг функціонального стану та врахування особливостей антиепілептичної фармакотерапії пацієнта.

Дозована рухова активність є перспективною складовою комплексної реабілітації пацієнтів з епілепсією та може сприяти підтриманню функціонального стану, фізичної активності й якості життя. Програма фізичної терапії має бути індивідуалізованою з урахуванням перебігу захворювання, ризику нападів та особливостей протисудомної фармакотерапії. Пріоритетними принципами є безпека, поступове дозування навантаження, моніторинг функціональної динаміки та міждисциплінарна взаємодія.

Література

1. Garcia, A. J., Almarcegui-Lafita, C., Del Valle, M., et al. (2022). Effects of physical exercise in people with epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsy & Behavio,. 137*, Pt A. 108959. DOI: 10.1016/j.yebeh.2022.108959.

2. Purohit, M. P., Purohit, R., Shah, S. R., et al. (2022). Impact of exercise as a complementary management strategy in people with epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior*, 129, 108616. DOI: 10.1016/j.yebeh.2022.108616.

3. Specht, U., Thorbecke, R., Pannek, H., et al. (2024). Rehabilitation in patients with newly diagnosed epilepsy: A controlled, 1-year follow-up study on a specialized inpatient rehabilitation program. *Epilepsia*. DOI: 10.1111/epi.17985.

4. Alexander, H. B., Munger Clary, H. M., Shaltout, H. A., et al. (2024). Developing optimized physical activity interventions for drug-resistant epilepsy: Challenges and lessons learned from a remote exercise intervention pilot trial. *Epilepsy & Behavior Reports, 27,* 100693. DOI: 10.1016/j.ebr.2024.100693.

5. Laks, S. O., Volpato, N., Coelho, N., et al. (2025). Aerobic physical exercise improves quality of life in temporal lobe epilepsy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *83*(2), 1–5. DOI: 10.1055/s-0045-1804919.

УДК 615.252.349.7-027:616.379-008.64-056.24

ІСТОРІЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПОХІДНИХ СУЛЬФАНІЛСЕЧОВИНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Анастасія КУЦЕНКО

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фармація
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Інна МАРУШ,
доктор філософії, доцент, доцент кафедри терапевтичних
та фахових медсестринських дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто історію відкриття та розвитку похідних сульфанілсечовини як одного з перших класів пероральних цукрознижувальних препаратів. Проаналізовано основні етапи їх становлення – від випадкового виявлення гіпоглікемічної дії сульфаніламідних сполук у 1940-х роках до впровадження препаратів першого, другого та наступних поколінь. Охарактеризовано основний механізм дії похідних сульфанілсечовини та його значення у контролі глікемії при цукровому діабеті 2-го типу. Розглянуто переваги та основні обмеження тривалого застосування препаратів цього класу, зокрема ризик розвитку гіпоглікемії та збільшення маси тіла. Показано історичне

значення похідних сульфанілсечовини у становленні та подальшому розвитку сучасної пероральної цукрознижувальної терапії.

Ключові слова**:** цукровий діабет, похідні сульфанілсечовини, гіпоглікемія.

Цукровий діабет є одним із найпоширеніших хронічних захворювань, а його фармакотерапія протягом XX–XXI століть зазнала значних змін. Важливе місце в історії розвитку пероральної цукрознижувальної терапії посідають похідні сульфанілсечовини. Вони стали одним із перших класів лікарських засобів, здатних знижувати концентрацію глюкози крові при пероральному застосуванні, що суттєво розширило можливості лікування пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу. Історія застосування цих лікарських засобів є прикладом того, як випадкове клінічне спостереження, доповнене експериментальними дослідженнями, призвело до створення нового напряму фармакотерапії.

Передумови відкриття цукрознижувальної дії сірковмісних сполук сформувалися ще у 1930-х роках. У 1937 році було описано гіпоглікемічну активність деяких синтетичних сірковмісних сполук. Проте принципово важливий етап в історії препаратів сульфанілсечовини відбувся у 1942 році у Франції. Марсель Жанбон (Marcel Janbon) та його колеги під час лікування пацієнтів із черевним тифом сульфаніламідною сполукою р-аміносульфонамід-ізопропілтіодіазолом спостерігали виражене зниження концентрації глюкози крові. Виявлений ефект спочатку розглядався як небажана реакція лікарського засобу, однак подальші дослідження дали змогу встановити його фармакологічну природу [1, 2].

Важливий внесок у дослідження механізму гіпоглікемічної дії зробив французький фізіолог Огюст Лубатьєр (Auguste Loubatières). У 1942 році він розпочав експериментальні дослідження виявленого ефекту, а в 1946 році продемонстрував, що дія відповідних сполук залежить від наявності функціональної підшлункової залози та пов’язана зі стимуляцією секреції інсуліну β-клітинами. Таким чином було закладено фундамент для подальшого

створення препаратів, здатних фармакологічно стимулювати ендогенну секрецію інсуліну [1, 2].

Наступним важливим етапом стало створення власне похідних сульфанілсечовини. Одним із перших представників був карбутамід. У 1950-х роках були отримані дані про його гіпоглікемічну дію, а подальші дослідження сприяли розвитку нового класу пероральних цукрознижувальних препаратів. Історичні джерела зазначають, що карбутамід став першим пероральним антидіабетичним препаратом, однак його застосування було обмежене через несприятливий профіль безпеки [3].

У середині 1950-х років у клінічну практику був упроваджений толбутамід, який став першим широко комерціалізованим представником похідних сульфанілсечовини. Надалі з’явилися інші препарати першого покоління: хлорпропамід, ацетогексамід та толазамід. Їх поява стала важливою подією в історії лікування цукрового діабету, оскільки дала можливість застосовувати пероральні цукрознижувальні препарати у пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу [2, 4, 6].

Препарати першого покоління продемонстрували високу для свого часу терапевтичну ефективність, проте мали низку обмежень. Для них були характерні необхідність застосування відносно високих доз, тривала дія окремих представників та ризик розвитку гіпоглікемії. Зокрема, тривала дія хлорпропаміду могла сприяти затяжній гіпоглікемії, особливо в пацієнтів із порушенням функції нирок або в осіб похилого віку. Досвід використання препаратів першого покоління стимулював пошук більш потужних та фармакологічно вдосконалених сполук [4, 5].

Наступним етапом розвитку класу стало створення препаратів другого покоління. До них належать глібенкламід (глібурид), гліпізид та гліклазид. Порівняно з препаратами першого покоління вони характеризуються вищою цукрознижувальною активністю, що дозволяє використовувати їх у значно менших дозах. У 1960–1980-х роках препарати другого покоління поступово

набули широкого застосування та значною мірою витіснили старіші представники класу [4, 5].

Окреме місце в еволюції препаратів посідає глімепірид, який часто характеризують як препарат третього покоління. Його впровадження в клінічну практику відбулося у 1990-х роках. Подальший розвиток лікарських препаратів був спрямований переважно на вдосконалення фармакокінетичних властивостей, режимів дозування та профілю безпеки препаратів, а не на зміну основного механізму їхньої цукрознижувальної дії [6].

Механізм дії похідних сульфанілсечовини пов’язаний зі стимуляцією секреції інсуліну β-клітинами підшлункової залози. Препарати взаємодіють із рецепторами сульфонілсечовини, функціонально пов’язаними з АТФ-залежними калієвими каналами мембрани β-клітин. Їх закриття спричиняє деполяризацію клітинної мембрани, відкриття потенціалзалежних кальцієвих каналів та збільшення внутрішньоклітинної концентрації кальцію. У результаті стимулюється екзоцитоз інсуліну та знижується рівень глюкози крові [4, 5].

Іншим важливим аспектом багаторічного застосування перпаратів сульфанілсечовини стало виявлення можливого збільшення маси тіла на тлі терапії. Водночас ці препарати продемонстрували здатність ефективно знижувати глікемію та протягом десятиліть залишалися одним із основних компонентів лікування цукрового діабету 2-го типу. Відносно низька вартість, доступність та значний клінічний досвід застосування сприяли збереженню їхнього місця в арсеналі цукрознижувальних засобів [4, 5].

Поява нових класів лікарських засобів – бігуанідів, тіазолідиндіонів, інгібіторів α-глюкозидази, інгібіторів дипептидилпептидази-4, агоністів рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 та інгібіторів натрій-глюкозного котранспортера 2-го типу – суттєво змінила підходи до фармакотерапії цукрового діабету, проте не скасувала історичного значення застосування похідних сульфанілсечовини. Багаторічний досвід їх застосування став основою для глибшого розуміння фізіології β-клітин, механізмів секреції інсуліну та можливостей фармакологічного впливу на ці процеси [4, 5].

Таким чином, історія похідних сульфанілсечовини демонструє послідовний розвиток пероральної цукрознижувальної терапії: від випадкового виявлення гіпоглікемічної дії сульфаніламідних сполук до створення препаратів із більш прогнозованою фармакологічною дією та вдосконаленим профілем безпеки.

Похідні сульфанілсечовини стали однією з найважливіших віх у розвитку медикаментозного лікування цукрового діабету. Їх історія бере початок із спостережень гіпоглікемічної дії сірковмісних сполук у 1930–1940-х роках та подальшого встановлення їх здатності стимулювати секрецію інсуліну β-клітинами підшлункової залози.

Література

1. Loubatières A. The discovery of the hypoglycaemic sulphonamides: history and development of the problem from 1942 to 1955. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1957. Vol. 71(1)/ P. 4–11. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1957.tb54569.x. (

2. Mordes J.P., Rossini A.A. A Brief History of the Development of Diabetes Medications. *Diabetes Care*. 2014. Vol. 37(10). P. e1–e2.

3. Kleinsorge H. Carbutamide—the first oral antidiabetic. A retrospect. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. 1998. Vol. 106(2). P. 149–151. DOI: 10.1055/s-0029-1211968.

4. Consensus Recommendations on Sulfonylurea and Sulfonylurea Combinations in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus – International Task Force / Kalra S., Bahendeka S., Sahay R. et al. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2018. Vol. 22(1). P. 132–157. DOI: 10.4103/ijem.IJEM_556_17.

5. Proks P., Reimann F., Green N., Gribble F. Sulfonylurea stimulation of insulin secretion. *Diabetes*. 2002. Vol. 51(Suppl 3). S. 368–376.

6. Місце похідних сульфонілсечовини в сучасних настановах з лікування цукрового діабету 2 типу. *Здоров'я України 21 сторіччя*. 2022. № 5–6 (522–523).

УДК 615.825:616.7-009.7-053.81

ТРИВАЛА НЕЗМІННА ПОЗА ЯК ЧИННИК М'ЯЗОВО-СКЕЛЕТНОГО БОЛЮ В СТУДЕНТІВ: РОЛЬ РУХОВИХ ПЕРЕРВ, ВПРАВ І НАВЧАННЯ

Марія ЛАТАНСЬКА

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
mashalatanska@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Юрій БУШУЄВ
к. мед. н., доцент кафедри біомедичних
дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Проблему м’язово-скелетного болю в студентів розглянуто крізь призму тривалого статичного навантаження, характерного для навчальної діяльності. Описано механізми, через які нерухоме утримання пози може спричиняти дискомфорт і біль, а також психосоціальні чинники, що їх посилюють. Проаналізовано дані щодо ефективності профілактичних заходів, зокрема рухових перерв, вправ і навчання. Окреслено принципи фізичної терапії для студентів, у яких біль уже виник.

Ключові слова: м’язово-скелетний біль, статичне навантаження, студенти, профілактика, фізична терапія, біопсихосоціальний підхід.

Стани, що супроводжуються м’язово-скелетним болем, є найбільшою групою причин потреби в реабілітації у світі [1]. Хоча їх зазвичай асоціюють із людьми старшого віку, перші епізоди болю в шиї, плечах і спині часто з’являються значно раніше. Студенти становлять одну з груп, у яких такі скарги виникають особливо часто, і причиною цього значною мірою є сам характер навчання.

Навчальний день студента складається з тривалих періодів, коли тіло залишається майже нерухомим: сидіння на лекціях, робота за комп’ютером, читання з екрана смартфона, підготовка до іспитів. Студенти медичних спеціальностей додатково тривалий час стоять під час практичних занять і

клінічної практики, часто в нахиленому положенні. Спільною рисою всіх цих ситуацій є не стільки певна «неправильна» поза, скільки її незмінність упродовж тривалого часу.

Під час статичного утримання пози окремі м’язи шиї, плечового поясу та спини працюють із невеликою, але безперервною активністю. Одні й ті самі рухові одиниці тривалий час не отримують відпочинку, погіршується місцевий кровообіг, накопичуються продукти метаболізму, підвищується чутливість тканин. Суб’єктивно це проявляється спочатку відчуттям втоми та скутості, яке зникає після зміни положення, а з часом може переходити в повторюваний або постійний біль.

Фізичні чинники діють не ізольовано. Інтенсивність і стійкість болю пов’язані також зі стресом під час сесії, недостатнім сном, низьким рівнем фізичної активності та переконаннями студента щодо болю. Якщо людина вважає, що біль свідчить про пошкодження хребта, вона схильна уникати рухів, що лише підтримує проблему. Тому ефективна профілактика та фізична терапія мають спиратися на біопсихосоціальну модель.

Мета тез – проаналізувати доказові підходи до профілактики м’язово-скелетного болю, пов’язаного з тривалим статичним навантаженням, у студентів та визначити основні напрями фізичної терапії за наявності такого болю.

Для відбору джерел використано бази PubMed і PEDro, пріоритет надано систематичним оглядам і метааналізам. Зміст публікацій опрацьовано методами аналізу, зіставлення та узагальнення з подальшою інтерпретацією стосовно навчальної діяльності студентів.

Метааналіз досліджень із профілактики болю в нижній частині спини показав, що найбільш дієвими є вправи, а особливо їх поєднання з навчанням [2]. Водночас лише інформування без практичних занять, а також засоби на зразок підтримувальних поясів чи ортопедичних устілок ризику болю не знижували. Цей результат має пряме значення для студентських програм: лекція про «правильну поставу» або придбання спеціального стільця без регулярної рухової активності навряд чи дасть бажаний ефект.

Оскільки ключовим чинником є тривалість нерухомої пози, логічним засобом профілактики є її регулярне переривання. Систематичний огляд досліджень серед працівників із сидячою роботою засвідчив, що перерви під час роботи зменшують відчуття дискомфорту в різних ділянках тіла без погіршення продуктивності [3]. Для студентів це означає корисність коротких рухових пауз кожні 30–60 хвилин під час самостійної роботи, зміни положення тіла під час лекцій, чергування роботи сидячи й стоячи там, де це можливо. Важливіше не знайти одну ідеальну позу, а частіше переходити між різними.

Окремої уваги потребують навчальні ситуації, у яких статичне навантаження поєднується з вимушеним нахилом тулуба чи голови. Під час практичних занять із догляду за пацієнтами, виконання маніпуляцій біля ліжка, роботи з мікроскопом студент може довго утримувати нахилене положення. Тут профілактика полягає у своєчасному регулюванні висоти робочої поверхні, зміні опорної ноги, коротких паузах для розгинання й розслаблення. Подібне стосується і смартфона: тривале читання з опущеною головою збільшує навантаження на задні м’язи шиї, тому корисно тримати пристрій вище та робити перерви.

Облаштування робочого місця залишається корисним, але допоміжним заходом. Розташування екрана на рівні очей, використання окремої клавіатури під час роботи з ноутбуком, опора для передпліч і стоп зменшують потребу утримувати незручне положення. Проте навіть найкраще облаштоване місце не усуває шкоди від багатогодинного нерухомого сидіння.

Для студентів, у яких біль уже виник, фізична терапія починається з обстеження. Воно включає уточнення локалізації, інтенсивності та тривалості болю, зв’язку з навчальним навантаженням, виключення ознак серйозної патології, що потребують консультації лікаря, оцінювання рухливості, витривалості м’язів і рівня фізичної активності. Для масового скринінгу скарг зручно використовувати стандартизовані анкети, зокрема Скандинавський опитувальник м’язово-скелетних симптомів.

Основу втручання становлять активні засоби: загальнорозвивальні та специфічні вправи, що розвивають силу та витривалість шийних, лопаткових і тулубових м’язів, вправи на рухливість, поступове підвищення загальної фізичної активності. Пасивні процедури не розглядаються як основний метод, оскільки не формують у студента навичок самостійного контролю стану.

Важливою складовою є навчання щодо природи болю. Систематичний огляд засвідчив, що нейрофізіологічне навчання про біль у поєднанні з іншими втручаннями зменшує інтенсивність болю, катастрофізацію та обмеження активності при м’язово-скелетному болю [4]. Коли студент розуміє, що біль від тривалого сидіння не означає пошкодження, а рух є безпечним і корисним, він охочіше виконує рекомендації та рідше уникає активності.

У подальшому передбачено провести анкетування студентів щодо поширеності та локалізації м’язово-скелетних симптомів, тривалості сидіння й рівня фізичної активності, а також розробити й апробувати профілактичну програму, яка поєднує рухові перерви, вправи та навчання.

Висновки. М’язово-скелетний біль у студентів значною мірою пов’язаний із тривалою незмінною позою під час навчання, а його перебіг залежить також від психосоціальних чинників. Найбільш обґрунтованою профілактикою є регулярні вправи в поєднанні з навчанням і частим перериванням статичного навантаження, тоді як ізольоване інформування та ергономічні пристосування мають обмежений ефект. За наявності болю фізична терапія повинна ґрунтуватися на біопсихосоціальному підході, активних вправах і навчанні студента щодо природи болю та самоконтролю стану.

Література

1. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 / Cieza A., Causey K., Kamenov K., Hanson S. W., Chatterji S., Vos T. *The Lancet*. 2020. Vol. 396, № 10267. P. 2006–2017.

2. Prevention of low back pain: a systematic review and meta-analysis / Steffens D., Maher C. G., Pereira L. S. M., et al. *JAMA Internal Medicine*. 2016. Vol. 176, № 2. P. 199–208.

3. Waongenngarm P., Areerak K., Janwantanakul P. The effects of breaks on low back pain, discomfort, and work productivity in office workers: a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Applied Ergonomics*. 2018. Vol. 68. P. 230–239.

4. Louw A., Zimney K., Puentedura E. J., Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2016. Vol. 32, № 5. P. 332–355.

УДК 378.147:616.831-009.11

СИСТЕМА GMFCS У ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ: МОЖЛИВОСТІ ІНСТРУМЕНТА ТА ТИПОВІ ПОМИЛКИ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Тетяна ЛІВА

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
livatm@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Андрій БАЗІЛЕВСЬКИЙ
к. н. з фіз. вих. і спорту, доцент кафедри біомедичних
дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. GMFCS широко використовують для опису рівня великих моторних функцій дітей із церебральним паралічем, однак простота п’ятирівневої системи нерідко призводить до її спрощеного трактування. У роботі розглянуто помилки, які найчастіше виникають під час застосування GMFCS, та запропоновано способи врахування цих помилок у підготовці майбутніх фізичних терапевтів. Основну увагу приділено розмежуванню класифікації і вимірювання змін, використанню вікових критеріїв, можливості

рекласифікації та роботі з кривими розвитку великих моторних функцій. На основі літературних даних і практичного досвіду окреслено варіант побудови практичного заняття з цієї теми.

Ключові слова: GMFCS, церебральний параліч, класифікація функцій, фізична терапія, підготовка фахівців, методика викладання.

Система класифікації великих моторних функцій (Gross Motor Function Classification System, GMFCS) є одним із базових міжнародних інструментів, що застосовуються для опису рухових можливостей дітей із церебральним паралічем [1]. Для фізичного терапевта, який працює з такими дітьми, уміння правильно визначити рівень GMFCS потрібне не лише для фіксації функціонального стану, а й для професійного спілкування всередині реабілітаційної команди, прогнозування та планування втручання.

На перший погляд система проста: п’ять рівнів, зрозумілий принцип розподілу й відносно короткі описи. Однак, саме ця простота, іноді стає причиною помилок. У практичній роботі трапляються ситуації, коли GMFCS використовують не за призначенням, не враховують вікову версію критеріїв або сприймають установлений рівень як характеристику, яка більше не потребує перегляду. Повторюваність таких випадків важливо враховувати ще під час навчання майбутнього фахівця.

Мета тез – визначити типові труднощі застосування GMFCS та окреслити методичні підходи до викладання цієї класифікаційної системи здобувачам освіти за спеціалізацією «Фізична терапія».

Проаналізовано наукові публікації щодо надійності GMFCS, стабільності рівнів у часі, оцінювання великих моторних функцій і траєкторій моторного розвитку дітей із церебральним паралічем. Використано також узагальнення досвіду консультативної, експертної та педагогічної роботи. На цій основі визначено найбільш проблемні для засвоєння положення та сформовано варіант структури практичного заняття.

Одне з принципових питань, яке здобувач освіти має засвоїти на початку роботи з GMFCS, – різниця між класифікацією і вимірюванням змін. Систематичний огляд із метааналізом підтверджує надійність і конструктну валідність GMFCS та GMFCS-E&R, проте ця система не призначена для визначення ефекту окремого реабілітаційного втручання [5]. На практиці ж незмінність рівня GMFCS іноді помилково трактують як відсутність позитивної динаміки.

Для оцінювання змін великих моторних функцій застосовується Gross Motor Function Measure (GMFM), психометричні властивості якої добре досліджені [2]. Тому під час викладання доцільно від самого початку розглядати GMFCS і GMFM поруч, але не як взаємозамінні шкали. Корисним навчальним завданням може бути один клінічний випадок, для якого здобувач/ка спочатку визначає рівень GMFCS, а потім обирає інструмент для оцінювання динаміки після курсу фізичної терапії.

Другою проблемою є використання критеріїв без урахування віку дитини. GMFCS має окремі описи для вікових діапазонів 0–2, 2–4, 4–6, 6–12 та 12–18 років. Отже, класифікація повинна починатися не з пошуку «схожого» опису рівня, а з визначення відповідного вікового діапазону. У навчальній роботі це можна відпрацьовувати на випадках із близькими за характером руховими можливостями, але різновікових дітей. Такий підхід змушує здобувачів працювати з критеріями, а не покладатися на загальне враження від рухової активності.

Окремого пояснення потребує стабільність GMFCS у часі. Початково визначений рівень значною мірою пов’язаний із подальшим руховим станом дитини, але це не означає абсолютної незмінності класифікації. Дані спостережень свідчать, що стабільність рівнів відрізняється, а для проміжних рівнів можливість рекласифікації є більшою [3]. З практичного погляду це означає, що визначення GMFCS не має перетворюватися на одноразову формальну процедуру. Студенти повиненні розуміти, коли попередній рівень

варто перевірити повторно і чому зміна рівня не обов’язково є наслідком конкретного реабілітаційного курсу.

Ще один важливий компонент навчальної теми – криві розвитку великих моторних функцій. Популяційні дослідження показують різні траєкторії розвитку залежно від функціонального рівня дитини [4]. Для рівнів I–IV найбільший приріст великих моторних функцій відбувається у ранньому дитинстві, після чого темп змін поступово зменшується. Знання цих закономірностей потрібне під час планування довгострокових цілей і обговорення прогнозу з родиною.

Водночас криву розвитку не слід подавати студентові як жорстку межу можливостей конкретної дитини. Вона відображає типову траєкторію для групи, а не індивідуальний прогноз. Тому під час практичного заняття доцільно розбирати не лише випадки, які відповідають типовій кривій, а й ситуації, коли реальна динаміка від неї відрізняється. Це дозволяє перейти від механічного запам’ятовування графіка до клінічного тлумачення його значення.

З урахуванням цих проблем практичне заняття можна побудувати послідовно. Спочатку здобувачам пропонується розмежувати операції «класифікувати функціональний рівень» і «виміряти зміну функції» та визначити, у яких ситуаціях потрібні GMFCS і GMFM. Далі вони працюють з віковими описами GMFCS і класифікують клінічні випадки. Наступний етап – незалежне визначення рівня за відеозаписами з подальшим зіставленням результатів. Найбільшу навчальну цінність у цьому разі мають не збіги, а розбіжності: кожна з них потребує пояснення, яке саме положення критеріїв було витлумачено по-різному.

Завершувати заняття доцільно роботою з кривими розвитку. Здобувач отримує дані про вік, функціональний рівень і актуальні можливості дитини та має сформулювати реабілітаційну ціль, співвідносячи її з типовою траєкторією розвитку. Такий формат дозволяє перевірити не лише знання самої класифікації, а й здатність використовувати її в клінічному міркуванні.

Запропонований підхід має обмеження. Виділені труднощі ґрунтуються на аналізі літератури та практичному досвіді, однак їх поширеність серед здобувачів освіти окремо не досліджувалася. Тому наступним етапом може бути апробація запропонованого заняття з порівнянням правильності класифікування та міжекспертної узгодженості до і після навчання.

Отже:

1. Навчання роботі з GMFCS не повинно обмежуватися ознайомленням із п’ятьма рівнями класифікації. Для коректного застосування системи здобувач має розуміти її призначення, вікову структуру критеріїв і межі інтерпретації.

2. Принциповим є розмежування GMFCS і GMFM: перша система класифікує рівень великих моторних функцій, тоді як друга використовується для кількісного оцінювання їх змін.

3. Практичне навчання доцільно будувати на роботі з клінічними випадками, віковими описами, відеоматеріалами та кривими моторного розвитку. Особливу цінність має аналіз випадків, у яких здобувачі визначають різні рівні GMFCS.

4. Для оцінювання ефективності такого підходу необхідне окреме дослідження з визначенням точності класифікування та міжекспертної узгодженості до і після навчання.

Література

1. Петренко А. В., Таможанська Г.В. Використання міжнародних шкал для діагностики та оцінки ефективності реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2021. № 6 (1). С. 41–45.

2. Ataç T., Özal C., Kerem Günel M. Reliability and validity of the Turkish version of the Gross Motor Function Measurement (GMFM-88&66) in children with cerebral palsy. *Children.* 2024. Vol. 11, № 9. Art. 1076.

3. Stability of the Gross Motor Function Classification System over time in children with cerebral palsy / Huroy M., Behlim T., Andersen J. et al. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2022. Vol. 64, № 12. P. 1487–1493.

4. Jahnsen R. B., Weedon-Fekjar H., Myklebust G., Storvold G. V. Gross motor development by age and functional level in children with cerebral palsy from 6 months to 17 years: a Norwegian population-based registry study. *Journal of Clinical Medicine*. 2025. Vol. 14, № 1. Art. 178.

5. Measurement properties of the Gross Motor Function Classification System, Gross Motor Function Classification System-Expanded & Revised, Manual Ability Classification System, and Communication Function Classification System in cerebral palsy: a systematic review with meta-analysis / Piscitelli D., Ferrarello F., Ugolini A. et al. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2021. Vol. 63, № 11. P. 1251–1261.

УДК 615.825:616.711-009.7:615.212

ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПРАВИ ТА СПОЖИВАННЯ ЗНЕБОЛЮВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ НЕСПЕЦИФІЧНОМУ БОЛЮ В ПОПЕРЕКУ: ОБҐРУНТУВАННЯ ПІДХОДУ ДО ОЦІНЮВАННЯ

Дмитро МАЛЬКО

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
Dimon30703010@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Наталія БОРИСЕНКО
доктор філософії, доцент, викладач кафедри
фармацевтичних дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Хронічний неспецифічний біль у нижній частині спини розглянуто як стан, за якого пацієнти тривалий час застосовують знеболювальні препарати з обмеженою ефективністю та значним ризиком побічних реакцій. Проаналізовано сучасні клінічні рекомендації, що визначають немедикаментозні втручання як першу лінію лікування. Узагальнено дані щодо ефективності терапевтичних вправ і доказовості основних груп аналгетиків. Обґрунтовано

доцільність використання показників споживання знеболювальних засобів як критерію ефективності фізичної терапії.

Ключові слова: біль у нижній частині спини, хронічний біль, фізична терапія, терапевтичні вправи, аналгетики, фармакотерапія.

Біль у нижній частині спини вважають неспецифічним, якщо його не вдається пояснити конкретною патологією, наприклад переломом, інфекцією, пухлиною чи компресією нервового корінця. Саме такий біль становить переважну більшість випадків, а коли він триває понад 12 тижнів, його відносять до хронічного. Хронічний неспецифічний біль у спині належить до головних чинників обмеження життєдіяльності та непрацездатності в працездатному віці.

Найпоширенішою реакцією пацієнта на біль є прийом знеболювальних засобів, значна частина яких доступна без рецепта. Нестероїдні протизапальні препарати, парацетамол, міорелаксанти, а в тяжчих випадках і опіоїдні аналгетики нерідко застосовуються місяцями й роками. За тривалого прийому зростає ризик ураження шлунково-кишкового тракту, нирок, серцево-судинних ускладнень, а у випадку опіоїдів ще й розвитку залежності.

Сучасні підходи до лікування суттєво змінилися. У міжнародних оглядах наголошується, що при хронічному болю в спині пріоритет мають втручання, які підтримують активність пацієнта та його здатність самостійно контролювати стан, тоді як фармакотерапія, ін’єкції та хірургічні втручання часто застосовуються надмірно [1]. Отже, питання про те, чи здатна фізична терапія зменшити потребу в знеболювальних препаратах, має не лише клінічне, а й економічне та соціальне значення.

Мета дослідження – проаналізувати доказові дані щодо ефективності фізичної терапії та фармакотерапії при хронічному неспецифічному болю в нижній частині спини й обґрунтувати підходи до оцінювання впливу програми фізичної терапії на потребу в аналгетиках.

Для аналізу обрано клінічні настанови, систематичні огляди та метааналізи з електронних ресурсів доказової медицини й реабілітації. Застосовано

порівняльний аналіз і систематизацію даних щодо немедикаментозного та медикаментозного лікування.

Клінічна настанова Американської колегії лікарів рекомендує при хронічному болю в нижній частині спини починати з немедикаментозних методів, серед яких вправи, мультидисциплінарна реабілітація та психологічні втручання [2]. Лише в разі їх недостатньої ефективності розглядають фармакотерапію, причому нестероїдні протизапальні засоби є першою лінією, а опіоїди застосовують тільки за відсутності альтернатив і після оцінювання ризиків.

Доказовість окремих груп аналгетиків при болю в спині є обмеженою. Метааналіз плацебо-контрольованих досліджень засвідчив, що парацетамол не зменшує біль і не покращує функцію при болю в нижній частині спини порівняно з плацебо [3]. Ефект нестероїдних протизапальних засобів та опіоїдів у хронічному болю в спині здебільшого невеликий і має бути зіставлений з ризиками тривалого застосування.

Терапевтичні вправи, навпаки, мають надійну доказову базу. Оновлений Кокранівський огляд, що охопив кілька сотень рандомізованих досліджень, засвідчив, що вправи зменшують інтенсивність болю й покращують функцію в пацієнтів із хронічним болем у нижній частині спини порівняно з відсутністю лікування, звичайною допомогою чи плацебо [4]. Автори не виявили переваги якогось одного виду вправ, тому вибір доцільно робити з урахуванням уподобань пацієнта, його можливостей і доступності занять.

Сучасна програма фізичної терапії при хронічному болю в спині поєднує кілька складових. Це індивідуально дібрані силові, аеробні вправи та вправи для рухливості хребта й кульшових суглобів, поступове збільшення повсякденної активності, навчання щодо природи хронічного болю та безпечності руху, а також стратегії самоконтролю під час загострень. Важливо змінити уявлення пацієнта про біль як сигнал пошкодження, оскільки саме такі переконання підтримують уникнення рухів і залежність від знеболювальних засобів.

Окремо варто враховувати психологічні чинники, які підтримують як біль, так і прийом препаратів. Катастрофізація, страх руху, тривожність і порушення сну посилюють сприйняття болю та спонукають пацієнта шукати швидке полегшення в таблетках. Фізичний терапевт може виявляти ці чинники за допомогою стандартизованих опитувальників, включати до програми елементи когнітивно-поведінкового підходу, зокрема дозоване збільшення активності незалежно від коливань болю.

Зменшення прийому аналгетиків не повинно бути самоціллю й відбуватися без контролю. Зміни у фармакотерапії здійснює лікар, а роль фізичного терапевта полягає в тому, щоб створити умови, за яких потреба в препаратах природно зменшується. Тут важливою є й участь фармацевта, який консультує пацієнтів під час купівлі безрецептурних знеболювальних засобів і може рекомендувати звернутися до фахівця з фізичної терапії замість тривалого самолікування. Така взаємодія лікаря, фармацевта й фізичного терапевта відповідає сучасній моделі міждисциплінарної допомоги.

Попри актуальність питання, у більшості досліджень ефективності фізичної терапії основними результатами є біль і функція, тоді як споживання знеболювальних засобів оцінюють рідко й нестандартизовано. Для його вимірювання можна використовувати щоденник прийому препаратів із зазначенням назв, доз і кількості днів застосування, а також шкали кількісної оцінки медикаментозного навантаження. Поєднання цих даних із числовою рейтинговою шкалою болю та індексом обмеження життєдіяльності Освестрі дозволить оцінити, чи супроводжується покращення функції зменшенням потреби в аналгетиках.

У подальшому передбачено реалізувати програму фізичної терапії тривалістю кілька тижнів для пацієнтів із хронічним неспецифічним болем у нижній частині спини та порівняти показники болю, функції та споживання знеболювальних засобів на початку, наприкінці програми й під час віддаленого спостереження.

Отже, тривале застосування аналгетиків при хронічному неспецифічному болю в нижній частині спини часто не забезпечує достатнього полегшення й пов’язане з ризиком побічних реакцій, тоді як терапевтичні вправи мають переконливу доказову базу та рекомендовані як перша лінія лікування. Програма фізичної терапії, що поєднує вправи, поступове збільшення активності та навчання пацієнта, потенційно здатна зменшити потребу в знеболювальних засобах. Для перевірки цього припущення показники споживання аналгетиків доцільно включати до стандартного оцінювання результатів поряд із болем і функцією, забезпечуючи взаємодію фізичного терапевта з лікарем і фармацевтом.

Література

1. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions / Foster N. E., Anema J. R., Cherkin D., et al. *The Lancet*. 2018. Vol. 391, № 10137. P. 2368–2383.

2. Qaseem A., Wilt T. J., McLean R. M., Forciea M. A. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*. 2017. Vol. 166, № 7. P. 514–530.

3. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebocontrolled trials / Machado G. C., Maher C. G., Ferreira P. H., et al. *BMJ*. 2015. Vol. 350. h1225.

4. Exercise therapy for chronic low back pain / Hayden J. A., Ellis J., Ogilvie R., Malmivaara A., Tulder M. W. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021. Issue 9. CD009790.

УДК 614.253.5:616-001.45:355.72

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЩОДО НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Оксана МІХАЕЛЬ

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Медсестринство
yulia_karpenko1976@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Юлія КАРПЕНКО
доктор філософії (PhD), викладач кафедри природничих дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Публікацію присвячено питанню готовності медичних сестер до роботи з пораненими. Показано, що бойова травма та багатоетапна система евакуації висувають до медсестринського персоналу вимоги, які виходять за межі традиційної підготовки. Розкрито зміст професійної компетентності медичної сестри в цій сфері через когнітивний, діяльнісний та особистісний компоненти. Обґрунтовано провідну роль симуляційних технологій у формуванні практичних навичок.

Ключові слова: бойова травма, медична евакуація, тактична медицина, медсестринська освіта, професійна компетентність, симуляція.

Від початку повномасштабного вторгнення допомога пораненим стала частиною щоденної роботи багатьох українських медичних сестер. Це стосується не лише тих, хто служить у Збройних Силах: поранені надходять до обласних і районних лікарень, потребують супроводу під час міжлікарняних переведень, тривалого догляду після операцій і реабілітації. Отже, готовність до роботи з бойовою травмою сьогодні є вимогою до значно ширшого кола фахівців, ніж до 2022 року.

Вогнепальні та мінно-вибухові поранення рідко бувають ізольованими. Для них типові множинні ушкодження, масивна крововтрата, розвиток шоку, гіпотермія та висока ймовірність інфікування ран. Час від поранення до отримання хірургічної допомоги може бути тривалим, тому стан пораненого

значною мірою визначається діями персоналу, який перебуває поруч із ним на ранніх етапах. Аналіз летальних випадків серед військовослужбовців показав, що приблизно кожна четверта смерть до госпіталізації могла бути відвернена, причому переважна частина таких випадків була пов’язана з кровотечею [1].

Освітні програми підготовки медичних сестер історично орієнтувалися на допомогу в мирних умовах і в стаціонарі. Теми, що стосуються сортування постраждалих, тактичної медицини та догляду під час транспортування, представлені в них фрагментарно, а обсяг практичного відпрацювання часто недостатній для формування стійких навичок.

Метою дослідження було з’ясувати, які знання, уміння та особистісні якості становлять професійну компетентність медичної сестри щодо допомоги пораненим, і визначити засоби її формування з урахуванням етапів медичної евакуації.

Матеріалами для аналізу слугували клінічні настанови з тактичної медицини, чинні нормативні акти МОЗ України та наукові статті з баз PubMed, Scopus і вітчизняних фахових журналів, опубліковані переважно впродовж останнього десятиліття. Застосовано контент-аналіз нормативних документів, порівняльний аналіз, класифікацію та узагальнення.

Медичну евакуацію доцільно розглядати як безперервний ланцюг допомоги, а не просто як переміщення пораненого. Від місця поранення постраждалий проходить через пункти стабілізації до закладів, де надають спеціалізовану хірургічну допомогу, і на кожній ланці цього ланцюга перед медичною сестрою стоять свої завдання. Серед них: медичне сортування, перевірка ефективності турнікетів і пов’язок, накладених раніше, моніторинг вітальних показників, забезпечення судинного доступу, знеболення за призначенням, зігрівання, підготовка до транспортування та заповнення медичної документації. Помилки під час передачі пораненого з одного етапу на інший можуть звести нанівець усю попередньо надану допомогу.

Змістовим підґрунтям підготовки є концепція Tactical Combat Casualty Care (TCCC). Її розробники першими довели, що підходи цивільної травматології не

можна автоматично застосовувати в бойових умовах, і запропонували визначати обсяг допомоги залежно від тактичної обстановки [2]. Чинні настанови TCCC, які регулярно переглядаються, закріплюють послідовність дій за алгоритмом MARCH, де першим пріоритетом є зупинка масивної кровотечі, а далі йдуть прохідність дихальних шляхів, дихання, кровообіг, профілактика гіпотермії та травма голови [3].

На національному рівні порядок домедичної допомоги при невідкладних станах регламентує наказ МОЗ України № 441, який також містить рекомендації щодо курсу домедичної допомоги в умовах бойових дій та воєнного стану [4]. Для медичної сестри цей документ є мінімальним, а не достатнім рівнем, адже вона виконує ширший перелік втручань і відповідає за стан пораненого впродовж тривалого часу.

