

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА**



**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
науково-практичної конференції
YOUNG SCIENCE 6.0 –
Конференція молодих вчених в медицині**

**15 травня 2025 року
Київ**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

**YOUNG SCIENCE 6.0 –
Конференція молодих вчених в медицині**

**Матеріали
науково-практичної конференції**

Електронне видання

Київ - 2025

УДК: 61:061.3

YOUNG SCIENCE 6.0 – Конференція молодих вчених в медицині : матеріали науково-практичної конференції. 15 травня 2025 року. МОЗ України, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика.- Київ : НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 2025.- 185 с.

Рекомендоване до видання рішенням вченої ради НУОЗ України від 18.06.2025 Протокол №6.

До збірника увійшли тези доповідей VI науково-практичної конференції «YOUNG SCIENCE 6.0 – Конференція молодих вчених в медицині», яка об'єднала науковий потенціал молодих дослідників — магістрантів і аспірантів Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. Захід став майданчиком для представлення інноваційних ідей, професійного діалогу та міждисциплінарної взаємодії.

Учасники конференції презентували результати своїх досліджень у широкому спектрі напрямків, що відображають найважливіші виклики й перспективи сучасної медичної науки та практики: вдосконалення лабораторної та інструментальної діагностики як основи своєчасного та точного клінічного рішення; запровадження нових підходів у фармації, спрямованих на підвищення ефективності й безпеки лікарських засобів; комплексний розвиток психіатричної, неврологічної, наркологічної допомоги та судово-медичної експертизи в умовах зростаючих психосоціальних навантажень; вирішення клінічних завдань у сфері акушерства, гінекології та репродуктивного здоров'я, що мають особливу вагу в демографічному контексті; реагування на нові виклики у терапії внутрішніх органів, сімейній медицині та сфері громадського здоров'я, зокрема в умовах війни й пандемічних загроз; удосконалення педіатричної практики та підвищення якості медичної допомоги дітям; розвиток сучасних хірургічних технологій і пошук ефективних рішень у післяопераційному супроводі; посилення спроможностей невідкладної допомоги, анестезіології та інтенсивної терапії в умовах надзвичайних ситуацій; дослідження механізмів публічного управління, медичного адміністрування та соціального захисту в трансформаційному суспільстві; аналіз актуальних проблем організації системи медичної допомоги та пошук шляхів її оптимізації; інтеграція цифрових технологій, інформатики

та штучного інтелекту в охорону здоров'я як передумова майбутнього системного прориву; осмислення філософських, етичних і біоетичних засад медицини, що набувають особливої ваги в контексті глобальних викликів; вивчення сучасних тенденцій у психології, пов'язаних із психічним здоров'ям, стресостійкістю та адаптацією особистості; розгляд педагогічних і правових аспектів у сфері медичної, фармацевтичної та психологічної освіти, з урахуванням міжгалузевих викликів.

Матеріали подано в авторській редакції. Відповідальність за науковий та літературний зміст опублікованих матеріалів несуть їхні автори. Думки авторів можуть не збігатися з позицією редколегії.

При передруку публікацій посилання на збірник обов'язкове.

Редакційна колегія:**ГОЛОВА:****Наталія САВИЧУК**

проректор з наукової роботи НУОЗ України імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України

ЧЛЕНИ:**Володимир КРАСНОВ**

завідувач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НУОЗ України імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук, професор

Світлана ХЛЕБАС

асистент кафедри терапевтичної стоматології НУОЗ України імені П. Л. Шупика, кандидат медичних наук

Лариса МЕЛЬНИЧУК

завідувач кафедри публічного управління, адміністрування та соціальної роботи НУОЗ України імені П. Л. Шупика, доктор наук з державного управління

Наталія БОЙЧЕНКО

професор кафедри фундаментальних дисциплін та інформатики НУОЗ України імені П. Л. Шупика

Сергій ДАНІЛЕВСЬКИЙ

аспірант кафедри громадського здоров'я, епідеміології та екології НУОЗ України імені П. Л. Шупика

Зміст

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ДИСТАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЇ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ	
Крістіна БАТАГА	11
ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В ПАРОДОНТІ ЩУРІВ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ПАРОДОНТИТУ В ПОЄДНАННІ ЗІ СТРЕСОМ	
Олександр ГУТНИК	12
ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПОРОЖНИНИ РОТА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ	
Ярослав КРАВЧЕНКО, Олексій БІДА	13
АНАЛІЗ КОНСЕРВАТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА ТА ОЦІНКА ЇХ ЕФЕКТИВНОСТІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	
Євген ЦЕХМІСТРО	17
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРСОНІФІКОВАНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ З ГВИНТОВОЮ ФІКСАЦІЄЮ НА ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТАХ З РІВНЯ МУЛЬТИЮНІТ-АБАТМЕНТІВ	
Сергій ЛУГІНА	21

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ В ПСИХОЛОГІЇ. ПЕДАГОГІКА, ПСИХОЛОГІЯ, МЕДИЧНЕ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ПРАВО

СІМЕЙНІ ПОРУШЕННЯ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ВІЙНИ: ПСИХОЛОГІЧНІ ПАТЕРНИ І НАПРЯМИ ЇХ КОРЕКЦІЇ	
Анна КОРНІЄЦЬКА	25
ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ В СІМ'ЯХ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З РАС, ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ	
Дар'я СОБОЛЬ	29
МІЖОСОБИСТІСНІ СТОСУНКИ В КЛАСІ ЯК ЧИННИК СХИЛЬНОСТІ ПІДЛІТКІВ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ	
Вікторія МИХАЛЬЧЕНКО	33
АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД В РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Віталіна ТКАЧЕНКО	36
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ НЕ ВКЛЮЧЕНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПІД ЧАС ОЦІНКИ ВКЛЮЧЕНОСТІ ВЕТЕРАНІВ У БІЗНЕС-ТРЕНІНГАХ	
Руслана ДЖУГАН	39

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ У МАЙБУТНІХ КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ДО НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ БОЙОВИХ ДІЙ	
Олена АСЛАНОВА	42
ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ	
Катерина МЕДВЕДЄВА.....	47
ШИЗОАФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД. ВІДМІННІСТЬ ВІД ШИЗОФРЕНІЇ. ЛІКУВАННЯ. СТАТИСТИКА ЗА ОСТАННІ РОКИ	
Вікторія БАЛАЦЬКА	51
ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ШИЗОФРЕНІЄЮ ПІД ВПЛИВОМ СТРЕС ФАКТОРІВ ВІЙНИ	
Данило БОНАДИК.....	53
ВПЛИВ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА ЗМІНУ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПЕРЕКОНАНЬ У ДОРОСЛИХ ІЗ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	
Богдан ХРАМОВ.....	57
ПОТЕНЦІАЛ ЙОГАТЕРАПІЇ В ПОДОЛАННІ АДАПТАЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У НАСЕЛЕННЯ, ПОСТРАЖДАЛОГО ВІД ВІЙНИ	
Ірина ТРОФИМОВА.....	59
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МЕТАФОРИЧНИХ АСОЦІАТИВНИХ КАРТ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОТРЕБ УЧАСНИКІВ ОСВІТЬОГО ПРОЦЕСУ	
Надія ЗАХАРОВА	63
ФОРМУВАННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ У ПЕДАГОГІВ ЗДО ЗАДЛЯ ПОДОЛАННЯ ЖИТТЄВИХ ВИКЛИКІВ СЬОГОДЕННЯ	
Олександра ЯРОШ.....	69
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНАМ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ: ВИКЛИКИ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ	
Яна ПРИЗЮК.....	78
ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ У СПІВРОБІТНИКІВ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	
Ірина ТРИПІЛЬСЬКА	83
ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ НАСНАЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ВІЙСЬКОВИХ ДЛЯ СТОСУНКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ	
Лісці КРИСТЕЛЬ	86

<i>ВПЛИВ СТРЕСУ НА РОЗВИТОК РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ: МЕХАНІЗМИ ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ</i>	
Людмила КАРПЕНКО	89
<i>СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ: ВИКЛИКИ ДІАГНОСТИКИ, МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ТА РОЛЬ ШКІЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА</i>	
Владислав ЛУК'ЯНЕНКО	92
<i>ДОСВІД ФОРМУВАННЯ ПРАВОВИХ ТА ЕТИЧНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ У НУОЗ УКРАЇНИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА</i>	
Лідія ЮРКОВСЬКА.....	97
 <u>ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, АДМІНІСТРУВАННЯ ТА СОЦІАЛЬНА РОБОТА. ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ</u>	
<i>РОЛЬ ДЕРЖАВИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ КІБЕРБЕЗПЕКИ ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ</i>	
Антон НЕЧЕПОРЧУК	102
<i>ТРАНСФОРМАЦІЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ</i>	
Максим НАДТОКА	104
<i>СВДС ЯК ІНСТРУМЕНТ ГЕОЕКОНОМІЧНОГО ПОЗИЦІОНУВАННЯ: УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ З ДОСВІДУ G20</i>	
Артем САМІЛЯК	108
<i>МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ДОТРИМАННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ</i>	
Олена ГАВРИЛЕНКО.....	111
<i>СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В ЄВРОПІ</i>	
Євген ЗАВАРЗІН	115
<i>ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВІЙНИ: ВПЛИВ НА ГРОМАДИ</i>	
Юлія КОЖЕДУБ	120
<i>ІНСТИТУТИ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ</i>	
Андрій КРАВЧУК	123
<i>МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ ЗДІЙСНЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ</i>	
Ірина ОСТАПЕНКО.....	128
<i>СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ</i>	
Євген РУЩЕНКО	133
<i>ОСОБЛИВОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ОРГАНУ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ</i>	

Євгенія СТРАШОК	139
<i>НАЦІОНАЛЬНІ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ РЕІНТЕГРАЦІЇ ВІТЕРАНІВ ВІЙНИ</i>	
Олексій ТКАЧЕНКО	144
<u>ТЕРАПІЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ, СІМЕЙНА МЕДИЦИНА ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: ВИКЛИКИ СУЧАСНОЇ ДОБИ. ВЕДЕННЯ ХВОРОБ ДИТЯЧОГО ВІКУ: АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ</u>	
<i>ОЗДОРОВЧА ІНФРАСТРУКТУРА РЕГІОНІВ УКРАЇНИ ЯК СУЧАСНА СКЛАДОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я</i>	
Сергій ДАНИЛЕВСЬКИЙ	150
<u>МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ІНФОРМАТИКИ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ШІ. ФІЛОСОФСЬКІ, ЕТИЧНІ ТА БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ</u>	
<i>ПРО ЩО СВІДЧИТЬ ФЕНОМЕН ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ В СОЦІОКУЛЬТУРНОМУ ВИМІРІ?</i>	
Оксана БЕЛЬДІЙ	154
<i>СУЧАСНІ МОДЕЛІ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ДЛЯ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ТА БІОХІМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ</i>	
Євгеній ЛУК'ЯНОВ	158
<i>ОПТИМІЗАЦІЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ДАНИХ ОБСТЕЖЕНЬ В ПАТОЛОГІЇ</i>	
Олександр ДУДІН	161
<i>КЛІНІЧНА ФІЛОСОФІЯ ЯК МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ ФІЛОСОФІЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ</i>	
Анна КОРНІЄЦЬКА	165
<u>ХІРУРГІЧНА ПРАКТИКА В УКРАЇНІ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА, АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ</u>	
<i>КОМПРЕСУЮЧИЙ СТРИЖЕНЬ ДЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСТАБІЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТІЛА КЛЮЧИЦІ</i>	
Олександр ГАПОН	171
<i>ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕФРАКТЕРНОЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ</i>	
Петро ГОНЧАРЕНКО	174
<i>МЕТАБОЛІЧНА ХІРУРГІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ</i>	

Роман ЯЦЕНКО..... 177

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЛАБОРАТОРНОЇ ТА
ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ. СУЧАСНІ ПИТАННЯ ФАРМАЦІЇ: НОВІ
ПІДХОДИ

*КТ-ХАРАКТЕРИСТИКА РАКУ НИРКИ В ПОЄДНАННІ З АНОМАЛІЯМИ СУДИННОЇ
НІЖКИ НИРКИ*

Єгор ЛАЗАР 182

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ДИСТАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЇ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ

Крістіна БАТАГА

*аспірантка кафедри терапевтичної
стоматології НУОЗ України*

імені П.Л. Шупика

ORCID <https://orcid.org/0009-0006-5740-5924>

*Науковий керівник: Лихота К.М.,
доктор медичних наук*

Анотація. Дистальна оклюзія у дітей часто поєднується з порушенням постави, що потребує міждисциплінарного підходу до лікування. У доповіді розглянуто взаємозв'язок між прикусом і постурою та підкреслено важливість співпраці ортодонта та остеопата.

Ключові слова: дистальна оклюзія, порушення постави, міждисциплінарне лікування.

Вступ. Дистальна оклюзія - аномалія у сагітальній площині, при якій нижній зубний ряд зміщений відносно верхнього зубного ряду дистально, при цьому спостерігається співвідношення зубів по II класу.

Актуальність теми. Своєчасна діагностика та міждисциплінарний підхід дозволяють не лише ефективно корегувати прикус, а й покращити загальне фізичне здоров'я дитини.

Мета роботи. Дослідити ефективність міждисциплінарного підходу до лікування дистальної оклюзії у дітей з порушенням постави.

Результати. У пацієнтів основної групи - за результатами комплексного лікування (дихальної програми, міофункціонального протоколу, раціональної остеопатичної корекції) ми отримали нормалізацію співвідношень щелеп, нормалізація положення нижньої щелепи, покращення профілю обличчя, нормалізація носового дихання, вирівнювання постави.

Висновки. Міждисциплінарний підхід до лікування дистальної оклюзії у дітей з порушенням постави є доцільним та ефективним.

Список використаних джерел

Orminston JP, Huang GJ, Little RM, Decker JD, Seuk GD. Retrospective analysis of long-term stable and unstable treatment outcomes. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2005;128:568–74.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В ПАРОДОНТІ ЩУРІВ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ПАРОДОНТИТУ В ПОЄДНАННІ ЗІ СТРЕСОМ

Олександр ГУТНИК

*аспірант кафедри терапевтичної
стоматології НУОЗ України*

імені П. Л. Шупика

*Науковий керівник: Білоклицька Г. Ф.,
доктор медичних наук, професор*

Мета. Дослідити зміни показників про- та антиоксидантної системи в пародонті щурів на моделі експериментального пародонтиту в умовах кальційдефіцитного стану та під впливом шумо-холодового стресу.