Аналіз літератури дає змогу виділити три компоненти професійної компетентності медичної сестри в цій сфері. Перший компонент, когнітивний, охоплює розуміння механізмів бойової травми, знання алгоритмів допомоги та організації евакуації. Другий, діяльнісний, полягає у швидкому й точному виконанні маніпуляцій за умов обмеженого часу та ресурсів. Третій, особистісний, включає психологічну стійкість, готовність діяти в небезпечній обстановці, навички командної роботи й відповідальність за рішення.

Найбільш дієвим засобом розвитку діяльнісного компонента є симуляційне навчання. Результати масштабного рандомізованого дослідження засвідчили, що заміна симуляцією до 50 % клінічної практики не знижує рівня підготовки медичних сестер [5]. Для тем, пов’язаних із бойовою травмою, симуляція має додаткову перевагу: вона дозволяє безпечно відтворити умови, які неможливо змоделювати на звичайному практичному занятті. Ефект підсилюється, якщо сценарії включають роботу в команді, дефіцит часу й кілька постраждалих одночасно, а після кожного сценарію проводиться детальний розбір дій.

Емпіричний етап роботи передбачає оцінювання кожного з трьох компонентів компетентності в медичних сестер: знань за допомогою тестування,

практичних навичок у симуляційних сценаріях, а особистісної готовності шляхом анкетування. Окремо планується з'ясувати, з якими труднощами фахівці стикаються на практиці. Отримані дані стануть основою для розроблення змісту навчальних модулів з урахуванням етапу евакуації, на якому працює медична сестра. Під час інтерпретації слід зважати на те, що більшість зарубіжних публікацій описують системи евакуації, відмінні від української.

Отже, робота з пораненими на етапах медичної евакуації вимагає від медичних сестер компетентності, яка поєднує спеціальні знання, практичні навички та психологічну готовність і не формується повною мірою в межах традиційної підготовки. Її розвиток має спиратися на принципи тактичної медицини, чинні національні нормативи та симуляційні технології, а зміст навчання варто диференціювати відповідно до завдань фахівця на конкретному етапі евакуації. Перспективою роботи є емпірична оцінка сформованості компонентів компетентності та розроблення на її основі програми підготовки.

Література

1. Death on the battlefield (2001–2011): implications for the future of combat casualty care / Eastridge B. J., Mabry R. L., Seguin P., et al. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2012. Vol. 73, № 6, Suppl. 5. P. S431–S437.

2. Butler F. K., Hagmann J., Butler E. G. Tactical combat casualty care in special operations. *Military Medicine*. 1996. Vol. 161, Suppl. P. 3–16.

3. *Tactical Combat Casualty Care (TCCC) Guidelines*. Joint Trauma System, 2024. URL: https://deployedmedicine.com (дата звернення: 27.09.2026).

4. Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах: наказ М-ва охорони здоров'я України від 09.03.2022 № 441. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22 (дата звернення: 27.09.2026).

5. The NCSBN National Simulation Study: a longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education / Hayden J. K., Smiley R. A., Alexander M., Kardong-Edgren S., Jeffries P. R. *Journal of Nursing Regulation*. 2014. Vol. 5, № 2, Suppl. P. S3–S40.

УДК 615.825:613.71-057.875

АЕРОБНІ РЕЗЕРВИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ: МОЖЛИВОСТІ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Олена НЕЗНАННА

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
eleniianna1771@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Юрій БУШУЄВ
к. мед. н., доцент кафедри біомедичних
дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У тезах узагальнено сучасні дані щодо підвищення аеробних можливостей і функціональної працездатності студентської молоді засобами дозованої рухової активності. Розглянуто особливості вибору інтенсивності та режиму аеробного навантаження для осіб із низьким вихідним рівнем фізичної підготовленості, можливості його поєднання із силовими вправами та способи контролю результатів. Окрему увагу приділено поступовості навантаження й чинникам, що впливають на регулярність занять.

Ключові слова: студенти, рухова активність, аеробне тренування, функціональна працездатність, фізична терапія, оцінювання.

Вихідний рівень підготовленості має практичне значення. Навантаження, яке добре переносить фізично активний студент/ка, може виявитися надмірним для малорухливої людини. Вітчизняні дослідження також показують зв’язок фізичних можливостей здобувачів із рівнем їхнього фізичного здоров’я та необхідність ураховувати його при визначенні обсягу й інтенсивності занять [1].

Водночас програми, спрямовані на підвищення аеробної працездатності молоді, суттєво різняться за режимом, тривалістю та способами оцінювання результатів. Тому важливим є не пошук єдиної схеми тренування, а визначення

підходів, які дозволяють поступово збільшувати навантаження відповідно до реакції конкретної людини.

Мета роботи – узагальнити сучасні дані щодо вибору й дозування аеробного навантаження та способів оцінювання функціональної працездатності студентів із низьким вихідним рівнем фізичної підготовленості.

Матеріали та методи. Проведено пошук публікацій у PubMed, Cochrane Library, PEDro, Scopus і Google Scholar та у вітчизняних фахових виданнях за ключовими словами «cardiorespiratory fitness», «aerobic training», «university students», «physical activity», «рухова активність студентів», «фізичне здоров'я». Об'єктом аналізу стали публікації 2021–2026 років за участю осіб молодого віку, у яких описано тренувальне втручання або його результати. Використано інструменти аналізу, порівняння та узагальнення отриманих даних.

Для підвищення аеробних можливостей вдіються як до тривалого навантаження помірної інтенсивності, так і інтервальні тренування високої інтенсивності. Метааналіз досліджень за участю осіб молодого та середнього віку показав, що обидва підходи поліпшують кардіореспіраторну підготовленість, а інтервальне тренування в окремих показниках може мати перевагу [2].

Однак для малорухливих студентів з низькою вихідною підготовленістю це не означає, що заняття доцільно одразу починати з високоінтенсивних інтервалів. Практичніше спочатку визначити переносимий рівень навантаження, сформувати регулярність занять і лише потім, за доброї переносимості, вводити короткі інтервальні відрізки більшої інтенсивності.

На значення помірного навантаження вказують і результати тривалих тренувальних програм. У рандомізованому дослідженні малорухливих осіб віком 18–25 років після 24 тижнів поєднаного тренування максимальне споживання кисню зросло як при помірній, так і при високій інтенсивності [3]. Отже, у початково нетренованих молодих людей результат залежить не лише від високої інтенсивності, а й від систематичності та достатньої тривалості програми.

Аеробні вправи доцільно доповнювати силовими. Збільшення сили великих м’язових груп полегшує виконання повсякденних фізичних завдань, а чергування різних видів роботи робить заняття різноманітнішими. Під час планування фізичної підготовки студентів важливо враховувати їхні медико-біологічні особливості та вихідний функціональний стан [4].

Для практичної роботи не обов’язково мати складне лабораторне обладнання. Результативність програми можна відстежувати за допомогою стандартизованих функціональних проб. Залежно від завдання можуть застосовуватися тест із шестихвилинною ходьбою, степ-тест, контроль частоти серцевих скорочень і артеріального тиску до та після навантаження, а також шкала суб’єктивного сприйняття зусилля. Для порівняння результатів важливо проводити повторне тестування за однаковим протоколом.

При цьому один показник не повинен бути підставою висновку про ефективність програми. Наприклад, зміна частоти серцевих скорочень після навантаження може свідчити про адаптацію серцево-судинної системи, але не показувати, наскільки легше студент/ка переносить тривалу ходьбу або навчальний день. Тому доцільно поєднувати об’єктивні функціональні показники із суб’єктивною оцінкою переносимості навантаження.

Не менш важливою є і регулярність занять. Систематичний огляд вказує на зв’язок вищої рухової активності студентів із нижчим рівнем стресу, тривоги та депресивних проявів і кращим суб’єктивним благополуччям [5]. Ці ефекти можуть бути додатковим аргументом для підтримання фізичної активності, особливо коли помітні зміни функціональних показників потребують тривалішого часу.

Таким чином, програму для студента з низьким вихідним рівнем підготовленості доцільно починати з переносимого аеробного навантаження помірної інтенсивності, поступово збільшуючи його обсяг. Силові вправи можуть доповнювати аеробний компонент, а перехід до більш інтенсивних інтервальних навантажень має залежати від реакції людини, а не лише від її віку.

Обмеженням наявних даних є різнорідність тренувальних програм, значна частка самозвітів щодо рівня рухової активності та невелика кількість робіт, виконаних саме серед студентів із низьким рівнем фізичного здоров'я. Це обмежує можливість рекомендувати якусь одну універсальну схему навантаження для цієї групи.

Висновки. 1. Під час планування оздоровчого тренування студентів із низьким рівнем фізичної підготовленості необхідно враховувати вихідний функціональний стан і переносимість навантаження.

2. На початковому етапі доцільним є регулярне аеробне навантаження помірної інтенсивності в поєднанні із силовими вправами. Інтервальні навантаження більшої інтенсивності можуть вводитися поступово за умови доброї переносимості.

3. Результативність програми варто оцінювати за поєднанням функціональних показників і суб'єктивної переносимості навантаження, а подальші дослідження спрямувати на перевірку таких програм саме серед студентів із низьким вихідним рівнем фізичного здоров'я.

Література

1. Арефьєв В. Г. Фізична підготовленість студентів різного фізичного здоров'я. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова.* Серія 15. 2024. Вип. 10(183). С. 13–17.

2. Effect of high-intensity interval training vs. moderate-intensity continuous training on fat loss and cardiorespiratory fitness in the young and middle-aged: a systematic review and meta-analysis / Guo Z., Li M., Cai J., Gong W., Liu Y., Liu Z. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. Vol. 20, № 6. Article 4741.

3. Sex-specific dose-response effects of a 24-week supervised concurrent exercise intervention on cardiorespiratory fitness and muscular strength in young adults: the ACTIBATE randomized controlled trial / Camacho-Cardenosa A., Amaro-Gahete F. J., Martinez-Tellez B., Alcantara J. M. A., Ortega F. B., Ruiz J. R..

Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports. 2024. Vol. 34, № 1. Article e14507.

4. Денисовець Т., Квак О., Гогоць В., Хоменко П. Медико-біологічні аспекти фізичної підготовки здобувачів закладів вищої освіти. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова.* Серія 15. 2024. Вип. 3(175). С. 76–81.

5. Martín-Rodríguez A., González-Prieto N. Influence of physical activity on perceived stress and mental health in university students: a systematic review. *Frontiers in Sports and Active Living*. 2026. DOI: 10.3389/fspor.2025.1710832

УДК 614.253.5:316.48

УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В МЕДСЕСТРИНСЬКОМУ КОЛЕКТИВІ КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ЗАКЛАДУ

Ліліана ОСТАПЧУК

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти, ОП Медсестринство
Liliana221279@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Юлія КАРПЕНКО
доктор філософії (PhD), викладач кафедри природничих дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Робота присвячена конфліктам, що виникають у медсестринських колективах, і способам їх регулювання. На підставі аналізу наукової літератури визначено групи чинників, які провокують конфлікти, та їх наслідки для персоналу й пацієнтів. Розглянуто типологію стилів поведінки в конфлікті та особливості їх використання медичними сестрами на різних посадах. Наголошено на пріоритеті профілактичних управлінських рішень над реагуванням на вже наявні конфлікти.

Ключові слова: конфлікт, медсестринський менеджмент, стилі поведінки в конфлікті, організаційний клімат, кардіохірургія.

Конфлікт у трудовому колективі визначають як зіткнення інтересів, цінностей або уявлень про спосіб виконання роботи, що супроводжується

емоційним напруженням сторін. У медсестринських колективах конфлікти мають свою специфіку. Медичні сестри працюють позмінно, щодня передають одна одній відповідальність за пацієнтів, перебувають у складній ієрархії відносин з лікарями, адміністрацією, молодшим персоналом і родинами хворих. Кожна з цих точок взаємодії є потенційним джерелом розбіжностей.

Кардіохірургічний заклад належить до середовищ із підвищеним ризиком конфліктів. Робота в операційних і відділеннях реанімації вимагає бездоганної синхронізації дій, пацієнти перебувають у критичному стані, а ціна помилки надзвичайно висока. Сучасні реалії, зокрема нестача кадрів і збільшене навантаження на персонал, лише посилюють напругу в колективах.

Наслідки конфлікту залежать від того, як ним керують. Відкрито обговорена й розв'язана розбіжність здатна виявити слабкі місця в організації роботи та стати поштовхом до змін. Конфлікт, який ігнорують, навпаки, перетворюється на хронічне джерело стресу, підриває довіру в команді та провокує звільнення. Відповідальність за створення умов для конструктивного розв'язання розбіжностей покладається насамперед на старших і головних медичних сестер.

Завдання роботи полягало в теоретичному обґрунтуванні підходів до управління конфліктами в медсестринському колективі та підготовці методичної бази для їх вивчення в умовах кардіохірургічного закладу.

Робота має теоретичний характер і ґрунтується на бібліосемантичному аналізі джерел. Відбір публікацій здійснювали в міжнародних наукометричних базах, пошукових системах і українських фахових журналах, віддаючи перевагу оглядовим працям, що узагальнюють результати багатьох досліджень. Для впорядкування отриманих даних застосовано структурно-логічний аналіз і метод класифікації.

Опрацювання літератури дало змогу згрупувати отримані дані навколо трьох питань: звідки беруться конфлікти, як поводяться в них медичні сестри та що може зробити керівник.

Щодо першого питання, в оглядових працях чинники конфліктів у командах охорони здоров’я поділяють на індивідуальні, міжособистісні та організаційні [1]. Індивідуальні чинники пов’язані з особистісними рисами, втомою та вигоранням працівників. Міжособистісні зумовлені стилем спілкування, професійною ієрархією та розбіжністю цінностей. Організаційні виникають через розмиті посадові обов’язки, перевантаження, несправедливі, на думку персоналу, графіки чергувань і брак ресурсів. У реальних ситуаціях ці чинники зазвичай переплітаються.

Негативний вплив неврегульованих конфліктів поширюється на всю систему надання допомоги: знижується задоволеність працею, погіршується взаємодія в команді, страждає якість догляду [2]. Показово, що автори інтегративного огляду вважають організаційні заходи важливішими для запобігання конфліктам, ніж розвиток індивідуальних навичок окремих працівників.

Для аналізу поведінки учасників конфлікту найчастіше використовують модель К. Томаса. Вона будується на двох вимірах: наскільки людина прагне задовольнити власні інтереси і наскільки враховує інтереси опонента. Поєднання цих вимірів дає п’ять стилів: суперництво, співпрацю, компроміс, уникання та пристосування [3]. Модель не передбачає «правильного» стилю для всіх випадків; ефективність визначається тим, наскільки стиль відповідає конкретній ситуації.

Систематизація досліджень медсестринського персоналу засвідчила різницю між посадовими групами: керівники частіше обирають співпрацю та компроміс, а медичні сестри без управлінських функцій нерідко схиляються до уникання [4]. Уникання може тимчасово знизити напругу, але в разі постійного застосування призводить до того, що проблеми накопичуються й загострюються.

Відповідь на третє питання полягає передусім у профілактиці. Керівник медсестринської служби може запобігти значній частині конфліктів, якщо забезпечить чіткий опис обов’язків, прозорий порядок складання графіків, стандартизовану передачу змін і регулярні наради, де проблеми обговорюються

відкрито. Коли ж конфлікт уже виник, потрібні навички активного слухання, переговорів і медіації [5]. Слід мати на увазі, що переважна більшість наведених даних отримана в зарубіжних закладах на основі самооцінювання персоналу, тому їх потрібно перевіряти в українських умовах.

Емпіричну частину роботи заплановано провести на базі ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України». Вона включатиме визначення переважних стилів поведінки в конфлікті за методикою К. Томаса серед медичних сестер і керівників медсестринських служб, опитування щодо найчастіших причин конфліктів у відділеннях та оцінку психологічного клімату. Окремим завданням є інтерв'ю зі старшими медичними сестрами щодо їх досвіду врегулювання конфліктів.

Висновки. Отже, конфлікти в медсестринському колективі мають багатофакторне походження, а їх наслідки виходять за межі міжособистісних стосунків і позначаються на якості допомоги пацієнтам. Ключову роль в управлінні ними відіграє керівник медсестринської служби, від якого вимагаються як уміння гнучко обирати стиль поведінки, так і здатність вибудовувати організаційні умови, що запобігають конфліктам. Результати запланованого емпіричного дослідження дозволять розробити практичні рекомендації для кардіохірургічного закладу.

Література

1. Individual, interpersonal, and organisational factors of healthcare conflict: a scoping review / Kim S., Bochatay N., Relyea-Chew A., et al. *Journal of Interprofessional Care*. 2017. Vol. 31, № 3. P. 282–290.

2. Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review / Almost J., Wolff A. C., Stewart-Pyne A., McCormick L. G., Strachan D., D'Souza C. *Journal of Advanced Nursing*. 2016. Vol. 72, № 7. P. 1490–1505.

3. Thomas K. W. Conflict and conflict management: reflections and update. *Journal of Organizational Behavior*. 1992. Vol. 13, № 3. P. 265–274.

4. Labrague L. J., Al Hamdan Z., McEnroe-Petitte D. M. An integrative review on conflict management styles among nursing professionals: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*. 2018. Vol. 26, № 8. P. 902–917.

5. Johansen M. L. Keeping the peace: conflict management strategies for nurse managers. *Nursing Management*. 2012. Vol. 43, № 2. P. 50–54.

УДК 615.825:616.831-005.1-06:616.74-009.12:615.214

КОМПЛЕКСНА КОРЕКЦІЯ ПОСТІНСУЛЬТНОЇ СПАСТИЧНОСТІ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Юлія ПАЛЬОННА

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОП Фізична терапія
palunnayaull@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Наталія БОРИСЕНКО
PhD, доцент, викладач кафедри фармацевтичних дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто сучасні підходи до комплексної корекції постінсультної спастичності верхньої кінцівки із застосуванням засобів фізичної терапії та фармакологічного менеджменту. Проаналізовано роль терапевтичних вправ, позиціонування, розтягування, функціонально орієнтованого тренування та інших реабілітаційних втручань у відновленні функції верхньої кінцівки. Обґрунтовано доцільність персоніфікованого поєднання фізичної терапії з фармакологічними методами залежно від характеру та поширеності спастичності, функціонального стану пацієнта й визначених цілей реабілітації.

Ключові слова: інсульт, постінсультна спастичність, верхня кінцівка, фізична терапія, ботулінічний токсин типу А, міорелаксанти, фармакотерапія, реабілітація.

Інсульт є однією з основних причин тривалого обмеження функціонування дорослого населення. Одним із поширених наслідків ураження центральної нервової системи після інсульту є спастичність, що може супроводжуватися підвищенням м’язового тонусу, патологічним положенням кінцівки, болем, обмеженням обсягу рухів та труднощами під час виконання повсякденних дій [1, 2]. Особливо значущими є порушення функції верхньої кінцівки, оскільки вони безпосередньо впливають на можливість самообслуговування, виконання побутових дій та рівень незалежності пацієнта.

Сучасний підхід до постінсультної спастичності передбачає не ізольоване використання окремого методу, а формування комплексної реабілітаційної стратегії. Її зміст визначається ступенем і поширеністю спастичності, локалізацією патологічно активних м’язів, наявністю контрактур, больового синдрому, залишкових довільних рухів та індивідуальними функціональними цілями пацієнта [2, 3].

Важливе місце у веденні таких пацієнтів посідає фізична терапія. Її основними завданнями є підтримання та збільшення доступного обсягу рухів, профілактика вторинних м’язово-скелетних змін, удосконалення моторного контролю та створення умов для максимально можливого використання ураженої верхньої кінцівки у повсякденній діяльності [1, 2]. За клінічно значущої спастичності реабілітаційні втручання можуть поєднуватися з фармакологічним лікуванням, зокрема локальним введенням ботулінічного токсину типу А або застосуванням антиспастичних лікарських засобів [2, 3].

Метою дослідження було обґрунтувати комплексний підхід до корекції постінсультної спастичності верхньої кінцівки шляхом поєднання засобів фізичної терапії та фармакологічного менеджменту, а також визначити основні критерії оцінювання результативності такого підходу.

Матеріали та методи. Використано методи інформаційного пошуку, аналізу, порівняння, систематизації та узагальнення сучасних наукових даних щодо фізичної терапії та фармакологічної корекції постінсультної спастичності. Проаналізовано сучасні наукові публікації 2023–2025 рр., присвячені моторній

реабілітації після інсульту, застосуванню ботулінічного токсину типу А, антиспастичній фармакотерапії та поєднанню медикаментозних методів із реабілітаційними втручаннями [1–5].

Результати та їх обговорення. Аналіз сучасних наукових даних показав, що корекція постінсультної спастичності верхньої кінцівки має бути спрямована не лише на зниження м'язового тонусу, але й на досягнення конкретних функціональних цілей. До них належать полегшення догляду за ураженою кінцівкою, зменшення больового синдрому, підтримання або збільшення пасивного й активного обсягу рухів, профілактика контрактур та покращення використання верхньої кінцівки під час виконання повсякденних дій [2, 3].

Фізична терапія є невід'ємною складовою постінсультної реабілітації. Програма може включати терапевтичні вправи, правильне позиціонування верхньої кінцівки, контрольоване розтягування м'язів, вправи для підтримання рухливості суглобів, повторювані функціональні завдання та тренування моторного контролю. Вибір конкретних засобів фізичної терапії повинен здійснюватися індивідуально з урахуванням функціональних можливостей пацієнта, вираженості спастичності та поставлених реабілітаційних цілей [1, 2].

Особливе значення має функціонально орієнтоване тренування. Його метою є не тільки вплив на окремі м'язові групи, але й формування можливості використовувати уражену верхню кінцівку під час виконання практично значущих дій [1].

Одним із провідних фармакологічних методів корекції фокальної постінсультної спастичності є застосування ботулінічного токсину типу А (BoNT-A). Його локальне введення у визначені м'язи дозволяє цілеспрямовано знижувати патологічну м'язову гіперактивність. Сучасні дослідження підтверджують можливість зменшення спастичності та покращення окремих клінічних і функціональних показників після застосування BoNT-A у пацієнтів із постінсультною спастичністю верхньої кінцівки [2, 3].

У дослідженні G. Çelebi та співавт. оцінювали вплив ультразвуково-контрольованого введення ботулінічного токсину на біль, функціональність, спастичність та обсяг рухів у пацієнтів із постінсультною спастичністю верхньої

кінцівки. Отримані результати підтверджують доцільність комплексного оцінювання ефекту ботулінотерапії, яке не повинно обмежуватися лише визначенням ступеня м’язового тонусу [3].

Важливість такого підходу підтверджується результатами рандомізованого контрольованого дослідження I.-S. Hwang та співавт., у якому вивчалося тривале посилення ефекту ін’єкцій ботулінічного токсину при постінсультній спастичності за допомогою вправ на розтягування [4].

Систематичний огляд і мережевий метааналіз M. Ke та співавт. також був присвячений ефективності поєднання ботулінічного токсину з реабілітаційними методами при постінсультній спастичності. До аналізу було включено 18 досліджень, що дозволило авторам оцінити різні варіанти комбінованого лікування [5]. Отримані дані свідчать про перспективність поєднання BoNT із реабілітаційними втручаннями, хоча автори наголошують на необхідності обережної інтерпретації результатів через обмежену кількість досліджень для окремих терапевтичних комбінацій.

Іншим напрямом фармакологічного менеджменту є застосування системних антиспастичних лікарських засобів. До препаратів, що використовуються для контролю генералізованої або сегментарної спастичності, належать, зокрема, баклофен і тизанідин. Водночас системна фармакотерапія потребує індивідуального підбору через можливість розвитку дозозалежних небажаних ефектів [2].

Отже, ботулінотерапію та системні міорелаксанти не слід розглядати як повністю взаємозамінні варіанти фармакологічної корекції. Вибір терапевтичного підходу залежить від клінічного патерну та поширеності спастичності [2, 3].

Таким чином, найбільш обґрунтованою є модель, за якої фізична терапія та фармакологічний менеджмент розглядаються як взаємодоповнювальні компоненти комплексної реабілітації пацієнтів із постінсультною спастичністю верхньої кінцівки. Фармакологічне зниження патологічної м’язової активності може створювати сприятливіші умови для проведення фізичної терапії, тоді як

систематичне виконання індивідуалізованої програми фізичної терапії спрямоване на реалізацію функціонального потенціалу пацієнта.

Висновки. Постінсультна спастичність верхньої кінцівки потребує комплексного індивідуалізованого підходу, що поєднує фізичну терапію та фармакологічний менеджмент. При фокальній спастичності доцільним є застосування ботулінічного токсину типу А у поєднанні з фізичною терапією, тоді як системна антиспастична терапія призначається за клінічними показаннями. Результативність реабілітації слід оцінювати за динамікою м'язового тонусу, болю, обсягу рухів, моторної функції, повсякденної активності та досягнення індивідуальних цілей пацієнта.

Література

1. Motor rehabilitation after stroke: European Stroke Organisation (ESO) consensus-based definition and guiding framework / Kwakkel G., Stinear C., Essers B., et al.. *European Stroke Journal*. 2023. Vol. 8, No. 4. P. 880–894. DOI: 10.1177/23969873231191304.

2. Best Practice Guidelines for the Management of Patients with Post-Stroke Spasticity: A Modified Scoping Review / Suputtitada A., Chatromyen S., Chen C. P. C., et al. *Toxins*. 2024. Vol. 16, No. 2. Article 98. DOI: 10.3390/toxins16020098.

3. Çelebi G., Ayyildiz A., Çiftci Inceoğlu S., Kuran B. The effect of ultrasound-guided botulinum toxin injections on pain, functionality, spasticity, and range of motion in patients with post-stroke upper extremity spasticity. *Rehabilitación*. 2025. Vol. 59, No. 1. Article 100876. DOI: 10.1016/j.rh.2024.100876.

4. Long-Term Enhancement of Botulinum Toxin Injections for Post-Stroke Spasticity by Use of Stretching Exercises-A Randomized Controlled Trial / Hwang I.-S., Ryu J.-W., et al. *Toxins*. 2024. Vol. 16, No. 6. Article 267. DOI: 10.3390/toxins16060267.

5. Efficacy of botulinum toxin combined with rehabilitation treatments in the treatment of post-stroke spasticity: A systematic review and network meta-analysis / Ke M., Li D., Zhou P., Geng H., Zhang Q., Zhi L., Hong Y., Wang Y., Long J. *NeuroRehabilitation*. 2024. Vol. 55, No. 4. P. 399–416. DOI: 10.1177/10538135241290110.

УДК 615.825:613.71-057.875

ДОЗОВАНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЗАМІСТЬ ОБМЕЖЕНЬ: ПРИНЦИПИ ПОБУДОВИ ПРОГРАМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ

Роман ПАТЛАЙ

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
romapatlay10@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Юрій БУШУЄВ
к. мед. н., доцент кафедри біомедичних
дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Розглянуто проблему організації рухової активності студентів, які за станом здоров’я віднесені до спеціальної медичної групи. Показано, що обмеження навантаження без індивідуального підходу може призводити до гіпокінезії та подальшого погіршення функціонального стану. Обґрунтовано принципи побудови диференційованої програми рухових втручань із передзаняттєвим скринінгом, дозуванням за параметрами FITT і контролем реакції на навантаження. Запропоновано показники для оцінювання фізичного здоров’я та функціонального стану студентів.

Ключові слова: спеціальна медична група, студенти, фізична терапія, рухові втручання, кардіореспіраторна підготовленість, функціональний стан.

Щороку частину студентів за результатами медичного огляду зараховують до спеціальної медичної групи. Підставою для цього стають хронічні захворювання або функціональні порушення серцево-судинної, дихальної, травної, ендокринної систем, органів зору, опорно-рухового апарату. За умов війни до цих причин додалися наслідки перенесених травм і стресових розладів, а кількість молоді з обмеженнями щодо фізичних навантажень має тенденцію до зростання.

На практиці заняття в спеціальній медичній групі нерідко зводяться до загального зниження навантаження, а частина студентів отримує фактичне

звільнення від занять. Виникає парадоксальна ситуація: молоді люди, які мають найбільшу потребу в систематичній руховій активності, отримують її найменше. Гіпокінезія, своєю чергою, знижує аеробні можливості, силу м'язів, толерантність до навантаження й сприяє прогресуванню основного захворювання.

Сучасні дані переконливо свідчать про протилежне: дозовані фізичні вправи є ефективним засобом профілактики та лікування великої кількості хронічних захворювань, зокрема серцево-судинних, метаболічних, легеневих, опорно-рухових і психічних [1]. Отже, питання полягає не в тому, чи рухатися студентові з хронічним захворюванням, а в тому, як правильно дібрати й дозувати навантаження. Саме тут фізичний терапевт має необхідні компетентності, яких бракує традиційній моделі фізичного виховання.

Мета публікації – теоретично обґрунтувати побудову диференційованої програми рухових втручань для студентів спеціальної медичної групи та визначити показники для оцінювання її впливу на фізичне здоров'я й функціональний стан.

Проаналізовано міжнародні рекомендації щодо призначення фізичних вправ, наукові положення фахових асоціацій і огляди, розміщені в PubMed та Google Scholar. Застосовано методи теоретичного аналізу, порівняння, моделювання та систематизації.

Першим кроком є передзаняттєвий скринінг. Сучасний алгоритм Американського коледжу спортивної медицини враховує поточний рівень фізичної активності, наявність відомих серцево-судинних, метаболічних або ниркових захворювань і симптомів, а також бажану інтенсивність занять [2]. Його перевага в тому, що він не відсторонює людину від руху, а визначає, коли потрібна консультація лікаря і з якої інтенсивності доцільно починати. Для студентів спеціальної медичної групи скринінг доповнюється аналізом медичної документації та узгодженням обмежень з лікарем.

Диференціація програми має відбуватися не лише за діагнозом, а й за функціональним станом. Двоє студентів з однаковим захворюванням можуть мати різну толерантність до навантаження, тому доцільно формувати підгрупи з

урахуванням провідного порушення (наприклад, серцево-судинні та дихальні порушення, порушення опорно-рухового апарату, метаболічні розлади) і вихідного рівня підготовленості. Для кожної підгрупи визначають специфічні протипоказання, обережності та пріоритетні види вправ.

Дозування навантаження доцільно здійснювати за принципом FITT: частота, інтенсивність, тривалість і тип вправ. Рекомендації для дорослих передбачають поєднання аеробних, силових, гнучкісних і нейромоторних вправ, причому користь для здоров'я можна отримати навіть за невеликих обсягів із поступовим їх нарощуванням [3]. Для студентів спеціальної медичної групи початкова інтенсивність зазвичай є низькою або помірною, а прогресію визначають за реакцією на навантаження.

Специфіку диференціації добре ілюструють конкретні приклади. Для студентів із бронхіальною астмою важливі тривала розминка, контроль симптомів і наявність призначеного лікарем препарату під рукою, а перевагу надають інтервальним аеробним навантаженням. Студентам із надмірною масою тіла доцільні вправи з меншим ударним навантаженням на суглоби, як-от ходьба, велотренажер, плавання, у поєднанні з силовими вправами. У разі сколіотичної деформації чи болю в спині акцент роблять на силі та витривалості м'язів тулуба, а при міопії високого ступеня уникають різких нахилів голови донизу, стрибків і вправ з вираженим натужуванням.

Не менш важливою є поведінкова складова. Мета програми полягає не лише в покращенні показників за семестр, а й у формуванні в студента навичок самостійної рухової активності, які він збереже після завершення занять. Для цього студента навчають оцінювати власну реакцію на навантаження, планувати тренування й поступово збільшувати активність у повсякденному житті.

Контроль реакції на навантаження під час кожного заняття включає моніторинг частоти серцевих скорочень, суб'єктивної оцінки навантаження за шкалою Борга, за потреби артеріального тиску та сатурації, а також спостереження за симптомами, які є підставою для припинення вправ. Такий контроль дає змогу безпечно підвищувати навантаження та поступово переводити студента до вищих рівнів активності.

Для оцінювання результатів програми ключовим показником є кардіореспіраторна підготовленість, яку розглядають як важливий клінічний маркер стану здоров'я та прогнозу [4]. У студентів її можна оцінювати за допомогою субмаксимальних тестів, зокрема степ-тестів із реєстрацією відновлення частоти серцевих скорочень або тесту шестихвилинної ходьби. Доповнюють оцінювання кистьова динамометрія, тести м'язової витривалості, показники складу тіла, опитувальники якості життя та рівня фізичної активності.

У вітчизняній практиці для визначення рівня фізичного здоров'я поширена експрес-оцінка за методикою Г. Л. Апанасенка. Вона зручна для масових обстежень, проте її міжнародна валідизація обмежена, тому результати доцільно зіставляти з прямими функціональними тестами. Поєднання кількох незалежних показників підвищує об'єктивність висновків щодо ефективності програми.

Наступним етапом роботи є обстеження студентів спеціальної медичної групи, розподіл їх на підгрупи відповідно до провідного порушення та рівня підготовленості, реалізація диференційованої програми впродовж навчального семестру з порівнянням вихідних і підсумкових результатів обстеження.

Висновки. Студенти спеціальної медичної групи потребують не зменшення рухової активності, а її правильного дозування. Диференційована програма рухових втручань має ґрунтуватися на передзаняттєвому скринінгу, розподілі студентів за провідним порушенням і функціональним станом, дозуванні за принципом FITT і постійному контролі реакції на навантаження. Оцінювання її ефективності доцільно проводити за кардіореспіраторною підготовленістю, силовими показниками, складом тіла та якістю життя, поєднуючи вітчизняні методики з міжнародно визнаними функціональними тестами.

Література

1. Pedersen B. K., Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2015. Vol. 25, Suppl. 3. P. 1–72.

2. Updating ACSM’s recommendations for exercise preparticipation health screening / Riebe D., Franklin B. A., Thompson P. D., et al. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2015. Vol. 47, № 11. P. 2473–2479.

3. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise / Garber C. E., Blissmer B., Deschenes M. R., et al. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2011. Vol. 43, № 7. P. 1334–1359.

4. Importance of assessing cardiorespiratory fitness in clinical practice: a case for fitness as a clinical vital sign: a scientific statement from the American Heart Association / Ross R., Blair S. N., Arena R., et al. *Circulation*. 2016. Vol. 134, № 24. P. e653–e699.

УДК 615.825:616-056.52:616-008.9-053.81

ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПРАВИ ТА ПОВЕДІНКОВІ СТРАТЕГІЇ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ МОЛОДІ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА: ОРІЄНТАЦІЯ НА МЕТАБОЛІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

Дар’я ПИСЬМЕННА

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
Svintsitskadasha@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Юрій БУШУЄВ
к. мед. н., доцент кафедри біомедичних
дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Надлишкову масу тіла в молодому віці розглянуто як ранній етап розвитку метаболічних порушень, що мають довгострокові наслідки для здоров’я. Звернено увагу на обмеження індексу маси тіла та необхідність оцінювання розподілу жирової тканини й метаболічних показників. Проаналізовано доказові дані щодо обсягу та видів фізичних навантажень, придатних для зменшення жирової маси й покращення метаболічного профілю. Підкреслено значення поведінкових стратегій і міждисциплінарної взаємодії.

Ключові слова: надлишкова маса тіла, ожиріння, метаболічні порушення, студентська молодь, фізична терапія, терапевтичні вправи.

Упродовж останніх десятиліть поширеність ожиріння у світі зросла в більшості країн і вікових груп, а серед дорослих частка осіб з ожирінням за період з 1990 по 2022 рік збільшилася більш ніж удвічі [1]. Особливе занепокоєння викликає те, що надлишкова маса тіла дедалі частіше формується вже в молодому віці, коли метаболічні зміни ще мають зворотний характер.

Період навчання в закладі вищої освіти є сприятливим для набирання ваги. Багато молодих людей уперше починають жити самостійно, змінюють режим харчування на користь швидкої та висококалорійної їжі, скорочують тривалість сну, переживають навчальний стрес. Рухова активність після закінчення школи часто знижується, а більшість дня припадає на сидіння. У результаті навіть невелике щоденне переважання надходження енергії над її витратами впродовж кількох років навчання призводить до помітного збільшення маси тіла.

Небезпека полягає не так у самих кілограмах, як у пов’язаних з ними метаболічних змінах. Накопичення вісцеральної жирової тканини супроводжується зниженням чутливості тканин до інсуліну, змінами ліпідного профілю, підвищенням артеріального тиску. Такі порушення можуть тривалий час не проявлятися суб’єктивно, але саме вони формують підґрунтя для розвитку цукрового діабету 2 типу та серцево-судинних захворювань у подальшому житті.

Сучасні клінічні настанови розглядають ожиріння як хронічне захворювання, для корекції якого потрібен тривалий, орієнтований на людину підхід, а не короткочасні обмежувальні дієти [2]. Автори настанов наголошують на важливості уникання стигматизації та на тому, що покращення здоров’я можливе навіть за помірного зменшення маси тіла.

Мета роботи – узагальнити доказові підходи до застосування засобів фізичної терапії для корекції надлишкової маси тіла та метаболічних порушень у студентської молоді.

Опрацьовано клінічні настанови, офіційні позиції фахових організацій і метааналізи, відібрані в базах PubMed та PEDro. Отримані дані проаналізовано, зіставлено й систематизовано відповідно до завдань фізичної терапії.

Первинне оцінювання не повинно обмежуватися індексом маси тіла, оскільки він не відображає ні складу тіла, ні розподілу жирової тканини. Людина з нормальним індексом маси тіла може мати значну кількість вісцерального жиру та метаболічні порушення, і навпаки. Тому доцільно вимірювати окружність талії та співвідношення окружності талії до зросту, за можливості оцінювати склад тіла методом біоімпедансу, контролювати артеріальний тиск, а лабораторні показники вуглеводного й ліпідного обміну аналізувати спільно з лікарем. Обов'язковими є також оцінювання кардіореспіраторної підготовленості та рівня повсякденної активності.

За позицією Американського коледжу спортивної медицини, фізична активність в обсязі 150–250 хвилин на тиждень забезпечує лише помірне зменшення маси тіла, тоді як для клінічно значущих змін і запобігання повторному набиранню ваги потрібні більші обсяги, а найкращий результат досягається в поєднанні з корекцією харчування [3]. Отже, фізична терапія не повинна обіцяти швидкого схуднення лише за рахунок вправ, але вона відіграє ключову роль у збереженні досягнутого результату та покращенні метаболічного стану.

Щодо вибору виду навантаження, метааналіз показав, що інтервальне тренування високої інтенсивності та тривале тренування помірної інтенсивності забезпечують подібне зменшення жирової маси в осіб із надлишковою масою тіла та ожирінням [4]. Перевагою інтервального тренування є менші витрати часу, що важливо для студентів із щільним розкладом. Водночас його варто впроваджувати поступово, після періоду адаптації до помірних навантажень. Силові вправи доповнюють аеробні: вони допомагають зберегти м'язову масу під час зменшення маси тіла та покращують чутливість м'язів до інсуліну.

Під час добору вправ слід зважати на додаткове навантаження на суглоби нижніх кінцівок у разі значної маси тіла. На початкових етапах перевагу надають

ходьбі, велотренажеру, еліптичному тренажеру, заняттям у воді. Поступово збільшують тривалість, а згодом інтенсивність навантаження, контролюючи самопочуття, частоту серцевих скорочень і суб'єктивне відчуття зусилля.

Окрім структурованих тренувань, значний внесок у витрати енергії робить непланована повсякденна активність: ходьба до навчального корпусу, піднімання сходами, рух під час перерв, побутові справи. У студентів, які більшу частину дня сидять, саме збільшення цієї складової часто є найбільш реалістичним першим кроком. Регулярне переривання тривалого сидіння навіть короткими періодами ходьби позитивно впливає на рівень глюкози після їди, тому такі рекомендації доцільно включати до програми з першого заняття. Важливо також, що користь фізичної активності для метаболічного здоров'я, зокрема для чутливості до інсуліну та артеріального тиску, проявляється навіть тоді, коли маса тіла змінюється незначно. Про це слід повідомляти студентам, щоб відсутність швидкого зменшення ваги не призводила до відмови від занять.

Довготривалий результат визначається поведінкою людини поза заняттями. Тому до програми включають постановку реалістичних цілей, самоконтроль активності за допомогою крокоміра чи застосунку смартфона, планування активності на тиждень, увагу до достатнього сну. Акцент доцільно робити на показниках здоров'я й фізичної підготовленості, а не лише на вазі, що знижує ризик розчарування. У молодіжному середовищі фахівець також має бути уважним до ознак порушень харчової поведінки та за їх наявності скеровувати до відповідних фахівців.

Корекція надлишкової маси тіла потребує міждисциплінарної взаємодії: лікар оцінює метаболічний стан і супутні захворювання, дієтолог допомагає змінити харчування, а фізичний терапевт відповідає за безпечне та ефективне збільшення рухової активності.

Надалі передбачено обстежити студентів із надлишковою масою тіла за антропометричними, функціональними та метаболічними показниками, розробити індивідуалізовану програму фізичної терапії та оцінити її вплив упродовж навчального семестру.

Отже, надлишкова маса тіла в студентської молоді пов’язана зі зміною способу життя під час навчання та часто супроводжується прихованими метаболічними порушеннями. Для їх виявлення, крім індексу маси тіла, потрібні показники розподілу жирової тканини, складу тіла й кардіореспіраторної підготовленості. Фізична терапія має поєднувати аеробні та силові вправи з поступовим нарощуванням обсягу й інтенсивності, поведінкові стратегії та співпрацю з лікарем і дієтологом, орієнтуючись передусім на покращення здоров’я, а не лише на зменшення ваги.

Література

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 2024. Vol. 403, № 10431. P. 1027–1050.

2. Obesity in adults: a clinical practice guideline / Wharton S., Lau D. C. W., Vallis M., et al. *Canadian Medical Association Journal*. 2020. Vol. 192, № 31. P. E875–E891.

3. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults / Donnelly J. E., Blair S. N., Jakicic J. M., Manore M. M., Rankin J. W., Smith B. K. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2009. Vol. 41, № 2. P. 459–471.

4. Wewege M., Berg R., Ward R. E., Keech A. The effects of high-intensity interval training vs. moderate-intensity continuous training on body composition in overweight and obese adults: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2017. Vol. 18, № 6. P. 635–646.

УДК 615.825:617.58-089.87

ПІДГОТОВКА КУКСИ ТА ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВОЇ НЕЗАЛЕЖНОСТІ ОСІБ З АМПУТАЦІЄЮ НА РІВНІ СТЕГНА ДО ЕТАПУ ПРОТЕЗУВАННЯ

Юлія ПІДРУЧНА

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
neborak.yuliia@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник − Андрій БАЗІЛЕВСЬКИЙ
к. н. з фіз. вих. і спорту, доцент кафедри біомедичних дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У тезах розглянуто сучасні підходи до фізичної терапії осіб з ампутацією нижньої кінцівки на рівні стегна в передпротезному періоді. Основну увагу приділено контролю набряку й формуванню кукси, профілактиці контрактур, відновленню сили та рівноваги, менеджменту фантомного болю й навчанню пацієнта. Проаналізовано дані щодо компресійних методів, градуйованої рухової уяви та тренування рівноваги. Окреслено способи оцінювання функціонального стану та ознаки готовності до переходу на етап протезування.

Ключові слова: ампутація на рівні стегна, фізична терапія, кукса, контрактура, фантомний біль, протезування.

Потреба в реабілітації осіб з ампутаціями нижніх кінцівок в Україні останніми роками суттєво зросла. Ампутація на рівні стегна пов’язана зі значними функціональними труднощами: людина втрачає колінний суглоб, змінюється біомеханіка пересування, зростають енерговитрати під час ходьби. Тому стан пацієнта на початку протезування значною мірою впливає на подальше відновлення рухової незалежності.

Передпротезний період має власні завдання фізичної терапії. У цей час необхідно контролювати набряк і стан кукси, підтримувати рухливість

кульшового суглоба, відновлювати силу м’язів, навчати безпечних переміщень і користування допоміжними засобами. Недостатня увага до цих завдань може ускладнити підбір протеза й подальше навчання ходьбі.

Водночас узгодженого протоколу фізичної терапії для цього періоду немає, а рекомендації різних джерел відрізняються за змістом і переліком оцінювальних інструментів. Це зумовлює потребу в систематизації наявних доказових даних.

Мета роботи – узагальнити сучасні дані щодо змісту й оцінювання фізичної терапії осіб з ампутацією на рівні стегна в період підготовки до протезування та щодо ознак готовності до цього етапу.

Проведено пошук публікацій у PubMed, Cochrane Library, PEDro, Scopus і Google Scholar та у вітчизняних фахових виданнях за ключовими словами «transfemoral amputation», «pre-prosthetic rehabilitation», «residual limb», «phantom limb pain», «ампутація на рівні стегна», «фізична терапія». До аналізу ввійшли публікації 2021–2026 років за участю дорослих, у яких описано відповідні втручання або результати їх застосування. Використано аналіз, порівняння й узагальнення отриманих даних.

Одним із першочергових завдань є підготовка кукси до майбутнього протезування. Контроль набряку та поступове формування її об’єму здійснюють із використанням компресії, зокрема еластичного бинтування, спеціальних чохлів або знімних жорстких пов’язок. Систематичний огляд із метааналізом показав потенційні переваги жорстких пов’язок щодо строків загоєння рани, зменшення об’єму кукси та скорочення часу до протезування, хоча якість частини доказів автори оцінюють як обмежену [1]. Незалежно від способу компресії необхідний регулярний огляд шкіри та контроль переносимості компресії.

Для осіб із трансфеморальною ампутацією особливе значення має збереження розгинання і приведення в кульшовому суглобі. Тривале сидіння та звичне утримання стегна у згинанні й відведенні сприяють формуванню контрактури, яка надалі ускладнює протезування та ходьбу. Тому в програму

включають правильне позиціонування, вправи на підтримання амплітуди рухів та зміцнення сідничних і привідних м’язів та м’язів тулуба.

Відновлення рухової незалежності починається ще до отримання протеза. Пацієнт навчається контролювати тулуб у положенні сидячи, безпечно виконувати переміщення між ліжком і візком, вставати та пересуватися з відповідним допоміжним засобом. Тренування рівноваги поступово ускладнюють відповідно до можливостей людини. Вітчизняні автори розглядають тренування балансу як наскрізний компонент реабілітації осіб, які готуються до користування протезом [2].

Окремим завданням є менеджмент фантомного болю. Дані щодо окремих методів залишаються неоднозначними. Метааналіз показав позитивний ефект градуйованої рухової уяви, яка включає послідовне використання кількох методик [3]. Водночас систематичний огляд плацебо-контрольованих досліджень не підтвердив переконливої ефективності дзеркальної терапії як самостійного втручання [4]. Тому її доцільніше розглядати як один із можливих компонентів комплексного підходу, а не універсальний метод лікування фантомного болю.

Не менш важливим є навчання самого пацієнта. Він має вміти оглядати шкіру кукси, правильно застосовувати призначений спосіб компресії, виконувати домашні вправи, запобігати тривалому перебуванню в положеннях, що сприяють контрактурі, та безпечно користуватися допоміжними засобами пересування.

Оцінювання функціонального стану доцільно проводити повторно упродовж передпротезного періоду. Можна контролювати обвід кукси, амплітуду рухів у кульшовому суглобі, силу м’язів, здатність утримувати рівновагу та виконувати основні переміщення. Для оцінювання болю застосовують числову шкалу, а рівень побутової незалежності визначають за відповідними стандартизованими інструментами.

Готовність до переходу на етап протезування не варто визначати одним показником. Важливими є стан післяопераційної рани і шкіри, достатньо

стабільний об’єм кукси, відсутність контрактури, що суттєво обмежує протезування, достатня сила м’язів і здатність пацієнта безпечно виконувати основні переміщення. Остаточне рішення має враховувати загальний стан людини та прийматися командою фахівців.

Такий підхід узгоджується з вітчизняним досвідом реабілітації військовослужбовців з ампутаціями нижніх кінцівок, де використовують повторне оцінювання результатів упродовж реабілітаційного процесу [5]. Водночас значна частина доступних досліджень об’єднує пацієнтів із різними рівнями ампутації, тому ефективність окремих втручань саме при трансфеморальній ампутації потребує подальшого уточнення.

Отже: 1. Передпротезний період після ампутації на рівні стегна має самостійні завдання фізичної терапії: підготовку кукси, профілактику контрактури, відновлення сили, рівноваги та побутової незалежності, а також навчання пацієнта.

2. Фізична терапія має бути комплексною, а вибір компресійних, рухових і протибольових втручань – враховувати стан пацієнта та обмеження наявної доказової бази.

3. Результати підготовки до протезування доцільно оцінювати за сукупністю показників, а подальші дослідження спрямувати на перевірку програм фізичної терапії саме для осіб із трансфеморальною ампутацією.

Література

1. Rigid dressings for lower limb amputees: a systematic review and meta-analysis / N. Koonalinthip, C. Stonsaovapak, T. Vitoonpong et al. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*. 2023. Vol. 11. P. 352–366.

2. Стельмах Г. О., Бакалюк Т. Г., Макарчук Н. Р., Пташнік А. Б. Тренування балансу під час протезування нижньої кінцівки. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2024. № 2. С. 122–127.

3. The efficacy of graded motor imagery and its components on phantom limb pain and disability: a systematic review and meta-analysis / K. Limakatso,

A. G. Cashin, S. Williams, J. Devonshire, R. Parker, J. H. McAuley. *Canadian Journal of Pain*. 2023. Vol. 7, № 1. Article 2188899.

4. Effect of mirror therapy in the treatment of phantom limb pain in amputees: a systematic review of randomized placebo-controlled trials does not find any evidence of efficacy / M. Guémann, E.Olié, L. Raquin et al. *European Journal of Pain*. 2023. Vol. 27, № 1. P. 3–13.

5. Волянський О. М., Ких А. Ю. Оцінка критеріїв якості реабілітації військовослужбовців з ампутованими нижніми кінцівками. *Український журнал військової медицини.* 2025. Т. 6, № 1. DOI: 10.46847/ujmm.2025.1(6)-072.

УДК 615.825:616.711-007.5-053.5

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ ТА М'ЯЗОВОГО БАЛАНСУ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ

Василь ПОЛЕШКО

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОП Фізична терапія
Vasilpolesko@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Олена ТОЛКАЧОВА
кандидат наук з фізичного виховання та спорту,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі узагальнено сучасні підходи до фізичної терапії дітей молодшого шкільного віку з постуральними порушеннями та ознаками м'язового дисбалансу, які часто хворіють. Розглянуто чинники формування порушень постави, принципи первинного обстеження та можливі компоненти корекційної програми. Визначено доцільність поєднання постурального навчання, вправ для стабілізації тулуба, розвитку сили, гнучкості, рівноваги та дихальних вправ. Обґрунтовано необхідність індивідуального дозування

навантаження з урахуванням стану дитини, частоти респіраторних захворювань і періоду відновлення після них.

Ключові слова: фізична терапія, постуральні порушення, м’язовий дисбаланс, діти молодшого шкільного віку, рецидивні респіраторні інфекції, лікувальні вправи.

Молодший шкільний вік є важливим періодом формування рухових навичок і стійких постуральних звичок. Початок систематичного навчання супроводжується збільшенням часу сидіння, використанням цифрових пристроїв, носінням шкільного рюкзака та зменшенням спонтанної рухової активності. За невідповідності робочого місця антропометричним параметрам дитини ці чинники можуть сприяти появі асиметричного положення голови й плечового пояса, надмірного грудного кіфозу, зміни поперекового лордозу та порушення контролю положення тулуба.

Окрему групу становлять діти, які часто хворіють. У сучасній міжнародній літературі для їх характеристики переважно використовують поняття рецидивних респіраторних інфекцій. Повторні епізоди захворювання, пропуски занять і тимчасове обмеження фізичної активності можуть перешкоджати систематичному руховому розвитку. Водночас універсального критерію частої захворюваності немає, тому належність дитини до цієї групи доцільно визначати за медичною документацією, віком, кількістю та характером епізодів упродовж року після консультації педіатра [1].

Тривалі періоди гіподинамії можуть супроводжуватися зниженням витривалості м’язів тулуба, недостатньою стабілізацією лопаток, погіршенням координації та толерантності до навантаження. Тому фізична терапія в цієї категорії дітей має бути спрямована не лише на зовнішнє виправлення постави, а й на відновлення функціональної здатності підтримувати положення тіла під час навчання, ходьби, гри та інших повсякденних дій.

Метою дослідження було систематизувати сучасні підходи до застосування фізичної терапії для корекції постуральних порушень і м’язового

дисбалансу в дітей молодшого шкільного віку, які часто хворіють, та визначити основні складові безпечної корекційної програми.

Використано методи інформаційного пошуку, системного, порівняльного та структурно-логічного аналізу, узагальнення і систематизації. Інформаційну основу становили наукові публікації щодо постуральної освіти, нейром'язового тренування, оцінювання постави, фізичної активності школярів та рецидивних респіраторних інфекцій у дітей. Аналізували зміст фізіотерапевтичних втручань, показники їх ефективності та вимоги до безпечного дозування навантаження.

Результати та їх обговорення. Аналіз літератури показав, що постуральні порушення в дітей мають багатофакторний характер. На їх формування можуть впливати тривале сидіння, низький рівень фізичної активності, недостатня сила й витривалість м'язів тулуба, обмеження гнучкості, нераціональні рухові стереотипи та невідповідність шкільних меблів зросту дитини. Тому корекція одного окремого м'яза без зміни рухових навичок і повсякденного режиму має обмежену практичну цінність.

Систематичний огляд програм постуральної освіти для дітей 6–12 років охопив сім клінічних досліджень із загальною кількістю 2568 учасників. У більшості робіт описано позитивні зміни знань і постуральної поведінки, однак висока методологічна неоднорідність та ризик систематичної похибки не дозволяють вважати ефект остаточно доведеним [2]. Це обґрунтовує поєднання навчального компонента з активними фізичними вправами та об'єктивним повторним оцінюванням.

Поняття м'язового дисбалансу доцільно конкретизувати через вимірювані функціональні ознаки: знижену витривалість стабілізаторів тулуба, слабкість м'язів лопаткового пояса і сідничних м'язів, укорочення грудних м'язів або задньої групи м'язів стегна, асиметрію рухів та недостатній нервово-м'язовий контроль. Такий підхід дозволяє сформувати індивідуальні цілі терапії та уникнути нечіткого використання терміна «м'язовий дисбаланс».

Основу програми фізичної терапії можуть становити вправи на нейтральне положення хребта, контроль таза й лопаток, стабілізацію тулуба, зміцнення

м’язів живота, розгиначів спини та нижніх фіксаторів лопатки. Вправи виконують у простих вихідних положеннях із поступовим переходом до функціональних завдань: сидіння, вставання, перенесення предметів, ходьби та ігрової діяльності. Шкільні програми нейром’язового тренування можуть покращувати базові рухові навички й показники фізичної підготовленості дітей, хоча результат залежить від тривалості, структури та регулярності занять [4].

У гострий період захворювання, за наявності гарячки, вираженої слабкості, утрудненого дихання або інших ознак погіршення стану заняття необхідно відкласти. Повернення до фізичної активності має бути поступовим після клінічного одужання. Інтенсивність визначають з урахуванням самопочуття, толерантності до навантаження, частоти серцевих скорочень і дихання, якості виконання рухів та швидкості відновлення.

Важливим напрямом є корекція повсякденних постуральних звичок. Дитину навчають змінювати положення тіла під час тривалого сидіння, правильно організовувати робоче місце, симетрично виконувати навчальні завдання та безпечно піднімати й переносити предмети. Батькам і педагогам доцільно пояснювати необхідність регулярних активних перерв, відповідності меблів зросту дитини та контролю маси й способу носіння рюкзака.

Дані спостережних досліджень свідчать про зв’язок низької фізичної активності та несприятливих постуральних звичок із порушеннями положення хребта у школярів [5]. Проте такий зв’язок не доводить прямої причинності. Тому оцінювання ефективності програми має ґрунтуватися на порівнянні показників до та після втручання, а за можливості – із контрольною групою та віддаленим спостереженням.

Доцільними критеріями результативності є динаміка постуральних кутів, симетрії плечового пояса й таза, витривалості м’язів тулуба, гнучкості, рівноваги та якості виконання функціональних рухів. Додатково можна реєструвати рівень фізичної активності, кількість пропущених навчальних днів і переносимість занять. Частоту інфекцій слід трактувати як додатковий, а не основний результат,

оскільки вона залежить від сезону, контактів, вакцинації, супутніх захворювань та інших чинників.

Отже, раціональна модель фізичної терапії має поєднувати стандартизоване обстеження, індивідуально підібрані вправи, постуральне навчання та участь батьків. Її реалізація потребує взаємодії фізичного терапевта, педіатра, педагогів і родини. Такий підхід забезпечує безпечне повернення дитини до регулярної активності та створює умови для закріплення правильних рухових навичок у повсякденному житті.

Висновки. Фізична терапія є перспективним напрямом корекції постуральних порушень і функціонально визначеного м'язового дисбалансу в дітей молодшого шкільного віку, які часто хворіють. Програма має включати постуральне навчання, вправи для стабілізації тулуба, розвитку сили, гнучкості, рівноваги й координації, а також дозовані дихальні та аеробні вправи. Обов'язковими умовами є уточнення критеріїв частих захворювань, об'єктивне первинне й повторне оцінювання, індивідуальне дозування навантаження та міждисциплінарний супровід. Для підтвердження ефективності комплексних програм необхідні контрольовані дослідження з чіткими критеріями включення та стандартизованими результатами.

Література

1. Prevention of recurrent respiratory infections: Inter-society consensus / E. Chiappini, F. Santamaria, G. L. Marseglia et al. *Italian Journal of Pediatrics*. 2021. Vol. 47. 211. DOI: 10.1186/s13052-021-01150-0.

2. Valenciano P. J., Cibinello F. U., de Jesus Neves J. C., Fujisawa D. S. Effects of postural education in elementary school children: A systematic review. *Revista Paulista de Pediatria.* 2021. Vol. 39. e2020005. DOI: 10.1590/1984-0462/2021/39/2020005.

3. Hazar Z., Karabicak G. O., Tiftikci U. Reliability of photographic posture analysis of adolescents. *Journal of Physical Therapy Science.* 2015. Vol. 27, No. 10. P. 3123–3126. DOI: 10.1589/jpts.27.3123.

4. Lin J., Zhang R., Shen J., Zhou A. Effects of school-based neuromuscular training on fundamental movement skills and physical fitness in children: A systematic review. *PeerJ*. 2022. Vol. 10. e13726. DOI: 10.7717/peerj.13726.

5. De Assis S. J. C., Sanchis G. J. B., de Souza C. G., Roncalli A. G. Influence of physical activity and postural habits in schoolchildren with scoliosis. *Archives of Public Health*. 2021. Vol. 79. 63. DOI: 10.1186/s13690-021-00584-6.

УДК 611.1+612.1]-047.23:616.1-056.24

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЯК ОСНОВА НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Оксана ПУСТОВІТ

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Медсестринство
muxa031178@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Ольга КОЗИНЕЦЬ
доктор філософії, викладач кафедри біомедичних дисциплін
та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто анатомо-фізіологічні особливості серцево-судинної системи та їх значення у навчанні пацієнтів кардіологічного профілю. Висвітлено роль фундаментальних знань у формуванні розуміння механізмів роботи серця, факторів серцево-судинного ризику та необхідності дотримання лікувально-профілактичних рекомендацій. Визначено значення медичної сестри в адаптації медичної інформації до рівня сприйняття пацієнта та формуванні навичок самоконтролю.

Ключові слова: серцево-судинна система, кардіологічні пацієнти, фундаментальні знання, навчання пацієнтів, медична сестра, самоконтроль, профілактика.

Серцево-судинна система забезпечує безперервний кровообіг, доставку кисню та поживних речовин до органів і тканин, а також виведення продуктів обміну. Центральним органом цієї системи є серце, яке виконує насосну функцію та підтримує рух крові по великому і малому колах кровообігу. Розуміння основ його будови та функціонування має важливе значення не лише для медичних працівників, а й для пацієнтів кардіологічного профілю. Базові знання про роботу серця можуть сприяти кращому усвідомленню сутності захворювання та необхідності дотримання медичних рекомендацій [1].

Серце складається з чотирьох камер: правого і лівого передсердь та правого і лівого шлуночків. Права половина серця забезпечує надходження венозної крові до легень, де відбувається її насичення киснем. Ліва половина забезпечує надходження артеріальної крові до органів і тканин. Послідовний рух крові підтримується клапанним апаратом серця, який перешкоджає її зворотному току.

Основну частину стінки серця становить міокард. Його скорочення створює необхідний тиск для переміщення крові судинами. Робота серця має циклічний характер. Періоди скорочення міокарда чергуються з періодами його розслаблення. Частота серцевих скорочень, сила скорочення та об’єм крові, який серце перекачує за певний час, змінюються залежно від фізичного та функціонального стану організму.

Важливу роль у роботі серця відіграє коронарний кровообіг, який забезпечує кровопостачання самого міокарда. Порушення кровотоку в коронарних судинах може призводити до недостатнього постачання серцевого м’яза киснем. Тривала ішемія спричиняє ушкодження кардіоміоцитів та може стати причиною розвитку інфаркту міокарда. Тому пацієнтам важливо розуміти зв’язок між станом коронарних судин, факторами ризику та виникненням гострих серцево-судинних ускладнень.

Одним із основних показників функціонування серцево-судинної системи є артеріальний тиск. Його рівень залежить від роботи серця, тонусу судин, об’єму циркулюючої крові та механізмів нейрогуморальної регуляції. Тривале

підвищення артеріального тиску створює додаткове навантаження на серце і судини та підвищує ризик розвитку серцево-судинних ускладнень. У зв'язку з цим важливими складовими профілактики є регулярний контроль артеріального тиску, корекція способу життя та дотримання призначеної терапії [2].

Серед основних факторів серцево-судинного ризику виділяють артеріальну гіпертензію, тютюнопаління, недостатню фізичну активність, надлишкову масу тіла, порушення харчування та інші модифіковані фактори. Виявлення таких факторів і навчання пацієнта способам їх корекції є важливою складовою профілактичної роботи медичної сестри

Сучасні рекомендації з профілактики серцево-судинних захворювань наголошують на необхідності активної участі самого пацієнта у збереженні здоров'я. Особливе значення мають контроль факторів ризику, зміна способу життя, дотримання медикаментозної терапії та формування усвідомленого ставлення до профілактики повторних серцево-судинних подій [3].

Водночас наявність медичної інформації не завжди означає, що пацієнт правильно її розуміє та використовує. Ефективність навчання залежить від здатності людини сприймати інформацію про власний стан, лікування та профілактику ускладнень. Низький рівень медичної грамотності у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями може бути пов'язаний з недостатнім дотриманням призначеного лікування, повторними госпіталізаціями та несприятливішими результатами лікування [4].

Тому фундаментальні знання про будову та функціонування серцево-судинної системи мають бути адаптовані до рівня сприйняття конкретного пацієнта. Наприклад, пояснення насосної функції серця допомагає краще зрозуміти значення частоти серцевих скорочень та артеріального тиску. Інформація про коронарні судини дозволяє пояснити механізм розвитку ішемії та інфаркту міокарда. Розуміння впливу підвищеного артеріального тиску на серце та судини може підвищувати мотивацію пацієнта до регулярного самоконтролю.

Особлива роль у цьому процесі належить медичній сестрі. Під час спілкування з пацієнтом вона може оцінити його рівень знань, визначити основні інформаційні потреби та надати необхідні пояснення у доступній формі. Навчання може охоплювати правила вимірювання артеріального тиску і пульсу, дотримання медикаментозної терапії, принципи харчування, фізичної активності, контролю маси тіла та профілактики факторів ризику

Таким чином, знання основ будови та фізіології серцево-судинної системи є важливою основою навчання пацієнтів кардіологічного профілю. У медсестринській практиці фундаментальна медична інформація повинна бути трансформована у зрозумілі для пацієнта рекомендації. Це сприяє формуванню навичок самоконтролю, відповідального ставлення до лікування та профілактики серцево-судинних ускладнень.

Література

1. Соколенко В. М., Весніна Л. Е., Міщенко І. В. Фізіологія серцево-судинної системи : навч.-метод. посіб. 2-ге вид. Полтава : Астрая, 2020. 202 с.

2. Борейко Л. Д., Мараараш Г. Г. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри. *Клінічна та експериментальна патологія.* 2020. Т. 19, № 1. С. 30–37. DOI: https://doi.org/10.24061/1727-4338.XIX.1.71.2020.5

3. Visseren F. L. J. et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2021. Vol. 42, issue 34. P. 3227–3337. DOI: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484

4. Kanejima Y. et al. Impact of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling.* 2022. Vol. 105, issue 7. P. 1793–1800. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.021

УДК 615.825:616.24-008.4

КОРЕКЦІЯ ПАТЕРНУ ДИХАННЯ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИМ ДИХАННЯМ

Агнія РАЧИНСЬКА

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
agniaracinskaa63@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Сергій МАРГІТІЧ
к. мед. н., викладач кафедри біомедичних
дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Предметом розгляду є дисфункціональне дихання, зокрема гіпервентиляційний синдром, як стан, за якого порушений патерн дихання спричиняє задишку та інші симптоми без відповідної органічної патології. Описано підходи до виявлення та оцінювання цього стану фізичним терапевтом. Проаналізовано доказові дані щодо ретренінгу дихання, рухових втручань і навчання пацієнта.

Ключові слова: дисфункціональне дихання, гіпервентиляційний синдром, фізична терапія, ретренінг дихання, патерн дихання.

Скарги на нестачу повітря, «незавершений» вдих, часте зітхання, запаморочення, поколювання в пальцях чи стиснення в грудях не завжди пояснюються захворюванням легень або серця. У частини пацієнтів причиною є змінений спосіб дихання: переважання верхньогрудного типу, дихання ротом, прискорена частота, нерегулярний ритм, надмірна вентиляція щодо потреб організму.

Такі стани об’єднують поняттям дисфункціонального дихання, а гіпервентиляційний синдром розглядають як один з його варіантів [1]. Дисфункціональне дихання може існувати самостійно або поєднуватися з бронхіальною астмою, тривожними розладами, хронічним болем, а останніми роками його дедалі частіше описують у пацієнтів після COVID-19. Симптоми

знижують переносимість фізичного навантаження й якість життя, а через відсутність явних змін під час стандартного обстеження пацієнти нерідко тривалий час залишаються без належної допомоги.

Робота мала на меті окреслити засоби фізичної терапії, спрямовані на корекцію патерну дихання в пацієнтів із дисфункціональним диханням, та оцінити рівень доказовості їх ефективності.

Проведено огляд наукових джерел із баз PubMed, PEDro та Кокранівської бібліотеки з акцентом на систематичні огляди, рандомізовані дослідження та праці, присвячені класифікації й діагностиці стану. Дані опрацьовано шляхом тематичного аналізу та критичного зіставлення.

Єдиного «золотого стандарту» діагностики дисфункціонального дихання немає, тому оцінювання має бути комплексним [2]. Фізичний терапевт спостерігає за частотою, ритмом і локалізацією дихальних рухів, звертає увагу на дихання ротом і часте зітхання, може визначати час затримки дихання та за наявності обладнання рівень вуглекислого газу у видихуваному повітрі. Найпоширенішим інструментом скринінгу симптомів залишається Наймегенський опитувальник, валідований для розпізнавання гіпервентиляційного синдрому [3]. Важливо, щоб перед початком фізичної терапії лікар виключив органічні причини задишки.

Основою втручання є ретренінг дихання. Пацієнта навчають дихати носом, переносити рух у нижні відділи грудної клітки та живота, сповільнювати частоту й зменшувати глибину вдиху, робити короткі паузи після видиху. Навички спочатку відпрацьовують у спокої в зручних положеннях, а згодом переносять у повсякденну діяльність: розмову, ходьбу, піднімання сходами.

Рухові втручання доповнюють ретренінг. Вправи на мобільність грудної клітки й шийно-грудного відділу, корекцію постави та розслаблення допоміжних дихальних м’язів полегшують перехід до ефективнішого патерну. Дозовані аеробні навантаження з контролем дихання поступово відновлюють упевненість пацієнта в тому, що фізична активність не спричиняє загрозливої задишки.

Навчання щодо природи симптомів зменшує тривогу, яка підтримує порушене дихання.

Доказова база цих втручань поки що обмежена. Кокранівський огляд щодо дихальних вправ у дорослих з дисфункціональним диханням включив лише одне невелике дослідження, тому однозначних висновків автори не дійшли [4]. Переконливіші дані отримано в пацієнтів з бронхіальною астмою: у великому рандомізованому дослідженні ретренінг дихання під керівництвом фізичного терапевта або за допомогою відеопрограми покращував якість життя порівняно зі звичайним лікуванням [5]. Ці результати можна вважати непрямим аргументом на користь методу, проте для ізольованого дисфункціонального дихання потрібні власні контрольовані дослідження.

Узагальнюючи, дисфункціональне дихання є поширеним станом, при якому порушений патерн дихання спричиняє виражені симптоми та обмежує активність пацієнта. Фізична терапія має спиратися на комплексне оцінювання й поєднувати ретренінг дихання, рухові втручання та навчання пацієнта. Наявні докази є обнадійливими, але обмеженими, що обґрунтовує доцільність подальших досліджень ефективності таких програм із використанням стандартизованих інструментів оцінювання.

Література

1. Boulding R., Stacey R., Niven R., Fowler S. J. Dysfunctional breathing: a review of the literature and proposal for classification. *European Respiratory Review*. 2016. Vol. 25, № 141. P. 287–294.

2. Vidotto L. S., Carvalho C. R. F., Harvey A., Jones M. Dysfunctional breathing: what do we know? *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2019. Vol. 45, № 1. e20170347.

3.Dixhoorn J., Duivenvoorden H. J. Efficacy of Nijmegen Questionnaire in recognition of the hyperventilation syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*. 1985. Vol. 29, № 2. P. 199–206.

4. Jones M., Harvey A., Marston L., O'Connell N. E. Breathing exercises for dysfunctional breathing/hyperventilation syndrome in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. Issue 5. CD009041.

5. Physiotherapy breathing retraining for asthma: a randomised controlled trial / Bruton A., Lee A., Yardley L., et al. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2018. Vol. 6, № 1. P. 19–28.

УДК 615.825:616.24-036.12

ДИХАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ: ВПЛИВ НА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Світлана САМАРСЬКА-ШЕВЧЕНКО

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти, ОП Фізична терапія
samarskayas97@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Сергій МАРГІТІЧ
к. мед. н., викладач кафедри біомедичних дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації узагальнено сучасні уявлення про причини зниженої толерантності до фізичного навантаження в пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень. Визначено місце дихальних втручань у структурі легеневої реабілітації поряд із тренуванням витривалості та сили. Проаналізовано доказові дані щодо дихання через стулені губи, діафрагмального дихання та тренування інспіраторних м'язів.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, легенева реабілітація, толерантність до фізичного навантаження, дихальні вправи, фізична терапія.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) належить до найпоширеніших хронічних хвороб дорослого населення і посідає одне з перших місць серед причин інвалідизації та смерті у світі [1]. Для пацієнта

найвідчутнішим проявом хвороби зазвичай стає не кашель, а задишка під час ходьби, піднімання сходами, самообслуговування.

Обмеження фізичних можливостей при ХОЗЛ має кілька складових. Обструкція дихальних шляхів під час навантаження спричиняє динамічну гіперінфляцію: повітря не встигає повністю виходити з легень, діафрагма опиняється в невигідному положенні, а робота дихання зростає. Паралельно розвивається дисфункція скелетних м'язів нижніх кінцівок. Уникаючи задишки, пацієнт зменшує активність, що призводить до детренованості та ще більшої задишки. Розірвати це замкнене коло є одним із головних завдань фізичного терапевта.

Мета – визначити місце та ефективність дихальних втручань у фізичній терапії пацієнтів із ХОЗЛ з огляду на їх вплив на толерантність до фізичного навантаження.

Інформаційний пошук здійснено в PubMed, PEDro та Кокранівській бібліотеці. До аналізу залучено міжнародні клінічні рекомендації, офіційні положення фахових товариств і систематичні огляди. Використано методи порівняльного аналізу та синтезу даних.

Результати та їх обговорення. Легенева реабілітація є одним із найбільш ефективних немедикаментозних втручань при ХОЗЛ. За даними Кокранівського огляду, вона покращує функціональну здатність до фізичного навантаження та якість життя, а приріст дистанції шестихвилинної ходьби перевищує клінічно значущу різницю [2]. Центральним компонентом програми є тренування витривалості й сили, доповнене навчанням пацієнта та зміною поведінки щодо фізичної активності [3]. Дихальні втручання в цій структурі мають допоміжну, але важливу роль.

Дихання через стулені губи сповільнює видих, зменшує частоту дихання та може обмежувати динамічну гіперінфляцію під час навантаження. Багато пацієнтів застосовують цю техніку інтуїтивно, а цілеспрямоване навчання допомагає використовувати її під час ходьби та побутових дій. Діафрагмальне дихання потребує обережності: у пацієнтів з вираженою гіперінфляцією воно

може посилювати відчуття задишки. Систематичний огляд засвідчив, що дихальні вправи здатні покращувати функціональну здатність до навантаження, проте їх вплив на задишку та якість життя непослідовний [4].

Використання портативних тренажерів, що створюють опір вдиху, підвищує силу інспіраторних м'язів, їх витривалість і зменшує задишку. Найбільшу користь від його додавання до загальної програми тренувань отримують пацієнти зі зниженою силою інспіраторних м'язів, тому доцільно попередньо вимірювати максимальний тиск на вдиху [5]. Корисними є також положення з нахилом тулуба вперед та опорою на руки, які полегшують роботу допоміжних м'язів і дозволяють швидше відновити дихання після навантаження.

Для контролю результатів доцільно застосовувати тест шестихвилинної ходьби або човниковий тест, шкалу задишки mMRC, шкалу Борга під час навантаження, опитувальник CAT і моніторинг сатурації. Саме функціональні тести дають змогу оцінити, чи привели дихальні втручання до реального зростання толерантності до навантаження.

Висновки: 1) знижена толерантність до фізичного навантаження при ХОЗЛ зумовлена динамічною гіперінфляцією, дисфункцією скелетних м'язів і детренованістю, тому фізична терапія повинна впливати на всі ці ланки; 2) основу легеневої реабілітації становить тренування витривалості й сили, а дихальні втручання доповнюють його, допомагаючи пацієнту контролювати задишку під час активності; 3) тренування інспіраторних м'язів доцільно призначати вибірково, орієнтуючись на результати вимірювання їх сили; 4) ефективність програми слід оцінювати за допомогою функціональних тестів і стандартизованих шкал задишки.

Література

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global strategy for the prevention, diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease: 2025 report*. URL: https://goldcopd.org (дата звернення: 27.09.2026).

2. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease / McCarthy B., Casey D., Devane D., Murphy K., Murphy E., Lacasse Y. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015. Issue 2. CD003793.

3. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation / Spruit M. A., Singh S. J., Garvey C., et al. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2013. Vol. 188, № 8. P. e13–e64.

4. Holland A. E., Hill C. J., Jones A. Y., McDonald C. F. Breathing exercises for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012. Issue 10. CD008250.

5. Impact of inspiratory muscle training in patients with COPD: what is the evidence? / Gosselink R., De Vos J., Heuvel S. P., Segers J., Decramer M., Kwakkel G. *European Respiratory Journal*. 2011. Vol. 37, № 2. P. 416–425.

УДК 378.147.091.33-027.22-021.36:614.253.5]:37.014.24

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА ВІТЧИЗНЯНА ПРАКТИКА ЗАСТОСУВАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОЦЕСІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Олена СВИЩ

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОП Медсестринство
fedorynaelena@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Ольга КОЗИНЕЦЬ
доктор філософії , викладач кафедри біомедичних дисциплін
та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації на основі комплексного аналізу сучасних вітчизняних та зарубіжних наукових джерел (зокрема стандартів INACSL, SSH, SESAM) теоретично обґрунтовано методику впровадження симуляційного навчання в систему безперервного професійного розвитку (БПР) медичних

сестер приймального відділення. Розглянуто рівні реалістичності симуляції: від низькотехнологічних тренажерів до високотехнологічних роботів-симуляторів (High-Fidelity) та методу «Стандартизований пацієнт». Особливу увагу приділено інноваційним концепціям, таким як In-situ симуляція (на робочому місці), методика навмисної практики швидкого циклу (RCDP) та формування нетехнічних навичок (CRM) із застосуванням міжнародних комунікативних протоколів.

Ключові слова: безперервний професійний розвиток, медична сестра, приймальне відділення, симуляційні технології, In-situ симуляція, дебрифінг, безпека пацієнтів, CRM.

Приймальне відділення багатопрофільного закладу охорони здоров’я функціонує в умовах підвищеної інтенсивності, перманентного дефіциту часу, непередбачуваності потоку пацієнтів та високої щільності прийняття критичних рішень. За даними провідних міжнародних організацій, зокрема Міжнародного товариства симуляції в охороні здоров’я (SSH) та Асоціації клінічного симуляційного навчання медсестер (INACSL), приймальні відділення є зонами найвищого клінічного ризику щодо виникнення медичних помилок. Сучасні наукові публікації доводять, що більшість дефектів надання допомоги на госпітальному етапі пов’язані не з недостатністю мануальних навичок середнього медперсоналу, а зі збоями в комунікації та неефективним управлінням ресурсами під час кризових ситуацій (Crisis Resource Management – CRM) [3].