Матеріали та методи. Експерименти проведені на 16 білих лабораторних щурах, яких розподілили на 2 групи по 8 особин в кожній: 1 група – контрольна – інтактні тварини; 2 група – дослідна- модель пародонтиту. Моделювання пародонтиту проводили шляхом розвитку в організмі тварин токсичного кальцій-дефіцитного стану з додатковим впливом шумо-холодового стресу за наступною схемою: на протязі 21 доби тваринам щоденно вводили 2% розчин комплексону ЕДТА і антагоніст вітаміна К - варфарин. Шумо-холодовий стрес моделювали утриманням тварин на протязі 7 діб при температурі 5 °С та відносній вологості повітря 83-91%, з додаванням шумового навантаження на рівні 92-95 дБ протягом 15 хв. по 4 рази на день, що призводить до фізіологічних і психологічних негативних наслідків на нервову систему.

В тканинах пародонту тварин за методом Лоурі-Фоліна [1], досліджували вміст дієнових кон'югатів, малонового діальдегіду, активність ключових ферментів – супероксиддисмутази, каталази, глутатіонпероксидази, та їх співвідношення.

Результати. При моделювання пародонтиту на фоні розвитку кальцій дефіцитного стану та впливу стресогенних факторів у тварин 2 вміст

малонового діальдегіда підвищився на 38,5 % ($p<0,01$) при одночасній активації супероксиддисмутази майже на 30,0 % ($p<0,05$), та тенденцією до зниження каталазної активності на 15,0 %. При цьому, співвідношення СОД/КАТ – збільшилося більше ніж в 1,5 рази, що може викликати додатковий розвиток цитотоксичних ефектів внаслідок накопичення в тканинах перекису водню.

Дослідження ключового ферменту глутатіон-антиоксидантної системи – глутатіонпероксидази - також дозволило виявити зниження його активності в 2-ій групі на 35,4 % ($p<0,05$), при цьому співвідношення МДА/(ГП) підвищилося майже вдвічі, що свідчить про стан виснаження даної захисної системи.

Висновки. У експериментальних тварин під впливом кальційдефіцитного стану в поєднанні зі шумо-холодовим стресом в тканинах пародонту виявлено дисбаланс в системі про-та антиоксидантного захисту із значним зниженням (до 40,0%, $p<0,05$) активності ферменту глутатіонової ланки.

Список використаних джерел

1.Клінічна лабораторна діагностика: підручник / В. Г. Хоперія, О. І. Харченко, Т. Б. Синельник О. С. Костюк, Л. І. Остапченко – К. : ВПЦ "Київський університет", 2022. – 600 с. – [40] с. іл. ISBN 978-966-933-139-7;

ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПОРОЖНИНИ РОТА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Ярослав КРАВЧЕНКО, Олексій БІДА

*кафедра ортопедичної стоматології,
цифрових технологій та імплантології
НУОЗ України імені П.Л. Шупика*

Анотація. У роботі визначено провідні біологічні, поведінкові й соціально-економічні аспекти, що обумовлюють підвищений ризик стоматологічних захворювань у вагітних. На основі стандартизованого опитування 57 респонденток трьох вікових підгруп встановлено шість ключових блоків ризику - висока частота скарг, неповноцінна гігієна, карієсогенний раціон і обмежена обізнаність щодо профілактики. Найуразливішими виявилися молодші жінки через низьке використання

міжзубних засобів і високе споживання ерозивних продуктів, тоді як старших відрізняє більша поширеність хронічних патологій і шкідливих звичок.

Ключові слова: вагітність, фактори ризику, гігієна, профілактика.

Вступ. Вагітність зумовлює системні гормональні, імунні та метаболічні зміни, які призводять до порушення гомеостазу порожнини рота. Підвищені рівні естрогену і прогестерону викликають вазодилатацію, збільшують проникність капілярів і послаблюють місцевий імунітет, що в поєднанні зі змінами мікробіому підвищує вразливість до гінгівіту та пародонтиту [1]. У другій половині гестації активізується трансплацентарний перенос кальцію та фосфору, тому за дефіциту кальцію і вітаміну D у матері формується негативний мінеральний баланс, гальмується ремінералізація емалі й зростає ризик карієсу та ерозій [2]. Нерідко раціон не покриває добові потреби в цих нутрієнтах, що поглиблює демінералізаційно-ремінералізаційний дисбаланс [3,4], тоді як кислі і солодкі перекуси, блювання та гастроезофагальний рефлюкс під дією гормонів підвищують кислотне навантаження на емаль [5]. Запальний фон посилюють супутні захворювання: гестози, гестаційний діабет, аутоімунні, інфекційні й серцево-судинні порушення [1]. Обмежені гігієнічні навички, нерегулярні профілактичні візити і соціально-економічні бар'єри звужують доступ до стоматологічної допомоги, тому оральна патологія частіше реєструється у малозабезпечених вагітних [6,7]. У сукупності ці біологічні, поведінкові та соціальні фактори формують період підвищеного ризику, що потребує комплексних досліджень і адаптованих профілактичних програм.

Мета роботи. Вивчення основних факторів ризику виникнення стоматологічних захворювань у вагітних жінок.

Матеріали та методи. Проведено стандартизоване опитування закритого типу серед вагітних з метою виявлення індивідуальних факторів ризику, що можуть впливати на стан ротової порожнини під час вагітності. Після збору анкетних даних 57 респонденток було розподілено на три вікові підгрупи: A1 (18–24 роки, 23 особи), A2 (25–34 роки, 18 осіб) і A3 (35–45 років, 16 осіб). Опитування охоплювало питання щодо особливостей гігієнічної поведінки, харчових звичок, обізнаності в питаннях гігієни, наявності скарг, а також соціально-економічних бар'єрів у доступі до стоматологічної допомоги.

Результати. Визначено шість основних груп факторів ризику, які, ймовірно, сприяють зростанню поширеності стоматологічних захворювань у період гестації й водночас задають вектор для розробки цільових профілактичних заходів.

1. Для всіх вікових підгруп характерна висока поширеність суб'єктивних скарг на запалення в порожнині рота: кровоточивість ясен відзначили 61–63 %, зміну їх зовнішнього вигляду — 38–52 %. Дещо рідше респондентки повідомляли про чутливість ясен (31–43 %), неприємний запах з рота (31–43 %) та біль під час чищення зубів (19–28 %). При цьому скарги на неприємний запах, зміну вигляду й чутливість ясен помітно частішають у наймолодшій групі респонденток (18–24 роки).

2. Регулярність та повнота гігієнічного догляду за порожниною рота залишаються недостатніми. Попри те, що більшість опитаних чистять зуби принаймні двічі на день (74 % в A1, 84 % в A2, 82 % в A3), абсолютна більшість обмежується лише щіткою і пастою (100 % у всіх підгрупах). Додаткові засоби використовуються значно рідше: міжзубні засоби — лише 17–50 %, ополіскувачі — 26–38 %, іригатори — 0–19 %, причому особливо низька частота застосування спостерігається у групах A1 та A2. Така комбінація підвищує ризик як карієсу, так і запальних уражень ясен, особливо у молодшій групі, де застосування додаткових засобів гігієни є найнижчим.

3. Шкідливі звички та супутні системні захворювання виступають суттєвими додатковими факторами ризику. Куріння відзначили 13 % учасниць у групі A1 і 19 % — у групі A3, тоді як вживання алкоголю зростає з 4 % до 19 % у тих самих вікових діапазонах. Частка вагітних з хронічними захворюваннями також зростає з віком: від 9 % у наймолодшій групі до 50 % у найстаршій. Сумарний вплив куріння, наявних хронічних патологій і фізіологічних змін, притаманних вагітності, значно підвищує ризик запальних уражень пародонта, особливо серед жінок 35–45 років, що вказує на їхню підвищену вразливість.

4. Дієтичні звички респонденток загалом мають карієсогенний характер: незалежно від віку регулярно споживаються солодощі (38–74 %), фруктові соки (38–44 %) й хлібобулочні вироби (52–63 %). У наймолодшій підгрупі A1 найвищими залишаються показники вживання солодощів та газованих напоїв (75 % і 56 % відповідно), тоді як серед

учасниць А3 частіше фіксують вживання алкогольних напоїв з високим ерозивним потенціалом (31 %).

5. Обізнаність вагітних щодо профілактики порожнини рота залишається неповною: головним джерелом інформації про гігієнічні процедури виступає інтернет (74 % у А1, 67 % у А2, 50 % у А3), тоді як інформацію від стоматолога отримують лише 26–63 % жінок. Рекомендовану частоту професійної гігієни знають 30 % і 44 % учасниць у групах А1 та А2 відповідно й 63 % у А3. Добові потреби в кальції та вітаміні D знають 22–50 % респонденток, а найнижчий рівень знань фіксується в групі А1, де 44 % і 50 % відповідно не можуть назвати ці норми, що підкреслює потребу в цільовому освітньому супроводі молодших вагітних.

6. Доступність та активне звернення за стоматологічною допомогою залишаються недостатніми: лише 22–31 % опитаних відвідують стоматолога раз на півроку, а 38–70 % мали невилікувані зуби ще до вагітності, причому найгірший показник спостерігається у групі А1. Фінансові бар'єри стали причиною відкладеного лікування у 38–39 % респонденток незалежно від віку, тоді як страх і тривога частіше згадуються молодшими пацієнтками (26 % у А1 порівняно з 19 % у А3). Поєднання нерегулярних профілактичних візитів і невіршеної дентальної патології підтримує збереження інфекційних осередків у порожнині рота.

Висновки. Підсумовуючи отримані результати, найуразливішою виявилася молодша група вагітних: вони рідше користуються міжзубними засобами, гірше знають рекомендації щодо професійної гігієни і частіше споживають солодкі та газовані продукти з високим ерозивним потенціалом. Старші респондентки натомість мають більше хронічних захворювань та частіше мають шкідливі звички, що підсилює системне навантаження й ускладнює перебіг пародонтальних патологій. Соціально-економічні перешкоди, брак достовірної інформації та страх перед лікуванням змушують багатьох вагітних відкладати або ігнорувати регулярні профілактичні візити. Оптимізація профілактики і терапії потребує комплексного підходу, що поєднає ранню діагностику, освітні програми, корекцію дієти і поведінкових факторів та розширення доступу до стоматологічної допомоги.

Список використаних джерел

1. Sodiqova S.A., Boboqulov O., Xolmo'minov B., Normo'minova G. The Effect of Fetal Function on the Condition of the Oral Cavity. Risk Factors for the Development of Dental Diseases During Pregnancy // *Valeology: International Journal of Medical Anthropology and Bioethics*. – 2024. – Т. 2, № 5. – С. 149–151.
2. Kovacs C.S. Maternal Mineral and Bone Metabolism During Pregnancy, Lactation, and Post-Weaning Recovery // *Physiol Rev*. – 2016. – Т. 96. – С. 449–542.
3. Lowensohn R.I., Stadler D.D., Naze C. Current Concepts of Maternal Nutrition // *Obstetrical and Gynecological Survey*. – 2016. – Т. 71, № 7. – С. 414–416.
4. Ross A.C., Taylor C.L., Yaktine A.L., Del Valle H.B. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. – Washington, DC: The National Academies Press, 2011. – С. 345–350.
5. Lussi A., Megert B., Shellis R.P., Wang X. Analysis of the erosive effect of different dietary substances and medications // *British Journal of Nutrition*. – 2012. – Vol. 107. – С. 9–11.
6. Кузьміна В. А., Якубова І. І., Коркач Г. М. Санітарна освіта вагітних щодо гігієни порожнини рота як важлива ланка в антенатальній профілактиці карієсу зубів // *Новини стоматології*. – 2016. – № 4 (89). – С. 49–50.
7. World Health Organization. Global Oral Health Status Report: Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030. – Geneva: WHO, 2022. – С. 5–7.

АНАЛІЗ КОНСЕРВАТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА ТА ОЦІНКА ЇХ ЕФЕКТИВНОСТІ (огляд літератури)

Євген ЦЕХМІСТРО

*аспірант кафедри терапевтичної
стоматології НУОЗ України
імені П. Л. Шупика
Науковий керівник: Павленко Е. М.,
кандидат медичних наук, доцент*

Анотація. Робота присвячена огляду сучасних консервативних методів лікування захворювань пародонта з метою оцінки їх ефективності на основі аналізу клінічних досліджень, рекомендацій і наукових публікацій за останні п'ять років. Розглянуто як традиційні методи (професійне чищення, антисептична обробка, PRP-терапія), так і перспективні напрями, що включають фотобіомодуляційну терапію, пробіотики, інгібітори цитокінів і біоактивні матеріали. Встановлено, що комбінація класичних та інноваційних методів може покращити клінічні результати і потребує подальших досліджень.

Ключові слова: пародонтит, консервативне лікування, гігієна порожнини рота, PRP-терапія, фотобіомодуляція, пробіотики, біоактивні матеріали.

Вступ. Захворювання пародонта є однією з найпоширеніших проблем у стоматології, що може призвести до втрати зубів і впливає на загальний стан здоров'я. Ефективне лікування потребує комплексного підходу, який поєднує класичні та сучасні методи. У зв'язку з цим актуальним є аналіз ефективності консервативних підходів, які застосовуються в щоденній клінічній практиці.

Актуальність. Захворювання пародонта є однією з найпоширеніших патологій порожнини рота, що вражає до 90% дорослого населення у світі, залежно від віку та регіону. У структурі причин втрати зубів пародонтит посідає провідну роль. Висока поширеність, хронічний перебіг та вплив на якість життя пацієнтів зумовлюють потребу в удосконаленні підходів до лікування. Тенденції сучасної пародонтології свідчать про ефективність комбінування перевірених класичних підходів із новітніми технологіями, що сприяє підвищенню якості лікування та зниженню ризику ускладнень. Саме тому дослідження ефективності консервативних методів лікування є надзвичайно актуальним у клінічній практиці.

Мета роботи. Провести аналіз літературних джерел та оцінити ефективність сучасних методів лікування захворювань пародонта відповідно до клінічних результатів, описаних у дослідженнях.

Матеріали та методи. Для досягнення мети, було здійснено систематичний огляд наукової літератури, зокрема оцінка клінічних досліджень, публікацій та рекомендацій, опублікованих протягом останніх 10 років (2015–2025). Аналіз базувався на наступних даних електронних ресурсів та літературних джерел: FDI World Dental

Federation, PubMed, Nature, SAGE Journals, BMC Oral Health, European Federation of Periodontology (EFP), Journal of Clinical Periodontology, National Library of Medicine (NLM), Ukrainian Academy of Periodontology, Frontiers in Microbiology, Cochrane Library, Java Community Process (JCP), American Dental Association (ADA), ScienceDirect, Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences, Academic Commons, Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (SDCEP), Synapse, SARPublication.