Традиційна система безперервного професійного розвитку (БПР), яка базувалася на пасивному лекційному форматі, не здатна забезпечити формування стресостійкості та швидкої клінічної реакції. Сучасна медична освіта вимагає переходу до практико-орієнтованих методологій. У цьому контексті симуляційні технології визнані у світовій практиці «золотим стандартом» навчання, оскільки вони дозволяють створити психологічно

безпечне середовище, де помилка фахівця є не приводом для покарання, а цінним матеріалом для аналізу [1, 3].

Аналіз літературних джерел дозволив систематизувати багаторівневу структуру симуляційного навчання, адаптовану до специфіки приймального відділення [4]. Дослідники виділяють кілька базових рівнів реалістичності, кожен з яких виконує конкретну дидактичну функцію. Низькотехнологічна симуляція (тренажери, стандартизовані муляжі) у працях Постова С. А., Мисюк О. Ю., Черняк Ю. Г. розглядається як інструмент ізольованого відпрацювання мануальних інтервенцій (катетеризація вен, забезпечення прохідності дихальних шляхів) до етапу автоматизму. Натомість високотехнологічна симуляція (роботи-симулятори High-Fidelity) спрямована на інтеграцію цих навичок у комплексні клінічні сценарії (гострий коронарний синдром, анафілактичний шок, масивна кровотеча) [4]. Для розвитку комунікативної компетентності та деескалації конфліктів у складних поведінкових кейсах (робота з пацієнтами у стані психомоторного збудження або з агресивними родичами) фахівці одностайно рекомендують метод «Стандартизований пацієнт» із залученням підготовлених акторів [2].

Особливе місце в сучасних публікаціях посідає концепція In-situ симуляції – проведення тренінгів безпосередньо у реальному просторі приймального відділення. За висновками міжнародних експертів, такий підхід не лише адаптує персонал до роботи зі штатним обладнанням, а й дозволяє виявити латентні системні загрози конкретної лікарні (дефекти логістики, нераціональне розташування реанімаційних наборів) ще до того, як вони зашкодять реальному пацієнту [1].

Аналіз світових стандартів підтверджує, що ефективна методика симуляційного навчання обов’язково повинна базуватися на чотирьох етапах:

1. Пребрифінг – створення безпечного клімату, ознайомлення з правилами гри та симуляційним обладнанням.

2. Теоретичний екскурс – актуалізація знань діючих клінічних протоколів та шкал оцінки стану пацієнта (NEWS2, шкала ком Глазго).

3. Безпосереднє виконання сценарію – самостійні дії медсестринської команди в реальному часі без втручання викладача.

4. Дебрифінг – ключовий етап навчання, під час якого під керівництвом фасилітатора та з використанням відеоаналізу дій команди (Video-assisted debriefing) учасники самостійно розбирають свої успіхи та помилки.

У ході аналізу літератури звернуто увагу на специфічну закордонну технологію Rapid Cycle Deliberate Practice (RCDP – навмисна практика швидкого циклу), яка дедалі частіше згадується у працях дослідників реанімаційних заходів [5]. На відміну від класичного підходу, інструктор зупиняє симуляцію безпосередньо в момент вчинення помилки (наприклад, при порушенні частоти компресій грудної клітки), змушує відмотати дію назад і повторити її правильно. Наукові публікації доводять, що для приймальних відділень цей метод є критично важливим, оскільки він формує стійку м'язову та когнітивну пам'ять медсестер, доводячи перші хвилини порятунку життя до автоматизму.

Велику увагу вчені приділяють «нетехнічним навичкам» (soft skills) на основі концепції CRM. У симуляційні сценарії для медсестер ED рекомендується обов'язково інтегрувати міжнародний комунікативний протокол SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) для чіткої передачі пацієнта між ланками допомоги, культуру «відкритого висловлювання» (Speak-up Culture) та техніку «закритого циклу комунікації» (Closed-loop communication). За даними багатьох оглядових досліджень, впровадження цих технік через симуляційні платформи дозволяє знизити рівень суб'єктивного стресу медперсоналу на 40-50% та суттєво скоротити час проведення первинного медичного сортування (Triage) за міжнародними шкалами типу Emergency Severity Index (ESI) [3].

Таким чином, методика симуляційного навчання, збагачена сучасними концепціями (CRM, протоколи SBAR, техніка RCDP та In-situ формати), є найбільш ефективною формою безперервного професійного розвитку медичних сестер приймального відділення. Вона забезпечує високу швидкість трансформації теоретичних знань у стійкі клінічні навички, покращує

міждисциплінарну взаємодію та безпосередньо усуває передумови для людських помилок на госпітальному етапі. Доцільним є нормативне закріплення регулярних високотехнологічних симуляційних курсів як обов'язкового компонента БПР середнього медичного персоналу екстреної ланки з нарахуванням відповідних балів та внесенням до індивідуальних освітніх портфоліо.

Література

1. Воробець В.П., Смандич В.С., Буряк О.Г., Сокорська В.О., Райда В.В. Симуляційне навчання студентів медичних вищих навчальних закладів. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична симуляція – погляд у майбутнє»*. Чернівці, 2022. С. 61-63.

2. Гриценко Є. М., Овчар О. В., Заколодна О. Е. Інтерактивні методи навчання з використанням методики «Стандартизований пацієнт» у викладанні клінічних дисциплін. *Вісник проблем біології і медицини*. 2020. Вип. 3. С. 181-183.

3. Запорожан В. М. Симуляційна медицина : Досвід. Здобуття. Перспективи : практ. порадник / Запорожан В. М., Тарабрін О. О. ; 2-е вид., перероб. і доп. Львів : Видавництво «Новий Світ - 2000». 2021. 272 с.

4. Постова С. А., Мисюк О. Ю., Черняк Ю. Г. Трансформація інструментарію професійної освіти: поєднання онлайн-навчання та високотехнологічних симуляційних тренажерів. *Педагогічна Академія: наукові записки*. 2026. URL: https://doi.org/10.5281/zenodo.18636842

5. Lemke D. S., Fielder D. B. Rapid Cycle Deliberate Practice in Medical Simulation. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551533/

УДК 615.1:339.138:658.89

ПРОГРАМИ ЛОЯЛЬНОСТІ ЯК ІНСТРУМЕНТ ФОРМУВАННЯ ДОВГОТРИВАЛИХ ВІДНОСИН ЗІ СПОЖИВАЧАМИ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Анжела СЕМЕНЮК

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОП Фармація
e-mail: ogarsvetlana89@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Світлана ОГАРЬ
канд. фарм. наук, доцент, доцент кафедри фармацевтичних дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто сучасні підходи до використання програм лояльності в діяльності аптечних закладів. Систематизовано основні види програм та визначено чинники, що впливають на їх сприйняття споживачами фармацевтичних послуг. Обґрунтовано значення персоналізації, цифрових технологій і клієнтоорієнтованого підходу для формування довготривалих відносин зі споживачами. Визначено основні критерії оцінювання результативності програм лояльності в аптечних закладах.

Ключові слова: аптечний заклад, програма лояльності, споживач, фармацевтичний маркетинг, клієнтоорієнтованість, цифровізація.

Функціонування сучасного фармацевтичного ринку відбувається в умовах посилення конкуренції між аптечними закладами, активної цифровізації комунікацій та трансформації споживчої поведінки. Це зумовлює необхідність застосування маркетингових підходів, орієнтованих не лише на розширення клієнтської аудиторії, а й на підтримання стійкої прихильності споживачів та розвиток довгострокової взаємодії з ними.

Одним із таких інструментів є програми лояльності, що можуть поєднувати матеріальні стимули, персоналізовані пропозиції, інформаційні комунікації та цифрові сервіси. Їх використання дозволяє аптечним закладам

підтримувати взаємодію зі споживачами, краще розуміти їхні потреби та формувати позитивний досвід отримання фармацевтичних послуг.

Водночас специфіка фармацевтичного сектору потребує особливого підходу до програм лояльності. Лікарські засоби не можуть розглядатися виключно як звичайна споживча продукція, а маркетингове стимулювання має узгоджуватися з принципами відповідального застосування лікарських засобів, професійної етики та пацієнтоорієнтованої фармацевтичної допомоги. Тому ефективність програми лояльності доцільно оцінювати не лише за економічними результатами, а й за якістю взаємодії зі споживачем.

Метою дослідження стала систематизація сучасних підходів до використання програм лояльності в діяльності аптечних закладів та визначення основних напрямів підвищення їх результативності з урахуванням специфіки фармацевтичного ринку.

Матеріали та методи. Використано методи інформаційного пошуку, системного і структурно-логічного аналізу, порівняння, узагальнення та систематизації. Інформаційну базу становили наукові публікації з питань фармацевтичного маркетингу, клієнтоорієнтованості та програм лояльності. Проведено систематизацію основних моделей програм лояльності, інструментів взаємодії зі споживачами та критеріїв оцінювання їх результативності в діяльності аптечних закладів.

Результати та їх обговорення. Проведений аналіз дозволив визначити, що сучасна програма лояльності аптечного закладу має розглядатися як комплексна система взаємодії зі споживачем, а не лише як механізм надання знижки. Її основними складовими є економічна вигода, зручність участі, персоналізація, комунікація, позитивний споживчий досвід та довготривала лояльність.

До найпоширеніших інструментів належать програми знижок, системи накопичення бонусів, спеціальні пропозиції, персоналізовані знижки та додаткові переваги для постійних клієнтів. Хоча економічний аспект є вагомим стимулом для участі, сам по собі він не гарантує тривалої лояльності до конкретної аптеки.

Вирішальне значення мають простота й зрозумілість умов програми. Складні правила накопичення та використання бонусів, надмірні обмеження чи неналежна комунікація можуть знизити цінність програми для споживача. Тому умови участі мають бути прозорими, зрозумілими та послідовно викладеними в різних каналах комунікації [1].

Сучасним трендом у розвитку програм лояльності є цифровізація. Мобільні додатки, особисті кабінети, цифрові картки та сповіщення про накопичені бонуси й персоналізовані пропозиції підвищують зручність взаємодії та дозволяють інтегрувати програму лояльності з іншими аптечними послугами.

Особливий потенціал має персоналізація. Аналіз потреб споживачів допомагає формувати більш релевантні пропозиції та комунікації. Однак у фармацевтичній сфері персоналізація вимагає обережного підходу з дотриманням норм захисту персональних даних, стандартів конфіденційності та етичних принципів маркетингу.

Варто розрізняти економічну лояльність та емоційно-поведінкову лояльність. Економічна лояльність зумовлена, насамперед, знижками й бонусами, тоді як довгострокова лояльність значною мірою залежить від довіри, якості фармацевтичної опіки, професіоналізму персоналу, зручності обслуговування та загального позитивного досвіду. Отже, програма лояльності має бути інтегрована в загальну клієнтоорієнтовану модель роботи аптеки. Навіть суттєва знижка не забезпечить тривалої лояльності, якщо якість консультацій є низькою, необхідні ліки відсутні, час очікування — тривалим, а користування послугами — незручним [2,3].

Для оцінювання сприйняття споживачами програм лояльності доцільно використовувати комплекс критеріїв: розмір економічної вигоди, зрозумілість умов, простота участі, зручність користування, цифрові можливості, персоналізація пропозицій, якість комунікації та загальний рівень задоволеності програмою.

Опитування споживачів є одним із найдоступніших методів дослідження. Використання стандартизованої шкали оцінювання дозволяє порівнювати

показники за окремими характеристиками програми та виявляти сфери, що потребують вдосконалення. Також доцільно доповнювати кількісну оцінку запитаннями відкритого типу щодо очікувань і пропозицій учасників програми.

Поряд із оцінками споживачів, ефективність програм лояльності слід аналізувати за допомогою поведінкових та економічних показників. До них належать: частка активних учасників, частота повторних візитів, рівень використання бонусів, показники утримання клієнтів, середня частота покупок і динаміка залучення до цифрових сервісів [4].

На основі систематизації отриманих даних запропоновано послідовний алгоритм удосконалення програми лояльності аптечного закладу, що передбачає аналіз потреб споживачів, оцінювання чинної програми та виявлення її проблемних аспектів.

Ключовим стратегічним напрямом є перехід від масових, стандартизованих пропозицій до диференційованої взаємодії з різними групами споживачів. У цьому контексті сегментація має бути спрямована насамперед на підвищення релевантності послуг та якості інформаційного обміну, а не на стимулювання надмірного споживання лікарських засобів. Отже, ефективність аптечних програм лояльності визначається не окремим механізмом нарахування бонусів чи знижок, а поєднанням взаємопов’язаних чинників. Поєднання економічних переваг, простоти участі, зручності цифрових інструментів, персоналізації та якісного фармацевтичного обслуговування створює підґрунтя для побудови довготривалих відносин зі споживачами [5].

Висновки. Програми лояльності в аптеках слід розглядати як комплексний інструмент побудови довгострокових відносин із споживачами, що поєднує економічні стимули, якісну фармацевтичну допомогу, цифрові послуги, персоналізовані пропозиції та ефективну комунікацію. Їхня ефективність визначається не лише розміром знижок чи бонусів, а й простотою та зрозумілістю умов участі, зручністю використання, рівнем довіри до аптеки та загальним споживчим досвідом. Удосконалення програм лояльності має ґрунтуватися на системному моніторингу задоволеності, потреб і поведінки

споживачів із подальшим використанням отриманих даних для прийняття управлінських рішень. До перспективних напрямів належать розширення каналів цифрової взаємодії, інтеграція мобільних сервісів, персоналізація пропозицій та застосування диференційованого підходу до різних груп споживачів. Водночас впровадження програм лояльності в аптеках повинно здійснюватися з дотриманням принципів професійної етики, захисту персональних даних і відповідального фармацевтичного маркетингу, без заохочення невиправданого споживання лікарських засобів.

Література

1. Дуб А. І., Кучеровська О. Л. Етичні орієнтири фармації: аналіз чинників, що впливають на вибір аптечних закладів споживачами. *Фармацевтичний часопис*. 2025. № 2. DOI: 10.11603/2312-0967.2025.2.15414.

2. Бойко І., Скригун Н., Розумей С. Програми лояльності: види, переваги, недоліки. *Економіка та суспільство*. 2026. № 84. DOI: 10.32782/2524-0072/2026-84-71.

3. Кавун О. О. Програми лояльності як інструмент реалізації довгострокових стратегій збуту підприємств оптової торгівлі. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія «Економічні науки».* 2026. № 3. DOI: 10.37734/2409-6873-2026-3-4.

4. Чілчян М. В. Вивчення лояльності споживачів до аптечних закладів (регіональний рівень). *Актуальні питання сучасної медицини і фармації* – 2024: збірник тез доповідей. Запоріжжя: ЗДМФУ, 2024. С. 144. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/21889/1/c143-144.pdf

5. Приймак В. І., Голубник О. Р., Кравчук Ю. О. Аналіз лояльності клієнтів аптечної мережі. *Економіка і регіон*. 2024. № 1 (92). С. 147–154. DOI: 10.26906/EiR.2024.1(92).332

УДК 615.825:616.839-008:616.1-057.875

РУХОВІ ВТРУЧАННЯ ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У СТУДЕНТІВ ІЗ ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

Вікторія СЕНКЕВИЧ

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОП Фізична терапія
e-mail: Viksiaavikto@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Ольга ФЕДОСЄЄВА
канд. мед. наук, доцент,
доцент кафедри хірургічних дисциплін та тактичної медицини
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто застосування рухових втручань як складової корекції функціонального стану серцево-судинної системи у студентів із вегетативними дисфункціями. Систематизовано основні напрями впливу дозованої фізичної активності на частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск, автономну регуляцію серцевої діяльності, толерантність до фізичного навантаження та адаптаційні можливості організму. Обґрунтовано доцільність комплексного використання аеробних, дихальних, загальнорозвивальних і релаксаційних вправ. Визначено основні принципи індивідуального дозування фізичного навантаження та критерії оцінювання функціональної відповіді серцево-судинної системи.

Ключові слова: вегетативна дисфункція, студенти, рухові втручання, фізична терапія, серцево-судинна система, фізичне навантаження, функціональний стан.

Студентський період характеризується поєднанням інтенсивного навчального навантаження, психоемоційного напруження, тривалого перебування у статичному положенні, недостатнього рівня повсякденної рухової активності та можливих порушень режиму сну і відпочинку. Сукупна дія цих

чинників може негативно позначатися на функціональному стані організму та сприяти виникненню порушень автономної регуляції серцево-судинної системи.

Вегетативні дисфункції у студентської молоді можуть проявлятися лабільністю артеріального тиску, змінами частоти серцевих скорочень, серцебиттям, підвищеною втомлюваністю, головним болем, запамороченням, зниженням толерантності до фізичних навантажень та іншими функціональними проявами. Такі зміни можуть обмежувати повсякденну активність, негативно впливати на фізичну працездатність і загальне самопочуття.

Важливим напрямом немедикаментозної корекції функціональних порушень є застосування рухових втручань. Регулярна дозована фізична активність створює умови для адаптації серцево-судинної системи до навантажень, підвищення фізичної працездатності та оптимізації автономної регуляції серцевої діяльності. Систематичні фізичні вправи можуть супроводжуватися змінами частоти серцевих скорочень у спокої, реакції серцево-судинної системи на навантаження та показників відновлення після його припинення [1, 2].

Метою дослідження було систематизувати сучасні підходи до застосування рухових втручань у студентів із вегетативними дисфункціями та визначити їх потенційний вплив на функціональний стан серцево-судинної системи.

Використано методи інформаційного пошуку, системного, порівняльного та структурно-логічного аналізу, узагальнення і систематизації наукових даних. Інформаційну основу становили наукові публікації щодо застосування фізичних вправ та впливу рухової активності на функціональний стан і автономну регуляцію серцево-судинної системи. Аналізували можливості використання аеробних, дихальних, загальнорозвивальних та релаксаційних вправ, а також критерії оцінювання реакції серцево-судинної системи на дозоване фізичне навантаження.

Проведений аналіз дозволив визначити основні напрями застосування рухових втручань у студентів із вегетативними дисфункціями: підвищення

загального рівня фізичної активності, покращення толерантності до фізичного навантаження, оптимізація функціональної відповіді серцево-судинної системи, розвиток загальної витривалості та формування більш сприятливих умов для автономної регуляції серцевої діяльності.

Одним із базових компонентів програми рухових втручань доцільно вважати дозовані аеробні вправи. Ходьба, швидка ходьба, заняття на велоергометрі та інші контрольовані циклічні вправи дозволяють індивідуально регулювати інтенсивність і тривалість фізичного навантаження. Систематичні аеробні тренування можуть сприяти покращенню кардіореспіраторної адаптації та впливати на автономну регуляцію серцевої діяльності [1, 2].

Інтенсивність фізичних вправ має відповідати вихідному функціональному стану студента. На початковому етапі доцільно використовувати навантаження низької або помірної інтенсивності з подальшим поступовим збільшенням їх тривалості та складності. Такий підхід дозволяє уникати надмірного напруження регуляторних механізмів та забезпечувати поступову адаптацію серцево-судинної системи.

До комплексу рухових втручань можуть бути включені дихальні вправи, спрямовані на формування контрольованого ритму дихання та релаксацію. Повільне контрольоване дихання здатне впливати на частоту серцевих скорочень та показники варіабельності серцевого ритму, що обґрунтовує можливість його застосування як додаткового компонента програм фізичної терапії [3].

Важливим є поєднання аеробного навантаження із загальнорозвивальними вправами для основних м’язових груп, вправами на координацію, гнучкість і релаксацію. Комплексний характер рухових втручань дозволяє впливати не лише на функціональний стан серцево-судинної системи, а й на загальну фізичну працездатність та здатність студентів переносити повсякденні фізичні й навчальні навантаження.

Окреме значення має об’єктивізація реакції серцево-судинної системи на фізичні вправи. До доступних критеріїв контролю належать частота серцевих скорочень (ЧСС), систолічний і діастолічний артеріальний тиск (АТ), характер

реакції на дозоване навантаження та швидкість відновлення показників після його завершення.

Перспективним додатковим критерієм оцінювання є варіабельність серцевого ритму (ВСР), яка використовується для характеристики автономної модуляції серцевої діяльності. Водночас під час інтерпретації ВСР необхідно враховувати умови проведення дослідження, частоту дихання, положення тіла, попередню фізичну активність та інші фактори, здатні впливати на отримані показники [4].

Для визначення результативності рухових втручань доцільним є проведення функціонального оцінювання до початку та після завершення програми. Позитивна динаміка може характеризуватися більш економною реакцією ЧСС на стандартне навантаження, оптимізацією показників АТ, скороченням часу відновлення після фізичної активності та покращенням суб’єктивної переносимості вправ.

Водночас програма рухових втручань не повинна обмежуватися лише організованими заняттями з фізичним терапевтом. Важливим напрямом є підвищення загального рівня повсякденної рухової активності та скорочення тривалих періодів малорухомої поведінки. Рекомендації щодо фізичної активності підкреслюють значення регулярного рухового навантаження та обмеження сидячого способу життя для підтримання здоров’я серцево-судинної системи [5].

Отже, застосування рухових втручань у студентів із вегетативними дисфункціями має ґрунтуватися на принципах індивідуалізації, поступовості, систематичності та контролю функціональної відповіді організму. Поєднання аеробних, дихальних, загальнорозвивальних і релаксаційних вправ може бути використане для формування комплексної програми фізичної терапії, спрямованої на покращення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи.

Отже, рухові втручання є перспективним немедикаментозним засобом корекції функціонального стану серцево-судинної системи у студентів із

вегетативними дисфункціями. Основу програми доцільно формувати з дозованих аеробних навантажень у поєднанні з дихальними, загальнорозвивальними та релаксаційними вправами. Систематичне застосування рухових втручань може сприяти підвищенню адаптаційних можливостей серцево-судинної системи та толерантності студентів до фізичного навантаження.

Література

1. Marschin V., Herbert C. Physical activity's impact on cardiac activity and autonomic regulation in university students: A baseline study. *International Journal of Psychophysiology*. 2026. Vol. 226. 113415. DOI: 10.1016/j.ijpsycho.2026.113415.

2. Zhang Y., Li J., Wang Y. Effects of acute exercise programs on heart rate variability and vascular function in sedentary college students: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore).* 2025. Vol. 104, No. 19. e42346. DOI: 10.1097/MD.0000000000042346.

3. Effects of voluntary slow breathing on heart rate and heart rate variability: A systematic review and a meta-analysis / S. Laborde, M. S. Allen, U. Borges et al. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2022. Vol. 138. 104711. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104711.

4. Wang Z., Zhang Z., Wu Y. The effects of Baduanjin exercise on the psychological condition and heart rate variability of sports-disadvantaged college students: A randomised trial. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2024. Vol. 43, No. 1. 203. DOI: 10.1186/s41043-024-00691-4.

5. Su M., Wang J., Lin F., Lin Z., Chen J. The impact of physical activity levels and cardiorespiratory fitness on heart rate variability in overweight and obese college students: a cross-sectional study. *PeerJ.* 2026. Vol. 14. e20612. DOI: 10.7717/peerj.20612.

УДК 615.825:612.2:616.2-022-053.2

ІГРОВІ АЕРОБНІ НАВАНТАЖЕННЯ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ В ШКОЛЯРІВ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ

Надія СИТНИК-ТИМЧЕНКО

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
sytniknadezda077@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Олена ТОЛКАЧОВА
канд. наук з фіз. виховання та спорту, доцент кафедри
біомедичних дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Розглянуто вплив частих респіраторних захворювань на функціональний стан дітей 9–10 років, зокрема на показники зовнішнього дихання та здатність виконувати фізичну роботу. Показано, що вимушені періоди малорухливості після кожного епізоду хвороби сприяють детренованості, яка сама по собі обмежує активність дитини. Узагальнено дані про вплив регулярної фізичної активності помірної інтенсивності на імунний захист. Визначено складові програми фізичної терапії та стандартизовані методи оцінювання її результатів.

Ключові слова: часто хворіючі діти, рецидивні респіраторні інфекції, функція зовнішнього дихання, толерантність до фізичного навантаження, фізична терапія.

Гострі респіраторні інфекції залишаються найчастішою причиною звернень до педіатра та пропусків занять у школі. Для частини дітей такі епізоди повторюються багато разів на рік, і в українській педіатричній практиці їх традиційно відносять до групи часто хворіючих дітей. У міжнародній літературі цей стан описують як рецидивні респіраторні інфекції, наголошуючи, що в більшості таких дітей імунна система не має серйозних дефектів, а висока частота захворювань пов’язана з віковими особливостями, контактами в колективі, впливом тютюнового диму та іншими зовнішніми чинниками [1].

Вік 9–10 років припадає на завершальний етап молодшої школи, коли стрімко зростають вимоги до фізичних можливостей дитини: тривалі уроки фізичної культури, рухливі ігри, спортивні секції. Дитина, яка кілька разів за семестр хворіє й після кожного епізоду тривалий час обмежує активність, поступово відстає від однолітків за витривалістю та рухливими навичками. Батьки й педагоги, прагнучи вберегти її, часто звільняють від занять фізичною культурою, що ще більше поглиблює детренованість.

Повторні запальні процеси дихальних шляхів можуть тимчасово погіршувати бронхіальну прохідність і вентиляційну функцію легень. У поєднанні зі зниженою аеробною підготовленістю це проявляється задишкою та швидкою втомою під час навантажень, які для здорових однолітків є звичними. Так формується замкнене коло: дитина мало рухається, бо швидко втомлюється, і втомлюється швидше, бо мало рухається.

Мета тез полягає в обґрунтуванні змісту програми фізичної терапії для дітей 9–10 років групи часто хворіючих та методів оцінювання її впливу на функцію зовнішнього дихання й толерантність до фізичного навантаження.

Проаналізовано наукові публікації щодо повторних респіраторних захворювань дитячого віку, взаємозв’язку фізичної активності та імунного захисту, а також технічні стандарти функціональних досліджень. Використано аналітико-синтетичний і порівняльний методи опрацювання джерел.

Результати та їх обговорення. Важливим аргументом на користь активної програми є дані про вплив рухової активності на імунну систему. Огляд досліджень засвідчив, що регулярні фізичні навантаження помірної інтенсивності посилюють імунний нагляд і пов’язані з меншою частотою та тяжкістю інфекцій верхніх дихальних шляхів [2]. Отже, для часто хворіючих дітей систематична фізична активність у періоди між захворюваннями є не ризиком, а одним із засобів профілактики.

Основу програми фізичної терапії становить аеробне тренування, яке в цьому віці найкраще реалізувати в ігровій формі. Рухливі ігри з чергуванням бігу та відпочинку, естафети, ходьба в різному темпі, стрибкові вправи дозволяють

природно поєднувати періоди вищої та нижчої інтенсивності. Доповнюють програму вправи з вагою власного тіла для розвитку сили м’язів тулуба та кінцівок, вправи на рухливість грудної клітки й дихальні вправи, спрямовані на навчання ефективного повного видиху та дихання через ніс під час навантаження. Заняття проводять регулярно, поступово збільшуючи тривалість і інтенсивність.

Особливого значення набуває правильне дозування після епізодів хвороби. Під час гострого захворювання заняття припиняють, а після клінічного одужання відновлюють зі зниженого рівня навантаження, поступово повертаючись до попереднього обсягу залежно від самопочуття, частоти серцевих скорочень і швидкості відновлення після вправ. Для оцінки суб’єктивного відчуття зусилля в дітей доцільно використовувати адаптовані ілюстровані шкали. Такий підхід дозволяє уникнути як перевантаження, так і тривалих необґрунтованих перерв.

Не менш важливою складовою є робота з батьками. Їм пояснюють, що фізична активність поза періодами гострої хвороби безпечна й корисна, навчають розпізнавати ознаки, за яких варто зробити перерву, та заохочують до спільної активності родини у вихідні дні. Взаємодія з учителем фізичної культури допомагає уникнути повного звільнення дитини від уроків і забезпечити поступове повернення до занять разом із класом.

Ще до першого заняття фізичний терапевт разом із педіатром має переконатися, що за частими епізодами захворювань не приховується інша патологія. Насторожувати повинні тривалий кашель між епізодами інфекцій, свистяче дихання, задишка або кашель під час і після навантажень, відставання у фізичному розвитку, повторні пневмонії. Такі ознаки можуть свідчити про бронхіальну астму, зокрема бронхоспазм, індукований фізичним навантаженням, або інші захворювання, що потребують спеціального обстеження та лікування. У разі їх наявності програму погоджують із лікарем і доповнюють відповідною розминкою та контролем симптомів.

Під час занять фізичний терапевт звертає увагу не лише на показники навантаження, а й на поведінку дитини. Часто хворіючі діти нерідко мають

низьку впевненість у власних силах і схильні відмовлятися від активності через страх утоми чи повторної хвороби. Ігрова форма, можливість вибору вправ, помітний для дитини прогрес і позитивне підкріплення допомагають сформувати інтерес до руху, який зберігатиметься й після завершення програми. Корисно також поєднувати заняття в приміщенні з активністю на свіжому повітрі за відповідних погодних умов.

Для оцінювання функції зовнішнього дихання застосовують спірометрію з визначенням форсованої життєвої ємності легень, об’єму форсованого видиху за першу секунду, їх співвідношення та пікової об’ємної швидкості видиху. Дослідження слід проводити з дотриманням сучасних технічних стандартів, які містять і вимоги до якості маневру в дітей [3]. Толерантність до навантаження доцільно оцінювати за тестом шестихвилинної ходьби, який має добру надійність і валідність у дітей шкільного віку [4], з реєстрацією частоти серцевих скорочень, сатурації та часу відновлення. Додатково фіксують кількість епізодів захворювань і пропущених навчальних днів.

У подальшому дослідженні передбачено обстежити дітей 9–10 років групи часто хворіючих, реалізувати програму фізичної терапії впродовж кількох місяців і порівняти показники спірометрії, результати тесту шестихвилинної ходьби та частоту захворювань на початку й наприкінці спостереження.

Висновки. Часті респіраторні захворювання в дітей 9–10 років призводять до повторних періодів малорухливості, детренованості та зниження толерантності до фізичного навантаження, що може супроводжуватися погіршенням показників зовнішнього дихання. Регулярна фізична активність помірної інтенсивності не лише покращує функціональний стан, а й сприяє імунному захисту. Програма фізичної терапії для цієї групи має поєднувати ігрові аеробні навантаження, силові та дихальні вправи, поступове відновлення після хвороби й залучення батьків, а її ефективність доцільно оцінювати за стандартизованою спірометрією, тестом шестихвилинної ходьби та частотою захворювань.

Література

1. Martino M., Ballotti S. The child with recurrent respiratory infections: normal or not? *Pediatric Allergy and Immunology*. 2007. Vol. 18, Suppl. 18. P. 13–18.

2. Nieman D. C., Wentz L. M. The compelling link between physical activity and the body's defense system. *Journal of Sport and Health Science*. 2019. Vol. 8, № 3. P. 201–217.

3. Standardization of spirometry 2019 update: an official American Thoracic Society and European Respiratory Society technical statement / Graham B. L., Steenbruggen I., Miller M. R., et al. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2019. Vol. 200, № 8. P. e70–e88.

4. The six-minute walk test in healthy children: reliability and validity / Li A. M., Yin J., Yu C. C. W., et al. *European Respiratory Journal*. 2005. Vol. 25, № 6. P. 1057–1060.

УДК 615.825:615.835.1:616.2-022-053.5

ДИХАЛЬНІ ВПРАВИ ТА АРОМАТИЧНІ РЕЧОВИНИ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ: КРИТИЧНА ОЦІНКА ДОКАЗІВ І БЕЗПЕЧНОСТІ

Владислав ТАЛЬКО

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
Talko88@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Олена ТОЛКАЧОВА
канд. наук з фіз. виховання та спорту, доцент кафедри
біомедичних дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Тези присвячено критичному аналізу можливостей дихальних вправ і одорантів у фізичній терапії школярів молодших класів із частими й тривалими гострими респіраторними захворюваннями. Розглянуто дані щодо впливу регулярних фізичних навантажень на виникнення та перебіг

респіраторних інфекцій. Оцінено доказовість дихальних вправ у дітей і механізми дії ароматичних речовин на відчуття носового дихання. Окреслено вимоги безпеки, яких необхідно дотримуватися в разі включення одорантів до програми.

Ключові слова: діти молодшого шкільного віку, гострі респіраторні захворювання, дихальні вправи, одоранти, фізична терапія, безпека.

Гострі респіраторні захворювання в дітей шести–десяти років трапляються значно частіше, ніж у дорослих. Для частини школярів кожен наступний епізод триває довше, супроводжується тривалим кашлем, закладеністю носа, загальною слабкістю, а періоди між захворюваннями такі короткі, що дитина не встигає повністю відновитися. Пропущені заняття, звільнення від фізичної культури та постійні обмеження з боку дорослих формують у дитини малорухливий спосіб життя, який погіршує її фізичний стан.

Батьки таких дітей активно шукають способи зменшити кількість хвороб і часто звертаються до засобів, що мають репутацію «природних»: дихальної гімнастики, ароматичних олій, інгаляцій з ефірними оліями, ментолових мазей. Частина цих засобів має тривалу традицію застосування в дитячих закладах і санаторіях. Проте традиційність не є доказом ефективності, а дитячий організм особливо чутливий до можливих небажаних ефектів. Тому фізичний терапевт має оцінювати такі методи з позицій доказової практики.

Мета роботи – критично проаналізувати доказову базу та безпечність дихальних вправ і одорантів у фізичній терапії молодших школярів, які часто й тривало хворіють на гострі респіраторні захворювання, та визначити їх місце в комплексній програмі.

Опрацьовано Кокранівські систематичні огляди, огляди повідомлень про небажані реакції та фундаментальні праці щодо механізмів дії ароматичних речовин. Застосовано критичний аналіз джерел, зіставлення даних про ефективність і ризики, формулювання практичних висновків.

Основою профілактичної дії фізичної терапії є загальна рухова активність. Кокранівський огляд щодо впливу фізичних вправ на гострі респіраторні інфекції засвідчив, що регулярні заняття можуть зменшувати тяжкість симптомів і кількість днів хвороби, хоча впевненість у цих результатах обмежена, а даних щодо дітей недостатньо [1]. Для дитини, яка часто хворіє, це означає, що дихальні вправи й будь-які додаткові засоби мають доповнювати, а не замінювати регулярні ігрові навантаження.

Дихальні вправи в дітей зазвичай спрямовані на навчання носового дихання, подовженого видиху, дихання з участю діафрагми, а також на відкашлювання під час та після захворювання. Вони є безпечними й добре сприймаються дітьми, особливо в ігровій формі. Водночас систематичний огляд дихальних вправ у дітей з бронхіальною астмою, де ця тема досліджена найкраще, не дозволив зробити однозначних висновків про їх ефективність через невелику кількість і невисоку якість досліджень [2]. Тому в цій групі школярів дихальні вправи доцільно розглядати як частину навчання правильним навичкам дихання, а не як самостійний засіб профілактики інфекцій.

Одоранти, тобто пахучі речовини природного чи синтетичного походження, у практиці застосовують переважно у вигляді ефірних олій, зокрема евкаліптової, м’ятної, ялицевої, а також ментолу. Їм приписують протимікробну, протизапальну та відхаркувальну дію. Проте частина цих ефектів продемонстрована лише в лабораторних умовах, а переконливих клінічних даних щодо запобігання гострим респіраторним захворюванням у дітей немає.

Показовим є приклад ментолу. Фундаментальні дослідження засвідчили, що він діє на холодові рецептори слизової оболонки носа й створює відчуття полегшення носового дихання, хоча об’єктивні показники носового повітряного потоку при цьому суттєво не змінюються [3]. Тобто суб’єктивне покращення не обов’язково відображає реальну зміну прохідності дихальних шляхів. Це слід враховувати, обираючи методи оцінювання ефекту: самопочуття дитини та відгуки батьків потрібно доповнювати об’єктивними показниками.

Особливої уваги потребує безпека. Огляд повідомлень про небажані реакції на ароматерапію показав, що вони трапляються не так рідко, як прийнято вважати, і включають подразнення шкіри та слизових, алергічні реакції, а в окремих випадках і тяжкі ускладнення [4]. Діти з алергічними захворюваннями та гіперреактивністю бронхів мають підвищений ризик бронхоспазму у відповідь на сильні запахи. Тому одоранти можна застосовувати лише після погодження з педіатром, за відсутності алергії та бронхіальної астми в анамнезі, у низькій концентрації, короткочасно, у добре провітрюваному приміщенні, без нанесення на шкіру та слизові й за письмової згоди батьків.

За таких умов одоранти можуть мати певне практичне значення як допоміжний засіб. Приємний запах під час дихальних вправ може підвищувати зацікавленість дитини, допомагати зосередитися на носовому вдиху та створювати позитивний емоційний фон заняття. Однак ці можливі переваги потребують перевірки в контрольованих умовах, а не прийняття на віру.

Структура заняття для такої дитини може включати розминку з поступовим підвищенням темпу, основну частину з рухливими іграми та вправами на витривалість, силу й координацію, блок дихальних вправ у спокійному темпі та заключну частину з розслабленням. Саме в блоці дихальних вправ, за умови дотримання вимог безпеки, можливе додавання одоранту. Тривалість і інтенсивність основної частини поступово збільшують, орієнтуючись на частоту серцевих скорочень і самопочуття, а після кожного епізоду хвороби тимчасово зменшують. Регулярність занять важливіша за їх інтенсивність, тому корисно доповнювати їх простими завданнями для виконання вдома разом із батьками.

Окремим напрямом є навчання дитини навичкам, які допомагають під час самої хвороби та в період одужання: правильному очищенню носа, ефективному відкашлюванню, підтриманню помірної активності в межах самопочуття замість тривалого постільного режиму. Батькам пояснюють, у яких випадках потрібно звернутися до лікаря, а коли дитина може поступово повертатися до звичного рухового режиму.

Для оцінювання результатів програми доцільно поєднувати об’єктивні та суб’єктивні показники: частоту й тривалість гострих респіраторних захворювань, кількість пропущених навчальних днів, показники спірометрії, результати функціональних тестів витривалості, а також реєстрацію будь-яких небажаних реакцій під час застосування одорантів.

Надалі передбачено порівняти результати програми, що поєднує рухову активність і дихальні вправи, з такою ж програмою з додаванням одорантів, дотримуючись визначених умов безпеки. Це дасть змогу оцінити, чи забезпечують одоранти додатковий ефект порівняно з руховими втручаннями.

Висновки. Провідну роль у фізичній терапії молодших школярів, які часто й тривало хворіють на гострі респіраторні захворювання, відіграє регулярна рухова активність, а дихальні вправи є безпечним доповненням з обмеженою доказовою базою. Одоранти здатні покращувати суб’єктивне відчуття носового дихання, проте їх вплив на частоту захворювань не доведений, а застосування в дітей пов’язане з ризиком подразнення та алергічних реакцій. Тому їх використання можливе лише як допоміжного засобу за суворих умов безпеки та з обов’язковою об’єктивною оцінкою результатів.

Література

1. Grande A. J., Keogh J., Silva V., Scott A. M. Exercise versus no exercise for the occurrence, severity, and duration of acute respiratory infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020. Issue 4. CD010596.

2. Breathing exercises for children with asthma / Macêdo T. M. F., Freitas D. A., Chaves G. S. S., Holloway E. A., Mendonça K. M. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016. Issue 4. CD011017.

3. Eccles R. Menthol and related cooling compounds. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 1994. Vol. 46, № 8. P. 618–630.

4. Posadzki P., Alotaibi A., Ernst E. Adverse effects of aromatherapy: a systematic review of case reports and case series. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*. 2012. Vol. 24, № 3. P. 147–161.

УДК 378.147:614.253.5]:057.36:364-786.4

БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У СФЕРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ: ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ АСПЕКТ

Олена ТКАЧЕНКО

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Медсестринство
glavmedtkach@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Катерина ЛІНЄВИЧ
к. пед. н., доцент кафедри природничих дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Робота присвячена дослідженню трансформації системи безперервного професійного розвитку медичних сестер. Наголошено на важливості врахування реальних потреб працівників в отриманні знань та навичок, які вони зможуть інтегрувати у свою щоденну роботу. Підкреслено, що методи навчання мають бути адаптованими до сучасних умов праці медичних сестер, враховуючи специфіку пацієнтів, з якими їм доводиться працювати. Розглянуто роль андрагогічних принципів у підготовці медичних сестер до психологічної реабілітації військовослужбовців.

Ключові слова: безперервний професійний розвиток, медична сестра, реабілітація військових, андрагогічний підхід, мультидисциплінарна команда, ментальне здоров’я.

В умовах війни українська система охорони здоров’я не тільки вистояла, а й продовжує розвиватися. Україна змушена не просто шукати відповіді на виклики війни, а й будувати медицину майбутнього – з новими підходами до реабілітації, психічного здоров’я та відновлення зруйнованої інфраструктури.

У січні 2025 року уряд затвердив Стратегію розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року. Це фундаментальний документ, розроблений спільно з міжнародними експертами, який визначає план розвитку галузі та післявоєнного відновлення. Міжнародний досвід країн, що пройшли через війни, свідчить:

упродовж десятиліть після завершення бойових дій держава має пріоритетно інвестувати у фізичну реабілітацію та ментальне здоров'я. Після війни сотні тисяч українців потребуватимуть саме такої допомоги, і держава реагує на ці виклики вже зараз. Верховна Рада ухвалила закон про реабілітацію, який запроваджує мультидисциплінарний підхід. Саме тому виникла необхідність у вдосконаленні організаційних та педагогічних аспектів у безперервному професійному розвитку медичних працівників, зокрема медичних сестер, які взаємодіють із пацієнтами 24/7, та потребують вдосконалення своїх навичок із врахуванням актуальних потреб реабілітаційного військового пацієнта.

Мета дослідження – визначити основні напрямки трансформації системи безперервного професійного розвитку медичних сестер закладу охорони здоров'я у галузі військової реабілітації.

Матеріали та методи. Для проведення дослідження проведено опитування медичних сестер, які наразі працюють у сфері реабілітації або планують змінити сферу своєї діяльності на реабілітаційну. Основні питання стосувалися особистої думки медичних сестер реабілітаційних відділень закладу охорони здоров'я щодо оптимального формату навчання в межах безперервного професійного розвитку, бажаного об'єму навчальної програми та її наповнення, можливості суміщати навчання і практичну діяльність, застосування отриманих знань у щоденній практичній діяльності. Також проведено опитування серед лікарів фізичної та реабілітаційної медицини щодо їх бачення необхідного обсягу знань та навичок, якими має володіти медична сестра реабілітаційного відділення в умовах ведення пацієнтів-військовослужбовців та ветеранів. Зроблено аналіз отриманих результатів та наукової літератури.

Результати та їх обговорення. Сучасна війна в Україні зумовила появу складних клінічних випадків (політравма, ампутації, ПТСР), що вимагають від медичних сестер не лише класичного догляду, а й глибоких знань у галузі фізичної та психологічної реабілітації [1].

Традиційна система підвищення кваліфікації втратила свою актуальність, постає потреба у динамічній моделі безперервного професійного розвитку (БПР), яка інтегрована безпосередньо у робочий процес [2]. Специфіка бойової травми

вимагає від медичної сестри не лише технічних маніпуляцій, а й знань з асистивних технологій та основ ерготерапії [3]. Впровадження моделі «навчання на робочому місці» (Workplace Learning) забезпечить отримання і одразу провадження у практичну діяльність нових навичок та вмінь [4]. Організація спільного навчання медичних сестер з фізичними терапевтами, ерготерапевтами та психологами необхідна для формування єдиного реабілітаційного простору. Фахівці з реабілітації сумісно із медичними сестрами можуть створювати та використовувати у повсякденній роботі короткі відеоінструкції та чек-листи, що дозволить поновлювати знання без відриву від пацієнта. Ефективність реабілітації військовослужбовців та ветеранів прямо залежить від гнучкості організаційної структури медичного закладу, яка заохочує неформальну освіту (семінари, воркшопи, обмін досвідом) [4].

Важливим є андрагогічний підхід – орієнтація на досвід практикуючої медичної сестри. Навчання має базуватися на вирішенні конкретних клінічних кейсів (Case study), а не на сухій теорії. Окремим напрямком БПР варто виділити етику спілкування з військовими та профілактику професійного вигорання самої медичної сестри. Педагогічний аспект має зміщуватися у бік розвитку емпатії, стресостійкості та навичок кризової комунікації [5].

Для ефективної реалізації БПР медичних сестер в умовах сучасних викликів для системи охорони здоров’я рекомендовано [2]:

– впровадити «Чек-лист компетенцій медичної сестри із реабілітації» (навички позиціонування пацієнта – терапевтичне укладання; оцінка болю за візуально-аналоговими шкалами; профілактика контрактур та пролежнів у пацієнтів; основи ерготерапії – допомога у самообслуговуванні);

– створити цифровий репозиторій знань (закрита база коротких відеоінструкцій для медичних сестер – як правильно надягнути протез, перша допомога при нападі фантомного болю, правила пересаджування із крісла колісного, як допомогти пацієнту із нападом панічної атаки);

– ротація у мультидисциплінарній команді (практика «тінювання», коли медична сестра протягом робочого дня працює пліч-о-пліч з

фізичним/ерготерапевтом, щоб зрозуміти механіку рухів пацієнта та підтримувати реабілітаційний режим 24/7);

– впровадити модуль «Комунікація з ветераном» (проведення регулярних тренінгів із запрошенням військових психологів. Вивчення правил «першого контакту», тем-табу та методів деескалації конфліктів та правил спілкування із військовослужбовцями, звільненими з полону);

– застосувати модуль «Профілактика професійного вигорання медичних сестер» (забезпечення вільного доступу середнього медичного персоналу до роботи зі штатними психологами закладу на регулярній основі, проведення групових тренінгів та занять із психологічного розвантаження) [4].

Висновки. Організаційно-педагогічна модель безперервного професійного розвитку медичних сестер у сфері реабілітації має бути адаптивною та людиноцентричною. Поєднання адміністративної підтримки (ресурси, час) та сучасних педагогічних технік (кейс-методи, симуляції, заняття біля ліжка пацієнта) дозволяє значно підвищити якість життя військовослужбовців та ветеранів через професійний та емпатичний догляд, який полегшує їх інтеграцію до буденного життя.

Література

1. Міністерство охорони здоров’я України. Стандарти медичної допомоги з реабілітації у сфері охорони здоров’я. Київ, 2023.

2. Деякі питання безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників: Постанова Кабінету Міністрів України від 14.07.2021 № 725.

3. Дубініна І. О. Сестринська справа в реабілітації: навчальний посібник. Київ: Медицина, 2021.

4. Горачук В. В. Безперервний професійний розвиток медичних працівників в Україні. *Україна. Здоров’я нації*. 2021. № 3. С. 45–50.

5. Маркович І. І. Андрагогіка в системі професійної освіти дорослих. *Педагогічні науки*. 2020. № 72. С. 112–118.

УДК 614.253.5:174:616-053.9

ЕТИЧНІ ДИЛЕМИ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-МАГІСТРА ГЕРІАТРИЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ

Юлія ТКАЧЕНКО

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Медсестринство
juliatkachenko1303@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Юлія КАРПЕНКО
доктор філософії (PhD), викладач кафедри природничих дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У матеріалах тез проаналізовано типові етичні дилеми, з якими стикаються медичні сестри під час догляду за пацієнтами похилого та старечого віку. Показано, що ці ситуації найчастіше виникають через конфлікт між повагою до автономії пацієнта та прагненням захистити його від шкоди. Висвітлено поняття морального дистресу як наслідку неможливості діяти відповідно до власних етичних переконань. Визначено роль медичної сестри з магістерською підготовкою в розв’язанні етичних проблем на рівні відділення.

Ключові слова: етична дилема, біоетика, геріатрія, моральний дистрес, автономія пацієнта, медична сестра-магістр.

Пацієнтка 84 років із деменцією помірного ступеня щоранку відмовляється приймати ліки й намагається залишити відділення. Донька наполягає, щоб мамі нічого не повідомляли про діагноз і за потреби «якось заспокоювали». Лікар призначив препарати, а медична сестра стоїть перед вибором: поважати волю пацієнтки, виконувати прохання родини чи діяти так, як вважає безпечним. Подібні ситуації в геріатричних відділеннях трапляються щодня, і жодне з можливих рішень не є бездоганним з етичної точки зору.

Україна належить до країн із високою часткою людей похилого віку, а війна додала нові проблеми: самотність літніх людей, чиї родини виїхали або загинули, руйнування звичного середовища, зростання потреби в тривалому

догляді. Саме медична сестра найбільше часу проводить з літнім пацієнтом і першою помічає, коли інтереси різних учасників догляду розходяться.

Етична дилема виникає тоді, коли фахівець має обрати між двома або більше варіантами дій, кожен з яких спирається на певний моральний принцип, але жоден не дозволяє дотриматися всіх принципів одночасно. У біоетиці такими принципами традиційно вважають повагу до автономії, непричинення шкоди, благодіяння та справедливість [1]. Міжнародний етичний кодекс медичних сестер покладає на медсестру відповідальність за захист гідності, прав і безпеки пацієнта [2], проте не дає готових відповідей на випадки, коли ці цінності суперечать одна одній.

Метою дослідження є визначення змісту та чинників етичних дилем у роботі медичних сестер геріатричних відділень і обґрунтування ролі медичної сестри-магістра в їх розв’язанні.

Для досягнення мети опрацьовано нормативні та етичні документи, що регулюють професійну діяльність медичних сестер, а також емпіричні й оглядові публікації з проблем медсестринської етики в геріатрії. Джерела відбирали з міжнародних баз даних і українських наукових видань. Аналіз мав якісний характер: виявлені в літературі етичні проблеми групували за провідним ціннісним конфліктом, а потім зіставляли з функціями медичної сестри-магістра.

Результати та їх обговорення. Центральне місце серед етичних проблем геріатричної практики посідає питання здатності пацієнта приймати рішення. Когнітивні порушення в людей похилого віку мають різний ступінь і можуть коливатися протягом доби. Тому формальне припущення, що пацієнт із деменцією не може нічого вирішувати, так само помилкове, як і беззастережне виконання будь-якого його бажання. Медична сестра має навчитися оцінювати, наскільки пацієнт розуміє конкретну ситуацію, і залучати його до рішень у тій мірі, у якій це можливо.

Огляд досліджень, проведених у закладах тривалого догляду, засвідчив, що персонал найчастіше повідомляє про такі етичні проблеми: застосування заходів обмеження, відмова пацієнта від їжі чи лікування, питання допомоги

наприкінці життя, розбіжності між бажаннями пацієнта та вимогами родини, а також нестача часу й персоналу для належного догляду [3]. Остання проблема має особливу вагу, адже вимушене скорочення догляду є не лише організаційним, а й етичним питанням справедливого розподілу ресурсу.

Окремої уваги заслуговує застосування фізичних обмежень, наприклад фіксації до ліжка чи бокових бортиків. Систематичний огляд показав, що медичні сестри здебільшого сприймають такі заходи як спосіб запобігти падінням і захистити пацієнта, хоча водночас відчувають дискомфорт і сумніви щодо їх виправданості [4]. Такі переконання часто не узгоджуються з даними про ризики обмежень, зокрема травми, погіршення рухової функції та наростання збудження.

Коли медична сестра знає, як правильно вчинити, але не може цього зробити через інституційні обмеження, брак часу чи позицію інших учасників, виникає моральний дистрес. Для його вимірювання розроблено спеціальні інструменти, зокрема переглянуту шкалу морального дистресу [5]. Тривалий моральний дистрес пов’язують з емоційним виснаженням і бажанням змінити місце роботи, що робить цю проблему значущою і для керівників закладів.

Медична сестра з магістерською підготовкою має ресурси, щоб впливати на ситуацію не лише в окремому випадку, а й на рівні відділення. До її функцій можна віднести ініціювання етичних обговорень складних випадків у колективі, участь у розробленні локальних протоколів щодо застосування обмежень та інформованої згоди, навчання молодших колег, взаємодію з етичним комітетом закладу та представлення позиції пацієнта під час спільного прийняття рішень з лікарем і родиною.

Подальшу частину роботи становитиме опитування медичних сестер геріатричних відділень. Його завдання полягає у визначенні того, які етичні дилеми виникають найчастіше, як медичні сестри їх розв’язують і наскільки вираженим є в них моральний дистрес. Окремо планується вивчити, чи відрізняються відповіді фахівців із різним рівнем освіти, що дозволить уточнити внесок магістерської підготовки.

Висновки: - етичні дилеми в геріатричних відділеннях зумовлені передусім напруженням між повагою до автономії пацієнта та обов’язком захистити його від шкоди, яке посилюється когнітивними порушеннями, позицією родини та дефіцитом ресурсів; -нерозв’язані етичні проблеми спричиняють у медичних сестер моральний дистрес, що негативно позначається на їхньому професійному благополуччі та стабільності кадрового складу; - медична сестра-магістр може відігравати провідну роль у створенні в геріатричному відділенні середовища, де етичні питання відкрито обговорюються й розв’язуються на основі чітких процедур; емпіричне дослідження дасть змогу конкретизувати напрями такої роботи.

Література

1. Beauchamp T. L., Childress J. F. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2019.

2. International Council of Nurses. *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva : ICN, 2021. URL: https://www.icn.ch (дата звернення: 27.09.2026).

3. Preshaw D. H., Brazil K., McLaughlin D., Frolic A. Ethical issues experienced by healthcare workers in nursing homes: literature review. *Nursing Ethics*. 2016. Vol. 23, № 5. P. 490–506.

4. Möhler R., Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies*. 2014. Vol. 51, № 2. P. 274–288.

5. Hamric A. B., Borchers C. T., Epstein E. G. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*. 2012. Vol. 3, № 2. P. 1–9.

УДК 615.825:617.584-089.87

ПОСТУРАЛЬНИЙ КОНТРОЛЬ ТА БЕЗПЕКА ХОДЬБИ КОРИСТУВАЧІВ ПРОТЕЗА ГОМІЛКИ: НАПРЯМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Тетяна ТУРЧАК

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
turchaktanya17@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна
Науковий керівник – Андрій БАЗІЛЕВСЬКИЙ
к. н. з фіз. вих. і спорту, доцент кафедри біомедичних дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У тезах висвітлено сучасні підходи до фізичної терапії осіб, які користуються протезом після ампутації на рівні гомілки. Схарактеризовано зміни постурального контролю, що виникають після втрати анатомічної стопи й гомілковостопного суглоба та впливають на симетрію опори й безпеку ходьби. Проаналізовано можливості силового й аеробного тренування, функціональних вправ на рівновагу та технологій зворотного зв’язку. Окреслено підходи до оцінювання результатів і підтримання рухової активності після завершення основного курсу фізичної терапії.

Ключові слова: ампутація гомілки, протез, постуральний контроль, рівновага, функціональна мобільність, фізична терапія.

Збережений колінний суглоб після ампутації на рівні гомілки створює сприятливіші умови для протезування й відновлення ходьби порівняно з вищими рівнями ампутації. Проте отримання протеза саме собою не відновлює звичного рухового контролю. У частини користувачів зберігаються асиметрія навантаження на кінцівки, зміни параметрів ходьби та труднощі утримання рівноваги.

Після втрати анатомічної стопи й гомілковостопного суглоба змінюються як механічні можливості контролю положення тіла, так і надходження пропріоцептивної та шкірної інформації. Через це більша частина навантаження може переноситися на збережену кінцівку, а постуральний контроль більше

залежить від зорової інформації, рухів у кульшових суглобах та можливостей самого протеза. У побуті такі зміни можуть проявлятися невпевненістю на нерівній поверхні, під час поворотів, подолання перешкод і сходів.

Підходи до відновлення рівноваги й мобільності після протезування суттєво відрізняються за змістом і тривалістю, а в дослідженнях використовують різні інструменти оцінювання. Це ускладнює порівняння результатів і визначення найбільш ефективної структури втручання.

Мета роботи – узагальнити сучасні знання щодо фізичної терапії, спрямованої на відновлення постурального контролю й безпечної ходьби в осіб, які користуються протезом після ампутації на рівні гомілки.

Здійснено пошук публікацій у PubMed, Cochrane Library, PEDro, Scopus і Google Scholar та у вітчизняних фахових виданнях за ключовими словами «transtibial amputation», «prosthesis», «balance training», «functional mobility», «ампутація гомілки», «фізична терапія». Аналізу піддано публікації 2021–2026 років за участю дорослих користувачів протеза, у яких описано втручання або результати його застосування. Використано методологічні процедури аналізу, порівняння та узагальнення отриманих даних.

Відновлення рівноваги після ампутації не можна зводити лише до вправ на нестійкій поверхні. Важливе значення має достатня сила м’язів протезованої кінцівки, насамперед м’язів стегна й тазового пояса, оскільки вони беруть участь у керуванні протезом і стабілізації тулуба під час ходьби.

У рандомізованому дослідженні за участю осіб з односторонньою ампутацією гомілки восьмитижневе поєднання силового й аеробного тренування супроводжувалося поліпшенням м’язової сили, рівноваги, кардіореспіраторної витривалості та функціональних показників [1]. Отже, робота над постуральним контролем має включати не лише спеціальні вправи на баланс, а й загальну фізичну підготовку.

Під час тренування рівноваги доцільно поступово переходити від відносно простих завдань до ситуацій, близьких до повсякденного пересування. Спочатку можна відпрацьовувати перенесення маси тіла між кінцівками й контроль

симетрії опори, далі – стояння зі зміною площі опори, повороти, крокування в різних напрямках. Наступним ускладненням стають перешкоди, сходи, нерівна поверхня та завдання, під час яких ходьба поєднується з додатковою руховою або когнітивною діяльністю.

Важливо, щоб вправи відповідали реальним труднощам конкретного користувача протеза. Якщо людина впевнено ходить у приміщенні, але уникає пересування вулицею, більшу цінність матиме тренування зміни поверхні, поворотів і подолання перешкод, ніж подальше ускладнення статичного стояння.

Додаткові можливості дають технології зворотного зв’язку. У рандомізованому дослідженні використання віртуальної реальності в осіб з ампутацією гомілки позитивно впливало на окремі результати реабілітації [2]. В іншому дослідженні дистанційна групова програма з використанням Wii Fit підвищила впевненість у рівновазі в осіб старшого віку з ампутацією нижньої кінцівки, але не забезпечила значущого поліпшення показників ходьби [3].

Тому віртуальні та ігрові технології доцільно використовувати як додатковий інструмент. Вони можуть підвищувати залученість пацієнта й давати швидкий зворотний зв’язок, але не замінюють тренування реальних функціональних завдань.

Тренування рівноваги має продовжуватися і після первинного освоєння протеза. Вітчизняні автори розглядають його як важливу складову різних етапів протезування нижньої кінцівки [4]. Не менш важливо підтримувати загальний рівень рухової активності. Систематичний огляд показав можливий позитивний вплив втручань, спрямованих на активний спосіб життя, на фізичне та психосоціальне функціонування осіб з ампутаціями, хоча якість доказів залишається неоднорідною [5].

Оцінювання результатів варто будувати відповідно до проблем конкретного пацієнта. Для функціональної мобільності можуть використовуватися тест «встань і йди», тест ходьби на 10 метрів, двохвилинний або шестихвилинний тест ходьби. Рівновагу можна оцінювати за шкалою Берга

або тестом кроку в чотирьох квадратах. Доцільно також враховувати впевненість людини під час повсякденної активності та наявність падінь.

Якщо є відповідне обладнання, додаткову інформацію дає оцінювання симетрії навантаження на кінцівки. Водночас зміни окремого тесту не завжди означають, що людина стала безпечніше пересуватися в реальному середовищі. Тому результати стандартизованого оцінювання доцільно співвідносити з конкретними побутовими завданнями пацієнта.

Обмеженням наявних даних є невеликі вибірки, різна тривалість тренувальних програм та відсутність єдиного набору оцінювальних інструментів. Крім того, частина досліджень об’єднує осіб з різними рівнями ампутації, тому результати не завжди можна безпосередньо переносити на користувачів протеза гомілки.

Можна зробити наступні висновки:

1. Після ампутації на рівні гомілки та початку користування протезом можуть зберігатися асиметрія опори й порушення постурального контролю, які впливають на безпеку пересування.

2. Фізична терапія має поєднувати силову й аеробну підготовку з функціональним тренуванням рівноваги та ходьби. Ускладнення завдань доцільно визначати за реальними труднощами пацієнта, а технології зворотного зв’язку використовувати як допоміжний засіб.

3. Результативність втручання варто оцінювати за показниками рівноваги, мобільності та безпеки повсякденного пересування, а подальші дослідження спрямувати на уточнення ефективності програм саме для осіб з транстібіальною ампутацією.

Література

1. Grecco, M. V., Brech, G. C., Camargo, C. P., Santos-Silva, P. R. & Greve, J. M. D’A. (2023). The eight-week concurrent training effect on functional capacity in person living with unilateral transtibial amputation: a randomized controlled trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies, 33,* 164–170.

2. Şahan, T. Y., Erbahçeci, F. (2023). Effects of virtual reality on transtibial amputation rehabilitation outcomes: a randomized study. *Games for Health Journal, 12,* 459–467.

3. Tao, G., Miller, W. C., Eng, J. J., Esfandiari, E., Imam, B., Lindstrom, H. & Payne, M. W. (2022). Group-based telerehabilitation intervention using Wii Fit to improve walking in older adults with lower limb amputation (WiiNWalk): a randomized control trial. *Clinical Rehabilitation, 36*(3), 331–341.

4. Стельмах, Г. О., Бакалюк, Т. Г., Макарчук, Н. Р. & Пташнік, А. Б. (2024). Тренування балансу під час протезування нижньої кінцівки. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, *2*, 122–127.

5. Van, Helm S., Krops, L. A., Dekker, R. &Vrieling, A. H. (2022). Effectiveness of (active) lifestyle interventions in people with a lower limb amputation: a systematic review. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation, 4*(4), Article 100207.

УДК 618.2:614.253.5:005.6

РОЛЬ ГОЛОВНОЇ АКУШЕРКИ В УПРАВЛІННІ ЯКІСТЮ АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ

Віра ЦЕЛИК

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Медсестринство
wmell2017@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Юлія КАРПЕНКО
доктор філософії (PhD), викладач кафедри природничих дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Тези висвітлюють управлінські аспекти забезпечення якості акушерської допомоги в родопомічному закладі. Якість розглянуто як поєднання клінічної ефективності, безпеки та позитивного досвіду жінки під час пологів. Описано функції головної акушерки, через які вона впливає на структуру,

процеси та результати допомоги. Запропоновано показники, придатні для моніторингу якості на рівні акушерської служби пологового будинку.

Ключові слова: якість медичної допомоги, акушерська допомога, головна акушерка, пологовий будинок, управління якістю.

Пологи є подією, від перебігу якої залежить здоров’я одразу двох людей. Навіть у закладах із сучасним обладнанням результат допомоги визначають не тільки технології, а й те, як організована робота персоналу, наскільки послідовно дотримуються клінічних протоколів, чи відчуває жінка повагу та підтримку. Значну частину цієї роботи забезпечують акушерки, які супроводжують жінку від надходження до пологового залу й до виписки.

В Україні питання якості акушерської допомоги набули особливої гостроти в останні роки. Пологові будинки працюють в умовах повітряних тривог і перебоїв з електропостачанням, частина пологів відбувається в укриттях, а кадровий склад зазнає втрат через виїзд і мобілізацію працівників. За таких обставин підтримання стабільної якості допомоги перетворюється на щоденне управлінське завдання.

Посада головної акушерки поєднує клінічну експертизу з адміністративними повноваженнями. Проте в практиці вітчизняних закладів її діяльність часто зводиться до кадрових та господарських питань, тоді як потенціал у сфері управління якістю використовується не повністю.

Мета публікації полягає в тому, щоб визначити зміст і напрями діяльності головної акушерки з управління якістю акушерської допомоги в пологовому будинку.

Методологічну основу становили системний і процесний підходи до управління якістю в охороні здоров’я. Опрацьовано рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров’я, публікації щодо моделей акушерської допомоги та концептуальні праці з оцінювання якості. Використано аналіз документів, порівняння та моделювання функцій керівника акушерської служби.

Класичний підхід А. Донабедіана пропонує оцінювати якість допомоги за трьома групами характеристик: структурою, тобто ресурсами та умовами роботи; процесом, тобто тим, що саме і як роблять для пацієнта; результатом, тобто змінами в стані здоров'я та задоволеністю [1]. Ця схема зручна для визначення зон відповідальності головної акушерки, оскільки її управлінські рішення стосуються всіх трьох рівнів.

ВООЗ розглядає якість допомоги матерям і новонародженим як поєднання двох складових: надання допомоги відповідно до доказових стандартів і досвіду, який отримує жінка [2]. До другої складової належать ефективна комунікація, повага, збереження гідності та емоційна підтримка. Таке розуміння означає, що пологи без ускладнень, під час яких жінка почувалася приниженою чи покинутою, не можна вважати якісною допомогою.

Акушерська допомога, що ґрунтується на компетентності акушерок, охоплює широкий спектр ефективних втручань: від профілактики та фізіологічного ведення пологів до раннього виявлення ускладнень і своєчасного залучення лікаря [3]. Метааналіз джерел засвідчив, що в жінок, яких супроводжувала модель безперервного акушерського догляду, рідше виникала потреба в епідуральній анестезії та інструментальних пологах, а задоволеність допомогою була вищою [4]. Для головної акушерки ці дані є аргументом на користь такої організації роботи, за якої жінку супроводжує невелика постійна команда.

На рівні структури головна акушерка відповідає за укомплектування змін кваліфікованим персоналом, розподіл навантаження, забезпечення витратними матеріалами та організацію безперервного професійного розвитку. На рівні процесу вона контролює дотримання клінічних протоколів, санітарно-протиепідемічного режиму, правил ведення документації, впроваджує практики, рекомендовані ВООЗ для позитивного досвіду пологів [5]. Серед них: присутність обраного супровідника, свобода рухів і вибору положення, контакт «шкіра до шкіри» та раннє прикладання до грудей.

На рівні результату головна акушерка може організувати систематичний збір показників: частоти післяпологових кровотеч і травм промежини, частки новонароджених з раннім грудним вигодовуванням, випадків внутрішньолікарняної інфекції, а також відгуків жінок про отриману допомогу. Регулярний розбір критичних випадків без пошуку винних допомагає колективу бачити системні причини проблем і запобігати їх повторенню.

На наступному етапі роботи передбачається проаналізувати посадові обов'язки та фактичний розподіл робочого часу головної акушерки пологового будинку, провести анкетування акушерок щодо чинників, які впливають на якість їхньої роботи, і вивчити доступні показники якості закладу. Це дозволить визначити, які функції управління якістю вже реалізуються, а які потребують розвитку.

Таким чином, якість акушерської допомоги доцільно розглядати як єдність клінічної безпеки, доказовості втручань і позитивного досвіду жінки. Головна акушерка має важелі впливу на кожен рівень якості: вона формує кадрові та ресурсні умови, контролює клінічні процеси й може налагодити моніторинг результатів. Розширення її ролі від адміністративно-господарської до управлінської у сфері якості є резервом покращення допомоги в пологовому будинку. Перспективою дослідження є розроблення моделі діяльності головної акушерки з управління якістю на основі аналізу практики конкретного закладу.

Література

1. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988. Vol. 260, № 12. P. 1743–1748.

2. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision / Tunçalp Ö., Were W. M., MacLennan C., et al. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015. Vol. 122, № 8. P. 1045–1049.

3. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care / Renfrew M. J., McFadden A., Bastos M. H., et al. *The Lancet*. 2014. Vol. 384, № 9948. P. 1129–1145.

4. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women / Sandall J., Soltani H., Gates S., Shennan A., Devane D. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016. Issue 4. CD004667.

5. World Health Organization. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO, 2018.

УДК 615.825:616.831-005.4

СЕНСОРНИЙ КОМПОНЕНТ ПОСТУРАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ЯК МІШЕНЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ

Роман ЦИГАННИК

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
turchaktanya17@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна
Науковий керівник – Андрій БАЗІЛЕВСЬКИЙ
к. н. з фіз. вих. і спорту, доцент кафедри біомедичних дисциплін та фізичної терапії
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Після ішемічного інсульту порушення рівноваги пов’язують не лише з руховим дефіцитом, а й зі змінами сенсорного забезпечення постурального контролю. У роботі розглянуто можливості оцінювання цієї складової за допомогою стабілометрії в різних сенсорних умовах. Запропоновано робочу схему, за якою результати такого обстеження можуть бути використані для визначення акцентів програми фізичної терапії. Окремо розглянуто обмеження цього підходу, насамперед відсутність стандартизованих для постінсультних пацієнтів порогових значень стабілометричних показників.

Ключові слова: постуральний контроль, сенсорне переважування, ішемічний інсульт, стабілометрія, пропріоцептивне тренування, фізична терапія.

Порушення постурального контролю та рівноваги є одним із поширених наслідків ішемічного інсульту. У їх формуванні беруть участь різні механізми:

м’язова слабкість, спастичність, порушення своєчасної активації м’язів тулуба, сенсорний дефіцит, а також зміни центральної інтеграції аферентної інформації. У клінічній практиці найбільш помітним зазвичай є руховий компонент. Водночас стан сенсорних систем також може суттєво впливати на здатність людини підтримувати вертикальне положення та адаптуватися до зміни умов опори.

Особливе значення має сенсорне переважування – здатність центральної нервової системи змінювати внесок зорової, вестибулярної та соматосенсорної інформації залежно від ситуації. Якщо інформація від однієї із систем стає менш надійною, постуральний контроль потребує більшого залучення інших сенсорних каналів. У дослідженні O. O. Awosika та співавт. недостатність такого переважування в осіб із хронічною стадією інсульту була пов’язана з більш вираженими порушеннями ходьби [3]. Тому оцінювання лише м’язової сили чи загальної здатності виконати тест на рівновагу не завжди дає повне уявлення про причини постуральної нестійкості.

Мета тез – розглянути сенсорну складову постуральної дисфункції як окремий напрям оцінювання у фізичній терапії після ішемічного інсульту та визначити можливості використання стабілометрії для вибору акцентів реабілітаційного втручання.

Проведено аналіз і зіставлення даних наукової літератури щодо сенсорного забезпечення постурального контролю після інсульту, стабілометричного оцінювання рівноваги та сенсорно-орієнтованих втручань. Опрацьовано публікації, представлені в PubMed, Scopus і Google Scholar, а також матеріали вітчизняних фахових видань. На основі узагальнення цих даних сформовано робочу схему використання результатів стабілометричного обстеження під час планування фізичної терапії.

Поширені клінічні тести й шкали рівноваги насамперед показують, наскільки успішно пацієнт виконує певне завдання. Проте однакова або близька оцінка ще не означає, що механізм утримання рівноваги в різних пацієнтів однаковий. Наприклад, людина може досить впевнено стояти за доброго освітлення на твердій поверхні, але значно втрачати стійкість після обмеження

зорової інформації або зміни характеристик опори. У такому випадку клінічно важливо встановити не лише сам факт нестійкості, а й умови, за яких вона посилюється.

Для цього може бути корисною стабілометрія. Реєстрація положення та коливань центру тиску стоп за різних умов – із розплющеними й заплющеними очима, на стабільній та нестабільній опорі – дозволяє порівнювати реакцію пацієнта на зміну доступної сенсорної інформації [1; 2]. Оцінюють, зокрема, довжину і швидкість переміщення центру тиску, площу коливань. Співвідношення показників у пробах із заплющеними та розплющеними очима, зокрема коефіцієнт Ромберга, може додатково характеризувати залежність постурального контролю від зорової інформації.

Практичний інтерес полягає в тому, що отримані відмінності між сенсорними умовами можна враховувати під час вибору вправ. Пропріоцептивне тренування та тренування з подвійним завданням розглядаються серед перспективних напрямів реабілітації після інсульту [4]. У рандомізованому контрольованому дослідженні A. Wiśniowska-Szurlej та співавт. застосування функціональної пропріоцептивної стимуляції як доповнення до реабілітаційної програми сприяло поліпшенню постурального контролю та рухового відновлення [5]. Стабілометрична платформа, крім оцінювання, може застосовуватися і для тренування з біологічним зворотним зв’язком [2].

На основі проаналізованих даних запропоновано таку робочу схема сенсорного профілювання. Спочатку доцільно порівняти стабілометричні показники щонайменше у чотирьох умовах: на твердій опорі з розплющеними та заплющеними очима і на нестабільній опорі з розплющеними та заплющеними очима. Наступний крок – визначити, за якої зміни умов показники постуральної стійкості погіршуються найбільше.

Якщо основне погіршення спостерігається після усунення зорового контролю, це може свідчити про значну залежність пацієнта від зору. У програмі фізичної терапії в такому разі можна поступово вводити завдання зі зменшеним зоровим контролем, вправи на різних типах опори та пропріоцептивне тренування. Якщо виразніше погіршення виникає при зміні характеристик

опори, на початкових етапах доцільно зберігати достатній зоровий контроль і використовувати зовнішній зворотний зв’язок, поступово ускладнюючи умови. За погіршення результатів у кількох сенсорних пробах акцент варто робити на поступовому мультисенсорному тренуванні, а надалі – на завданнях, що потребують одночасного виконання рухової та когнітивної діяльності.

Запропонована схема не є готовим діагностичним алгоритмом. На сьогодні немає стандартизованих порогових значень стабілометричних показників, які дозволяли б однозначно віднести постінсультного пацієнта/ку до певного типу сенсорної залежності. Крім того, кількість контрольованих досліджень сенсорно-орієнтованих втручань залишається обмеженою. Тому результати стабілометрії доцільно розглядати разом із клінічним обстеженням, а не як його заміну. За вираженої м’язової слабкості, спастичності чи інших рухових порушень робота із сенсорним компонентом має доповнювати, а не витісняти відновлення рухових функцій.

Отже:

1. Після ішемічного інсульту оцінювання постурального контролю доцільно доповнювати аналізом його сенсорної складової, оскільки вираженість нестійкості може змінюватися залежно від доступності зорової, соматосенсорної та вестибулярної інформації.

2. Стабілометричне дослідження в різних сенсорних умовах дозволяє виявити, за яких саме умов постуральна стійкість пацієнта погіршується найбільше, і використати цю інформацію при виборі акцентів фізичної терапії.

3. Запропонована схема сенсорного профілювання має характер робочої моделі. Її подальше використання потребує клінічної перевірки та визначення інформативних порогових значень стабілометричних показників для пацієнтів після інсульту.

Література

1. Лизогуб В. С., Кравець А. О., Путілін І. А., Чистовська Ю. Ю. Постуральна стійкість на стабільній та нестабільній опорі за різної патології. *Вісник Черкаського університету. Серія «Біологічні науки»*. 2024. № 1. С. 79–92.

2. Ляховська А. В., Іваненко О. П., Смаглюк Л. В., Воронкова Г. В. Стабілометрія як метод діагностики та тренування постурального балансу тіла людини у просторі. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2024. Т. 24, вип. 3 (87). С. 227–234.

3. Insufficiencies in sensory systems reweighting is associated with walking impairment severity in chronic stroke: an observational cohort study / O. O. Awosika, A. Garver, C. Drury et al. *Frontiers in Neurology*. 2023. Vol. 14. Art. 1244657.

4. Chiaramonte R., Bonfiglio M., Leonforte P. et al. Proprioceptive and dual-task training: the key of stroke rehabilitation, a systematic review. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*. 2022. Vol. 7, № 3. Art. 53.

5. Wiśniowska-Szurlej A., Leszczak J., Brożonowicz J. et al. Effectiveness of a rehabilitation program involving functional proprioceptive stimulation for postural control and motor recovery among stroke patients: a double-blinded, randomized, controlled trial. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. 2025. Vol. 22. Art. 147.

УДК 615.1:614.27:005.6

ОЦІНЮВАННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ СПОЖИВАЧІВ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПОСЛУГ

Анна ШВЕДОВА
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
ОП Фармація
e-mail: oksana.kuh@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Оксана КУХНЮК
PhD, доцент, завідувач кафедри фармацевтичних дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У роботі розглянуто задоволеність споживачів як один із важливих критеріїв оцінювання якості фармацевтичних послуг. Систематизовано основні чинники, що формують споживчу оцінку діяльності аптечного закладу, та визначено показники, які доцільно використовувати для її

моніторингу. Обґрунтовано значення зворотного зв’язку зі споживачами для прийняття управлінських рішень і постійного удосконалення фармацевтичного обслуговування.

Ключові слова: фармацевтичні послуги, споживач, задоволеність, аптечний заклад, якість обслуговування, фармацевтична допомога.

Сучасний розвиток фармацевтичної практики характеризується посиленням пацієнтоорієнтованого підходу, відповідно до якого результативність діяльності аптечного закладу визначається не лише економічними показниками, але й якістю фармацевтичної допомоги та рівнем задоволеності споживачів. Аптека є одним із найбільш доступних для населення елементів системи охорони здоров’я, тому якість взаємодії фармацевтичного працівника зі споживачем безпосередньо впливає на сприйняття фармацевтичної послуги.

Задоволеність споживача є комплексною характеристикою, що формується в результаті співвідношення його очікувань та фактичного досвіду отримання послуги. Для аптечного закладу вона залежить від широкого спектра чинників: доступності необхідних лікарських засобів, цінової прийнятності, швидкості обслуговування, професійності фармацевтичної консультації, культури комунікації, конфіденційності, зручності отримання послуг та загального рівня організації роботи.

Вивчення задоволеності споживачів має значення не лише як спосіб характеристики якості обслуговування. Систематичне отримання зворотного зв’язку дозволяє визначати проблемні аспекти діяльності аптечного закладу, встановлювати пріоритетні напрями удосконалення та оцінювати результативність реалізованих управлінських заходів.