Результати. Було проаналізовано результати консервативних методів лікування пародонтиту, зокрема ультразвуковий скейлінг, закритий кюретаж, антисептичну терапію, застосування біологічно активних добавок та гелів місцево, використання лікувальних зубних паст та підтримуючу PRP-терапію тощо. Також оцінені результати перспективних методів, які досліджуються, серед яких фотобіомодуляційна терапія (PBMТ), препарати інгібіторів цитокінів, пробіотична терапія, використання натуральних біоактивних сполук, а також гібридних матеріалів на основі мезопористого біоактивного скла.

Висновки. Згідно аналізу літератури і оцінки методів лікування пародонтиту, встановлено, що ефективність терапії забезпечується поєднанням професійного скейлінгу, антисептичної обробки та підбору індивідуальних засобів гігієни. Додаткове застосування PRP терапії, лікувальних гелів і паст може покращити клінічні результати. Перспективні підходи, такі як фотобіомодуляція, пробіотики, препарати інгібітори цитокінів та біоактивні матеріали, мають потенціал, але потребують подальших досліджень. Комбіноване використання класичних і новітніх методів відкриває нові можливості в лікуванні пародонтиту.

Список використаних джерел

1. Ganji K.K., Alam M.K., Alkhwaitm M.A., Al-Hammad K.A.S., Sultan S. Comparing the efficacy of different maintenance intervals on preventing disease recurrence in patients with a history of periodontal treatment, 2024. – T. 16, Suppl. 1. – С. S768–S770. – doi:10.4103/jpbs.jpbs_1002_23.
2. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Воробйова Г.М. Зміни цитокінового профілю і вмісту анти-Hsp60 антитіл різної специфічності при генералізованому пародонтиті. Український стоматологічний альманах. 2016;№1(т.1):24–28.

3. Nazir M.A. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention [Електронний ресурс] / M.A. Nazir. – Int J Health Sci (Qassim). – 2017. – Т. 11, № 2. – С. 72–80.
4. Майбородіна Д.Д. Підвищення ефективності комплексного диференційованого персоналізованого лікування хворих із генералізованими захворюваннями пародонта: дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.22 — стоматологія / Д.Д. Майбородіна. — Київ, 2020. — 360 с.
5. Шкребнюк Р.Ю., Дирик В.Т., Виноградова О.М. Динаміка пародонтальних індексів у хворих на генералізований пародонтит, ускладнений цукровим діабетом І типу та кардіоміопатією // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2022. – Т. 10, № 3 (37). – С. 241–246.
6. Tettamanti L., Andrisani C., Gaudio R.M., et al. Genetic susceptibility and periodontal disease: a retrospective study on a large Italian sample // Oral Implantology (Rome). – 2017. – Vol. 10, No. 1. – P. 20–27. – DOI: [10.11138/orl/2017.10.1.020](https://doi.org/10.11138/orl/2017.10.1.020).
7. Abdulkareem A.A., Al-Taweel F.B., Al-Sharqi A.J.B., Gul S.S., Sha A., Chapple I.L.C. Current concepts in the pathogenesis of periodontitis: from symbiosis to dysbiosis, 2023. – Т. 15, № 1. – С. 2197779. – doi:10.1080/20002297.2023.2197779
8. Romandini M., Lima C., Ioannidou E., et al. Ease and practicability of the 2017 classification of periodontal diseases and conditions: A systematic review // Journal of Clinical Periodontology. – 2024. – Vol. 51, No. S27. – P. 6–23. – DOI: [10.1111/jcpe.13912](https://doi.org/10.1111/jcpe.13912).
9. Zardawi F., Leyland M., Rahman A., Huo Y.R. Current Biomarkers for Periodontitis: A Narrative Review // Diagnostics. – 2023. – Vol. 13, No. 3. – Article 379. – DOI: [10.3390/diagnostics13030379](https://doi.org/10.3390/diagnostics13030379). – PMID: 36771085. – PMCID: PMC9954907.
10. Muniz F.W.M.G., Langa G.P.J., Pimentel R.P., Martins J.R., Pereira D.H., Rösing C.K. Comparison Between Hand and Sonic/Ultrasonic Instruments for Periodontal Treatment: Systematic Review with Meta-Analysis // Journal of the International Academy of Periodontology. – 2020. – Vol. 22, No. 4. – P. 187–204.
11. Yao H., Turali Emre E.S., Fan Y., Wang J., Liu F., Wei J. L-arginine modified mesoporous bioactive glass with ROS scavenging and NO release for periodontitis treatment // *Bioactive Materials*. – 2025. – Vol. 48. – P. 200–216. – DOI: [10.1016/j.bioactmat.2025.02.015](https://doi.org/10.1016/j.bioactmat.2025.02.015).

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРСОНІФІКОВАНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ З ГВИНТОВОЮ ФІКСАЦІЄЮ НА ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТАХ З РІВНЯ МУЛЬТИЮНІТ-АБАТМЕНТІВ

Сергій ЛУГІНА

*аспірант кафедри ортопедичної
стоматології, цифрових технологій та
імплантології НУОЗ України
імені П. Л. Шупика*

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1098-3908>

*Науковий керівник: Леоненко П. В., доктор
медичних наук, професор*

Анотація. Робота присвячена проблемі протезування на дентальних імплантатах у пацієнтів з адентією. Розглянуто особливості персоніфікованого підходу до протезування на імплантатах з гвинтровою фіксацією на рівні мультиюніт-абатментів. Мета – підвищення якості ортопедичного лікування шляхом використання CAD/CAM технологій протезування на дентальних імплантатах на рівні мультиюніт-абатментів. Проведено ретроспективний аналіз літератури з баз даних PubMed та Google Scholar для визначення переваг та недоліків різних методів. Встановлено, що гвинтова фіксація на мультиюніт-абатментах є надійним методом, що забезпечує точність та зменшує ризики, хоча має певні недоліки, як-от незадовільна естетика у випадках при тонкому фенотипі ясен.

Ключові слова. Мультиюніт-абатмент, гвинтова фіксація, протезування на імплантатах.

Вступ. Протезування на дентальних імплантатах є важливим напрямом сучасної стоматології, що дозволяє ефективно відновлювати функцію та естетику зубних рядів. Особливої уваги заслуговує персоніфікований підхід із застосуванням гвинтрової фіксації протезних конструкцій на рівні мультиюніт-абатментів, що поєднує переваги сучасних CAD/CAM технологій та сприяє мінімізації ризиків, пов'язаних із цементною фіксацією.

Актуальність. Потреба населення України у протезуванні, за даними щорічних звітів центрів медичної статистики МОЗ України та дослідників, в середньому становить 75% і має тенденцію до поступового зростання [1, 2]. Спостерігається високий рівень потреби у зубному протезуванні на

дентальних імплантатах у пацієнтів з частковою і повною адентією. Разом з тим, відзначається відсутність уніфікованого та обґрунтованого алгоритму застосування CAD/CAM технологій для виготовлення зубних протезів з гвинтовою фіксацією на дентальних імплантатах з рівня мультиюніт-абатментів [3, 4]. Існують також суперечливі дані щодо оптимального вибору сучасних конструкційних складових та матеріалів для таких протезів [5, 6]. Зазначені аспекти створюють передумови для пошуку нових та вдосконалення існуючих підходів до стоматологічної реабілітації пацієнтів з дефектами зубних рядів.

Мета роботи. Підвищення якості ортопедичного лікування пацієнтів з різними видами адентії шляхом впровадження персоналізованого підходу до протезування на дентальних імплантатах з гвинтовою фіксацією на рівні мультиюніт-абатментів, використовуючи переваги сучасних технологій CAD/CAM.

Для досягнення поставленої мети було визначено задачі: на основі ретроспективного аналізу літератури з баз даних PubMed та Google Scholar визначити переваги і недоліки методу цементної, гвинтової (з рівня платформи імплантата) та гвинтової (з рівня мультиюніт-абатментів) фіксації протезних конструкцій на дентальних імплантатах.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз літератури з баз даних PubMed та Google Scholar для визначення переваг та недоліків різних методів протезування на імплантатах за темою дослідження у вітчизняних та зарубіжних джерелах.

Результати. За даними опрацьованої літератури, основними перевагами та недоліками методу гвинтової фіксації протезних конструкцій з рівня мультиюніт-абатментів є наступні:

Переваги - мінімальна травматизація та збереження навколишніх м'яких тканин; скорочення загальних термінів реабілітації пацієнтів [7]; висока функціональність конструкції, забезпечення рівномірного розподілу жувального навантаження; досягнення точного і пасивного прилягання каркаса протеза [8]; зменшення ризиків біологічних (наприклад, періімплантит через залишки цементу) і технічних ускладнень; можливість легкого зняття та повторної фіксації конструкції для проведення професійної гігієни, корекції або ремонту [9]; висока естетичність при достатній товщині ясенного фенотипу та оптимальному позиціонуванні імплантатів [10].

Недоліки - імовірність розкручування або перелому фіксуючого гвинта; незадовільна естетика у випадках значного нахилу імплантатів або при тонкому фенотипі ясен (можливе просвічування шахти гвинта); збільшення загальної вартості лікування через використання додаткових компонентів (мультиюніт-абатментів) [11].

Висновки. Персоніфіковане протезування з гвинтовою фіксацією на дентальних імплантатах з рівня мультиюніт-абатментів є надійним, передбачуваним та клінічно ефективним методом відновлення цілісності зубного ряду та жувальної функції [12].

Застосування CAD/CAM технологій при такому підході забезпечує високу точність виготовлення протезних конструкцій, сприяє зменшенню ризиків ускладнень та покращує довгострокові результати лікування, що веде до підвищення рівня задоволеності пацієнтів [13].

Подальші дослідження необхідні для оптимізації протоколів та вивчення довгострокової ефективності таких конструкцій у різних клінічних ситуаціях.

Список використаних джерел

1. Вороненко Ю. В., Павленко О. В., Мазур І. П. *Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008–2018 роки*. Кропивницький : Поліум, 2018. 250 с.
2. Мазур І. П. Про стан та перспективи стоматологічної допомоги в Україні. *Современная стоматология*. 2017. № 2. С. 69–71.
3. Леоненко П. В., Кокоєва Ю. В. Експериментальне обґрунтування комбінації конструкційних матеріалів та персоналізованих протетичних елементів для протезування на дентальних імплантатах. *Сучасна стоматологія*. 2020. № 101(2). С. 76–83. DOI: 10.33295/1992-576X-2020-2-76.
4. Revilla-León M., Ntovas P., Barmak A. B., Rutkunas V., Kois J. C. Implant scanning workflows: Accuracy of registration methods for integrating intraoral scans containing soft tissue and tooth position information. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2025.01.017>
5. Леоненко П. В., Кокоєва Ю. В., Леоненко Г. П. Результати застосування удосконаленого алгоритму безпосереднього протезування з опорою на дентальних імплантатах із персоналізованим підходом. *Сучасна стоматологія*. 2021. № 106(2). С. 76–83. DOI:10.33295/1992-576X-2021-2-56.

6. Di Fiore A., Meneghello R., Graiff L., Savio G., Vigolo P., Monaco C., Stellini E. Full arch digital scanning systems performances for implant-supported fixed dental prostheses: a comparative study of 8 intraoral scanners. *Journal of Prosthodontic Research*. 2019. Vol. 63, No 4. P. 396–403. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpor.2019.04.002>
7. Limones A., Çakmak G., Fonseca M., Rocuzzo A., Cobo-Vázquez C., Gómez-Polo M., Molinero-Mourelle P. Impact of scanning interruptions on accuracy of implant-supported full-arch scans: An in-vitro pilot study. *Journal of Dentistry*. 2025. Vol. 153. Art. 105503. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2024.105503>
8. Marques S., Ribeiro P., Falcão C., Lemos B. F., Ríos-Carrasco B., Ríos-Santos J. V., Herrero-Climent M. Digital impressions in implant dentistry: a literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18, No 3. Art. 1020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18031020>
9. Manzella C., Bignardi C., Burello V., Carossa S., Schierano G. Method to improve passive fit of frameworks on implant-supported prostheses: An in vitro study. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2016. Vol. 116, No 1. P. 52–58. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2016.01.006>
10. Demirel M., Donmez M. B., Şahmalı S. M. Trueness and precision of mandibular complete-arch implant scans when different data acquisition methods are used. *Journal of Dentistry*. 2023. Vol. 138. Art. 104700. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2023.104700>
11. Afrashtehfar K. I., Alnakeb N. A., Assery M. K. Accuracy of intraoral scanners versus traditional impressions: A rapid umbrella review. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*. 2022. Vol. 22, No 3. Art. 101719. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2022.101719>
12. Vitai V., Németh A., Sólyom E. et al. Evaluation of the accuracy of intraoral scanners for complete-arch scanning: a systematic review and network meta-analysis. *Journal of Dentistry*. 2023. Vol. 137. Art. 104636. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2023.104636>
13. Rutkūnas V., Kuleš D., Revilla-León M., Akulauskas M., Auškalnis L., Gendvilienė I. Full-Arch Digital Implant Impression Trueness: An in Vivo Study. *Clinical Oral Implants Research*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/clr.14411>

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ В ПСИХОЛОГІЇ. ПЕДАГОГІКА, ПСИХОЛОГІЯ, МЕДИЧНЕ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ПРАВО

СІМЕЙНІ ПОРУШЕННЯ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ВІЙНИ: ПСИХОЛОГІЧНІ ПАТЕРНИ І НАПРЯМИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Анна КОРНІЄЦЬКА

*Науковий керівник: Башинський О.,
кандидат медичних наук*

Анотація. У дослідженні з'ясовується вплив хронічного стресу війни на родинну систему та психічне здоров'я дітей. Встановлено зв'язок між батьківською травматизацією і зростанням емоційних та поведінкових труднощів у дітей. Узагальнено ефективні психосоціальні втручання, зокрема сімейно-орієнтовані програми, що враховують культурний контекст. Робота має прикладне значення для фахівців, які працюють у посттравматичних умовах.

Ключові слова. Хронічний стрес війни, сімейна дезадаптація, психічне здоров'я дітей, ПТСР у батьків, психосоціальні інтервенції.

Вступ. Актуальність. Воєнний стан створює тривалий психологічний тиск на родини, що проявляється в зростанні конфліктності, емоційного виснаження батьків і зниженні якості стосунків із дітьми [9]. Порухення сімейної взаємодії часто стають фоном для розвитку емоційних, поведінкових і когнітивних проблем у дітей [2; 7]. В умовах війни особливої ваги набуває системний підхід, що розглядає родину як ключовий контекст формування й підтримки психічного здоров'я дитини [1; 3].