Метою дослідження було систематизувати основні критерії оцінювання задоволеності споживачів якістю фармацевтичних послуг та визначити можливості використання результатів такого оцінювання для удосконалення діяльності аптечних закладів.

Матеріали та методи. Використано методи інформаційного пошуку, системного і структурно-логічного аналізу, порівняння, узагальнення та систематизації. Інформаційну основу становили наукові публікації з питань якості фармацевтичної допомоги, пацієнтоорієнтованості та задоволеності споживачів аптечних послуг. Системний аналіз застосовано для визначення основних складових якості фармацевтичного обслуговування, а структурно-логічний – для групування факторів, що впливають на задоволеність споживачів. За результатами узагальнення сформовано комплекс критеріїв, придатних для оцінювання споживчого досвіду в аптечному закладі.

Результати та їх обговорення. Аналіз підходів до оцінювання якості фармацевтичних послуг свідчить, що задоволеність споживачів формується на кількох взаємопов'язаних рівнях: доступність послуги → організація обслуговування → професійна взаємодія з фармацевтом → інформаційна підтримка → загальна оцінка отриманого досвіду.

Доступність фармацевтичної допомоги є фундаментальним складником. Споживачі цінують наявність необхідних лікарських засобів, можливість вибору продукції в різних цінових категоріях, а також зручне розташування та графік роботи аптеки. Відсутність потрібного препарату або обмежений асортимент можуть негативно вплинути на загальну оцінку якості, навіть за умови дотримання професійних стандартів обслуговування.

Важливим є й організаційний аспект надання послуг. Він охоплює час очікування, швидкість обслуговування, зручність планування аптечного приміщення, чіткість вказівників і навігації, а також комфортність умов. З огляду на розвиток цифрових послуг, до цієї категорії слід також віднести можливість попереднього замовлення ліків та отримання актуальної інформації про їхню наявність [1].

Професійна компетентність є ключовим чинником задоволеності. Споживачі оцінюють не лише швидкість відпуску товару, а й готовність фармацевта надати чітку та достовірну інформацію щодо застосування препарату, способу його введення, запобіжних заходів та умов зберігання.

Уважність до потреб клієнта, вміння пояснювати інформацію доступною мовою та дотримання принципів фармацевтичної опіки є вирішальними факторами.

Якість комунікації під час обслуговування становить окремий складник. Привітність, ввічливість, повага до споживача, готовність вислухати його потреби та гарантування конфіденційності можуть суттєво вплинути на загальне сприйняття послуги. Тому оцінювання задоволеності має охоплювати не лише функціональні аспекти, а й комунікативні характеристики фармацевтичного обслуговування.

Для всебічного аналізу досвіду споживачів пропонується згрупувати критерії оцінювання у п’ять категорій: доступність; організація обслуговування; професіоналізм персоналу; комунікація та фармацевтична опіка; загальна задоволеність і лояльність [2].

Перший блок може охоплювати наявність необхідних лікарських засобів, асортимент продукції та цінову доступність. Другий блок доцільно оцінювати за критеріями швидкості та зручності обслуговування. Третій має характеризувати компетентність персоналу аптеки, тоді як четвертий стосується повноти консультацій, стандартів спілкування, чіткості інформації та конфіденційності. П'ятий блок може містити загальну оцінку якості обслуговування, а також імовірність повторного відвідування аптеки та рекомендації її іншим споживачам.

Опитування є найбільш доступним методом збору первинних даних. Доцільно використовувати стандартизовану анкету, що дозволяє оцінити ключові характеристики обслуговування за єдиною шкалою. Такий підхід дає змогу не лише визначити загальний рівень задоволеності, а й порівняти оцінки за окремими параметрами та виявити складники, що потребують першочергового вдосконалення [3].

Високий загальний показник задоволеності не виключає наявності проблем із окремими параметрами. Результати слід аналізувати диференційовано, щоб виявити характеристики з найнижчими оцінками; саме вони можуть стати основою для планування коригувальних заходів.

Важливим також є аналіз відповідей у вільній формі, пропозицій та скарг споживачів. Якщо кількісна оцінка демонструє рівень задоволеності, то якісний аналіз коментарів допомагає з'ясувати причини негативного досвіду та виявити проблеми, не охоплені стандартизованою анкетою.

Результати оцінювання доцільно інтегрувати в систему управління якістю аптеки за такою послідовністю: збір відгуків → аналіз показників → виявлення проблемних зон → розробка коригувальних заходів → впровадження змін → повторне оцінювання. Такий підхід перетворює дослідження задоволеності з разового опитування на інструмент постійного вдосконалення [4].

Особливо важливо проводити оцінювання регулярно й за незмінною методикою, оскільки це дозволяє аналізувати динаміку показників протягом певного часу. Порівняння результатів за різні періоди дає змогу визначити, чи забезпечили впроваджені організаційні зміни очікуване підвищення якості обслуговування.

Отже, задоволеність споживачів слід розглядати не лише як суб'єктивну оцінку діяльності аптеки, а й як важливий інформаційний складник системи управління якістю. Поєднання кількісної оцінки з аналізом пропозицій споживачів забезпечує більш комплексне розуміння якості фармацевтичного обслуговування та допомагає визначити конкретні напрями для вдосконалення.

Висновки. Задоволеність споживачів є важливим індикатором якості фармацевтичних послуг і має оцінюватися комплексно за критеріями доступності, організації обслуговування, професійності персоналу, фармацевтичної опіки та комунікації. Систематичне анкетування та аналіз зворотного зв'язку дозволяють визначати проблемні складові обслуговування й обґрунтовувати управлінські рішення. Інтеграція результатів оцінювання в систему постійного поліпшення сприятиме підвищенню пацієнтоорієнтованості аптечних закладів.

Література

1. Власенко І. О. Дослідження переваг пацієнтів із цукровим діабетом

щодо фармацевтичних послуг. *Фармацевтичний журнал*. 2023. № 2. DOI: 10.32352/0367-3057.2.23.01.

2. Жогов І. В., Гала Л. О. Нормативно-правове забезпечення та підходи до стандартизації фармацевтичної допомоги і послуг. *Фармацевтичний журнал*. 2025. № 2. DOI: 10.32352/0367-3057.2.25.01.

3. Хомут У. В., Федяк І. О. Система електронних рецептів на антибіотики з точки зору відвідувачів аптек. *Фармацевтичний часопис*. 2025. № 2. DOI: 10.11603/2312-0967.2025.2.15293.

4. Котвіцька А. А., Волкова А. В. Аналіз нормативно-правової бази, що регулює виконання аптечними закладами своїх функцій з урахуванням соціально орієнтованих тенденцій. *Фармацевтичний журнал*. 2024. № 6. DOI: 10.32352/0367-3057.6.24.01.

УДК 615.825:616-001-084:615.015.2-053.9

ВПРАВИ НА РІВНОВАГУ ТА КОНТРОЛЬ МЕДИКАМЕНТОЗНИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПАДІНЬ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Анастасія ЯРОМЕНКО

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ОП Фізична терапія
aromenkoanastasia87@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Науковий керівник – Ольга ФЕДОСЄЄВА
к. мед. н., доцент, доцент кафедри хірургічних
дисциплін та тактичної медицини
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Падіння в осіб похилого віку розглянуто як багатофакторну проблему, одним із вагомих чинників якої є одночасний прийом значної кількості лікарських засобів. Описано механізми, через які окремі групи препаратів підвищують ризик падінь. Проаналізовано доказові дані щодо ефективності вправ для профілактики падінь і сучасні рекомендації з оцінювання

ризику. Обґрунтовано необхідність враховувати медикаментозне навантаження під час планування та реалізації програм фізичної терапії.

Ключові слова: падіння, похилий вік, поліпрагмазія, фізична терапія, вправи на рівновагу, профілактика.

Падіння є однією з головних причин травм, втрати самостійності та госпіталізації людей похилого віку. Навіть падіння без серйозного ушкодження часто залишає по собі страх повторного падіння, через який людина обмежує активність, втрачає силу й рівновагу і, як наслідок, падає ще частіше. Для України, де частка людей похилого віку висока, а багато з них через війну залишилися без звичної підтримки родини, ця проблема має особливу соціальну вагу.

З віком зростає й кількість хронічних захворювань, а отже, кількість препаратів, які людина приймає щодня. Поліпрагмазію найчастіше визначають як одночасне застосування п’яти й більше лікарських засобів, хоча в літературі трапляються й інші кількісні та якісні визначення [1]. Кожен окремий препарат може бути доцільним, проте їх поєднання збільшує ймовірність побічних ефектів і взаємодій, які безпосередньо впливають на рухову безпеку людини.

Групи препаратів, що підвищують ризик падінь, добре відомі. Снодійні, седативні засоби, антидепресанти та антипсихотики знижують швидкість реакції й уважність, спричиняють сонливість. Антигіпертензивні засоби та діуретики можуть спричиняти ортостатичну гіпотензію, а діуретики ще й часті нічні пробудження до туалету. Цукрознижувальні препарати створюють ризик гіпоглікемії, опіоїдні анальгетики та засоби з антихолінергічною дією погіршують координацію й ясність мислення. Отже, у пацієнта з поліпрагмазією ризик падіння визначається не лише станом м’язів і рівноваги, а й тим, які препарати та коли він приймає.

Метою роботи є оцінювання ролі рухових втручань у профілактиці падінь в осіб похилого віку з поліпрагмазією та визначення способів врахування медикаментозного навантаження в програмах фізичної терапії.

Як джерела використано міжнародні клінічні настанови, Кокранівські систематичні огляди та методичні праці з оцінювання ризику падінь, отримані через PubMed і Cochrane Library. Інформацію опрацьовано методами аналізу, систематизації та логічного синтезу.

Результати та їх обговорення. Всесвітні рекомендації з профілактики падінь пропонують стратифікувати людей похилого віку за рівнем ризику з урахуванням перенесених падінь, їх наслідків, швидкості ходи та результатів функціональних тестів [2]. Для осіб із високим ризиком передбачено багатофакторне оцінювання, обов'язковою частиною якого є перегляд лікарських призначень з метою виявлення препаратів, що підвищують ризик падінь, і розгляду можливості зменшення їх дози або відміни. Цей перегляд здійснює лікар, але фізичний терапевт може надати важливу інформацію про те, як людина рухається й почувається під час занять.

Основою профілактики залишаються фізичні вправи. Кокранівський огляд, що охопив понад сотню рандомізованих досліджень, засвідчив, що програми вправ зменшують частоту падінь серед людей похилого віку, які проживають у громаді, приблизно на чверть [3]. Найбільш ефективними виявилися програми, що поєднують вправи на рівновагу та функціональні завдання, особливо з додаванням силових вправ, за умови достатнього обсягу занять і поступового ускладнення.

Поліпрагмазія не скасовує цих рекомендацій, але вимагає їх адаптації. Перед початком програми фізичний терапевт з'ясовує перелік препаратів, які приймає людина, звертаючи особливу увагу на ті, що впливають на рівновагу, артеріальний тиск і рівень глюкози. Доцільно вимірювати артеріальний тиск у положенні лежачи та через кілька хвилин після вставання для виявлення ортостатичної гіпотензії. Заняття варто планувати з урахуванням часу прийому препаратів, уникаючи періодів найбільшої сонливості чи найнижчого тиску.

Під час занять важливі безпечне середовище, страховка при виконанні складних завдань на рівновагу та увага до скарг на запаморочення, слабкість, потемніння в очах. Людину навчають повільно змінювати положення тіла,

спочатку сідати на ліжку й лише потім вставати, особливо вночі, а також безпечно підводитися після падіння. Якщо фізичний терапевт помічає, що після зміни схеми лікування погіршилися рівновага чи самопочуття під час навантажень, про це слід повідомити лікаря. Таким чином, фізичний терапевт стає учасником міждисциплінарної команди, яка спільно керує ризиком падінь.

Особливу увагу слід приділяти ситуаціям, у яких падіння трапляються найчастіше: ходьбі з одночасним виконанням іншого завдання, поворотам, подоланню порогів і сходів, пересуванню в погано освітленому приміщенні. Препарати, що знижують уважність і швидкість реакції, особливо погіршують виконання саме таких складних завдань. Тому до програми доцільно поступово включати ходьбу з розмовою або рахуванням, зміну напрямку та швидкості руху, перенесення предметів під час ходьби, а також вправи, що імітують побутові ситуації. Частину вправ людина може виконувати вдома за простою письмовою або ілюстрованою програмою, що дозволяє досягти потрібного обсягу навантаження без щоденних візитів до фахівця.

Профілактика не обмежується тренуваннями. До програми включають оцінювання та усунення небезпек удома, добір допоміжних засобів для ходьби, роботу зі страхом падіння, заохочення до регулярної фізичної активності поза заняттями. Для людей, які живуть самі, корисним є план дій на випадок падіння та засоби виклику допомоги.

Для оцінювання ризику та ефективності програми застосовують тест «Встань і йди» з вимірюванням часу, результат якого асоціюється з імовірністю падінь у людей похилого віку [4], тест вставання зі стільця, шкалу рівноваги Берга або її скорочені варіанти, вимірювання швидкості ходи, шкалу страху падіння та щоденник падінь. Медикаментозне навантаження доцільно описувати кількістю препаратів загалом і кількістю препаратів, що підвищують ризик падінь.

У подальшому дослідженні передбачено розподілити учасників відповідно до медикаментозного навантаження, реалізувати програму вправ на рівновагу, функціональних і силових вправ і порівняти динаміку функціональних

показників та частоти падінь у підгрупах. Це дозволить з’ясувати, чи відрізняється ефективність рухових втручань залежно від кількості та характеру препаратів.

Висновки. Поліпрагмазія є вагомим і водночас потенційно модифікованим чинником ризику падінь в осіб похилого віку. Доказовою основою профілактики залишаються програми вправ на рівновагу, функціональні та силові вправи, однак у людей, які приймають багато препаратів, їх реалізація потребує врахування часу прийому ліків, контролю ортостатичних реакцій і симптомів, безпечного середовища та взаємодії з лікарем щодо перегляду призначень. Оцінювання результатів доцільно проводити за функціональними тестами, шкалою страху падіння та частотою падінь із урахуванням показників медикаментозного навантаження.

Література

1. What is polypharmacy? / Masnoon N., Shakib S., Kalisch-Ellett L., Caughey G. E. A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*. 2017. Vol. 17. Article 230.

2. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative / Montero-Odasso M., Velde N., Martin F. C., et al. *Age and Ageing*. 2022. Vol. 51, № 9. afac205.

3. Exercise for preventing falls in older people living in the community / Sherrington C., Fairhall N. J., Wallbank G. K., et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019. Issue 1. CD012424.

4. Shumway-Cook A., Brauer S., Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical Therapy*. 2000. Vol. 80, № 9. P. 896–903.

IX. ОРГАНІЗАЦІЯ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

УДК 378.147:614.253.5:159.943.7

РЕАЛІЗАЦІЯ SOFT SKILLS У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Інна ГУБЕНКО

к. мед. н., професор, професор кафедри фундаментальних дисциплін
Ректор Черкаської медичної академії
medacademy@ukr.net
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Ірина ВАСИЛЕНКО

к. пед. н, доцент, завідувач кафедри фундаментальних дисциплін
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Останнім часом володіння soft skills набуває дедалі більшого значення та стає невід'ємною складовою успішної професійної діяльності у різних галузях, зокрема й у сфері медицини. Особливо важливими ці навички є у професійній діяльності медичного персоналу, зокрема медичних сестер, робота яких передбачає постійну взаємодію з пацієнтами, їхніми рідними та колегами.

Ключові слова: soft skills, медичні сестри, фундаментальні дисципліни.

Медсестринство є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я, основною метою якої є забезпечення безперервного та якісного догляду за пацієнтами. Воно охоплює не лише безпосередній догляд, а й профілактику захворювань, реабілітаційні заходи, збереження та зміцнення здоров'я, а також надання психологічної підтримки пацієнтам і членам їхніх родин.

Важливе місце у професійній діяльності медичних сестер посідають також організація та ефективне управління медсестринським процесом. Важливим є володіння не лише високим рівнем професійних знань, умінь та навичок, тобто hard skills, а й soft skills, «м'якими» навичками, які забезпечують успішну комунікацію з пацієнтами, емпатію, ефективну міжособистісну взаємодію та

командну співпрацю, уміння конструктивно розв’язувати конфлікти, етичність поведінки, адаптивність у змінних умовах праці, високу самоорганізацію, медіаграмотність, резільєнтність тощо [1, 5].

Головними комунікативними потребами майбутніх медичних фахівців науковці вважають: необхідність у спілкуванні з пацієнтами та їхніми родинами; потреба у співпереживанні, співчутті, наданні необхідної допомоги, обміні досвідом з колегами, а також і обов’язкові знання медичної термінології. Тому необхідно сформувати у майбутніх медичних фахівців такі комунікативні компетенції, як: уміння активного слухання; уміння саморегуляції у спілкуванні; уміння використовувати невербальні засоби спілкування; уміння аргументувати свої думки в процесі комунікації; уміння переконувати, доводити, захоплювати ідеями, задумами, уміння спростовувати думку партнера, використовувати гумор, іронію тощо. Вони акцентують увагу на необхідності вироблення у студентів-медиків уміння використовувати необхідні стратегії комунікативної взаємодії, в тому числі у конфлікті (пристосування, співробітництво, суперництво, компроміс, уникнення) [2].

Метою дослідження були особливості реалізації soft skills у професійній діяльності медичних сестер, які навчаються за ОПП «Медсестринство» другого (магістерського) рівня вищої освіти у Черкаській медичній академії.

Дослідження реалізоване методом анкетування, для якого розроблено низку продуманих та логічно упорядкованих запитань щодо необхідності та важливості soft skills у професійній діяльності медичних сестер. В опитуванні взяло участь 25 здобувачів освіти першого курсу ОПП «Медсестринство» другого (магістерського) рівня вищої освіти, які вже обіймають посади медичних сестер.

Серед соціальних компетенцій найчастіше респонденти обирали вміння працювати в команді – 18 осіб (72%). На другому місці – комунікабельність, яку зазначили 15 осіб (60%). Вміння слухати співрозмовника обрали 12 респондентів (48%). Цікаво, що емпатію зазначили практично чверть осіб – 6 (24%), гнучкість – 3 особи (12%), емоційний інтелект – 2 особи (8%), а вміння виступати на

публіці лише 1 особа (4%). Отже, результати свідчать, що найбільше значення учасники надають командній роботі, комунікації та вмінню слухати інших.

Найбільш значущою серед вольових компетенцій респонденти вважають стресостійкість – її обрали 20 осіб (80%). На другому місці за кількістю відповідей – прийняття рішень, що зазначили 13 респондентів (52%). Цілеспрямованість і самостійність обрали 9 осіб (36%), а терплячість – 7 осіб (28%). Найменш популярною виявилася готовність виконувати рутинну роботу – її обрали лише 3 респонденти (12%). Отже, результати показують, що серед вольових компетенцій найбільше значення учасники опитування надають стресостійкості та здатності приймати рішення.

Найбільш значущою серед лідерських компетенцій у фаховій діяльності респонденти вважають уміння приймати рішення та нести відповідальність – її обрала 21 особа (84%). На другому місці – уміння формувати команду, що зазначили 14 респондентів (56%). Уміння вирішувати конфлікти обрали 11 осіб (44%), ініціативність – 6 осіб (24%), а ведення складних переговорів – 5 осіб (20%). Лише 1 респондент (4%) вважає важливим уміння ризикувати. Отже, результати свідчать, що серед лідерських компетенцій найбільше значення учасники надають відповідальності за власні рішення та вмінню формувати ефективну команду.

Найбільш затребуваною інтелектуальною soft skill респонденти вважають навченість та готовність до саморозвитку – 68%. Далі йдуть різнобічні знання та вміння – 40%, а також аналіз великих обсягів знань і тайм-менеджмент – по 32%.

Переважна більшість респондентів (92%) вважає soft skills і hard skills однаково важливими для успішної професійної діяльності. Лише 12% вважають soft skills важливішими, а 4% – менш важливими.

Найефективнішим шляхом формування soft skills респонденти вважають перебування у професійному середовищі – 48%. По 16% припадає на проходження курсів із саморозвитку та міжособистісне спілкування поза роботою. Ще 8% обрали відвідування вебінарів і лекцій.

Необхідність soft skills в діяльності медичної сестри зумовлена пацієнтоорієнтованістю надання медичних послуг. Реалізація такого підходу передбачає небайдужість, чуйне ставлення до проблем пацієнта та уважність і повагу до нього як особистості, що забезпечує ефективну взаємодію з ним та позитивно позначається на його стані здоров'я, сприяє одужанню. Очікування хворого щодо співчутливого ставлення до себе з боку медичного персоналу особливо високе, і для нього важливим є не лише отримання якісного медичного обслуговування, а й належна увага, співчуття й співпереживання медичних працівників, що формує індивідуальний рівень soft skills.

Індивідуальний рівень soft skills у медичних працівників магістерського рівня, у медсестринстві зокрема, формують такі компоненти, як *цілісність особистості, саморозвиток та самоосвіта, управління діяльністю* [3].

Перший компонент реалізується через підтримку стану власного благополуччя (психічного, фізичного, соціального) та цілісність і стресостійкість у сучасних мінливих обставинах життя й діяльності. У межах цього компонента особливу увагу доцільно сконцентрувати на гнучкості й адаптивності. У галузі охорони здоров'я постійно відбуваються зміни, тож медичні сестри повинні вміти пристосовуватися до них, як-от: до ведення нової документації, упровадження нових технологій, мінливих потреб пацієнтів тощо. Медичні сестри, яким вдається коригувати власні дії та діяльність підлеглих, зважаючи на різні ситуації, що трапляються, можуть виявляти більш високий рівень професіоналізму у своїй діяльності, особливо у критичних обставинах, коли від здатності швидко приймати певне рішення може залежати остаточний результат роботи.

Другим складником індивідуального рівня soft skills є саморозвиток та самоосвіта. Він охоплює «вміння аналізувати свої сильні та слабкі сторони, амбіції та здатність докладати зусиль до підвищення своїх знань та компетенцій, де це можливо» [3].

Важливим є те, що освіта сприяє розвитку та удосконаленню «м'яких» навичок медичних сестер. Зокрема, навчання здобувачів освіти зі спеціальності

І5 Медсестринство другого (магістерського) рівня вищої освіти в Черкаській медичній академії здійснюється на основі компетентісного підходу та принципів академічної свободи з можливістю формування індивідуальної освітньої траєкторії, що допомагає медичним сестрам бути конкурентоздатними працівниками та успішно зростати професійно. Відтак формування компетентностей прямо впливає й на формування пов'язаних із ними «м'яких» навичок. Це формування відбувається, зокрема, під час вивчення фундаментальних дисциплін.

Щодо фундаментальних дисциплін, то насамперед варто зазначити, що їх головне завдання – давати ґрунтовні знання й розвивати hard skills, необхідні для успішної діяльності майбутніх фахівців у галузі медсестринства, адже мета професійної підготовки у процесі викладання фундаментальних дисциплін полягає у формуванні компетентних медичних працівників середньої ланки, спроможних надалі максимально виявити свій потенціал у професійній діяльності. Водночас у межах викладання цих дисциплін можна й необхідно формувати soft skills у медичних сестер, які є важливими для їхньої професійної діяльності. Це може відбуватися в контексті вивчення ОК та ВК ОПП [4], у межах певних тем, а також при доцільному виборі форм та методів навчання, як наприклад, інтерактивні методи, мозковий штурм, проблемно-пошуковий метод, круглий стіл тощо.

Третій компонент індивідуального рівня soft skills становить управління діяльністю, що передбачає «здатність організовувати робочі процеси та в цілому свою діяльність для досягнення максимальної результативності» [3]. Володіння цим компонентом украй необхідне в діяльності медичних сестер і виявляється насамперед у вмінні організовувати, координувати та контролювати різноманітні робочі процеси. Для медичних сестер магістерського рівня навичка управління діяльністю значуща з огляду на те, що більшість з них є керівниками медсестринських підрозділів та зобов'язані вирішувати різні непередбачувані ситуації; вона дає змогу оптимізувати робочий процес, заощадити час і ресурси та мінімізувати ризик помилок у своїй діяльності.

Навчання здобувачів освіти зі спеціальності І5 Медсестринство другого (магістерського) рівня вищої освіти в Черкаській медичній надає змогу набуття загальних та спеціальних компетентностей, що спроможні забезпечити формування лідерських якостей, продукування нових ідей та розв'язування комплексних проблем у сфері медсестринства. Студенти здобувають навички педагогічної діяльності та оволодівають методологією наукових досліджень в медсестринстві, навичками презентації отриманих результатів, проводять самостійні наукові дослідження з використанням ресурсної бази Академії, вітчизняних і закордонних наукових джерел.

Отже, soft skills є важливою складовою професійної компетентності медичних сестер та доповнюють їхні професійні знання і практичні навички. Результати дослідження засвідчили, що найбільше значення здобувачі освіти надають командній роботі, комунікабельності, стресостійкості, відповідальності, прийняттю рішень та готовності до саморозвитку. Формування цих навичок доцільно здійснювати під час освітнього процесу, професійної діяльності та самоосвіти. Розвиток soft skills сприяє ефективній командній взаємодії, пацієнтоорієнтованому догляду та підвищенню якості медсестринської допомоги.

Література

1. Василенко І. О., Чубенко В. А. Розвиток soft skills у професійній підготовці медичних сестер. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2026. № 1(43). С. 1307-1320.

2. Лінєвич К. А., Шевченко О. Т. Комунікативна компетентність як складова фахової підготовки студентів-медиків. *Грааль науки*. 2023. № 24. С. 535-539.

3. М'які навички сімейних лікарів (Модель м'яких навичок лікаря ПМД). URL: https://surl.li/obditw (дата звернення 22.09.2026).

4. Освітньо-професійна програма «Медсестринство» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю І5 Медсестринство галузі

знань І «Охорона здоров’я та соціальне забезпечення». Черкаси, 2026. 23 с. URL: https://surl.li/ujklgz (дата звернення 10.09.2026).

5. Shevchenko O., Marusynets M., Nenko Yu. Psychological Support of Nurses Training from the Position of Resilience. *Bulletin of Postgraduate education. Social and Behavioral Sciences Series*. 2022. Vol. 19(48). P. 81-97.

УДК 378.018.4:61-051]-022.332:340.13

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Олена ЄРЕНКО, Тая ХОРТЕЦЬКА, Галина СМОЙЛОВСЬКА, Олена МАЛЮГІНА

к.фарм.н., доцент, доцент ЗВО, к.фарм.н., доцент, доцент ЗВО, к.фарм.н., доцент, доцент ЗВО, к.фарм.н., доцент, доцент ЗВО кафедри управління і економіки фармації та фармацевтичної технології
profesor8707@gmail.com
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Анотація. Безперервний професійний розвиток (БПР) є фундаментом для підтримання високої якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів в умовах постійного оновлення технологій і протоколів. Однак практична реалізація цієї системи в Україні стикається з низкою гострих системних викликів, серед яких переважають бюрократія, формалізм та фінансовий тиск на працівників [1]. Значний дисбаланс між академічною теорією та прикладними потребами практичної діяльності знижує ефективність освітніх заходів. Дефіцит часу на фоні кадрового навантаження ще більше ускладнює професійне вдосконалення фахівців галузі охорони здоров’я. Усе це зумовлює потребу в трансформації чинної моделі БПР, а саме від формального накопичення балів до культури усвідомленого навчання.

Ключові слова: безперервний професійний розвиток (БПР), освітні послуги, провайдери, професійні компетенції, корпоративне навчання, практичні навички.

Система безперервного професійного розвитку (БПР) лікарів, фармацевтів та інших медичних працівників є основою для підтримання високого рівня якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів. Проте процес її практичної реалізації стикається з певними системними викликами.

Матеріали та методи. Для виявлення та систематизації ключових проблем організації системи безперервного професійного розвитку (БПР) лікарів і фармацевтів було застосовано комплекс методів наукового дослідження.

Системний підхід було використано для аналізу сфери післядипломної освіти та професійного вдосконалення медичних і фармацевтичних кадрів.

Проведено аналіз нормативно-правової бази щодо організації БПР, звітних даних освітніх провайдерів, а також узагальнено результати опитувань і відгуків фахівців практичної галузі (лікарів закладів охорони здоров'я та фармацевтичних працівників аптечних мереж). Завдяки методам структурно-функціонального аналізу, порівняння, синтезу та узагальнення було виокремлено головні організаційні, фінансові, адміністративні та змістовні бар'єри, що впливають на ефективність проходження БПР.

Результати та їх обговорення. Аналіз сучасного стану системи БПР засвідчив наявність низки системних викликів, які знижують її ефективність і перешкоджають досягненню головної мети - підвищенню якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів. Виявлені проблеми умовно можна поділити на кілька ключових блоків [2]:

Змістовний дисбаланс освітніх програм. Встановлено наявність розриву між академічним змістом пропонованих заходів та реальними запитами практики. Фахівці найчастіше потребують прикладних знань, роботи з актуальними протоколами, новітнім обладнанням та цифровими інструментами, тоді як чимало курсів носять загальнотеоретичний характер.

Фінансові бар'єри доступу. Витрати на участь у якісних тренінгах, майстер-класах, міжнародних конференціях та передплату профільних платформ

переважно покриваються самими здобувачами освіти, що обмежує рівність можливостей професійного зростання.

Бюрократизація та формалізм. Процес накопичення необхідної кількості балів нерідко трансформується у формальне «збирання сертифікатів» через перевантаженість адміністративними вимогами щодо обліку та звітності, нівелюючи освітню цінність.

У більшості закладів охорони здоров'я та аптечних мереж досі відсутні дієві корпоративні системи наставництва, регулярного внутрішнього аудиту та

Різний рівень освітніх провайдерів та недостатність дієвих механізмів незалежного зовнішнього оцінювання якості контенту й лекторів створюють ризики для адекватності освітнього процесу.

Інтенсивний темп роботи, щільний графік та дефіцит кадрів на місцях залишають фахівцям катастрофічно мало часу на глибоке самонавчання, опрацювання спеціалізованої літератури та проходження ґрунтовних курсів.

Висновки. Отримані дані підтверджують, що чинна модель БПР в Україні значною мірою орієнтована на кількісні показники (звітування за балами), а не на якісну трансформацію професійних компетенцій. Подолання цих викликів потребує комплексного переходу до культури усвідомленого професійного вдосконалення, де держава, керівники закладів охорони здоров'я та самі фахівці галузі розділяють спільну відповідальність за якість післядипломної освіти.

Література

1. Мельник, Є. О., & Ігнащук, О. В. (2025, 24 грудня). Безперервний професійний розвиток лікарів в Україні: досвід, сприйняття та бар’єри. Український медичний часопис. https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.272202

2. Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров’я та внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров’я України: Наказ МОЗ України від 16.04.2025 р. № 650 – [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-16-04-2025-650-pro-zatverdzhennya-poryadku-provedennya-atestaciyi-pracivnikiv-sferi-ohoroni-zdorov-ya-ta-vnesennya-zmin-do-deyakih-nakaziv-ministerstva-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini

УДК 374/376/377

ОСОБЛИВОСТІ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ВИКЛАДАЧІВ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН МЕДИЧНИХ ФАХОВИХ КОЛЕДЖІВ

Оксана ЛИСЕНЕНКО

голова циклової комісії професійної та практичної підготовки,
викладач акушерства та гінекології,
спеціаліст вищої категорії, старший викладач
lisoksana345@gmail.com
КЗО Лубенський медичний фаховий коледж Полтавської обласної ради,
м. Лубни, Україна

Анотація. У публікації розглядаються основні види безперервної професійної освіти викладачів клінічних дисциплін медичних фахових коледжів, висвітлені особливості професійного розвитку.

Ключові слова: безперервний професійний розвиток, компетентності, підвищення кваліфікації.

Підвищення кваліфікації (безперервний професійний розвиток) викладачів медичних фахових коледжів спрямоване на здобування чи удосконалення знань, навичок та вмінь, які дають можливість підвищувати свій професійний рівень, освоювати нові види професійної діяльності, виконувати функціональні обов’язки тощо. Розрізняють первинну професійну підготовку, перепідготовку і підвищення кваліфікації педагогів [3,ст.18].

Основні моменти реалізації концепції безперервної освіти сформульовані у Законі України «Про освіту», Національній доктрині розвитку освіти, Національній стратегії розвитку освіти в Україні на 2012-2021 рр., Концепції розвитку неперервної педагогічної освіти та інших законодавчих документах.

Підвищення кваліфікації передбачає набуття нових та вдосконалення раніше набутих компетентностей на основі здобутої освіти та практичного досвіду. Викладач клінічних дисциплін у медичних фахових коледжах повинен одночасно підвищувати свій професійний рівень як педагогічний і як медичний працівник. З 01.01.2022 року згідно п.4 "Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників",

затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725 фахівці галузі охорони здоров'я зобов'язані здійснювати постійне навчання та вдосконалення своїх професійних якостей [2,ст.2].

Положення містить низку значних нововведень, які стосуються вимог до заходів безперервного професійного розвитку, форми участі у заходах, обліку балів та ведення особистого освітнього портфоліо фахівців галузі охорони здоров'я. Оскільки викладачі клінічних освітніх компонентів нерідко працюють лікарями або фармацевтами за сумісництвом, це є важливою складовою підвищення їх кваліфікації як лікарів.

Безперервний професійний розвиток викладач може здійснювати шляхом формальної, неформальної та інформальної освіти. Основним видом підвищення кваліфікації вважається навчання за спеціальними програмами у закладах освіти, які мають ліцензію на підвищення кваліфікації або провадять освітню діяльність за акредитованою освітньою програмою. Таке навчання спрямоване на освоєння викладачем нових або вдосконалення існуючих компетентностей у межах професійної діяльності, а його результати не потребують окремого визнання і підтвердження, наприклад, Педагогічною радою закладу фахової передвищої освіти, де працює викладач.

До основних форм інформальної освіти (самоосвіти) належать: участь у фахових школах, вебінарах, науково-практичних та науково- методичних конференціях, симпозіумах, симуляційних тренінгах, майстер-класах, панельних дискусіях, івентах, калейдоскопах, педагогічних читаннях, курсах з оволодіння практичними навичками, дистанційне навчання, зокрема електронне – через фахові інтернет-ресурси тощо. Але для визнання результатів інших видів підвищення кваліфікації повинен бути опис нових або вдосконалених існуючих фахових компетентностей і досягнутих результатів навчання з визначенням витраченого на це часом. Педагогічним працівникам забезпечується свобода вибору дистанційних курсів на різноманітних освітніх платформах.

Неформальна освіта викладача клінічних дисциплін медичного фахового коледжу є ключовим інструментом для безперервного професійного розвитку

(БПР), що дає змогу педагогу підтримувати актуальність медичних знань і вдосконалювати викладацьку майстерність. Оскільки клінічна медицина стрімко розвивається, класичної вищої чи суто формальної педагогічної освіти вже недостатньо для якісної підготовки майбутніх фельдшерів, акушерок чи медичних сестер. Згідно із Законом України «Про освіту», неформальна освіта – це робота над покращенням власних знань та вмінь, яка провадиться за освітніми програмами, не передбачає присудження визнаних державних освітніх кваліфікацій за рівнями освіти, але активно зараховується під час чергової атестації педагогічних працівників та нарахування балів БПР (якщо викладач є практикуючим лікарем) [2,ст.2-4].

Результати неформального навчання викладачів медичних фахових коледжів включає два базові блоки компетентностей:

1.Професійні медичні компетентності, які спрямовані на оновлення медичних знань, освоєння нових протоколів лікування та діагностики. Сюди відносяться спеціалізовані тренінги та майстер-класи, участь у медичних науково-практичних конференціях, симпозіумах та вебінарах, короткострокові практичні інтенсиви на базах провідних лікувально-профілактичних закладів чи симуляційних центрів тощо.

2. Психолого-педагогічні та цифрові компетентності, які необхідні для ефективної взаємодії зі здобувачами освіти та модернізації самого навчального процесу. Це курси з методики викладання у фахової передвищій освіті: вивчення методів інтерактивного навчання, кейс-методів, інструментів гейміфікації та симуляційного навчання; цифрова грамотність(освоєння платформ дистанційного та змішаного навчання (Moodle, Google Classroom, Zoom), розвиток емоційного інтелекту, навичок запобігання професійному вихованню, медичної деонтології та етики.

Для підвищення педагогічної кваліфікації викладачі можуть використовувати такі освітні платформи: LearningApps, На Урок, Всеосвіта, «Зрозуміло!», EdEra, Campster, Impactorium, Kahoot, Prometheus, Дія.Освіта та інші. Для підвищення лікарської кваліфікації – Академія НСЗУ, Medvoice, ГО

«Український міждисциплінарний медичний альянс», ГО «Українська асоціація доказової медицини», Асоціація превентивної та антиейджинг медицини,ТОВ «Група компаній МедЕксперт» та ін. Існують також різні медичні додатки в смартфонах та чати у Viber, Telegram: ME_promo, MEDinfo, UkrMedinfo, DocAssist, Accemedin, MedLeague, Progress Platform, HealthHUB, MDM, PharmConnect, UABM, Extempore, MEDLIFE, Лікар знає, NOVALIK тощо. Можливо ознайомитися з оновленими клінічними протоколами надання медичної допомоги (сайти moz.gov.ua, https://www.meditory.com.ua), новинками фармацевтичної промисловості (сайти Tabletki.ua, zdravica.ua, Юрія-Фарм, Подорожник, Infusion Therapy та інші),сучасною медичною апаратурою (ITMED, Віола медтехніка тощо), різними медичними темами (сайт UpToDate та ін.).

У контексті викликів, з якими сьогодні в умовах війни стикається сфера охорони здоров'я, продовження реформ та євроінтеграції, існує потреба в трансформації підходів до викладання клінічних освітніх компонентів. Окрім компетентностей, що будуть опановуватись під час навчання, необхідно використовувати симуляційні сценарії, клінічні кейси, панельні дискусії, практичні тренінги чи інші сучасні формати. Кваліфікація викладача визначається рівнем освіти та спеціалізацією і постійно повинна підвищуватися. Її компонентами є наявність фізичних, освітніх, професійних, ділових, моральних, психологічних навичок та умінь педагогічного працівника. Безперервний професійний розвиток забезпечує професійне зростання викладача, у процесі якого покращуються професійно важливі якості, такі як комунікативні, мотиваційні, характерологічні, рефлексивні, освітні, інтелектуальні, психофізіологічні та інші властивості.

Література

1. Наказ МОН України від 16.07.2018 № 776 "Про затвердження Концепції розвитку педагогічної освіти" та Наказ МОН України від 03.01.2019 № 7 «Про затвердження плану впровадження Концепції розвитку педагогічної освіти».

2. Постанова Кабінету Міністрів України від 29.09 2021 р. № 1036 про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 14.07.2021 р. №725,

які регулюють "Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників".

3. Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 р. № 2145-VIII зі змінами (редакція від 31.07.2026р.).

4. Ілляхова М. Безперервний професійний розвиток науково-педагогічних працівників у контексті розвитку європейського освітнього простору. Вісник Нац. ун-ту «Чернігівський колегіум» ім. Т.Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. 2019. Вип. 1.

5. Кучин Ю. Л., Гребень Н. К. та ін. (2025). Сучасна післядипломна медична освіта в Україні: виклики та траєкторія розвитку. Медицина та фармація: освітні дискурси, (4), 3–10.

УДК 378.147.091.33-027.22:616-036.882.8

СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ У МАЙБУТНІХ ПАРАМЕДИКІВ

Олена РОЖКО

Здобувачка освіти третього курсу
Спеціальності Медсестринство ОПП Екстрена медицина
alenarozhko215@gmail.com
Житомирського медичного інституту Житомироської обласної ради

Науковий керівник – Алла ВАРИЧ
асистент кафедри медсестринство, викладач хірургічних дисциплін
Житомирського медичного інституту Житомироської обласної ради

Анотація. У роботі розглянуто значення симуляційного навчання у формуванні практичних навичок серцево-легеневої реанімації у майбутніх парамедиків. Симуляційні заняття дають можливість відпрацьовувати алгоритми СЛР у безпечних умовах, наближених до реальних ситуацій. Особливу увагу приділено правильному виконанню компресій грудної клітки, штучної вентиляції легень, використанню автоматичного зовнішнього дефібрилятора та командній взаємодії. Регулярне повторення практичних дій і отримання

зворотного зв’язку сприяють підвищенню впевненості, швидкості прийняття рішень та якості надання невідкладної допомоги. Отже, симуляційне навчання є важливою складовою професійної підготовки майбутніх парамедиків.

Ключеві слова: симуляційне навчання, серцево-легенева реанімація, СЛР, парамедик, практичні навички, дефібриляція, невідкладна допомога.

Актуальність теми дослідження зумовлена необхідністю підвищення якості професійної підготовки майбутніх парамедиків, зокрема формування в них стійких практичних навичок серцево-легеневої реанімації (далі - СЛР), від правильності та своєчасності виконання якої значною мірою залежить результат надання екстреної медичної допомоги. Традиційні форми навчання не завжди забезпечують достатній рівень практичної готовності здобувачів освіти до дій в умовах реальної надзвичайної ситуації, що актуалізує пошук ефективних педагогічних технологій. Одним із перспективних засобів професійної підготовки є симуляційне навчання, яке створює контрольоване середовище для моделювання клінічних ситуацій, багаторазового відпрацювання алгоритмів СЛР, розвитку моторних, когнітивних і комунікативних умінь, а також оперативного отримання зворотного зв’язку. У зв’язку з цим дослідження можливостей симуляційного навчання як засобу формування практичних навичок серцево-легеневої реанімації у майбутніх парамедиків є актуальним напрямом сучасної професійної освіти.

Серцево-легенева реанімація (СЛР) - це комплекс невідкладних заходів, спрямованих на відновлення або підтримання життєво важливих функцій організму, насамперед кровообігу та дихання, у людини, яка перебуває у стані клінічної смерті або має критичні порушення цих функцій. До основних компонентів СЛР належать оцінювання стану постраждалого, виклик екстреної медичної допомоги, проведення компресій грудної клітки, забезпечення прохідності дихальних шляхів та штучна вентиляція легень, а за наявності показань застосування автоматичного зовнішнього дефібрилятора. У підготовці парамедиків важливе значення має не лише знання алгоритму СЛР, а й

формування практичної навички його швидкого, правильного та послідовного виконання [5, с.62].

В умовах сучасної України симуляційне навчання набуває особливого значення у професійній підготовці майбутніх парамедиків, оскільки їхня діяльність передбачає готовність діяти швидко та алгоритмічно в умовах дефіциту часу, високого психологічного навантаження й невизначеності. У закладах фахової передвищої та вищої освіти симуляційні технології застосовуються на практичних заняттях із домедичної та екстреної медичної допомоги, де здобувачі освіти можуть відпрацьовувати серцево-легеневу реанімацію на спеціалізованих манекенах і тренажерах. Зокрема, моделюється ситуація раптової зупинки кровообігу, під час якої майбутній парамедик має оцінити стан постраждалого, визначити відсутність нормального дихання, викликати допомогу, розпочати компресії грудної клітки, забезпечити вентиляцію легень та за необхідності застосувати автоматичний зовнішній дефібрилятор [4, с.16].

Особливого значення симуляційне навчання набуває в контексті сучасних викликів для системи екстреної медичної допомоги України, пов’язаних із повномасштабною війною, масовими травмами, надзвичайними ситуаціями та необхідністю надання допомоги в складних і небезпечних умовах. Практичні заняття можуть передбачати сценарії, наближені до реальних умов: проведення СЛР у приміщенні після вибуху, на вулиці, у транспорті, за наявності декількох постраждалих або в умовах обмеженого доступу до пацієнта. Важливою складовою є подальший аналіз виконаних дій – дебрифінг, під час якого викладач разом зі здобувачами оцінює правильність виконання алгоритму, виявляє помилки та визначає способи їх виправлення.

У сучасній системі професійної підготовки майбутніх парамедиків в Україні формування практичних навичок серцево-легеневої реанімації супроводжується низкою проблем, пов’язаних як з організацією освітнього процесу, так і з особливостями самого реанімаційного втручання. СЛР належить до навичок, які потребують не лише засвоєння теоретичного алгоритму, а й

регулярного повторення, автоматизації рухових дій та здатності діяти в умовах значного психоемоційного напруження. Водночас традиційна модель підготовки нерідко передбачає обмежену кількість практичних занять, унаслідок чого здобувачі освіти мають недостатньо можливостей для багаторазового виконання реанімаційних заходів [3, с.118]. Наприклад, студент може правильно відтворювати алгоритм СЛР під час усного опитування, проте демонструвати недостатню глибину компресій грудної клітки, порушувати їх ритм або втрачати послідовність дій під час практичного сценарію.

Окрему проблему становить нерівномірна доступність сучасного симуляційного обладнання. Якість формування навичок значною мірою залежить від можливості працювати з манекенами, які забезпечують об’єктивний контроль виконання компресій, вентиляції та інших компонентів СЛР. Використання спрощених тренажерів, які не забезпечують достатнього зворотного зв’язку, обмежує можливості викладача щодо виявлення помилок та оцінювання реального рівня сформованості навички. За таких умов оцінювання може ґрунтуватися переважно на спостереженні викладача, тоді як частина технічних помилок залишається непоміченою. Вирішення проблеми потребує поетапного оснащення симуляційних центрів та навчальних аудиторій сучасними манекенами, а також раціонального використання наявного обладнання шляхом організації роботи студентів у малих групах і проведення індивідуальних практичних станцій [2, с.236].

Ще одним проблемним аспектом виступає недостатня наближеність навчальних сценаріїв до реальних умов роботи парамедика. Відпрацювання СЛР у спокійній аудиторії, за заздалегідь відомим сценарієм та під постійним контролем викладача, суттєво відрізняється від ситуації, у якій парамедику необхідно одночасно оцінити стан постраждалого, організувати взаємодію з іншими членами бригади, підготувати необхідне обладнання та виконувати реанімаційні заходи в умовах дефіциту часу. В умовах сучасної України додаткового значення набуває моделювання ситуацій, пов’язаних із наслідками вибухів, дорожньо-транспортними пригодами, масовим надходженням

постраждалих або обмеженим доступом до пацієнта. Наприклад, навчальний сценарій може передбачати зупинку кровообігу в постраждалого після травми, коли перед початком СЛР необхідно врахувати безпекові умови, оцінити можливі додаткові ушкодження та організувати командну роботу. Застосування таких сценаріїв дозволяє формувати не ізольовану технічну навичку, а комплексну професійну готовність.

Важливе місце серед практичних проблем посідає психологічна неготовність здобувачів до роботи в умовах стресу. Навіть технічно сформована навичка може реалізовуватися недостатньо ефективно в ситуації, яка супроводжується сильним емоційним напруженням, відповідальністю за життя постраждалого та необхідністю швидкого прийняття рішень. Симуляційне навчання дозволяє поступово підвищувати рівень складності сценаріїв та створювати контрольоване стресове навантаження. Наприклад, після засвоєння базової техніки СЛР студент може виконувати реанімаційні заходи в умовах обмеженого часу, шуму, необхідності комунікації з членами бригади або одночасної появи додаткового постраждалого [1, с.88]. Після завершення вправи дебрифінг спрямовується не лише на технічні помилки, а й на аналіз поведінки, комунікації, розподілу уваги та прийняття рішень.

Підсумовуючи, симуляційне навчання виступає ефективним засобом формування практичних навичок серцево-легеневої реанімації у майбутніх парамедиків, оскільки забезпечує поєднання теоретичної підготовки з багаторазовим практичним відпрацюванням алгоритмів реанімаційних заходів у контрольованих та наближених до реальності умовах. Використання манекенів і тренажерів, моделювання різних клінічних та надзвичайних ситуацій, об’єктивне оцінювання якості виконання СЛР і проведення дебрифінгу сприяють розвитку технічних, когнітивних, комунікативних і командних навичок. Водночас систематичне застосування симуляційних технологій дозволяє поступово підвищувати складність навчальних сценаріїв, формувати готовність до роботи в умовах дефіциту часу та стресу, своєчасно виявляти й коригувати помилки.

Література

1. Душик Л. Симуляційне навчання у підготовці майбутніх лікарів як спосіб розвитку їхнього практичного досвіду. *Теорія і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, педагогіка, соціологія*. 2021. № 3. – С. 80-91. URL: https://repository.kpi.kharkov.ua/items/57a5ec3e-3a75-4e12-bced-13939a198db0 (дата звернення: 14.09.2026)

2. Коваль М. С., Пазен О. Ю. Адаптація освітніх програм до викликів воєнного часу в закладах вищої освіти зі специфічними умовами навчання. *Перспективи та інновації науки.* 2024. № 10(44). С.230–242. DOI: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10(44)-230-242 (дата звернення: 14.09.2026)

3. Москалець В. П., Федик О. В. Психологічна стійкість студентівв умовах злочинної війни Московії проти України. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2024. №1. С. 116–125. DOI: https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.21 (дата звернення: 14.09.2026)

4. Симуляційне навчання в додипломній і післядипломній під-готовці медичних працівників «SimCon-2024» : матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 05-06 груд. 2024 р.). Тернопіль : ТНМУ, 2024. 54 с. URL: https://repository.tdmu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/18137/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_SimCon-2024.pdf (дата звернення: 14.09.2026)

5. Rohachevskyi O, Pervak M, Karakonstantyn D, Onyshchenko V, Yehorenko O. Analiz efektyvnosti stsenarii-oriientovnoho navchannia pry provedenni medychnykh treninhiv viiskovym Ukrainy. *Suchasna medytsyna, farmatsiia ta psykholohichne zdorovia*. 2023 Nov :2(11):60–65. doi: 10.32689/2663-0672-2023-2-10. (дата звернення: 14.09.2026)

X. ОСОБЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В ОСОБЛИВИЙ ПЕРІОД

УДК 378.018.43:004

SPECIFIC FEATURES OF TRAINING AND CONDUCTING CLASSES IN WARTIME

Oksana BYKONIA

Doctor of Pedagogical Sciences, Professor
oksanabikonya@ukr.net
Penitentiary Academy of Ukraine

Serhii BYKONIA

Candidate of Economic Sciences
Municipal Institution «Chernihiv Basic Professional Medical College»
Chernihiv, Ukraine

Abstract. This study examines the issues surrounding the organisation of the educational process under martial law, which requires flexible approaches, particular attention to the safety of those involved, and the use of modern digital technologies. Distance and blended learning help maintain continuity of education in the face of air raid alerts, power cuts and communication disruptions. At the same time, digital technologies are an important tool for the professional training of students and cadets, as they foster the development of independence, digital literacy, critical thinking, communication skills and the ability to act in non-standard situations.

Keywords: martial law, educational process, distance learning, digital technologies, students, cadets, professional training.

Martial law significantly affects the organisation of the educational process and requires continual adaptation to the security landscape. The primary task for higher education institutions remains to ensure that learning can take place whilst complying with security requirements.

The use of distance and blended learning has become a key means of ensuring the continuity of education. UNESCO highlights the important role of digital technologies in supporting the educational process in Ukraine during the war [4].

Of particular importance is not only the technical organisation of teaching, but also the maintenance of a psychologically supportive atmosphere. Lecturers must take into account the potential emotional state of students and cadets, maintain their motivation and create conditions for them to continue their studies even under difficult circumstances.

One of the key features of learning in a wartime environment is the need to respond swiftly to changes in the security situation. Air raid alerts, power cuts, internet connectivity issues, and changes in the locations of those involved in the educational process can directly impact the delivery of lessons.

The research by O. Polovko and S. Glotov on the experiences of Ukrainian higher education institutions shows that the full-scale war has led to significant changes in the organisation of teaching, in particular a shift to distance learning, an increased emphasis on independent study, and the need to adapt to technical difficulties [3].

In such circumstances, it is important to ensure flexibility in the educational process. Classes may be suspended due to an air-raid alert and, once the alert has passed, resumed or switched to a distance learning format.

It is also important to combine theoretical training with practical tasks. Education should foster the development of responsibility, resilience, communication skills, the ability to work in non-standard situations, and the ability to make decisions under time pressure.

Digital technologies have become one of the key means of ensuring the continuity of learning. Online platforms, video conferencing, digital learning materials, messaging apps and cloud services enable teachers and learners to stay in touch.

UNESCO emphasises the importance of distance and blended learning for continuing the educational process in Ukraine, as well as the need to develop the digital competences of teaching staff [4-5].

The use of digital technologies offers several important advantages. First and foremost, it enables learning to continue regardless of where a student or trainee is located. Furthermore, digital resources enable students to study the course material independently, revise complex topics and complete assignments at a time that suits them.

The experience of Ukrainian higher education institutions demonstrates the active use of tools such as Zoom, Google Classroom, Moodle, Microsoft Teams and YouTube [6].

Digital learning also contributes to the development of digital literacy, which is essential for today's professionals. The responsible use of artificial intelligence in the educational process is of particular importance. The Ministry of Education and Science of Ukraine, in collaboration with the Ministry of Digital Transformation, has developed relevant guidelines on the use of AI in higher education institutions [1].

Digital technologies are particularly important to students and cadets, as they can be used not only to master theoretical material but also to develop practical professional skills.

Modern professional training involves developing the ability to quickly find and analyse information, make decisions, work as part of a team and act in non-routine situations.

Digital simulations, interactive maps, professional case studies, role-play scenarios, and operational simulations can be effective training tools. They allow trainees to practise specific procedures without posing a real threat to those taking part in the training.

Research into the use of project-based learning in higher military education institutions highlights the importance of practical tasks, team projects, role-play and the simulation of professional scenarios in developing cadets' professional skills [2].

The Moodle e-learning platform also remains an important tool. Its use is regarded as one of the ways of implementing distance learning in the professional training process [7].

Consequently, digital technologies can not only provide access to learning materials but also create the conditions for the practical training of future specialists.

Despite the advantages of digital learning, certain problems arise under martial law. These include power cuts, an unreliable internet connection, insufficient access to technical resources, and the need to switch quickly between different learning formats.

Ukrainian studies also highlight the impact of air raid alerts, technical difficulties and psychological stress on those involved in the educational process [3; 6].

Therefore, the organisation of teaching must provide for alternative options. It is advisable to provide learning materials in formats that can be used without constant internet access. Teachers must also plan for the possibility of rescheduling or changing a lesson's format.

Information security requires particular attention. When using digital platforms and artificial intelligence systems, the principles of responsible technology use must be adhered to [1].

Under martial law, the educational process requires flexibility, adaptability and the use of modern technologies. Distance and blended learning help maintain continuity of education and allow for a swift response to changes in the security situation.

Digital technologies provide access to learning materials, facilitate communication between teachers and learners, promote the development of digital literacy and create opportunities for personalised learning [4-6].

For learners, digital tools are particularly important, as they can simulate professional scenarios, support practical tasks, and develop decision-making skills [2; 7].

At the same time, the effectiveness of digital learning depends on the availability of technical resources, a stable internet connection, the willingness of lecturers and students to work in various formats, and compliance with information security requirements.

Thus, in wartime conditions, digital technologies should be viewed not only as a means of facilitating distance learning but also as an important tool for the professional training of future specialists.

Literature

1. Міністерство освіти і науки України. Штучний інтелект у закладах вищої освіти: рекомендації для викладачів, студентів і працівників ЗВО. URL: https://mon.gov.ua/news/shtuchnyi-intelekt-u-zakladakh-vyshchoi-osvity-rekomendatsii-dlia-vykladachiv-studentiv-i-pratsivnykiv-zvo

2. Bhinder N., Protsenko P. Implementation of project-based learning technology within the educational process of higher military institutions. ScienceRise: Pedagogical Education. 2022, N. (4(49), P. 59–63.

3. Polovko O., Glotov S. The Educational Process of Ukrainian University Students Following the Full-Scale Russian Invasion. London Review of Education, 2023. N.21 (1), P.31. DOI: https://doi.org/10.14324/LRE.21.1.31.

4. UNESCO. Supporting continuity of learning in Ukraine. UNESCO Global Education Coalition. URL: https://www.unesco.org/en/global-education-coalition/ukraine-support

5. UNESCO. Ukraine: UNESCO trains 50,000 teachers in digital pedagogy. URL: https://www.unesco.org/en/articles/ukraine-unesco-trains-50000-teachers-digital-pedagogy

6. Westerlund R., Chugai O., Petrenko S., Zuyenok I. Teaching and Learning English at Higher Educational Institutions in Ukraine through Pandemics and Wartime. *Advanced Education*, 2023. N. *10*(22), P.12–26. https://doi.org/10.20535/2410-8286.283353

7. Yashchuk A. et al. Using the e-learning platform Moodle as an effective way to implement a distance form of learning in the professional training process. *Financial and Credit Activity: Problems of Theory and Practice*, N. *6*(41), P. 564–571.

УДК 378.018.43:61:004

ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВІЗАЦІЇ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

[1]Ірина ВАСИЛЬЄВА, [1]Наталія ЯРМИШ, [1]Світлана ДЕНИСЕНКО, [2]Олександр ВАСИЛЬЄВ

к.б.н., доцент кафедри біологічної хімії; к.б.н, ст. викладач кафедри біологічної хімії; к.б.н., доцент кафедри біологічної хімії, в.о. завідувача кафедри біологічної хімії.

vasilevaira@ukr.net

[1]Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

[2]Національний технічний університет «Харківський політехнічний університет», м. Харків, Україна

Анотація. Дистанційна освіта у вищій школі динамічно розвивається та займає одну з ланок освітнього процесу. Цифровізація в освіті займає одну з основних позицій, що відкриває нові можливості для опанування теоретичними знаннями, поєднанням теорії з практичними навичками або з клінічним використанням та післядипломного розвитку / удосконалення лікарів. Онлайн-формати дозволяють лікарям-інтернам та практикуючим фахівцям підвищувати кваліфікацію, динамічно розвиватися без відриву від основної роботи.

Ключові слова: вища медична освіта, дистанційна освіта, цифровізація.

Сучасна Вища школа потребує постійної та динамічної трансформації. Так, інформаційно-комунікативні технології, пандемії (зокрема COVID-19), військові дії пришвидшили темпи трансформації с залученням дистанційно освітніх технологій як одного з інструментів навчального процесу у Вищих навчальних закладах.

Дистанційна освіта – це індивідуальний процес здобуття освіти на базі сучасних психолого-педагогічних та інформаційно-комунікаційних технологій, що відкриває нові можливості для організації, гнучкості, доступності та індивідуалізації навчального процесу [1]. Тому актуальним є дослідження ролі дистанційних освітніх технологій у якості професійної підготовки здобувачів освіти у вищих медичних закладах (ВМЗ).

Метою нашої роботи є дослідження та теоретичне обґрунтування ролі дистанційного навчання та цифровізації в якості освіти у вищих навчальних закладах медичного профілю.

Матеріали та методи. У процесі теоретично-методичного дослідження було проведено аналіз психолого-педагогічної та методологічної наукової літератури за останні десять років.

Результати та їх обговорення. Цифровізація - це впровадження цифрових технологій в усі сфери життя. Цифровізація освіти передбачає інтеграцію цифрових технологій у навчальній, науковій та організаційній діяльностях. Спочатку цифровізація стосувалася поступового переходу бібліотек від паперових джерел до електронних ресурсів - носіїв, використання цифрових платформ для оцінювання знань здобувачів освіти, але зараз цифрові технології широко використовуються для проведення занять, лекцій, курсів, семінарів, конференцій, що в сучасних умовах забезпечує ефективну організацію та проведення навчання у ВМЗ [2]. Також відкриваються нові можливості для опанування теоретичного матеріалу, проведення змішаного навчання та безперервного професійного післядипломного розвитку лікарів. Онлайн-формати дозволяють лікарям-інтернам та практикуючим фахівцям підвищувати кваліфікацію без відриву від основної роботи.

Найбільш поширеними електронними освітніми платформами у ВМЗ є Moodle, Google Classroom, Canvas та інші. Вони дозволяють розміщувати навчальні та методичні матеріали, організовувати перевірку знань у тестовому форматі, здійснювати моніторинг успішності студентів та підтримувати постійний зворотний зв’язок для контролю отриманих знань. Також для забезпечення синхронної взаємодії учасників освітнього процесу використовуються платформи Zoom, Microsoft Teams, Google Meet та спеціалізовані медичні хаби для практичних навичок та безперервного професійного розвитку лікарів (платформи Академії НСЗУ, Центру громадського здоров'я та віртуальні симуляційні системи) [3]. Дані цифрові технології створюють можливості для персоналізованого темпу навчання.

Здобувачі вищої освіти можуть отримувати доступ до додаткових ресурсів та формувати індивідуальні напрямки [4].

Цифровізація навчального процесу в умовах дистанційного навчання має як позитивні, так і негативні аспекти. З одного боку, використання цифрових технологій в навчальному процесі забезпечує широкий доступ до освітніх ресурсів. Використання електронних бібліотек, відкритих онлайн-курсів та наукових баз даних надає здобувачам освіти можливість оперативно отримувати доступ до актуальних джерел інформації, незалежно від місця їхнього перебування. Це сприяє підвищенню якості отримання навчального матеріалу та розвитку дослідницьких компетентностей [5]. Цифровізація також має суттєвий вплив на якість дистанційного навчання, оскільки дозволяє залучити до навчального процесу інтерактивні засоби, зокрема мультимедійні презентації, навчальні відеофільми, віртуальні лабораторії та симулятори. Це сприяє підвищенню активності і мотивації здобувачів вищої освіти та формуванню професійних навичок [2].

З іншого боку, цифровізація дистанційного навчання має низку проблем, які впливають на якість освіти. По-перше, не усі учасники освітнього процесу мають сучасні технічні засоби, якісне інтернет-з'єднання та достатній рівень цифрових навичок, що створює перешкоди для якісного дистанційного навчального процесу [2]. Але найбільшою та найголовнішою проблемою залишається дотримання академічної доброчесності здобувачами вищої освіти під час дистанційного навчання. Спостерігається зниження рівня самостійного аналізу отриманої інформації (наукової літератури), пошуку рішень поставлених завдань і формування власних висновків. Легкий доступ до інформації, отримання відповідей та швидкий аналіз, згенерований штучним інтелектом, знижує бажання здобувачів освіти до самостійного аналізу навчального матеріалу [4]. Водночас відсутність базових основ знань може призвести до неправильного аналізу та трактування отриманої інформації. Це створює перешкоди для формування критичного мислення майбутніх лікарів.

Що стосується психологічних аспектів, то дистанційне навчання може формувати у здобувачів вищої освіти низку негативних наслідків, таких як тривале перебування в онлайн-середовищі, соціальну ізоляцію, зниження мотивації, емоційне вигорання, підвищену тривожність, хронічну втома від тривалої роботи з екранами. Відсутність безпосереднього «живого» контакту/спілкування здобувачів освіти з викладачами та іншими учасниками освітнього процесу, а також погіршення концентрації уваги можуть призводити до емоційного виснаження та зниження залученості у навчальний процес [5]. Іноді неможливість своєчасно отримати пояснення навчального матеріалу, який виявився складним для розуміння конкретною особою, може викликати тривожність або втрату мотивації до вивчення певної дисципліни. Причини останнього може бути пов’язані як з індивідуальними особливостями здобувача вищої освіти, так й з кадровими проблемами, що існують в України на теперішній час.

Висновки. Цифровізація є невід'ємною частиною сучасного навчального процесу у закладах вищої медичної освіти. Використання новітніх платформ підвищує доступність та оперативність отримання навчального та наукового матеріалу. Але ефективність цифровізації залежить від готовності учасників освітнього процесу до опанування та використання новітніх технологій у навчальному процесі. Сучасний світ не стоїть на місці, тому класична форма навчання залишається в минулому і потребує модернізації. На сучасному етапі освітній процес переходить на змішану форму оволодіння знаннями, що потребує і підкріплюється оволодінням цифровими технологіями, педагогічними інноваціями та вимагає академічної доброчесності від усіх учасників освітнього процесу у вищих навчальних закладах.

Література

1. Khaustova M. H. *Poniattia tsyfrovizatsii: Natsionalni ta mizhnarodni pidkhody* [Concept of digitalization: National and international approaches]. *Pravo ta innovatsii (Law and Innovations).* 2022; *2* (38): 7–18. https://doi.org/10.37772/2518-1718-2022-2(38)-1.

2. Kerimbayev N., Kultan J., Abdykarimova S., Akramova A. LMS Moodle: Distance international education in cooperation of higher education institutions of different countries. *Education and Information Technologies.* 2017; *22* (5): 2125–2139. https://doi.org/10.1007/s10639-016-9534-5

3. Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 № 2145-VIII. https://urst.com.ua/download_act/pro_osvitu

4. Марчук А. Якість вищої освіти в надзвичайних умовах: Освітні втрати й дисфункції цифровізації вищої освіти та дистанційного навчання. *Соціально-економічні відносини в цифровому суспільстві*. 2023; *1*(47): 80–89. https://doi.org/10.55643/ser.1.47.2023.482

5. Staring F., Brown M., Bacsich P., & Ifenthaler D. *Digital higher education: Emerging quality standards, practices and supports*. *OECD Education Working Papers*. 2022; 281. https://doi.org/10.1787/f622f257-en

УДК 351.77+616-083.98]-044.247:351.862.4"364"

ІНТЕГРАЦІЯ ЗАСАД ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА АЛГОРИТМІВ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В РОБОТУ ЦЕНТРІВ НАДАННЯ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ: МІЖСЕКТОРАЛЬНИЙ ПІДХІД В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Володимир ДРОБОТЕНКО

к. м. н., завідувач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медицини праці
drobotenko777@gmail.com

Анотація.У роботі обґрунтовано концептуальну модель інтеграції засад громадського здоров'я та алгоритмів домедичної допомоги (BLS) у діяльність Центрів надання адміністративних послуг (ЦНАП) в умовах воєнного стану. Запропоновано міжсекторальний підхід (стратегія «Health in All Policies»), що включає медико-організаційний кластер (оснащення автоматичними зовнішніми дефібриляторами (АЗЛ), скринінгові програми) та інформаційно-комунікаційний кластер (кризові комунікації, профілактика вигорання

персоналу). Розроблено інструментарій для оцінки готовності та психосоціальних потреб працівників ЦНАП.

Ключові слова: ЦНАП, громадське здоров'я, домедична допомога, воєнний стан, міжсекторальний підхід, автоматичний зовнішній дефібрилятор (АЗД), професійне вигорання.

Центри надання адміністративних послуг (ЦНАП) є ключовими хабами взаємодії громадян із державними інституціями. Щодня вони приймають інтенсивний потік людей різного віку та стану здоров’я, зокрема, осіб з інвалідністю та представників маломобільних груп. У таких просторах існує висока ймовірність виникнення невідкладних медичних станів: від гострих серцево-судинних подій до панічних атак. Відповідно, формується критична потреба у готовності персоналу ЦНАП надавати першу домедичну допомогу до прибуття бригад екстреної медичної допомоги.

В умовах воєнного стану ці ризики експоненційно зростають: хронічний стрес населення, загроза ракетних і дронових ударів, необхідність екстреної евакуації створюють безпрецедентні виклики для безпеки й здоров’я як відвідувачів, так і працівників. Застосування міжсекторального підходу та інтеграція алгоритмів домедичної допомоги у роботу ЦНАП дозволяє не лише мінімізувати фатальні наслідки невідкладних станів, а й на практиці реалізувати глобальну стратегію ВООЗ «Здоров’я в усіх політиках» (Health in All Policies) [4] через включення превентивних та навчальних компонентів до сфери публічних послуг.

Мета дослідження - обґрунтувати необхідність та розробити концептуальну модель інтеграції медико-інформаційного компонента (Public Health + First Aid) у діяльність центрів надання адміністративних послуг (ЦНАП) в умовах воєнного стану для підвищення безпеки відвідувачів і працівників відповідно до стратегії ВООЗ «Health in All Policies».

Матеріали та методи. Застосовано комплекс наукових методів - аналіз нормативної бази та контент-аналіз, а також опрацьовано законодавство України

(Закон України «Про систему громадського здоров'я», Закон України «Про адміністративні послуги», постанови КМУ [3]), нормативні акти МОЗ України, документи ВООЗ, а також гайдлайни ERC та AHA щодо розміщення автоматичних зовнішніх дефібриляторів (АЗД) [6].

Експертне оцінювання - проведено консультації з фахівцями для визначення ключових компетенцій персоналу та матеріально-технічних потреб ЦНАП.

Порівняльний аналіз полягав у вивчені європейського досвіду інтеграції BLS-навчання та інструментів Public Health у роботу сервісних центрів.

Структурно-логичний метод - побудовано адаптовану модель інтеграції, що включає організаційний, інформаційний та комунікаційний блоки реагування.

Результати та їх обговорення. Запропонована концептуальна модель інтеграції компонента «Public Health + First Aid» у роботу ЦНАП базується на двох взаємопов'язаних кластерах:

1. Медико-організаційний кластер (First Aid & Screening). Стандартизація домедичної допомоги - обґрунтовано критичну необхідність запровадження обов’язкової сертифікаційної підготовки адміністраторів ЦНАП за міжнародними протоколами базової підтримки життя (Basic Life Support — BLS). Це дозволить скоротити час реагування на раптову зупинку кровообігу до прибуття бригад ЕМД у межах терапевтичного вікна. Матеріально-технічне переоснащення, доведено доцільність обладнання кожного центру автоматичними зовнішніми дефібриляторами (АЗД) із забезпеченням вільного доступу, а також аптечками розширеного типу, що є імперативною вимогою в умовах воєнного стану. Інтеграція скринінгових програм: розроблено механізм впровадження інструментів превентивної медицини у простори очікування (автоматичні тонометри, доступ до національних календарів профілактичних щеплень).

2. Інформаційно-комунікаційний кластер (Public Health & Mental Health). Просвітницьке середовище: запропоновано використання цифрових носіїв та

поліграфічної інфографіки в зонах очікування ЦНАП для трансляції таргетованого контенту: алгоритмів дій під час тривоги, методів профілактики захворювань. Кризові комунікації та психосоціальна підтримка: враховуючи високий рівень дистресу серед населення в умовах війни, розроблено алгоритми (комунікаційні скрипти) для працівників ЦНАП, спрямовані на вербальну деескалацію конфліктів, надання першої психологічної допомоги та запобігання професійному вигоранню персоналу.

Для подальшого наукового обґрунтування та практичного впровадження цієї моделі розроблено дослідницький інструмент — комплексну анкету із п'яти логічних блоків. Метою інструменту є дослідження рівня інформованості та готовності адміністраторів ЦНАП до інтеграції практик громадського здоров’я, а також оцінка стану ментального здоров'я працівників.

Висновки.

1. Впровадження медико-інформаційного компонента у повсякденну роботу ЦНАП є науково обґрунтованою відповіддю на сучасні виклики воєнного стану, що дозволяє трансформувати адміністративні установи у безпечні простори та практично реалізувати державну політику у сфері громадського здоров'я.

2. Розроблена двокластерна концептуальна модель створює стандартизований алгоритм дій для адміністраторів (від оволодіння навичками BLS [5] до використання технік деескалації конфліктів), що сприяє зниженню ризиків фатальних ускладнень у разі невідкладних станів.

3. Матеріально-технічне переоснащення ЦНАП, зокрема обов'язкове встановлення АЗД у зонах загального доступу та розгортання скринінгових програм, є необхідним етапом створення екосистеми превентивної медицини на муніципальному рівні.

4. Апробація запропонованого 5-блокового анкетування працівників ЦНАП дозволить зібрати валідні емпіричні дані для адаптації навчальних програм із домедичної допомоги та розробки дієвих заходів профілактики професійного вигорання (burnout-синдрому) серед персоналу.

Література

1. Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 № 2573-IX. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text (дата звернення: 23.09.2026).

2. Закон України «Про адміністративні послуги». Електронний ресурс. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5203-17 (zakon.rada.gov.ua in Bing) (дата звернення: 23.09.2026).

3. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання адміністративних послуг». Електронний ресурс. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ (zakon.rada.gov.ua in Bing) (дата звернення: 23.09.2026).

4. Наказ Міністерства охорони здоров’я України щодо базових навичок BLS та алгоритмів надання домедичної допомоги (рекомендації). Електронний ресурс. Режим доступу: https://moz.gov.ua/ (дата звернення: 23.09.2026).

5. Рекомендації щодо розміщення автоматичних зовнішніх дефібриляторів (АЗД) у громадських місцях (міжнародні/національні керівні документи). Електронний ресурс. Режим доступу: https://www.escardio.org/; https://www.heart.org/ (дата звернення: 23.09.2026).

WSPÓŁCZESNE PODEJŚCIA DYDAKTYCZNE DO NAUCZANIA INFORMATYKI MEDYCZNEJ W CELU KSZTAŁTOWANIA KOMPETENCJI ZAWODOWYCH PRZYSZŁYCH SPECJALISTÓW PLACÓWEK OPIEKI ZDROWOTNEJ

Mgr Serhii Ishchuk,
wykładowca metodysta, wykładowca kategorii wyższej,
Jednostka Komunalna Edukacji Wyższej „Żytomierski Instytut Medyczny”
Żytomierskiej Rady Obwodowej, Ukraina

Streszczenie. W artykule omówiono współczesne podejścia metodologiczne do nauczania informatyki medycznej w placówkach kształcenia medycznego. Określono znaczenie kompetencji cyfrowych dla kształcenia zawodowego przyszłych pracowników medycznych w warunkach transformacji cyfrowej systemu ochrony zdrowia. Przeanalizowano specyfikę podejścia kompetencyjnego, zorientowanego na praktykę, zorientowanego na rozwiązywanie problemów oraz interdyscyplinarnego. Szczególną uwagę poświęcono wykorzystaniu elektronicznych medycznych systemów informacyjnych, technologii interaktywnych, nauczania symulacyjnego, sztucznej inteligencji oraz cyfrowych platform edukacyjnych. Omówiono zagadnienia bezpieczeństwa informacji, ochrony danych osobowych i oceniania kształtującego. Uzasadniono celowość łączenia przygotowania teoretycznego z praktycznym opanowaniem narzędzi cyfrowych w celu kształtowania kompetencji zawodowych przyszłych specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: kompetencje cyfrowe, technologie informacyjne, informatyka medyczna, edukacja medyczna, elektroniczny system ochrony zdrowia, sztuczna inteligencja, nauczanie interaktywne.

Wstęp. Współczesnemu rozwojowi systemu ochrony zdrowia towarzyszy intensywne wdrażanie technologii cyfrowych w diagnostyce, leczeniu, profilaktyce chorób, zarządzaniu placówkami medycznymi oraz organizacji współdziałania pracowników medycznych i pacjentów. Elektroniczne zapisy medyczne, telemedycyna, cyfrowe bazy danych, systemy wspomagania decyzji klinicznych i

technologie sztucznej inteligencji stopniowo stają się ważnymi elementami działalności zawodowej pracowników medycznych [8].

W tych warunkach informatyka medyczna nabiera szczególnego znaczenia w systemie kształcenia zawodowego przyszłych lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek i innych specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia. Zapewnia ona kształtowanie wiedzy i umiejętności niezbędnych do pracy z informacją medyczną, korzystania z narzędzi cyfrowych, analizy danych oraz przestrzegania zasad bezpieczeństwa informacji [7, 8].

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje zdrowie cyfrowe za ważny kierunek rozwoju współczesnych systemów ochrony zdrowia, wymagający odpowiedniej infrastruktury, kompetentnej kadry i systemowego wdrażania rozwiązań technologicznych [1]. W Ukrainie transformacja cyfrowa edukacji medycznej obejmuje również rozwój umiejętności cyfrowych wykładowców i studentów, wykorzystanie technologii symulacyjnych oraz modernizację procesu kształcenia [2].

Jednocześnie skuteczność nauczania informatyki medycznej zależy nie tylko od dostępności sprzętu komputerowego czy oprogramowania, lecz także od uzasadnionego wyboru metod nauczania. Tradycyjne objaśnianie materiału teoretycznego należy uzupełniać zadaniami praktycznymi, modelowaniem sytuacji zawodowych, pracą zespołową oraz samodzielną pracą z zasobami cyfrowymi.

Cel artykułu — przeanalizowanie współczesnych podejść metodologicznych do nauczania informatyki medycznej w placówkach kształcenia medycznego oraz określenie pedagogicznych warunków kształtowania kompetencji cyfrowych przyszłych pracowników medycznych.

Część główna. Podejście kompetencyjne zakłada ukierunkowanie procesu kształcenia na rozwijanie zdolności do stosowania nabytej wiedzy i umiejętności w rozwiązywaniu zadań praktycznych. W nauczaniu informatyki medycznej oznacza to przejście od prostego przyswajania informacji teoretycznych o komputerach i systemach informacyjnych do praktycznego wykorzystania technologii cyfrowych w działalności zawodowej.

Podstawowymi składnikami kompetencji cyfrowych przyszłego pracownika medycznego są umiejętności pracy z dokumentami elektronicznymi, wyszukiwania informacji naukowych, analizowania danych medycznych, korzystania z systemów

informacyjnych oraz przestrzegania zasad poufności. Ważne miejsce zajmują również krytyczna ocena wiarygodności informacji, rozumienie ograniczeń narzędzi cyfrowych i odpowiedzialne wykorzystanie wyników zautomatyzowanej analizy [7, 8].

Badania współczesnych programów kształcenia w zakresie informatyki medycznej potwierdzają znaczenie kształtowania kompetencji w dziedzinie dokumentowania, komunikacji zawodowej, zarządzania informacją oraz korzystania z medycznych systemów informacyjnych [3; 4].