Мета дослідження: з'ясувати ключові патерни дезадаптації в сім'ях, що перебувають у стані хронічного стресу війни, визначити їхній вплив на психічне здоров'я дітей та узагальнити ефективні підходи до корекційної роботи в родинному контексті.

Матеріали та методи. У роботі здійснено якісний аналіз 9 сучасних емпіричних та оглядових досліджень, опублікованих у рецензованих наукових журналах у період 2008–2024 років. Відбір джерел здійснювався за критерієм їхньої наукової валідності та релевантності до теми сімейної дезадаптації в умовах війни. Використано метод контент-аналізу для виокремлення повторюваних психологічних патернів та

систематизації даних про ефективні напрямки психокорекції в родинному контексті.

Результати. Хронічний стрес війни має каскадний вплив на родинну систему, зокрема на якість батьківства, структуру прив'язаності та психічне здоров'я дітей.

У військових і переміщених родинах спостерігається зростання дезадаптивних патернів: зниження емоційної доступності батьків, підвищення конфліктності у парі, феномен «ходіння навшпиньки» як відповідь на симптоми ПТСР одного з членів сім'ї [2; 5].

Дослідження показують, що наявність ПТСР у ветерана асоціюється зі значним зростанням симптомів тривоги, депресії, поведінкових порушень і проблем з навчанням у його дітей [2; 9].

Симптоми батьків опосередковано впливають на дітей через послаблення батьківської чуйності, непослідовне або коерсивне виховання, тривожну або дезорганізовану прив'язаність [6; 7].

Війна провокує трансформації родинної динаміки в бік менш функціональних типів: від позитивних зв'язків — до структур з емоційним відчуженням, униканням, жорстким контролем або суперечливими уявленнями про якість стосунків між поколіннями. Саме ці типи сімейної організації визначають рівень дитячої вразливості до ПТСР, тривожності та депресії незалежно від інтенсивності травмуючої події [7].

Психосоціальний стан дитини визначається не лише наявністю безпосереднього травматичного досвіду, а й контекстом: травматизація батьків, ізоляція, втрата стабільного середовища, культурна дезорієнтація — всі ці фактори є критичними для дитячого добробуту [1; 4].

Наприклад, дослідження в Україні показало, що навіть при відсутності безпосереднього бойового досвіду у дитини, психоемоційний стан батьків виступає ключовим чинником ризику для виникнення у дітей симптомів тривоги, депресії, проблем з увагою [4].

У випадку тривалого впливу стресу без підтримки з боку дорослих формуються когнітивні патерни вразливості: образ себе як безпомічного, інших — як ворожих, світу — як небезпечного [7; 8]. У таких випадках високий ризик формування комплексного ПТСР із порушенням регуляції емоцій, самооцінки та здатності до побудови стосунків [6].

Водночас дослідження показують і чинники захисту:

- теплі, структуровані й чутливі стосунки з батьками;

- наявність значущих дорослих (навіть поза сім'єю);
- участь у колективних практиках (гра, релігія, школа);
- емоційна грамотність батьків;
- соціальна підтримка;
- збереження стабільності після міграції [3; 6].

Психосоціальні інтервенції: ефективні підходи

Огляд програм втручання показує ефективність мультикомпонентних, культурно адаптованих інтервенцій, що охоплюють не лише дітей, а й усю родину:

FOCUS, ADAPT, Strong Families Strong Forces: програми, які зміцнюють батьківські навички, парну взаємодію та дитячу резиліентність [5].

GenerationPMTO, Happy Families, CAFES, TAFES: системні програми для біженців, які адаптовані до культурного контексту і мають доведену ефективність у зниженні ПТСР, покращенні стосунків і батьківської ефективності [3].

Психосоціальні втручання першого рівня: арт-терапія, групи саморегуляції, шкільні програми з елементами КПТ [1; 8].

Психосоціальні втручання другого рівня (спеціалізовані): Потребують участі кваліфікованих спеціалістів (психологів, психотерапевтів), спрямовані на дітей і родини з клінічно значущою симптоматикою (ПТСР, депресія, дезадаптація): **травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT)** — з доведеною ефективністю у дітей у зонах конфліктів; **наративна експозиційна терапія (NET)** — актуальна при кумулятивній травматизації; **EMDR (Desensitization and Reprocessing)** — при глибоко вкорінених симптомах ПТСР; **сімейна психотерапія з роботою над прив'язаністю та відновленням емоційної доступності** [3; 5].

Цифрові інструменти для психоедукації та саморегуляції (наприклад, мобільні додатки) [1; 8].

Підкреслюється також критична необхідність інтеграції травмоінформованого підходу в державну політику, навчання вчителів і шкільного персоналу, залучення парапрофесіоналів із громад [1; 9].

Висновки. Отримані результати розкривають складну динаміку впливу хронічного стресу війни на сімейне середовище та психічне здоров'я дітей. Практична цінність полягає в узагальненні системних психосоціальних підходів, які можуть бути використані для розробки

сімейно-орієнтованих інтервенцій у роботі психологів, соціальних служб та освітніх закладів у посттравматичних контекстах.

Список використаних джерел

1. Bürgin, D., Anagnostopoulos, D., Vitiello, B., Sukale, T., Schmid, M., & Fegert, J. M. (2022). Impact of war and forced displacement on children's mental health—Multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 845–856. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01997-0>
2. Klarić, M., Frančisković, T., Klarić, B., Kvesić, A., Kaštelan, A., Graovac, M., & Diminić Lisica, I. (2008). Psychological problems in children of war veterans with posttraumatic stress disorder in Bosnia and Herzegovina: Cross-sectional study. *Croatian Medical Journal*, 49(4), 491–498. <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.4.491>
3. Mak, C., & Wieling, E. (2022). A systematic review of evidence-based family interventions for trauma-affected refugees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9361. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159361>
4. McElroy, E., Hyland, P., Shevlin, M., Karatzias, T., Vallières, F., Ben-Ezra, M., Vang, M. L., Lorberg, B., & Martsenkovskiy, D. (2023). Change in child mental health during the Ukraine war: Evidence from a large sample of parents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 1495–1502. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02255-z>
5. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). *Strengthening the Military Family Readiness System for a Changing American Society*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25380>
6. Peltonen, K. (2024). Children and war – vulnerability and resilience. *European Journal of Developmental Psychology*, 21(3), 340–352. <https://doi.org/10.1080/17405629.2024.2382410>
7. Punamäki, R.-L., Qouta, S. R., & Peltonen, K. (2018). Family systems approach to attachment relations, war trauma, and mental health among Palestinian children and parents. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup7), 1439649. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1439649>
8. Samara, M., Hammuda, S., Vostanis, P., El-Khodary, B., & Al-Dewik, N. (2020). Children's prolonged exposure to the toxic stress of war trauma in the Middle East. *BMJ*, 371, m3155. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3155>

9. Sogomonyan, F., & Cooper, J. L. (2010). *Trauma faced by children of military families: What every policymaker should know*. National Center for Children in Poverty. <https://www.nccp.org/publication/trauma-faced-by-children-of-military-families/>

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ В СІМ'ЯХ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З РАС, ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ

Дар'я СОБОЛЬ

*Науковий керівник: Інжигєвська Л.А.,
доцент кафедри педагогіки, психології,
медичного та фармацевтичного права
НУОЗ України імені П.Л. Шупика, кандидат
психологічних наук, доцент*

Анотація. Досліджено емоційне вигорання батьків дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) за допомогою методики Maslach Burnout Inventory (MBI). Виявлено високий рівень вигорання, проаналізовано його чинники та розроблено комплексні заходи для профілактики, включаючи психоедукацію, групову терапію, індивідуальні консультації та техніки релаксації.

Ключові слова. Емоційне вигорання, розлади аутистичного спектру, психологічний супровід, батьківство, Maslach Burnout Inventory.

Вступ. Емоційне вигорання батьків дітей з РАС є серйозною проблемою через хронічний стрес, пов'язаний із вихованням таких дітей [5, с. 38]. Метою дослідження є оцінка рівня вигорання за методикою MBI, аналіз його чинників та розробка практичних шляхів подолання.

Актуальність. Емоційне вигорання батьків дітей з РАС залежить від хронічного стресу, браку соціальної підтримки та низької психологічної грамотності [5, с. 40]. Боярчук А. наголошує на важливості психологічного супроводу для зниження стресу [1, с. 35]. Льошенко О. та Кондратьєва В. підкреслюють, що своєчасна діагностика та корекція вигорання покращують якість життя сімей [6, с. 107].

Мета роботи. Метою є оцінка рівня емоційного вигорання батьків дітей з РАС за допомогою MBI, визначення його чинників та розробка комплексних заходів для профілактики та корекції.

Матеріали та методи. Дослідження базується на аналізі літератури за 2015–2024 роки, присвяченої вигоранню батьків дітей з особливими освітніми потребами (ООП) [1; 2; 3; 4; 5; 6; 7].

Застосовано методику Maslach Burnout Inventory (MBI), адаптовану для батьків, яка оцінює емоційну виснаженість (ЕВ), деперсоналізацію (ДП) та зниження особистих досягнень (ЗОД) [6, с. 108].

Досліджено 30 батьківдітей з РАС віком 4–12 років та контрольну групу (20 батьків дітей без РАС). Використано методи теоретичного узагальнення, порівняльного аналізу та статистичної обробки (середнє значення, стандартне відхилення, t-критерій Стюдента). Ефективність психологічних втручань оцінено за результатами 6-місячних програм [7, с. 228].

Результати. За результатами методики MBI, у 80% батьків дітей з РАС (24 з 30) виявлено високий рівень емоційної виснаженості (ЕВ ≥ 30 балів), у 60% (18 з 30) – помірний рівень деперсоналізації (ДП 12–18 балів), у 70% (21 з 30) – зниження особистих досягнень (ЗОД ≤ 30 балів) [6, с. 110]. У контрольній групі (батьки дітей без РАС) високий рівень ЕВ виявлено лише у 10% (2 з 20), ДП – у 5% (1 з 20), а ЗОД – у 15% (3 з 20). Середні показники вигорання наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Результати оцінки емоційного вигорання батьків за методикою MBI

Компонент вигорання	Група батьків дітей з РАС (M $\pm$ SD)	Контроль на група (M $\pm$ SD)	Рівень вигорання (РАС)
Емоційна виснаженість (ЕВ)	35 $\pm$ 5	15 $\pm$ 4	Високий
Деперсоналізація (ДП)	15 $\pm$ 3	5 $\pm$ 2	Помірний
Зниження особистих досягнень (ЗОД)	28 $\pm$ 4	38 $\pm$ 3	Низький

Статистичний аналіз (t-критерій Стюдента) показав значні відмінності між групами за всіма компонентами вигорання ($p < 0.01$), що підтверджує вищий рівень стресу у батьків дітей з РАС.

Чинники вигорання:

1. Постійна потреба в догляді за дитиною з РАС, непередбачувана поведінка та комунікативні труднощі створюють високоемоційне навантаження [4, с. 20].

2. Обмежений доступ до психологічних і соціальних ресурсів, ізоляція від спільноти посилюють вигорання [2, с. 25].

3. Брак знань про РАС та стратегії управління стресом ускладнює адаптацію батьків [5, с. 42].

4. Високі витрати на терапію та спеціалізовану освіту дітей з РАС додатково сприяють стресу [7, с. 228].

На основі аналізу літератури [2; 5; 6; 7] та результатів MBI розроблено комплексні заходи для профілактики та корекції вигорання. Їх ефективність оцінено за результатами 6-місячних програм.

1. Проведення 8–10 сесій (1–2 рази на місяць) із фокусом на розуміння РАС, стратегії взаємодії з дитиною та управління стресом. За даними Василенко О. та Безручук Ю., такі програми підвищують психологічну грамотність на 25% та знижують деперсоналізацію на 15% (з 15 до 12,8 балів за MBI) [2, с. 27].

2. Щотижневі зустрічі (6–8 учасників) для обміну досвідом та емоційної розрядки. Михальська С. А. зазначає, що групова терапія знижує емоційну виснаженість на 20–30% (з 35 до 20–25 балів за MBI) за 6 місяців [7, с. 229].

3. Робота з психологом (1–2 сесії на місяць) для розробки персоналізованих стратегій управління стресом. Льошенко О. та Кондратьєва В. вказують, що консультації знижують ЕВ на 10–15 балів (з 35 до 20–25 балів) [6, с. 110].

4. Впровадження технік релаксації (медитація, дихальні вправи) та когнітивно-поведінкової терапії (КПТ, 10–12 сесій). Збродська І. підкреслює, що КПТ знижує рівень стресу на 20% та підвищує ЗОД на 10% (з 28 до 31 балів) [5, с. 45].

5. Організація доступу до державних програм, фінансової допомоги та консультаційних центрів для батьків. Боярчук А. зазначає, що доступ до ресурсів знижує відчуття ізоляції на 15% [1, с. 37].

*Таблиця 2. Ефективність заходів для
подолання емоційного вигорання*

Метод	Опис	Ефект (за MBI)	Часовий період
Психоедукаційні семінари	8–10 сесій про РАС та стрес	ДП: -15% (з 15 до 12,8 балів)	6 місяців
Групи підтримки	Щотижневі зустрічі (6–8 учасників)	ЕВ: -20–30% (з 35 до 20–25 балів)	6 місяців
Індивідуальні консультації	1–2 сесії на місяць з психологом	ЕВ: -10–15 балів (з 35 до 20–25)	6 місяців
Тренінги емоційної стійкості	Техніки релаксації та КПТ (10–12 сесій)	Стрес: -20%, ЗОД: +10% (з 28 до 31)	6–8 місяців
Соціальна підтримка	Доступ до державних ресурсів	Ізоляція: -15%	6 місяців

Висновки. Емоційне вигорання батьків дітей з РАС характеризується високою емоційною виснаженістю (35 ± 5 балів), помірною деперсоналізацією (15 ± 3) та зниженням особистих досягнень (28 ± 4). Порівняння з контрольною групою підтверджує значний вплив РАС на рівень вигорання ($p < 0.01$). Запропоновані заходи (психоедукація, групи підтримки, консультації, КПТ, соціальна підтримка) знижують вигорання на 15–30% та підвищують психологічну стійкість. Результати можуть бути основою для державних програм підтримки сімей.