Realizacja podejścia kompetencyjnego zakłada opracowanie zadań praktycznych związanych z przyszłym zawodem studentów . Na przykład osobom kształcącym się można zaproponować utworzenie przykładowych wskaźników dotyczących pacjentów, uporządkowanie wyników obserwacji pcjenta, badań fizykalnych, laboratoryjnych i przygotowanie analizy porównawczej, wypełnionej na komputerze. Podczas wykonywania zadań studenci będą mogli opanować narzędzia komputerowe, rozwijać swoje umiejętności analizy, porównania, systematyzowania informacji, dokładnego wprowadzania danych i interpretowania uzyskanych wyników. Podejście kompetencyjne zapewnia praktyczne ukierunkowanie przedmiotu i pomaga studentom uświadomić sobie znaczenie informatyki medycznej dla zapewnienia wysokiej jakości i bezpieczeństwa opieki medycznej.

Kształcenie ukierunkowane na praktykę i rozwiązywanie problemów, uwzględniające specyfikę informatyki medycznej, ma charakter praktyczny, w ramach którego wiedza teoretyczna jest przyswajana poprzez wykonywanie zadań, z którymi studenci będą się spotykać i które będą musieli realizować podczas wykonywania obowiązków w praktyce zawodowej.

Zajęcia (ćwiczenia), podczas których zadaje się zadania ukierunkowane na rozwiązywanie problemów, obejmują poszukiwanie i sformułowanie indywidualnego problemu, omówienie oraz podjęcie wspólnych decyzji. Zastosowanie metody studium przypadku pozwala rozpatrywać podobne sytuacje w kontekście działalności zawodowej. Praca w małych grupach sprzyja wymianie doświadczeń, rozwojowi krytycznego myślenia i kształtowaniu umiejętności podejmowania uzasadnionych decyzji. W ten sposób nauczanie zorientowane na praktykę i na rozwiązywanie problemów pomaga przekształcić informatykę medyczną ze zbioru informacji

technicznych w narzędzie rozwoju zawodowego przyszłego pracownika medycznego (pulsu, ciśnienia, glukozy krwi i in).

Informatyka medyczna jest ściśle związana z anatomią człowieka, fizjologicznymi szczegułami, epidemiologią, farmakologią i przedmiotami klinicznymi (hirurgia, ginekologia, pediatria i inne). Dlatego ważnym kierunkiem doskonalenia nauczania jest integracja interdyscyplinarna, która zapewnia wykorzystanie narzędzi cyfrowych do przyswajania materiału innych komponentów kształcenia, zaczynając od podstaw pielęgniarstwa.

Na przykład w ramach anatomii i fizjologii celowe jest stosowanie atlasów cyfrowych i modeli interaktywnych. Podczas opanowywania przedmiotów klinicznych można omawiać zasady funkcjonowania elektronicznych zapisów medycznych i systemów wspomagania decyzji klinicznych.

W ramach zajęć praktycznych można modelować pracę elektronicznego systemu medycznego za pomocą środowiska dydaktycznego lub specjalnie przygotowanych makiet. Studenci mogą wypełniać przykładowe formularze, rejestrować wyniki badań i sprawdzać poprawność ustrukturyzowanych zapisów.

Wykorzystywanie wyłącznie danych dydaktycznych lub odpowiednio zanonimizowanych pozwala kształtować umiejętności praktyczne bez ryzyka ujawnienia informacji o rzeczywistych pacjentach. Podczas takich zajęć ważne jest podkreślanie konieczności sprawdzania wprowadzonych informacji, przestrzegania etyki zawodowej i ochrony danych osobowych.

Podejście integracyjne sprzyja kształtowaniu całościowego rozumienia działalności medycznej, w której technologie cyfrowe stanowią nieodłączny element komunikacji zawodowej, organizacji pracy i przetwarzania informacji.

Cyfrowe technologie edukacyjne i wykorzystanie sztucznej inteligencji w środowisku edukacyjnym poszerzają możliwości nauczania informatyki medycznej. Elektroniczne kursy edukacyjne, systemy zarządzania nauczaniem, interaktywne testy, materiały wideo i wirtualne symulacje zapewniają dostęp do zasobów dydaktycznych oraz umożliwiają organizowanie indywidualnej pracy studentów.

Stosowanie platform cyfrowych sprzyja systematycznemu powtarzaniu materiału, wykonywaniu zadań praktycznych we własnym tempie, ponownemu opracowywaniu trudnych tematów i śledzeniu wyników uczenia się.

Ważnym kierunkiem jest wykorzystanie technologii sztucznej inteligencji. W procesie dydaktycznym mogą one służyć do wyjaśniania złożonych pojęć, tworzenia zadań dydaktycznych, analizowania przykładowych zestawów danych oraz wyszukiwania błędów w strukturze dokumentów elektronicznych. Jednocześnie wyniki uzyskane za pomocą takich narzędzi wymagają krytycznej weryfikacji.

Studenci powinni rozumieć, że sztuczna inteligencja może generować niedokładne informacje, powielać uprzedzenia lub udzielać przekonujących, lecz nieuzasadnionych odpowiedzi. Dlatego jej wykorzystaniu powinny towarzyszyć weryfikacja informacji w wiarygodnych źródłach, ocena jakości wyników oraz przestrzeganie zasad rzetelności akademickiej.

Celowe jest również wprowadzanie elementów grywalizacji: quizów edukacyjnych, zadań zespołowych, cyfrowych questów i systemów stopniowego zwiększania trudności ćwiczeń. Takie metody mogą zwiększać zainteresowanie studentów i sprzyjać ich aktywniejszemu zaangażowaniu w proces dydaktyczny.

Jednocześnie technologie cyfrowe nie powinny zastępować interakcji pedagogicznej. Ich skuteczność zależy od jasnego określenia celu dydaktycznego, zgodności z treścią przedmiotu oraz wsparcia metodycznego ze strony wykładowcy.

Bezpieczeństwo informacji i kształtowanie odpowiedzialności cyfrowej stanowią jedno z kluczowych zadań nauczania informatyki medycznej służących kształtowaniu odpowiedzialnego podejścia do danych medycznych. Informacje o stanie zdrowia należą do wrażliwych danych osobowych, dlatego ich przetwarzanie wymaga przestrzegania odpowiednich wymogów prawnych, etycznych i organizacyjnych.

Podczas nauczania należy omawiać zasady poufności, integralności i dostępności informacji, zasady tworzenia silnych haseł, uwierzytelniania wieloskładnikowego, rozpoznawania wiadomości phishingowych oraz bezpiecznego przekazywania dokumentów. Studenci powinni rozumieć zagrożenia związane z wykorzystywaniem nieznanych programów, otwartych sieci i nieautoryzowanych usług do przechowywania informacji medycznych.

Osobną uwagę należy poświęcić bezpiecznemu korzystaniu z generatywnej sztucznej inteligencji. Nie wolno wprowadzać do ogólnodostępnych systemów danych identyfikujących pacjentów, dokumentów medycznych ani innych informacji

poufnych bez odpowiednich podstaw prawnych i dozwolonych mechanizmów ochrony.

Skuteczną metodą kształtowania umiejętności bezpiecznego postępowania jest modelowanie sytuacji. Na przykład studentom proponuje się określenie zagrożeń w hipotetycznym scenariuszu przekazywania dokumentu medycznego, opracowanie zasad pracy z danymi dydaktycznymi lub ustalenie, jakie działania należy podjąć po stwierdzeniu bieżącej kontroli i uzyskaniu szybkiej informacji zwrotnej.

Nie mniej ważne jest kształtowanie etyki cyfrowej, która zakłada poszanowanie prywatności pacjenta, odpowiedzialność za dokładność informacji oraz świadomość ograniczeń systemów zautomatyzowanych. Zatem bezpieczeństwo informacji należy traktować jako obowiązkowy składnik kompetencji zawodowych każdego przyszłego pracownika medycznego, a nie jako drugorzędny temat przedmiotu.

Zróżnicowane nauczanie i ocenianie wyników wskazują, że skuteczność nauczania informatyki medycznej zależy od uwzględnienia początkowego poziomu umiejętności cyfrowych studentów. Część osób kształcących się ma już doświadczenie w pracy z arkuszami kalkulacyjnymi, platformami edukacyjnymi i usługami cyfrowymi, podczas gdy inni potrzebują dodatkowego wsparcia.

Dobór zadań odpowiednio do tematu oraz praktyczna ocena wskazuje na poziom wiedzy, poziom przygotowania studentów do zajęć. Na początkowym etapie celowe jest skupienie się na podstawowych operacjach na plikach Word, dokumentach tekstowych, Exel, tabelach, wstawieniach i innych źródłach elektronicznych. Na kolejnych etapach można przechodzić do analizy danych, pracy z medycznymi systemami informacyjnymi i oceny rozwiązań cyfrowych.

Aby określić wyniki uczenia się, warto łączyć testowanie, prace praktyczne, zadania projektowe, samoocenę i wzajemną weryfikację. Na przykład podczas wykonywania zadania kompleksowego student może wykazać się umiejętnością znalezienia źródła naukowego, oceny jego wiarygodności, opracowania danych dydaktycznych i przedstawienia wyników w ustrukturyzowanej formie.

Ważnym komponentem jest ocenianie kształtujące, które zakłada regularną informację zwrotną i możliwość poprawiania błędów. Wykładowca powinien oceniać nie tylko wynik końcowy, lecz także poprawność algorytmu działania, przestrzeganie zasad bezpieczeństwa informacji i zdolność wyjaśnienia podjętych decyzji.

Kompleksowe ocenianie pozwala określić poziom ukształtowania kompetencji cyfrowych i odpowiednio wcześnie korygować proces kształcenia. Przy tym kryteria oceniania powinny być zrozumiałe dla studentów i odpowiadać efektom uczenia się przewidzianym w programie kształcenia.

Wnioski. Zatem współczesne nauczanie informatyki medycznej w placówkach kształcenia medycznego wymaga kompleksowego wykorzystania podejścia kompetencyjnego, zorientowanego na praktykę, zorientowanego na rozwiązywanie problemów oraz interdyscyplinarnego. Ich połączenie pozwala zapewnić nie tylko przyswojenie wiedzy teoretycznej, lecz także kształtowanie umiejętności praktycznych niezbędnych do pracy z informacją medyczną i systemami cyfrowymi.

Ważnymi kierunkami doskonalenia procesu kształcenia są wykonywanie zadań dydaktycznych, wykorzystanie dydaktycznych medycznych systemów informacyjnych, platform elektronicznych, technologii symulacyjnych i narzędzi sztucznej inteligencji. Jednocześnie wdrażaniu narzędzi cyfrowych powinien towarzyszyć rozwój krytycznego myślenia, umiejętności informacyjnych, etyki cyfrowej i umiejętności ochrony danych osobowych.

Szczególne znaczenie mają zróżnicowanie, systematyczna informacja zwrotna ukształtowanych kompetencji. Perspektywy dalszego rozwoju metodyki nauczania informatyki medycznej wiążą się z doskonaleniem programów kształcenia zorientowanych na praktykę, opracowywaniem bezpiecznych środowisk dydaktycznych i badaniem skuteczności innowacyjnych metod nauczania.

W ten sposób informatyka medyczna stanowi ważny składnik współczesnego kształcenia zawodowego pracowników medycznych, a wykorzystanie uzasadnionych podejść metodologicznych stwarza warunki do kształcenia kompetentnych, sprawnych cyfrowo i odpowiedzialnych specjalistów systemu ochrony zdrowia.

Wykaz wykorzystanych źródeł

1. World Health Organization. Global Strategy on Digital Health 2020–2027. Geneva: World Health Organization, 2025. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116870.

2. Ministerstwo Zdrowia Ukrainy. Ukraińskie uniwersytety medyczne wdrażają technologie cyfrowe w kształceniu wykładowców. 02.09.2025. URL:

https://www.kmu.gov.ua/en/news/ukrainski-meduniversytety-vprovadzhuiut-tsyfrovi-tekhnolohii-v-navchannia-vykladachiv.

3. Mannevaara P., Saranto K., Kinnunen U.-M., Hübner U. Recommended target audience, course content and learning arrangements for teaching health informatics competencies: A scoping review. Health Informatics Journal. 2024. DOI: https://doi.org/10.1177/14604582241260643.

4. Chikware A. B., Roman N. V., Davids E. L. Improving Health Informatics Competencies: A Scoping Review of the Components of Health Informatics Academic Programs. SAGE Open. 2024. DOI: https://doi.org/10.1177/21582440241293259.

5. Education and Training on Electronic Medical Records (EMRs) for Health Care Professionals and Students: A Scoping Review. International Journal of Medical Informatics. 2020. Vol. 142. Article 104238. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104238.

6. Updating professional competencies in health informatics: A scoping review and consultation with subject matter experts. International Journal of Medical Informatics. 2023. Vol. 170. Article 104969. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104969 .

7. Oksana Horbatiuk, Gulnur Issakova, Raya Suleimenova, Dina Varhanova, Zoia Sharlovych Integration of Digital Technologies into Higher Education: The Impact of IT Infrastructure on the Efficiency of the Educational Process (Case of Ukraine and Kazakhstan). TEM Journal. Volume 14, Issue 3, Pages 2259-2270, ISSN 2217-8309, DOI: 10.18421/TEM143-31, August 2025. https://www.temjournal.com/content/143/TEMJournalAugust2025_2259_2270.html https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=58528778800

8. Sharlovych, Z., Ovcharenko, P., Zos-Kior, I. Management of primary health care facilities based on performance evaluation. Management theory and studies for rural business and infrastructure development. Vol. 47 Issue2 P. 304-318. 2025. DOI: 10.15544/mts.2025.24 https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:001525389200012

УДК 378.147.091.33-027.22-021.36:614.253.5"364"

СИМУЛЯЦІЙНЕ ТА АСИНХРОННЕ НАВЧАННЯ ЯК ОСНОВА СТІЙКОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Світлана КОВБУН

викладач циклової комісії педіатрії та фахових медсестринських дисциплін
svitlanakovbun@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. Повномасштабна війна в Україні зумовила необхідність адаптації медсестринської освіти до нестабільних умов. Повітряні тривоги, перебої з електропостачанням та інтернет-зв’язком, переміщення учасників освітнього процесу й обмежений доступ до клінічних баз створюють ризики для безперервності професійної підготовки. Метою роботи є обґрунтування поєднання асинхронного та симуляційного навчання як засобу забезпечення стійкості освітнього процесу. Запропоновано модель «асинхронна підготовка – синхронне обговорення – симуляційне відпрацювання – дебрифінг – оцінювання». Показано можливості її використання під час підготовки майбутніх медичних сестер до надання допомоги при невідкладних станах, травмах, масивних кровотечах та інших ситуаціях, характерних для воєнного часу.

Ключові слова: медсестринство, медична освіта, воєнний стан, асинхронне навчання, симуляційне навчання, практичні навички, професійні компетентності.

Підготовка медичної сестри передбачає поєднання теоретичних знань, практичних навичок, клінічного мислення, комунікації та здатності діяти в умовах дефіциту часу. Тому будь-яке порушення регулярності освітнього процесу може впливати не лише на обсяг засвоєної інформації, а й на готовність майбутнього фахівця безпечно виконувати професійні дії.

В умовах повномасштабної війни заклади медичної освіти змушені адаптувати організацію занять до повітряних тривог, перебоїв електропостачання, нестабільного інтернет-зв’язку та обмеженого доступу до

клінічних баз. Український досвід організації медсестринського навчання на платформі Moodle показує можливість підтримувати неперервність освіти та формування професійних компетентностей за допомогою дистанційних і гібридних технологій [1].

Водночас дистанційний формат не може повністю замінити практичну підготовку. Саме тому актуальним є поєднання асинхронної теоретичної підготовки із симуляційним відпрацюванням практичних дій.

Асинхронне навчання передбачає можливість самостійного опрацювання матеріалу без обов'язкової одночасної присутності викладача і здобувача освіти. Для медсестринської освіти доцільно формувати короткі електронні модулі, які містять теоретичний матеріал, відеодемонстрацію, алгоритм практичної навички, клінічний кейс та завдання для самоконтролю.

Важливо, щоб асинхронна робота не перетворювалася на механічне читання великих текстів. Її завданням має бути підготовка студента до практичного заняття. Наприклад, перед симуляцією з теми «Масивна кровотеча» студент може переглянути відеоматеріал, опрацювати алгоритм дій, виконати тест і розв'язати коротку клінічну ситуацію.

Етап	Зміст	Очікуваний результат
Асинхронна підготовка	Відео, алгоритми, тести, клінічні кейси	Засвоєння теоретичної основи
Синхронне обговорення	Аналіз ситуацій, запитання, розбір помилок	Уточнення знань і клінічного мислення
Симуляція	Виконання практичної навички на тренажері або манекені	Формування практичної компетентності
Дебрифінг	Аналіз дій, помилок і варіантів їх попередження	Рефлексія та вдосконалення навички
Оцінювання	Чек-лист, тестування, практичне завдання	Визначення рівня сформованості компетентності

Таблиця 1. Інтеграція асинхронного та симуляційного навчання у підготовку майбутніх медичних сестер

Симуляційне навчання забезпечує можливість відтворювати клінічні ситуації в контрольованому та безпечному середовищі. Українські дослідження підтверджують доцільність використання симуляційних технологій для формування практичних компетентностей у медичній освіті [2; 3].

Для медсестринської освіти в умовах війни доцільно використовувати сценарії, пов’язані з раптовою зупинкою кровообігу, масивною кровотечею, травмою, політравмою, гострою дихальною недостатністю, сортуванням постраждалих та організацією догляду за пацієнтом у ситуації обмежених ресурсів.

Практична цінність симуляцій полягає в тому, що студент може багаторазово повторювати алгоритм, отримувати зворотний зв’язок і коригувати помилки без ризику для реального пацієнта. Після виконання сценарію доцільно проводити дебрифінг, під час якого здобувач освіти аналізує власні рішення, визначає сильні сторони та напрями подальшого вдосконалення.

Пропонована модель дозволяє розподілити навчальне навантаження між різними форматами. Теоретична частина може бути доступною асинхронно, а час очного заняття використовується переважно для практичної діяльності. Це особливо важливо за умов, коли кількість годин очної роботи може бути обмеженою.

Доцільно використовувати послідовність: «асинхронна підготовка →синхронне обговорення → симуляційне відпрацювання →дебрифінг → оцінювання». Такий підхід переводить студента з позиції пасивного отримувача інформації в активного учасника навчального процесу.

Практичним прикладом може бути симуляційний сценарій «Масивна кровотеча у постраждалого». Студент повинен оцінити стан пацієнта, визначити пріоритетність дій, забезпечити тимчасовий контроль кровотечі, організувати подальшу допомогу та комунікацію з командою. Після завершення сценарію проводиться дебрифінг із аналізом правильних дій та помилок.

Іншим прикладом є сценарій «Раптова зупинка кровообігу». На асинхронному етапі студент опрацьовує алгоритм базової підтримки життя, переглядає відеодемонстрацію та проходить тестування. Під час очної симуляції він виконує оцінку стану постраждалого, викликає допомогу, розпочинає серцево-легеневу реанімацію, використовує автоматичний зовнішній дефібрилятор і взаємодіє з членами команди.

Інтерактивність посилює ефективність такого підходу. Українські публікації розглядають кейс-метод, роботу в малих групах, рольові та симуляційні ігри як інструменти переходу від теоретичних знань до практичних професійних компетентностей [4; 5]. Для медсестринства це може бути реалізовано через клінічні кейси, інтерактивні тести, відеодемонстрації, цифрові алгоритми та електронні чек-листи.

Для Черкаської медичної академії запропонований підхід може бути реалізований шляхом створення стандартизованих електронних модулів за найбільш клінічно значущими темами. Кожен модуль доцільно будувати за принципом: «теорія → відео → алгоритм → клінічна ситуація →тест →симуляція →дебрифінг→ оцінювання». За таких умов пропущене через повітряну тривогу або технічні обставини теоретичне заняття не призводить до втрати всього навчального матеріалу.

Симуляційний компонент водночас дає змогу зберегти практичну спрямованість підготовки. Студент отримує можливість повторювати навичку, отримувати зворотний зв’язок і поступово підвищувати якість виконання. Таким чином, асинхронний та симуляційний формати не конкурують між собою, а виконують різні функції в єдиній освітній системі.

Війна потребує від системи медсестринської освіти не лише ситуативної адаптації окремих занять, а формування стійкої моделі, здатної функціонувати за нестабільних умов. Асинхронне навчання забезпечує доступність теоретичної підготовки, тоді як симуляційне навчання дозволяє зберегти практичну складову професійної освіти.

Найбільш перспективним є інтегрований підхід, що передбачає асинхронну підготовку, синхронне обговорення, симуляційне відпрацювання, дебрифінг та оцінювання. Його використання дає можливість раціонально організувати навчальний час, підвищити активність здобувачів освіти та формувати готовність майбутніх медичних сестер діяти в умовах невідкладних і надзвичайних ситуацій.

Перспективним напрямом подальшої роботи є створення банку стандартизованих симуляційних сценаріїв для медсестринства, адаптованих до умов воєнного часу та освітніх потреб конкретного закладу.

Література

1. Коваль В. А. Організація освітнього процесу з дисципліни «Клінічне медсестринство в педіатрії» за умов воєнного часу на платформі Moodle: виклики й адаптація. *Медсестринство*. 2025. № 3–4.

2. Бойчук Т. М., Попова І. С. Симуляційні технології навчання як невід'ємна складова компетентнісного підходу в сучасній вищій медичній освіті. *Медична освіта*. 2024. № 3.

3. Досвід використання симуляційних методів навчання з імплементацією сучасних клінічних протоколів для здобувачів вищої освіти за спеціальностями «Медицина» і «Медсестринство». *Медична освіта*. 2024. № 2.

4. Виклики та перспективи застосування інтерактивних технологій під час здійснення професійної підготовки здобувачів освіти зі спеціальності «Медсестринство» освітньо-кваліфікаційних рівнів «бакалавр» та «магістр» / М. О. Кузнецова, В. О. Бібіченко, І. П. Мещєрякова та ін. *Перспективи та інновації науки. Серія Педагогіка, Психологія, Медицина*. 2026. Том 59, Вип. 1. С. 932─949.

5. Журавльова Л. В., Лопіна Н. А. Практично-орієнтований кейс-метод навчання в системі безперервної медичної освіти на основі інформаційно-освітніх веб-технологій як спосіб симуляційного навчання: навчально-методичний посібник. Харків: ХНМУ, 2019. 76 с.

6. Ковальова О. Впровадження симуляційних технологій навчання в медичну освіту. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2019. № 1 (58). С. 36–40.

7. Іванченко С. В. Інтеграція симуляційних технологій у сучасну медичну освіту України. *Innovative development of science, technology and education*: The 1st International scientific and practical conference, Vancouver, Canada, October 19-21, 2023. Vancouver : Perfect Publishing, 2023. P. 266-274.

УДК 378.147:614.2

ОРГАНІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В ЗАКЛАДАХ ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВИКЛИКІВ ВОЄННОГО ЧАСУ

Ніна КОНВІСАР

викладач-методист
nina.konvisar@gmail.com

Наталія БІЛАШ

викладач першої категорії
bilashn5891@gmail.com
Лубенський медичний фаховий коледж, м. Лубни, Україна

Анотація. У публікації комплексно досліджено організацію освітнього процесу в закладах фахової передвищої медичної освіти в умовах особливого періоду та воєнного стану. Проаналізовано нормативно-правову базу України у сфері освіти та охорони здоров'я (МОН України, МОЗ України), висвітлено специфіку поєднання дистанційного навчання та очного формату , а також в умовах укриттів. Окрему увагу приділено неперервному професійному розвитку викладачів - проходження курсів підвищення кваліфікації задля опанування сучасних цифрових інструментів. Досліджено питання дотримання принципів академічної доброчесності, психологічного супроводу здобувачів освіти, а також адаптацію робочих програм з дисциплін «Основи медсестринства» і «Медична та соціальна реабілітація» до актуальних викликів сьогодення, зокрема через вивчення ролі медичної сестри у відділеннях стаціонару, а також роботи мультидисциплінарних реабілітаційних команд та їх складу.

Ключові слова: особливий період, фахова передвища медична освіта, воєнний стан, освітній процес, академічна доброчесність, підвищення кваліфікації, мультидисциплінарна команда, реабілітація, медсестринство.

Сучасний етап розвитку системи фахової передвищої медичної освіти в Україні відбувається в умовах воєнного стану, що зумовлює необхідність оперативного переосмислення традиційних підходів до організації освітнього процесу. Діяльність закладів освіти суворо регламентується чинним

законодавством України, зокрема законами України «Про освіту», «Про фахову передвищу освіту», а також нормативно-правовими актами Міністерства освіти і науки України (МОН) та Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ). Головним пріоритетом у цих реаліях стає забезпечення безперервності та високої якості навчання за умови безумовного дотримання безпеки всіх учасників освітнього середовища [1, с. 45; 3].

В даних умовах викладачі медичних коледжів стикаються з викликом адаптації теоретичної та практичної підготовки до гібридних форматів. Важливою складовою є не лише дистанційна робота, а й організація освітнього процесу під час очного навчання безпосередньо в умовах укриттів під час повітряних тривог. Робота в захисних спорудах вимагає від педагогів неабиякої гнучкості, психологічної стійкості та вміння швидко адаптувати навчальний матеріал. Це суттєво впливає як на психоемоційний стан студентів і викладачів, так і на методику проведення занять, вимагаючи збереження високого рівня професіоналізму, зосередженості та взаємопідтримки в екстремальних умовах [4].

Динамічний розвиток інформаційних технологій та виклики сьогодення вимагають від педагогічних працівників постійного професійного вдосконалення. У зв'язку з цим викладачі коледжу на постійній основі проходять курси підвищення кваліфікації, спрямовані на глибоке опанування інструментів цифровізації освіти та методик дистанційного викладання, а також стабілізації психоемоційного стану серед здобувачів освіти. Отримані навички практично впроваджуються в реальний освітній процес під час проведення занять, що дозволяє створювати інтерактивне віртуальне середовище, ефективно керувати освітніми даними та забезпечувати високу залученість здобувачів освіти [5]. Згідно з сучасними дослідженнями, такий підхід суттєво підвищує якість засвоєння професійних компетенцій майбутніми медиками [6].

Водночас надзвичайно гостро постає питання дотримання академічної доброчесності. Відповідно до Закону України «Про освіту» та внутрішніх положень коледжів, формування культури академічної доброчесності є запорукою підготовки чесного, висококваліфікованого фахівця. Під час

дистанційного навчання викладачі активно впроваджують превентивні заходи проти плагіату та несанкціонованого використання генеративного штучного інтелекту: виконання завдань вимагає створення структурно-логічних схем, таблиць та алгоритмів дій власноруч, індивідуального розбору кейсів та усного захисту результатів під час відеоконференцій [7].

Адаптація освітніх програм до реалій сьогодення вимагає постійного перепланування та оновлення змісту занять як у дистанційному, так і в очному форматах. В основу викладання дисципліни «Основи медсестринства» закладено актуальні матеріали та новинні кейси щодо допомоги військовослужбовцям, новітні стандарти догляду й професійні обов'язки медичної сестри. Для наочності під час занять активно демонструються відеоматеріали про практичну діяльність фахівців. Здобувачі освіти усвідомлюють, що сучасна медична сестра — це не лише виконавець лікарських призначень, а самостійний профільний фахівець із глибокими навичками та розумінням процесів надання медичної допомоги.

Своєю чергою, організація освітнього процесу з дисципліни «Медична та соціальна реабілітація» спирається на профільне законодавство України у сфері реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування та накази МОЗ України. Освітній процес базується на авторських мультимедійних презентаціях викладача, створених із використанням новітніх цифрових навичок. Оскільки у сучасній клінічній практиці профільних відділень лікарень продовжують активно застосовуватися апаратні методи фізіотерапії (електрофорез, ампліпульстерапія, дарсонвалізація, УВЧ-терапія, магнітотерапія, ультразвукова терапія тощо), особлива увага приділяється вивченню відповідних медичних апаратів та методик їх застосування відповідно до клінічних протоколів, медичної реабілітації, відповідно формується майбутній спеціаліст здатний ефективно взаємодіяти з іншими членами реабілітаційної команди задля відновлення пацієнтів [8]. Під час відеоконференцій проводяться детальні демонстрації, надається базовий інструктаж щодо безпечної експлуатації обладнання, можливих наслідків, побічних дій та медичних протипоказань. Окрему увагу зосереджено на вивченні роботи медичної сестри в складі

мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Здобувачі освіти самостійно складають покрокові алгоритми виконання реабілітаційних процедур [9].

Особливої уваги в сучасних реаліях набуває психологічний аспект реабілітаційного процесу та супроводу здобувачів освіти, який тісно інтегрований у медичні дисципліни. Зважаючи на масштаби психотравмівних факторів унаслідок бойових дій, майбутні медики повинні володіти базовими навичками психологічної самодопомоги та підтримки пацієнтів у межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» [10]. Під час практичних занять та роботи в укриттях студенти моделюють ситуації комунікації з пацієнтами, які мають ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що сприяє формуванню клінічного мислення, емпатії та професійної стійкості. Також впроваджується кейс-метод з реабілітації поранених із використанням міжнародних класифікацій функціонування (МКФ).

Отже, здійснення освітнього процесу в особливий період вимагає від закладів фахової передвищої медичної освіти гнучкості, неперервного професійного розвитку педагогів через курси підвищення кваліфікації, постійного оновлення програм на основі передових новин і практик реабілітації військовослужбовців, вивчення роботи мультидисциплінарних команд, дотримання законодавства МОН та МОЗ України, академічної доброчесності, адаптації до роботи в укриттях та посилення практичної і психологічної підготовки кваліфікованих медичних кадрів нового покоління.

Література

1. Ситнік Т. Л., Холявко Н. І. Державне регулювання системи освіти в умовах ринкової економіки. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2021. Вип. 16(3). С. 32–35.

2. Про освіту: Закон України від 21.09.2017 № 2145-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19

3. Про фахову передвищу освіту: Закон України від 06.06.2019 № 2745-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2745-19

4. Воєнний стан і освіта: виклики, рішення, перспективи : колективна монографія / за ред. В. К. Кременя. Київ : Академвидав, 2023. 210 с.

5. Про підвищення кваліфікації педагогічних і науково-педагогічних працівників : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.08.2019 № 800. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/800-2019-%Dп

6. Бондар В. І. Дидактика дистанційного навчання в медичних коледжах: проблеми та перспективи. *Педагогічні науки: теорія та практика*. 2023. № 2. С. 112–118. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psptp_2023_2_15

7. Академічна доброчесність у закладах освіти: виклики воєнного часу / заг. ред. М. В. Гриньової. Полтава: ПНПУ, 2023. 145 с.

8. Основи медсестринства: підручник / за ред. Л. І. Виноградової. Київ : Медицина, 2022. 512 с.

9. Ковальчук О. В. Доказова реабілітація в практиці фізичного терапевта : навч. посібник. Київ: Медицина, 2024. 240 с.

10. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?»: методичні рекомендації для закладу освіти. Київ: МОЗ України, 2023. 68 с. URL: https://howareu.com

УДК 37-021.3"21":[614.8+613.8]-026.564

ОСВІТНІЙ ПРОСТІР МАЙБУТНЬОГО: БЕЗПЕКА, ЗДОРОВ'Я, СТІЙКІСТЬ

Ольга СІВАК

викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я
та медицини праці
магістр громадського здоров'я
olgasivak2403@gmail.com
Черкаська медична академія, м. Черкаси, Україна

Анотація. У публікації розглянуто концепцію освітнього простору майбутнього як інтегрованої системи, що поєднує принципи безпеки життєдіяльності, охорони праці та громадського здоров'я. Підкреслено актуальність створення безпечного та стійкого освітнього середовища в умовах глобальних викликів — пандемій, техногенних ризиків та соціальних трансформацій.

Особливу увагу приділено формуванню культури безпеки серед учасників освітнього процесу, впровадженню інноваційних технологій для моніторингу та профілактики ризиків. Підкреслено значення розвитку стійких моделей управління освітою, що враховують аспекти громадського здоров'я та ролі медичних та педагогічних працівників у забезпеченні комплексного підходу до охорони праці та здоров'я.

Зроблено висновок, що освітній простір майбутнього має ґрунтуватися на принципах інтеграції безпеки, здоров'я та стійкості, що забезпечить не лише якість навчання, а й збереження людського потенціалу та соціальної стабільності.

Ключові слова: освітній простір, громадське здоров'я, охорона праці, безпека життєдіяльності, інноваційні технології, інтеграція освіти та здоров'я.

Сучасний освітній процес функціонує в умовах постійних глобальних викликів — природних та техногенних ризиків, кліматичних змін та соціальних трансформацій. Це зумовлює необхідність переосмислення традиційних підходів до організації навчання та створення нового освітнього простору, де пріоритетами стають безпека, здоров'я та стійкість.

Актуальність проблеми полягає у тому, що освітні системи мають бути здатними не лише забезпечувати якісне навчання, а й гарантувати збереження життя та здоров'я учасників освітнього процесу, формувати культуру безпечної поведінки та адаптуватися до кризових умов. Інтеграція принципів охорони праці, громадського здоров'я та безпеки життєдіяльності у сферу освіти стає ключовою умовою розвитку суспільства.

Мета та завдання дослідження. Метою публікації є обґрунтування концепції освітнього простору майбутнього як інтегрованої системи, що поєднує навчання, безпеку та стійкість, а також визначає шляхи впровадження інноваційних технологій і практик, спрямованих на формування здорового та безпечного освітнього середовища.

Для досягнення мети визначено такі основні завдання:

1. Проаналізувати сучасні виклики у сфері освіти, пов'язані з безпекою.

2. Визначити ключові принципи формування безпечного та стійкого освітнього простору.

3. Дослідити роль культури безпеки як складової освітнього процесу.

4. Окреслити інноваційні технології та практики, що сприяють профілактиці ризиків і підтримці здоров’я учасників освітнього процесу.

5. Розробити модель інтеграції охорони праці, безпеки життєдіяльності та громадського здоров’я у систему освіти.

6. Сформувати рекомендації щодо впровадження стійких освітніх стратегій у кризових та посткризових умовах.

Таким чином, завдання дослідження спрямовані на створення науково-практичного підґрунтя для розвитку освітнього простору майбутнього, де пріоритетами є безпека, здоров’я та стійкість.

Методологія дослідження**.** Методологічна основа публікації ґрунтується на комплексному та міждисциплінарному підході, що поєднує педагогічні, соціально-гігієнічні та управлінські аспекти. Застосовані такі методологічні підходи як системний та аналітико-оглядовий методи, структурно-функціональний аналіз.

У процесі дослідження проведено аналіз статистичних матеріалів щодо стану громадського здоров’я та безпеки в освітніх закладах, узагальнення результатів дослідно-експериментальної роботи та використання анкетування для визначення рівня сформованості культури безпеки серед учасників освітнього процесу. Таким чином, методологія дослідження забезпечує наукову обґрунтованість та практичну спрямованість публікації, дозволяючи сформувати рекомендації для створення освітнього простору майбутнього, де пріоритетами є безпека, здоров’я та стійкість.

Основні результати. За результатами дослідження були виявлені сучасні виклики для освітніх систем, пов’язані з пандеміями, техногенними ризиками та соціальними трансформаціями, а також сформульовано принципи побудови освітнього простору майбутнього, що базуються на інтеграції безпеки життєдіяльності, охорони праці та громадського здоров’я.

Доведено значення культури безпеки як ключового чинника збереження життя та здоров'я учасників освітнього процесу та окреслено інноваційні технології та практики, які сприяють моніторингу стану здоров'я, профілактиці ризиків та розвитку навичок безпечної поведінки.

Запропоновано концептуальну модель інтеграції безпеки та здоров'я в освітній процес, що забезпечує стійкість системи до кризових умов та розроблено практичні рекомендації для закладів освіти щодо впровадження програм безпеки, профілактики та психологічної підтримки.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що майбутнє освіти неможливе без комплексного підходу до безпеки, що стає фундаментом розвитку освітнього простору та суспільства загалом.

Практична цінність. Практична значущість дослідження полягає у можливості застосування його результатів для реальної трансформації освітніх систем та підвищення їхньої стійкості до глобальних викликів.

Висновки та практичні рекомендації. Освітній простір майбутнього має будуватися на принципах інтеграції безпеки, охорони праці та громадського здоров'я, що забезпечує стійкість освітніх систем у кризових умовах.

Культура безпеки є ключовим чинником збереження життя та здоров'я учасників освітнього процесу й формування відповідального ставлення до ризиків.

Використання інноваційних технологій відкриває нові можливості для моніторингу, профілактики та управління ризиками в освітньому середовищі.

Інтеграція профілактичних заходів у навчальний процес сприяє підвищенню рівня громадського здоров'я та психоемоційної стійкості студентів і викладачів.

Запропонована концептуальна модель освітнього простору може стати основою для розробки державних стратегій та локальних програм, спрямованих на створення безпечного й здорового освітнього середовища.

На основі проведеного дослідження сформульовано такі практичні рекомендації для закладів освіти:

1. Розробити комплексну політику безпеки у закладах освіти з чіткими планами дій у надзвичайних ситуаціях.

2. Інтегрувати питання громадського здоров'я у навчальні програми, включаючи профілактику та психічне здоров'я.

3. Формувати культуру безпеки через інтерактивні методи навчання, тренінги та інформаційні кампанії.

4. Використовувати цифрові технології для моніторингу ризиків, дистанційного навчання та швидкого інформування про небезпеки.

5. Забезпечити психологічну підтримку студентів і викладачів, створюючи програми розвитку стійкості та адаптації до кризових умов.

6. Розширити співпрацю з державними та громадськими інституціями, залучаючи медичних працівників, служби охорони праці та органи місцевого самоврядування.

Таким чином, дослідження не лише окреслює теоретичні засади формування освітнього простору майбутнього, а й пропонує практичні інструменти для його впровадження, що робить результати роботи корисними як для науковців, так і для освітніх закладів.

Література

1. Гончаренко С. У. Педагогічні технології у вищій школі: безпека та інновації. Харків: Основа, 2019. 256 с.

2. Ковальчук І. В. Безпека життєдіяльності у закладах вищої освіти: навчальний посібник. Львів: ЛНУ ім. І. Франка, 2021. 198 с.

3. Ткаченко В. М. Громадське здоров'я та освітній процес у закладах вищої освіти. Дніпро: ДНУ, 2020. 220 с.

4. Юрченко О. В. Охорона праці у вищій школі: методичні рекомендації. Київ: КНЕУ, 2021. 144 с.

5. UNESCO. Education for Sustainable Development: A Roadmap. Paris: UNESCO Publishing, 2020. 75 p.

ISBN 978-83-68480-27-6
DOI https://doi.org/10.58246/SPIB4249