Список використаних джерел

1. Боярчук А. Сучасні погляди на проблему психологічного супроводу. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2024. № 1(24). С. 33 – 48.
2. Василенко О., Безручук Ю. Особливості соціально-психологічного супроводу батьків, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. *PsychologyTravelogs*. 2023. № 2. Р. С. 23–31
3. Генік С. М. Синдром емоційного вигорання. *Галицький лікарський вісник*. 2015. Т.22, № 2. С. 163–165

4. Душка А. Л. Дитина з розладами аутистичного спектру. Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018 32 с.
5. Збродська І. Феномен батьківського вигорання як предмет психологічного дослідження. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2020. Випуск 12 (57). С. 38–52.
6. Льошенко О., Кондратьєва В. Діагностика, профілактика, корекція синдрому «емоційного вигорання». *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. Вип. №10. С. 105–112.
7. Михальська С. А. Особливості емоційного вигорання у батьків дітей з ООП. Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка: збірник за підсумками звітної наукової конференції викладачів, докторантів і аспірантів. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2022. Вип. 21. С. 228 – 229.

МІЖСОБИСТІСНІ СТОСУНКИ В КЛАСІ ЯК ЧИННИК СХИЛЬНОСТІ ПІДЛІТКІВ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Вікторія МИХАЛЬЧЕНКО

*Науковий керівник: Пілягіна Г.Я., завідувач
кафедри психіатрії, психотерапії та
медичної психології НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук,
професор*

Анотація. У роботі досліджено вплив міжособистісних стосунків у шкільному класі на схильність підлітків до суїцидальної поведінки. Емпіричне дослідження з використанням психодіагностичних методик виявило зв'язок між характером взаємодії серед однокласників та рівнем емоційної вразливості. Проаналізовано типи поведінкових проявів, що можуть підвищувати ризики аутоагресії та деструктивної поведінки серед старшокласників.

Ключові слова. «Міжособистісні стосунки», «суїцид», «суїцидальна поведінка».

Актуальність роботи. Суїциди являють собою одну з найактуальніших проблем у сучасному світі. За даними Всесвітньої

організації охорони здоров'я (ВОЗ), щорічно в світі близько 800 тисяч людей помирають внаслідок суїциду. Самогубства є другою за поширеністю причиною смерті серед осіб віком від 15 до 29 років. Підлітковий вік є одним із найбільш складних періодів у розвитку людини. Незважаючи на те, що він триває відносно короткий проміжок часу (від 14 до 18 років), цей період майже в повній мірі визначає подальше життя індивіда.

Українські науковці, зокрема Ю. Александров, В. Глушков, В. Войцех, С. Жабокрицький, М. Мелентьев, В. Москалец [3], О. Моховиков, Г. Пилягіна, В. Сулицький, А. Тищенко, А. Чупріков, В. Шаповалов, С. Яковенко, Н. Ярмиш та інші, вивчали питання самогубства, його причини та способи запобігання, а також розрізнялися у своїх думках щодо визначення та розуміння цього явища.

Мета дослідження – теоретично і емпірично дослідити вплив міжособистісних стосунків старших школярів на схильність до суїцидальної поведінки серед них, та запропонувати шляхи поліпшення міжособистісних стосунків у класі.

Матеріали та методи. Для наукового обґрунтування результатів дослідження міжособистісних стосунків у класі як чинника схильності підлітків до суїцидальної поведінки використано психодіагностичні методики, що дозволили комплексно оцінити емоційний стан, міжособистісні взаємодії та ризики психологічної дезадаптації підлітків. Зокрема, застосовано методику визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська) для виявлення рівня аутоагресивних тенденцій; методику первинної діагностики та виявлення дітей «групи ризику» (М. Рожков, М. Ковальчук) для ідентифікації підвищених психосоціальних ризиків; тест на виявлення підліткової депресії (В. Казанська) для оцінки глибини емоційного дистресу; а також методику діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі з метою аналізу типів міжособистісних взаємодій у шкільному середовищі. Отримані результати лягли в основу подальшого кількісного аналізу взаємозв'язку між характером стосунків у класі та схильністю до суїцидальної поведінки.

Результати. У дослідженні взяли участь учні 11-х класів ліцею «Лідер»: IV-Ф — 7 осіб, IV-М — 8 осіб, IV-І — 10 осіб. Загалом — 25 учнів, серед них 16 дівчат і 9 хлопців віком від 16 до 17 років.

Аналіз результатів показав, що високий рівень депресії не зафіксовано. Дев'ятеро підлітків мають середній рівень депресивності, решта — низький.

Щодо схильності до суїцидальної поведінки: хлопці IV-Ф класу мають низький рівень, дівчата — середній. У класах IV-М і IV-І спостерігається середній рівень як у хлопців, так і в дівчат, однак у дівчат показники вищі. Загальна тенденція така: IV-Ф — низький рівень схильності, IV-М і IV-І — середній, що потребує уваги з боку шкільних фахівців.

За шкалами методики діагностики «груп ризику» в IV-Ф класі вразливими виявились показники недовіри до людей і невпевненості в собі; переважає гіпертимний тип акцентуації. У IV-М класі — ті самі зони ризику, однак акцентуації не демонструють критичних значень. У IV-І класі не виявлено зон ризику, домінують гіпертимний та емоційно-лабільний типи характеру.

Міжособистісні відносини у IV-Ф класі загалом відповідають помірно адаптивній поведінці, зокрема, високий рівень за шкалою альтруїзму. У IV-М класі виділяються високі значення доброзичливості та альтруїзму, інші шкали — в межах адаптивної норми. У IV-І класі за шкалами авторитарності, егоїстичності, доброзичливості та альтруїзму спостерігається висока — екстремальна — вираженість, що свідчить про полярність поведінкових проявів.

Висновки. Слід пам'ятати, що є суттєва різниця між термінами «суїцид» та «суїцидальна поведінка». Суїцид — це свідомі, навмисні дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя. Суїцидальна поведінка — це ширше поняття, що крім самогубства, включає в себе суїцидальні спроби, замахы та інші можливі прояви. Основними психологічними чинниками суїцидальної поведінки в підлітковому віці є емоційна нестійкість, самотність, зниження цінності життя, самооцінка, імпульсивність, безнадійність, безпорадність, стрес, сугестивність, наслідування. Вони обумовлені віковими особливостями і регулюють діяльність та поведінку дитини.

В ході наукового дослідження можна виділити що деякі аспекти міжособистісних відносин можуть впливати на схильність до суїцидальної поведінки. Наприклад, надмірно високі показники авторитарності та егоїстичності можуть свідчити про домінантність, деспотизм і прагнення до контролю, що здатне провокувати приниження, булінг і психологічне насильство над однокласниками. У

відповідь у жертв можуть розвиватися депресивні стани й суїцидальні установки.

Водночас учні з високими показниками за шкалами залежності, доброзичливості й альтруїзму часто проявляють тривожність, невпевненість у собі, конформність, надмірну потребу в соціальному схваленні. Ці якості підвищують ризик стати об'єктом булінгу або соціального відторгнення, що також може підштовхнути до деструктивної поведінки.

Список використаних джерел

1. Вашека Т.В. Перспективи дослідження психологічних аспектів проблеми суїцидальної поведінки / Т.В. Вашека // Збірн. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Проблеми загальної та педагогічної психології. - 2004. - Т.VI, Вип.6. - С.65-73
2. Войтко В. Характерні особливості суїциду та суїцидальної поведінки. Навчально-методичний посібник. Кропивницький : КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2016. 421 с.
3. Психологія суїциду: Навчальний посібник. За ред. В. П. Москальця. Київ - Івано-Франківськ : Плай, 2002. 249 с.

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД В РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Віталіна ТКАЧЕНКО

Науковий керівник: Краснов В.В., завідувач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НУОЗ України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук, професор

Анотація. Арт-терапія є одним із дієвих методів психологічної роботи. *Арт-терапія дає можливість вербалізувати, раціоналізувати та висловити тяжкі емоції, які часто замовчуються, а іноді і неусвідомлюються. Методи арт-терапії використовують можливості мистецтва для досягнення позитивних змін в інтелектуальному, емоційному й особистісному розвитку людини.*

Ключові слова. Арт-терапія, заходи, мистецтво, емоції, почуття, вербалізація.

Вступ. Актуальність теми. В умовах сьогодення все більше військових нашої країни потребують реабілітації та проведення заходів, спрямованих на покращення їхнього емоційного стану. «...Арт-терапія як терапія мистецтвом є одним із методів психологічної роботи, що використовує можливості мистецтва для досягнення позитивних змін в інтелектуальному, емоційному й особистісному розвитку людини...» [1]. «...Унікальність арт-терапії полягає в тому, що вона дозволяє опрацювати складні емоції та несвідомі конфлікти через символічну мову творчості...» [2]. Тому на мою думку арт-терапія, якнайкраще дає військовослужбовцям можливість вербалізувати та, через творчість, висловити власні тяжкі емоції, які часто замовчуються а інколи навіть неусвідомлюються.

Мета роботи. Дослідити вплив арт-терапії в реабілітаційній роботі з військовослужбовцями.

Матеріали та методи. Виконання даного дослідження проводилося в лікувальному закладі терапевтичного профілю. В дослідженні брали участь 15 (п'ятнадцять) військовослужбовців, з середніми та легкими ступенями поранення.

В нашому дослідженні до початку проведення арт-терапевтичного заходу з військовослужбовцями була використана шкала оцінки СРД, що розшифровується як "Суб'єктивний Рівень Дискомфорту".

Шкала СРД це лінійка з поділками де 10 – найвища поділка - почуття тривоги та незадоволеності власним життям, а 0 - це спокійний, комфортний та гармонійний стан.

Результати. В лікарні терапевтичного профілю було проведено арт-терапевтичний захід.

Так, військовослужбовцям було запропоновано пересадити горщики з квітами, але перед пересадкою квітів в горщики, треба було їх розмалювати фарбами на власний розсуд.

В ході роботи, було виявлено, що більше половини військових (8 осіб) довго не могли налаштуватися на роботу, але згодом, завдяки підтримці та доброзичливому, ненасильницькому спілкуванню в групі, все-таки взяли до роботи.

Також було помічено, що всі військовослужбовці довго оминали червоний колір, згодом все-таки його застосовували але в малій або дуже малій кількості. Також один військовослужбовець застосовував в своїй роботі тільки один колір (сірий).

Після проведеного арт-терапевтичного заходу, військовослужбовцям знову було запропоновано оцінити свій стан по шкалі СРД. Результати :

У одного військовослужбовця стан покращився на 3 поділки тобто був на 7.

Ще у двох стан покращився на 4, тобто був на 6.

У чотирьох рівень вищезазначених показників знизився на 5.

У трьох на 6, тобто стан по СРД був на 4.

У решти - п'яти військовослужбовців СРД впав аж на 7 тобто був на 3.

Висновки. З огляду на захід можна відверто сказати, що *арт-терапевтичні заходи є безпечним простором для вираження гострих емоцій та внутрішніх переживань військовослужбовців після повернення їх із зони бойових дій. Також, хочеться відмітити, що незважаючи на присутність тригерного кольору в роботі (а саме - червоного), це не завадило військовим, вивільнити емоції та покращити власний емоційний стан. Тому на мою думку навіть якщо військовослужбовець відчуває, що справляється зі своїми станами і не хоче спілкування з психологом, сміливо можна пропонувати і пробувати арт-терапевтичні медоти, тому що, як висловився один із військовослужбовців, який брав участь в даному експерименті «...Я думав, що мені було добре до проведення заходу, але після проведеного заходу я відчув, як до цього мені було недобре».*

Список використаних джерел

1. PSYCHOLOGICAL JOURNAL «АРТ-ТЕРАПІЯ В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЇ»
Буркало Наталія Іванівна Кандидат психологічних наук, асистент кафедри загальної психології, факультету психології, Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ (Україна) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6806-1035>

2. Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Психологія Випуск 3 (64), 2024 КОНЦЕПЦІЇ ТА МЕТОДИКИ АРТ-ТЕРАПІЇ: РОЗВИТОК І ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ НЕ ВКЛЮЧЕНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПІД ЧАС ОЦІНКИ ВКЛЮЧЕНОСТІ ВЕТЕРАНІВ У БІЗНЕС-ТРЕНІНГАХ

Руслана ДЖУГАН

*кандидат соціологічних наук,
доцент, доцент кафедри соціології та
соціальної роботи ДВНЗ «Ужгородський
національний університет»*

<http://orcid.org/0000-0002-5999-7752>

*Науковий керівник: Інжигєвська Л.А.,
доцент кафедри педагогіки, психології,
медичного та фармацевтичного права
НУОЗ України імені П.Л. Шупика, кандидат
психологічних наук, доцент*

Анотація. У тезах представлено результати не включеного спостереження за учасниками бізнес-тренінгів для ветеранів у Ветеранському хабі Закарпаття. Проаналізовано поведінкові патерни, реакції на подачу матеріалу та чинники, що впливають на залученість до навчального процесу. Виявлено ключові чинники ефективності тренінгів з урахуванням психосоціального стану ветеранів.

Ключові слова. Ветерани, тренінги, не включене спостереження, залученість, поведінка.

Вступ. Післявоєнна реінтеграція військовослужбовців є однією з ключових задач суспільства, що переживає збройний конфлікт. Повернення до цивільного життя, побудова нових професійних маршрутів та зниження ризиків соціальної дезадаптації значною мірою залежать від наявності відповідної підтримки, зокрема у форматі освітніх і тренінгових програм. Бізнес-тренінги для ветеранів набувають дедалі більшого значення як інструмент формування підприємницьких навичок, підвищення самооцінки та економічної самостійності.

Актуальність. У низці досліджень [1–3] наголошується на потребі адаптації освітніх програм до особливостей військового досвіду, наявності ПТСР та труднощів у міжособистісній комунікації у ветеранів. Такі програми потребують особливої побудови: контент, подача матеріалу та поведінка викладача мають відповідати запиту ветеранів, їх емоційному стану та когнітивним особливостям. Водночас у вітчизняній науці практично відсутні емпіричні дослідження, що висвітлюють

безпосередні поведінкові прояви ветеранів у навчальному процесі. Аналіз залученості, адаптивних стратегій та реакцій на подачу контенту є критично важливим для підвищення ефективності таких програм.

Мета роботи. Оцінити поведінкові особливості, рівень залученості та фактори, що впливають на ефективність сприйняття тренінгів ветеранами.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали учасники бізнес-тренінгу для ветеранів, організованого у Ветеранському хабі Закарпаття. Навчання відбувалося у змішаному форматі: поєднувалися теоретичні блоки, командні завдання, виступи тренерів, робота в парах та обговорення. Загалом було охоплено 4 повноцінних тренінгових дні (5 годин щоденно), що дозволило здійснити послідовне спостереження за змінами в поведінці та залученості учасників.

Метод: не включене спостереження, що дозволило зафіксувати поведінкові маркери без втручання у перебіг навчального процесу. Спостереження велося відкрито, проте без активної взаємодії з учасниками. Фіксувалися такі параметри: зоровий контакт, пози тіла, міміка, включеність у завдання, реакція на контент, запитання, невербальні прояви (схрещені руки, уникнення контакту, вербальні сигнали тощо).

Для обробки матеріалу використано якісний описовий підхід і частотний аналіз виявлених явищ. Окрему увагу приділено змінним контексту (формат заняття, тип тренера, тип завдання), які могли впливати на поведінку ветеранів.

Результати. У перший день тренінгу більшість учасників демонстрували обережність і дистанціювання. Приблизно 50% ветеранів займали пасивну позицію: сиділи осторонь, уникали зорового контакту, схрещували руки. Підвищений рівень напруження відзначався в групах, де учасники не знали одне одного. Проте вже після інтерактивного блоку знайомства спостерігалася позитивна динаміка: зменшення напруження, включення в роботу в парах, обмін контактами.

У другий день відбулося пожвавлення. Причиною стало завдання презентувати власні бізнес-ідеї. Учасники з реальними ідеями активно долучалися до обговорень, ставили запитання, підтримували інших. Особливо сильні реакції викликали елементи саморефлексії. Ветерани, які мали досвід лідерства або управління, демонстрували впевненість, на відміну від менш активних новачків. Налагоджувалися неформальні

взаємини: учасники починали звертатися один до одного за іменами, підтримувати словом і жестами.

Третій день відзначався зниженням загальної уваги вже через 60–75 хвилин після початку занять. Тривалі лекційні блоки викликали втому: учасники відводили погляд, переключалися на телефони, демонстрували ознаки дратівливості. Частина ветеранів залишала приміщення під час теоретичних виступів. Проте після введення елементів практичної роботи (моделювання клієнтських ситуацій, обговорення життєвих кейсів) – увага поверталася. Це свідчить про потребу в практично орієнтованому форматі, що базується на досвіді самих учасників.

Четвертий день проходив за участі двох різних тренерів. Перший, орієнтований на жорстку структуру і контроль, не враховував реакції аудиторії. Це призвело до очевидного зниження включеності: учасники знову перехрещували руки, знижувався зоровий контакт. Другий тренерка демонструвала емпатійність, відкритість, активно ставила запитання та дозволяла учасникам обирати форму взаємодії. Це сприяло активному обговоренню, виникненню діалогу, підвищенню рівня довіри.

Аналіз показав такі ключові закономірності: ветерани більш активно включаються у завдання, що мають практичну цінність і релевантні до їх досвіду. Стиль комунікації тренера суттєво впливає на залучення: директивність викликає опір, тоді як етична відкритість – залученість. Факторами залучення є також гнучкий розклад, можливість обговорення, визнання досвіду учасників, відсутність тиску.

Висновки. Не включене спостереження дозволило виявити значущі поведінкові маркери залученості ветеранів у навчальний процес. Ефективність бізнес-тренінгів значною мірою залежить від формату подачі матеріалу, адаптованого до психоемоційного стану учасників. Отримані результати можуть бути використані для побудови програм підтримки ветеранів у сфері освіти, соціального супроводу та професійної адаптації.

Список використаних джерел

1. Vogt, D. (2011). Mental health-related beliefs as a barrier to service use for military personnel and veterans: a review. *Psychiatric Services*, 62(2), 135–142.
2. Demers, A. (2011). When veterans return: The role of community in reintegration. *Journal of Loss and Trauma*, 16(2), 160–179.

3. Tsai, J., & Rosenheck, R. A. (2015). Risk factors for homelessness among US veterans. *Epidemiologic Reviews*, 37(1), 177–195.
4. Іванова О. В. Психологічна допомога ветеранам бойових дій: виклики і стратегії. *Український соціум*, 2021, №3, с. 55–61.
5. Корнієнко О. С., Дубровіна І. В. Соціально-психологічні особливості адаптації учасників бойових дій. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 2020, Вип. 2, с. 88–92. Шевченко, О. В. Психологічна підтримка ветеранів війни: концепти та практики. *Український соціум*, 2022, №1, с. 55–66.

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ У МАЙБУТНІХ КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ДО НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ БОЙОВИХ ДІЙ

Олена АСЛАНОВА

Науковий керівник: Краснов В.В., завідувач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НУОЗ України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук, професор

Анотація. Досліджено процес формування професійної ідентичності клінічних психологів, які готуються до роботи з ветеранами. Проаналізовано теоретичні засади, специфіку роботи з ветеранами (ПТСР, моральна травма, адаптація) [3, 4, 5], вплив спеціалізованої підготовки [7, 12], роль супервізії та інтервізії [8, 9], етичні аспекти [10, 15]. Визначено ключові компетенції психолога та виклики [6, 11]. Наголошено на важливості комплексного підходу для ефективної допомоги ветеранам в умовах української реальності.

Ключові слова. Професійна ідентичність, клінічні психологи, ветерани, психологічна допомога, ПТСР.

Вступ. Сучасна українська реальність, позначена тривалими бойовими діями, висуває надзвичайні вимоги до системи психологічної допомоги. Особливої уваги потребують ветерани, які повертаються із зони бойових дій, несучи тягар травматичного досвіду [6, 12]. У зв'язку з цим, актуальність підготовки кваліфікованих клінічних психологів,

здатних надавати ефективну допомогу цій категорії населення, стрімко зростає.

Актуальність. Формування стійкої професійної ідентичності клінічних психологів, які працюють з ветеранами, є ключовим фактором їхньої успішної та етичної діяльності [1, 2]. Зростаюча кількість ветеранів, що потребують психологічної підтримки, та специфіка їхніх запитів, пов'язаних з бойовою травмою, моральними ушкодженнями та труднощами адаптації [3, 4, 5], вимагають від фахівців не лише глибоких знань та навичок, але й чіткого усвідомлення своєї професійної ролі, відповідальності та етичних меж [10, 13]. Недостатня увага до процесу формування професійної ідентичності може призвести до зниження якості допомоги, професійного вигорання психологів та ретравматизації ветеранів [6, 14].

Мета роботи. Дослідити процес формування професійної ідентичності клінічних психологів у контексті їхньої підготовки до роботи з ветеранами.

Завдання:

- визначити сутність поняття "професійна ідентичність" клінічного психолога;
- проаналізувати специфіку роботи з ветеранами;
- розглянути вплив спеціалізованої підготовки на становлення професійної ідентичності;
- дослідити роль супервізії та інтервізії;
- окреслити етичні аспекти та виклики.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтується на теоретичному аналізі та узагальненні наукових публікацій, методичних рекомендацій, звітів дослідницьких центрів та експертних думок, присвячених проблемам професійної ідентичності психологів [1, 2, 13], психологічної допомоги ветеранам [6, 11], наслідкам бойової травми [3, 4, 15], програмам підготовки фахівців [7, 12] та етичним аспектам психологічної практики [10]. Використано методи системного аналізу, порівняння, узагальнення та синтезу інформації для комплексного висвітлення теми.

Результати дослідження. Професійна ідентичність клінічного психолога визначається як динамічний, багатокомпонентний конструкт, що охоплює усвідомлення належності до професії, прийняття її цінностей, норм та моделей поведінки [1]. Вона формується через інтеграцію особистісної та професійної сфер і розвивається впродовж

усієї кар'єри під впливом освіти, особистісних рис та професійної соціалізації – процесу інтеграції в професійну спільноту та інтерналізації її культури [3, 14].

Робота з ветеранами має виражену специфіку, зумовлену їхнім унікальним досвідом. Психологічні наслідки участі у бойових діях часто включають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), моральну травму, депресію, тривожні розлади та високий рівень коморбідності [5, 15]. Адаптація до цивільного життя супроводжується викликами у відновленні соціальних зв'язків, працевлаштуванні та подоланні культурного шоку [9]. Ключові компетенції психолога включають глибоке розуміння військової культури, навички роботи з травмою, травмо-інформований підхід, вміння будувати довіру та знання доступних ресурсів [10, 11].

Спеціалізована підготовка є критично важливою, оскільки базова освіта часто недостатня для роботи з ветеранами [10]. Ефективні навчальні програми повинні включати теоретичну підготовку (наслідки війни, військова культура), практичні навички (доказові методи терапії травми, наприклад, КПТ, РЕ, EMDR), розвиток культурної компетентності та поглиблену етичну підготовку [12]. Така підготовка підвищує впевненість фахівців, формує чітке усвідомлення професійної ролі та знижує ризик професійного вигорання і вторинної травматизації [12, 13].

Супервізія відіграє ключову роль у професійному розвитку та підтримці, допомагаючи опрацьовувати складні випадки, емоційні реакції (контрперенесення) та запобігати вторинній травматизації й вигоранню [13]. Вона сприяє формуванню професійної ідентичності, допомагаючи інтегрувати знання та досвід. Інтервізійні групи надають колегіальну підтримку, можливість обміну досвідом, знижують почуття ізоляції та сприяють розвитку професійної спільноти, що особливо важливо при роботі з травматичним досвідом ветеранів [9, 14].

Етичні аспекти є невід'ємною частиною роботи. Ключові принципи – конфіденційність (з урахуванням військової специфіки), інформована згода, уникнення подвійних стосунків, компетентність та повага до автономії клієнта [10, 15]. Специфічні дилеми включають роботу з моральною травмою, ризик морального дистресу у фахівця, стигматизацію психічних розладів та високий ризик вторинної травматизації самого психолога [6, 10].

Висновки. Формування професійної ідентичності клінічних психологів для роботи з ветеранами є складним, багатогранним процесом, що вимагає інтегрованого підходу [1, 13]. Цей процес включає не лише засвоєння теоретичних знань та практичних навичок, але й глибоке усвідомлення специфіки військового досвіду, психологічних наслідків бойових дій [3, 4, 5], а також особистісну інтеграцію професійних цінностей та етичних норм [10].

Ключовими аспектами, що впливають на становлення професійної ідентичності в цьому контексті, є глибоке розуміння сутності професійної ідентичності [1, 2], усвідомлення специфіки роботи з ветеранами [6, 11], спеціалізована підготовка [7, 12], супервізія та інтервізія [8, 9], а також дотримання етичних норм [10, 15]. Інтеграція цих компонентів у процес підготовки клінічних психологів дозволяє сформувати фахівців, здатних надавати якісну, емпатійну та етично обґрунтовану допомогу ветеранам, сприяючи їхньому психологічному відновленню та успішній реінтеграції у суспільство.

Перспективи подальших досліджень в Україні повинні бути спрямовані на розробку та валідацію стандартизованих програм спеціалізованої підготовки клінічних психологів для роботи з ветеранами, адаптованих до українського контексту [6, 7].

Список використаних джерел

1. Андрушко Я.С. Професійна ідентичність медичного психолога як чинник самоефективності у роботі з пацієнтами. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2013. Вип. 4 (19). URL: <https://sociology.knu.ua/sites/default/files/library/elopen/aktprob.19.104.pdf>
2. Гаврилюк Н.М. Професійна ідентичність майбутніх фахівців: теоретичний аспект. *Педагогіка та психологія*. 2020. № 1. С. 29–35. URL: <https://pedpsy.duan.edu.ua/images/PDF/2020/1/3.pdf>
3. PTSD (Posttraumatic Stress Disorder). U.S. Department of Veterans Affairs, Office of Research & Development. Last updated June 24, 2022. URL: <https://www.research.va.gov/topics/ptsd.cfm>
4. Moral injury. Atlas Institute for Veterans and Families. URL: <https://atlasveterans.ca/knowledge-hub/moral-injury/>
5. Адаптація ветеранів війни до мирного життя: «помічник ветерана». Національний інститут стратегічних досліджень. 06.11.2023.

URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/adaptatsiya-veteraniv-viyny-do-myrnoho-zhyttva-pomichnyk-veterana>

6. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/734391/1/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96%20%D0%BD%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%97%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B8%20%D0%B2%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B6%D0%B1%D0%B%D0%B2%D1%86%D1%8F%D0%BC.pdf>

7. Army Clinical Psychology Internship Program (CPIP). San Antonio Uniformed Services Health Education Consortium. URL: <https://www.health.mil/Military-Health-Topics/DHA-GME/Institutions/SAUSHEC/GAHE-Programs/arcpiip>

8. Супервізія у психології: підтримка, обмін досвідом та розвиток. *Psychology.space*. URL: <https://psychology.space/psypedia-post/superviziya-u-psychologiyi/>

9. Безпалько О. В., Карпенко О. В., Савінова Н. Б. Інтервізія як ефективний метод професійного розвитку фахівців соціономічних професій. *Відкрите освітнє е-середовище сучасного університету*. 2024. № 17.

URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743114/1/InterVision_El.pdf

10. Kennedy C. H., Zillmer E. A., O'Donohue W. Ethical Practice in Military Psychology. *Military psychology: Clinical and operational applications*. 3rd ed. / C. H. Kennedy, E. A. Zillmer (Eds.). Guilford Press, 2022. Ch. 17.

URL: https://www.guilford.com/excerpts/kennedy2_ch17.pdf

11. Access Trauma-Informed Care for Veterans. Moment of Clarity. URL: <https://momentofclarity.com/find-trauma-informed-care-for-veterans/>

12. Діденко О. В., Підчасюк Н. В. Вплив посттравматичного стресового розладу ветеранів війни на психологічний стан їхніх дружин. *Психологія і педагогіка: сучасні методики та інновації, досвід практичного застосування : зб. тез доп. V Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 18 листоп. 2016 р.)*. Київ, 2016. С. 10–14.

URL: <http://psychped.naiu.kiev.ua/article/download/444/446/>

13. McTiernan K., Spillane A., McGilloway S. The development of professional identity in clinical psychologists: A systematic review and narrative synthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2023. Vol. 30(4). P. 868–881. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36922739/>

14. Zarshenas L., Sharif F., Molazem Z., Khayyer M., Zare N., Ebadi A. Professional Socialization in Medical Students: A Concept Analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2019. Vol. 33(1). Art. 131. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7166248/>

15. Супутні прояви та розлади при ПТСР. Медичний центр «Дарниця». 13.07.2022. URL: <https://darnytsia.ua/doctors/ptsr/suputni-proyavy-ta-rozlady-pry-ptsr>

Вплив фізичної активності на емоційний стан хворих на Анкілозивний спондилоартрит

Катерина МЕДВЕДЄВА

Науковий керівник: Пілягіна Г.Я., завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології НУОЗ України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор

Анотація. У роботі досліджено вплив фізичної активності на емоційний стан хворих на анкілозивний спондилоартрит. Встановлено, що регулярні фізичні навантаження середньої інтенсивності сприяють покращенню фізичного функціонування, зменшенню катастрофізації болю та стабілізації емоційного стану. Результати можуть бути використані для оптимізації реабілітаційних програм.

Ключові слова. Анкілозивний спондилоартрит, фізична активність, емоційний стан, біль, реабілітація.

Вступ. Анкілозивний спондилоартрит (АС) - це хронічне запальне захворювання з групи серонегативних спондилоартритів, що характеризується ураженням осового скелета та формуванням анкілозу [1]. Хвороба починається переважно у молодому віці та має тривалий рецидивний перебіг, що часто призводить до суттєвого обмеження рухливості й інвалідизації [3]. Наявність хронічного болю, скутості та

порушення фізичної активності негативно впливає на емоційний стан пацієнтів, спричиняючи розвиток депресивних розладів та тривожних станів [2].

Актуальність теми зумовлена високою поширеністю емоційних порушень серед хворих на АС та важливістю розробки немедикаментозних втручань для покращення як фізичного, так і психоемоційного стану пацієнтів. Фізична активність визнана ефективним засобом у стратегії лікування аксіального спондилоартриту, проте питання оптимізації навантажень для підтримки емоційного благополуччя потребує подальшого дослідження [4].

Мета роботи - оцінити вплив фізичної активності на емоційний стан хворих на анкілозивний спондилоартрит.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь пацієнти з анкілозивним спондилоартритом, у яких вивчали рівень болю, катастрофізацію болю, суб'єктивний емоційний стан і якість життя. Для оцінки болю застосовано **Шкалу болю Мак-Гілла**, що дозволяє кількісно і якісно описати інтенсивність і характеристики больових відчуттів. Для вивчення когнітивної реакції на біль використано **Шкалу катастрофізації болю**, яка оцінює схильність до негативного сприйняття больового досвіду. Емоційний стан оцінювали за допомогою **опитувальника САН** (самопочуття, активність, настрої). Якість життя досліджували із використанням стандартного інструменту **SF-36** (Short Form Health Survey-36), що охоплює фізичні, емоційні й соціальні аспекти здоров'я.

Результати. *Характеристика больового синдрому:* За даними Шкали болю Мак-Гілла, найбільш поширеними дескрипторами болю серед хворих на анкілозивний спондилоартрит були ниючий (84,8 %), тупий (63,6 %) і тягнучий біль (60,6 %). Висока частота саме цих типів болю свідчить про переважання хронічного, маловираженого, але постійного больового компонента, що є характерним для АС через повільне прогресування запалення та анкілозу. Рідше відзначали гострий (57,5 %), викручуючий (54,5 %), пронизливий (51,5 %) та ламаючий біль (51,5 %), що може бути пов'язано з періодичними загостреннями запального процесу у суглобах та ентезисах. Переймоподібний, щемний, стискаючий біль та відчуття «розряду струму» були менш поширені (36,4-42,4 %), що свідчить про меншу частоту залучення нервових структур або вираженого м'язового спазму. *Статеві відмінності больових відчуттів:* Чоловіки частіше, ніж жінки, характеризували біль як ниючий (93,3 %

проти 77,7 %), тупий (73,3 % проти 55,5 %) і ламаючий (53,3 % проти 50,0 %). Це може вказувати на те, що чоловіки схильні сприймати біль переважно через тілесний дискомфорт, пов'язаний з механічними обмеженнями та жорсткістю хребта. У жінок частіше виявляли тягнучий (66,7 % проти 53,3 %) та гострий біль (66,7 % проти 46,7 %), що може бути наслідком вищої сенсорної чутливості або більшої схильності до емоційного забарвлення больового досвіду. Також серед жінок відзначено вищу частоту викручуючого болю (61,1 % проти 46,7 %), що вказує на можливе тяжче суб'єктивне переживання болю.

Фізичне функціонування за даними SF-36. Навантаження високої інтенсивності (важкі фізичні вправи) призводили до значних обмежень у 72,5 % жінок та 66,7 % чоловіків. Незважаючи на тяжкий перебіг захворювання, майже третина чоловіків (33,3 %) залишалася здатною виконувати помірні фізичні навантаження без обмежень, тоді як серед жінок лише 16,7 % не відчували труднощів. Таке співвідношення може бути зумовлене більшою м'язовою масою і загальною фізичною витривалістю чоловіків, які краще компенсують наслідки ураження осцевого скелета. У жінок, навпаки, навіть помірні фізичні навантаження викликали значні обмеження у 44,4 % випадків. Піднімання та носіння повсякденних вантажів (бакалії) виявило виражені відмінності: 27,8 % жінок і тільки 13,3 % чоловіків зазначили істотне обмеження. Більше половини чоловіків (53,3 %) могли виконувати цю побутову дію без обмежень, що свідчить про краще збереження функціональної спроможності верхніх кінцівок. При оцінці мобільності виявлено, що сходження на кілька поверхів залишалося серйозною проблемою для 11,1 % жінок і 13,3 % чоловіків, хоча більшість опитаних не мали суттєвих труднощів при підйомі на один поверх (66,7 % без обмежень в обох групах). Це свідчить про відносно помірний ступінь функціональних порушень на ранніх етапах захворювання. Під час проходження великих відстаней (>1 км) обмеження виявлено у 27,8 % жінок і 26,7 % чоловіків. Проходження кількох кварталів також виявило більшу складність у жінок (44,4 % проти 33,3 % чоловіків), що свідчить про більший вплив захворювання на щоденну фізичну активність у жінок. Самообслуговування (купання та одягання) не викликало суттєвих проблем у 66,7 % респондентів обох груп, що вказує на збереження базових навичок незалежності попри прогресування хвороби.

Емоційний стан та фізична активність Дані опитувальника САН показали, що близько 60 % респондентів, які регулярно займалися фізичною активністю, відзначили покращення загального самопочуття, 55 % - збільшення активності, 50 % - стабілізацію настрою. Це підтверджує позитивний вплив фізичних навантажень середньої інтенсивності на психоемоційний стан хворих на АС. Натомість серед респондентів з низьким рівнем фізичної активності спостерігали підвищену емоційну лабільність, втому і зниження мотивації. Це вказує на важливу роль фізичної активності як немедикаментозного засобу профілактики погіршення емоційного стану. Зв'язок між больовим синдромом, фізичною активністю та емоційним станом

Пацієнти з більш інтенсивним больовим синдромом (зокрема тими, хто частіше описував біль як гострий, викручуючий або пронизливий) демонстрували вищі показники катастрофізації болю за відповідною шкалою. У цій групі спостерігалися також гірші результати за шкалою фізичного функціонування SF-36 та нижчі показники за опитувальником САН. Отже, чітко простежується взаємозв'язок: більша інтенсивність і негативне сприйняття болю - менша фізична активність - погіршення емоційного стану. Це підкреслює важливість комплексного підходу до реабілітації пацієнтів із АС, що має поєднувати фізичну реабілітацію із психологічною підтримкою.

Висновки. Регулярна фізична активність сприяє покращенню фізичного функціонування, зменшенню катастрофізації болю та стабілізації емоційного стану у хворих на анкілозивний спондилоартрит. Отримані результати можуть бути використані для розробки індивідуалізованих реабілітаційних програм, спрямованих на підтримку психоемоційного благополуччя пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Коваленко С.О., Гавриленко Т.І., Рижкова Н.О., Якушко Л.В. Особливості проявів імунної відповіді у хворих на анкілозивний спондилоартрит. *Український ревматологічний журнал*. 2015. № 4 (62). С. 60–65.
2. Кошак Б.О. Оцінка депресивних розладів у хворих з анкілозивним спондилоартритом. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2016. № 1. С. 33–36.

3. Журавльова Л.В., Олійник М.О. Анкілозивний спондиліт. Лекція. *Практикуючий Лікар*. 2020. Т. 9, № 3–4. С. 41–48. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/2784>. [дата звернення: 02.05.2025]

4. Kaley Ainsworth & Raj Amarnani. Physical activity in axial spondyloarthritis: what should we be telling our patients? *British Journal of Sports Medicine Blog*. 2024.

URL: <https://blogs.bmj.com/bjbm/2024/12/16/physical-activity-in-axial-spondyloarthritis-what-should-we-be-telling-our-patients>. [Дата звернення: 02.05.2025]

Шизоафективний розлад. Відмінність від шизофренії. Лікування. Статистика за останні роки

Вікторія БАЛАЦЬКА

*Науковий керівник: Юрковська Л. Г.,
старший викладач кафедри педагогіки,
психології, медичного та
фармацевтичного права НУОЗ України
імені П.Л. Шупика*

Анотація. Пацієнт із цим станом відчуває симптоми шизофренія і розлад настрою. Незрозуміло, чи цей стан більше пов'язаний із шизофренією чи розладом настрою. Зазвичай лікарі розглядають це як поєднання обох цих станів і відповідно призначають лікування.

Ключові слова. Розлад, шизофренія, настрій, види, симптоми.

Вступ. Шизоафективний розлад - це стан, який проявляється симптомами шизофренії і розладом настрою. Цей стан вражає чоловіків і жінок. Однак молоді чоловіки більш вразливі до шизоафективного розладу. Точна причина цього стану невідома. Незрозуміло, чи цей стан більше пов'язаний із шизофренією чи розладом настрою. Зазвичай лікарі розглядають це як поєднання обох цих станів і відповідно призначають лікування. Шизоафективний розлад викликає психоз та проблеми з настроєм. Він може проявлятися галюцинаціями або маренням, а також манією або депресією.

Актуальність. Згідно з даними ВООЗ, поширеність афективних розладів у 90-ті рр. XX ст. в розвинутих країнах Європи та США складала

5-10% порівняно з 0,4-0,8% до початку 60-х рр. Значне зростання цього показника пояснюється тим, що основною причиною звертання за медичною допомогою є депресія. За даними різних авторів, захворюваність на депресію на сьогодні наближається до 3% від загальної популяції населення планети. За період статистичного обліку шизоафективного розладу згідно з МКХ-10 кількість захворювань на дану патологію зростає майже втричі, і з кожним роком цей показник зростає. У динаміці за 10-річний період значних щорічних коливань як показника захворюваності, так і поширеності не виявлено. В цілому по Україні в кожному регіоні спостерігається поступове щорічне їх зростання. Тому варто краще розглянути цю тему.

Мета роботи. Дослідити Шизоафективний розлад, його особливості, види, симптоми, відмінність від Шизофренії. Розглянути прояв у дітей, його розповсюдженість в Україні, лікування. Розібрати інтерв'ю хворої М. 21 рік на Шизоафективний розлад, дослідити актуальні питання.

Матеріали та методи. Методи лікування:

1. Препарат: лікар може призначити різні ліки, які допоможуть впоратися з симптомами шизоафективного розладу. Лікар може призначити нейролептики, антидепресанти та ліки, що стабілізують настрій.

2. Психотерапія: лікар може запропонувати індивідуальну психотерапію та групову психотерапію. За допомогою індивідуальної психотерапії пацієнти отримують детальну інформацію про свій стан і вчаться справлятися зі своїми симптомами. Групова терапія сприяє обговоренню реальних життєвих проблем і рішень у групі. Це покращує соціальні навички та зменшує відчуття самотності та ізоляції.

3. Тренінг соціальних навичок: лікування шизоафективного розладу також передбачає розвиток соціальних навичок пацієнта. Навчання з розвитку соціальних навичок допомагає пацієнту взаємодіяти зі своєю родиною. Це покращує їх здатність виконувати повсякденну діяльність.

4. Підтримка працевлаштування: важливо підготувати пацієнта до роботи. Важливо розвивати професійні навички пацієнтів із шизоафективним розладом і допомагати їм знайти та втриматися на роботі.

5. Електросудорожна терапія: лікар може призначити цю терапію, якщо ліки та психотерапія не справляються з симптомами. Лікар посиляє

електричні струми через мозок, які можуть нормалізувати хімічний дисбаланс.

6. Госпіталізація: при важких станах лікарі рекомендують госпіталізацію. Це може бути пов'язано з суїцидальними нахилами пацієнта або з адекватним доглядом і харчуванням.

Результати. На сьогоднішній день точна причина появи цього захворювання є невідомою, проте відомо, що певну роль може мати генетична схильність. Також вважається, що безпосередньою причиною цих проявів є дисбаланс хімічних речовин в мозку, які передають сигнали і регулюють настрій. У пацієнтів з біполярним типом спостерігаються як маніакальні, так і депресивні епізоди. При депресивному типі шизоафективного розладу пацієнти відчувають лише депресивні епізоди, що характеризуються тупим відчуттям, депресія, і нездатність виконувати повсякденну діяльність. Основним епізодом настрою може бути маніакальний епізод або депресивний епізод.

Висновки. Шизоафективний розлад - це хронічне психотичне захворювання шизофренічного спектра. Разом з цим, шизоафективний розлад має ряд характерних клінічних відмінностей, також це захворювання відрізняється по лікувальним підходам. Разом з тим, для того, щоб поставити діагноз шизоафективний розлад, необхідна наявність в історії захворювання хоча б одного доведеного психотичного епізоду без наявності вираженого порушення настрою.

Список використаних джерел

1. <https://www.apollohospitals.com/uk/corporate/diseases-and-conditions/what-is-schizoaffective-disorder-how-is-it-different-from-schizophrenia/>
2. <https://www.evromed.vn.ua/blog/shyzoafektyvnyy-rozlad>
3. <https://polyclinica.net/uk/hvorobi/schizoaffective-disorder>

ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ШИЗОФРЕНІЄЮ ПІД ВПЛИВОМ СТРЕС ФАКТОРІВ ВІЙНИ

Данило БОНАДИК

<https://orcid.org/0009-0002-6385-9712>

Науковий керівник: Пілягіна Г.Я., завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та

*медичної психології НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук,
професор*

Анотація. У статті досліджено особливості якості життя під впливом стрес факторів, які є специфічними через війну в Україні, на психоемоційний стан пацієнтів з діагнозом шизофренія.

Ключові слова. Шизофренія, війна, якість життя, стрес фактори, діагностика.

Вступ. Актуальність. Якість життя людей, з діагностованою шизофренією, є ключовим аспектом їхнього соціального функціонування та психологічного благополуччя. Умови війни створюють додаткові стресові фактори, які можуть негативно впливати на перебіг захворювання, загострювати симптоматику та знижувати адаптаційні можливості пацієнтів. Вивчення впливу стрес факторів війни на стан людей, хворих на шизофренію, є актуальним для розробки ефективних стратегій психосоціальної та медичної підтримки, які сприятимуть покращенню якості їхнього життя та соціальної інтеграції.

Мета дослідження. Оцінити особливості якості життя хворих на шизофренію під впливом стрес факторів війни та визначити ключові механізми їх психологічної та соціальної адаптації. Результати аналізу дозволять сформулювати практичні рекомендації щодо вдосконалення психіатричної допомоги в кризових умовах з метою стабілізації стану пацієнтів та покращення їх взаємодії з суспільством.

Матеріали та методи. Використано наукові статті, монографії та огляди з проблеми діагностики хворих на шизофренію. Застосовано методи теоретичного аналізу, порівняльного огляду літератури та узагальнення наукових даних про шизофренію, війну та вплив відповідних стрес факторів на якість життя.

Результати. Аналіз наукових джерел щодо шизофренії та впливу стрес факторів війни на якість життя пацієнтів демонструє складний взаємозв'язок між психосоціальними умовами та перебігом захворювання. Військові конфлікти створюють середовище хронічного стресу, що значно погіршує стан людей з шизофренією, спричиняючи загострення симптомів, зниження когнітивних функцій та соціальної інтеграції. Шизофренія, як важкий психотичний розлад з хронічним перебігом, характеризується високою вразливістю до зовнішніх

стресорів, зокрема тих, що виникають в умовах соціальної турбулентності, політичної нестабільності та збройних конфліктів (Petrovic et al., 2018). Дослідження підтверджують, що пацієнти з шизофренією мають підвищену чутливість до зовнішніх стресорів, що проявляється у підвищеному рівні тривожності, депресивних симптомах та когнітивних порушеннях. Війна загострює ці фактори, що призводить до зниження соціальної інтеграції та погіршення загальної задоволеності життям. Війна створює середовище хронічного дистресу, що поглиблює дезадаптацію пацієнтів, спричиняє загострення позитивних і негативних симптомів, знижує когнітивні функції та ускладнює процес соціальної реінтеграції (Tsoory & Zagoory-Sharon, 2020). Важливим аспектом є те, що навіть після закінчення активних бойових дій наслідки стресу залишаються значними, впливаючи на довгострокову якість життя пацієнтів.

Огляд літератури показує, що соціальні фактори, такі як нестабільність житла, втрата підтримки сім'ї та громади, а також економічні труднощі, є ключовими детермінантами погіршення стану пацієнтів. Емпіричні дослідження свідчать, що пацієнти з шизофренією надзвичайно чутливі до впливу травматичних подій, таких як переміщення, ізоляція, втрата близьких і порушення доступу до медичних послуг (Morgan & Hutchinson, 2010).

Війна не лише спричиняє прямий психологічний стрес, але й змінює соціальне середовище, що ускладнює адаптацію пацієнтів до нових умов життя. Дослідження показують, що пацієнти, які мають доступ до стабільного житла та соціальної підтримки, демонструють кращу адаптацію та психосоціальне функціонування. Водночас брак ресурсів, таких як доступ до медичної допомоги та психосоціальних програм, значно обмежує можливості стабілізації стану пацієнтів.

У військових умовах, коли кількість людей з психотравматичним досвідом зростає, система охорони психічного здоров'я часто не має достатніх ресурсів для задоволення зростаючих потреб (Danylyshyna & Semeniuk, 2023). Серед ключових соціальних факторів, які погіршують перебіг шизофренії, - нестабільність житла, втрата підтримки з боку сім'ї та соціального оточення, економічна вразливість та відсутність доступу до безперервної психіатричної допомоги (Shevchenko & Kravchenko, 2022). У свою чергу, стабільне житло, соціальна підтримка та доступ до

реабілітаційних програм пов'язані з кращими показниками адаптації та функціонування (Chaudhury et al., 2013).

Подальші дослідження мають бути спрямовані на розробку адаптивних стратегій, що враховують специфіку психосоціальних змін у цій групі пацієнтів. Важливим напрямком є розробка програм соціальної інтеграції, які сприяють відновленню психосоціального функціонування та адаптації пацієнтів до змінених умов життя. Огляд наукових джерел показує, що ефективні моделі підтримки передбачають комплексний підхід, який поєднує психосоціальну реабілітацію, освітні програми для пацієнтів та їхніх родин, а також створення спеціалізованих центрів допомоги. Огляд літератури показує, що перспективним напрямком є створення системи інтегрованої допомоги, яка поєднує медичні, психосоціальні та освітні компоненти. Така модель включає психоосвітні програми для пацієнтів та їхніх родин, розвиток адаптивних навичок, психотерапевтичну підтримку та програми соціальної інтеграції (ВООЗ, 2022).

Дослідження підтверджують ефективність залучення пацієнтів до соціально значущих ініціатив як засобу зменшення симптомів та підвищення задоволеності життям (НСЗУ, 2023). Війна створює унікальні виклики для системи охорони здоров'я, вимагаючи розробки нових підходів до охорони психічного здоров'я та соціальної підтримки. Зміни в структурі особистості, зниження адаптаційного потенціалу, порушення мотиваційно-вольової сфери потребують тривалого клінічного спостереження та цілеспрямованої реабілітації (Петрович та ін., 2018; Tsoory & Zagoory-Sharon, 2020). В умовах війни система охорони здоров'я має адаптуватися до нових викликів, розробляючи міждисциплінарні програми, засновані на доказових практиках, індивідуальному підході та багатокomпонентній підтримці.

Висновки. Отримані дані підкреслюють критичну потребу в адаптації системи психіатричної допомоги до умов збройного конфлікту з урахуванням психосоціальних потреб пацієнтів із шизофренією. Результати можуть бути використані для розробки комплексних програм реабілітації та соціальної інтеграції в умовах тривалої нестабільності.

Список використаних джерел

1. Chaudhury, S., Ranjan, S., Singh, J., & Kiran, M. (2013). Psychosocial rehabilitation in schizophrenia: Challenges and solutions. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1491–1501. <https://doi.org/10.2147/NDT.S44799>
2. Данилишина, Н. М., & Семенюк, О. С. (2023). Психічне здоров'я в умовах війни: виклики для системи охорони здоров'я України. *Український медичний часопис*, 3(149), 30–35.
3. Morgan, C., & Hutchinson, G. (2010). The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: A public health tragedy. *Psychological Medicine*, 40(5), 705–709. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005904>
4. NSZU (Національна служба здоров'я України). (2023). *Огляд потреб психіатричної допомоги в умовах воєнного конфлікту*. Київ: НСЗУ.
5. Petrovic, M., Brkic, M., & Djelic, M. (2018). Impact of war-related stress on the course of schizophrenia: A study in post-war Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(6), 529–535. <https://doi.org/10.1177/0020764018778354>
6. Шевченко, Ю. М., & Кравченко, І. В. (2022). Якість життя пацієнтів із шизофренією в умовах соціальної нестабільності. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*, 28(2), 45–52.
7. Tsoory, M. M., & Zagoory-Sharon, O. (2020). War-related trauma increases the risk for the emergence of psychotic symptoms. *Psychiatry Research*, 285, 112711. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112711>
8. World Health Organization. (2022). *Mental health and psychosocial considerations during emergencies*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2022.1>

ВПЛИВ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА ЗМІНУ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПЕРЕКОНАНЬ У ДОРОСЛИХ ІЗ ТРИВОЖНО- ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Богдан ХРАМОВ

Науковий керівник: Пілягіна Г.Я., завідувач
кафедри психіатрії, психотерапії та
медичної психології НУОЗ України

*імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук,
професор*

Анотація. У тезах представлено огляд наукових даних щодо ефективності когнітивно-поведінкової терапії у трансформації дисфункціональних переконань у пацієнтів із тривожно-депресивною симптоматикою під впливом воєнного стресу. Наголошено на практичному значенні КПТ в умовах кризи психічного здоров'я в Україні.

Ключові слова. Когнітивно-поведінкова терапія, тривожно-депресивні розлади, дисфункціональні переконання, воєнний стрес, ПТСР

Вступ. Актуальність. З початком повномасштабного вторгнення в Україну у 2022 році спостерігається різке зростання психічної дистресовості серед населення. За даними ВООЗ, до 20% постраждалих осіб можуть мати клінічно значущі психічні розлади [3, 7]. Поширеність депресії, тривоги та ПТСР у таких умовах може сягати 28–43% [3]. Така динаміка вказує на потребу у широкому застосуванні ефективних методів психотерапії, зокрема когнітивно-поведінкової терапії, яка є емпірично обґрунтованою та рекомендованою у світових клінічних настановах [4, 6].

Мета роботи. Оцінити вплив когнітивно-поведінкової терапії на зміну дисфункціональних переконань у дорослих з тривожно-депресивними розладами в умовах воєнного стресу.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження виступає психотерапевтичний процес за методикою КПТ, зосереджений на зміні дисфункціональних переконань. Заплановане дослідження буде реалізоване з використанням опитувальника PBQ (Personality Belief Questionnaire) до та після проходження структурованого КПТ-протоколу. Методика ґрунтується на когнітивній реструктуризації та модифікації автоматичних думок і глибинних переконань. У дослідженні також передбачено використання кількісного аналізу результатів з використанням статистичних методів для перевірки ефективності терапії.

Результати. Когнітивно-поведінкова терапія демонструє стабільну ефективність у зниженні інтенсивності дисфункціональних переконань, що підтримують симптоми тривоги й депресії [4, 5]. У випадках хронічного стресу, зокрема в умовах війни, спостерігається тенденція до формування глобальних, фаталістичних переконань, таких як "я

безпорадний", "усе приречено" або "світ є небезпечним місцем". Через інтервенцію КПТ можлива поступова когнітивна переоцінка цих переконань, що призводить до зниження емоційної реактивності, покращення саморегуляції та підвищення адаптаційних ресурсів особистості. У наявних дослідженнях [5, 6, 8] описано позитивну динаміку змін в установках пацієнтів після проходження КПТ, що підтверджує її релевантність до воєнного контексту. Плановане дослідження має на меті перевірити ці результати на українській вибірці та доповнити емпіричну базу доказів ефективності КПТ у надзвичайних умовах.

Висновки. Когнітивно-поведінкова терапія є перспективним підходом допомоги в умовах війни. Її здатність змінювати деструктивні переконання робить її актуальною для використання в умовах масового психотравмування. Проведення системного дослідження в українському контексті дозволить підвищити якість психосоціальної допомоги.

Список використаних джерел

1. Хаустова О.О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. Здоров'я України. 2022. № 4. С. 22–24.
2. Lim I.C.Z.Y. et al. Prevalence of depression, anxiety and PTSD in war areas: meta-analysis. Front Psychiatry. 2022. Vol.13:978703.
3. Nakao M. et al. Cognitive-behavioral therapy: recent advances. BioPsychoSocial Medicine. 2021. Vol.15(1):16.
4. Grove A.B. et al. The effect of a reduction in irrational beliefs on PTSD symptoms. Military Psychology. 2024.
5. Davis L.L. et al. Treating PTSD: psychotherapy interventions. Front Behav Neurosci. 2018. Vol.12:258.
6. WHO, МОЗ України. Mental health impacts of war in Ukraine. 2022.
7. Matusiewicz A.K. et al. Implementation of trauma-focused treatment in Ukraine. Eur J Psychotraumatol. 2023.

ПОТЕНЦІАЛ ЙОГАТЕРАПІЇ В ПОДОЛАННІ АДАПТАЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У НАСЕЛЕННЯ, ПОСТРАЖДАЛОГО ВІД ВІЙНИ

Ірина ТРОФИМОВА

*Науковий керівник: Михайлов Б.В.,
професор кафедри загальної, дитячої,*

*судової психіатрії і наркології НУОЗ
України імені П.Л. Шупика, доктор
медичних наук, професор*

Анотація. У роботі досліджено потенціал йогатерапії як тілесноорієнтованого підходу до психологічної підтримки осіб з адаптаційними розладами в умовах війни. Проаналізовано нейропсихологічні механізми дії практик, паралелі між йогічними філософськими основами та сучасними психотерапевтичними методами. Представлено результати анкетування серед вразливих груп населення.

Ключові слова. Тілесноорієнтована терапія, йога, адаптаційні розлади, самодопомога, війна.

Вступ. З початком повномасштабного вторгнення психічне здоров'я населення України опинилося під масштабним тиском. Відчуття небезпеки, втрата житла, розрив соціальних зв'язків, смерть близьких осіб – усе це призводить до формування адаптаційних розладів, які часто не потребують медикаментозного лікування, але потребують підтримки. Традиційна психотерапевтична допомога залишається недоступною для значної частини населення через стигму, брак фахівців, фінансові або географічні обмеження. У цьому контексті особливої цінності набувають методи самодопомоги, зокрема тілесноорієнтовані практики.

Актуальність. Йога має потенціал як комплексна практика, що охоплює роботу з тілом (асани), диханням (пранаяма), увагою (дхарана) та екзистенційною складовою (яма-ніяма). Все це створює умови для стабілізації психоемоційного стану навіть без зовнішнього втручання. Таким чином, йога може виступати як міст між психотерапією та духовною самодопомогою.

Мета роботи. Визначити роль йоги як ресурсу стабілізації психоемоційного стану осіб з адаптаційними розладами, аналізуючи як нейропсихологічні механізми, так і практичний досвід українського населення в умовах війни.

Матеріали та методи. Використано міждисциплінарний підхід: огляд літератури з нейропсихології стресу, тілесноорієнтованих методів, клінічних досліджень щодо впливу йоги; онлайн-опитування (n=42) осіб, які регулярно практикують або якийсь час практикували йогу (дихання, вправи, робота з концентрацією та увагою, вивчення філософії та морально-етичних засад йогінів) в період з 2022 по 2025 роки. У вибірку

увійшли ВПО, члени родин військових, діючі військові, ветерани, особи у стані втрати та ті, хто виїхав з України.

Результати. Нейропсихологічні дослідження показують, що йога сприяє не тільки активації парасимпатичної нервової системи, а нормалізує активність осі НРА, регулює виділення кортизолу та впливає на лімбічну систему, зокрема зменшуючи гіперактивність мигдалини та посилюючи контроль префронтальної кори [2; 3]. Крім того, модель нейровісцеральної інтеграції стверджує, що високий вагусний тонус пов'язаний з покращенням здоров'я, а також емоційного та когнітивного функціонування [3]. Практики медитації знижують активацію DMN і зменшують румінації [4]. Йога демонструє високий ступінь сумісності із сучасними підходами до психотерапії. Так, етичні принципи яма-ніяма співзвучні зі стоїцизмом і ціннісно-орієнтованими стратегіями Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Майндфулнес-практики, які є основою терапій третьої хвилі (MBSR, DBT), мають спільну основу з дгіяною – медитативним компонентом раджа-йоги [4]. Логотерапія В. Франкла та йогічна філософія спільно розглядають сенс як ядро внутрішньої стійкості.

Зміна дихання змінює комунікацію, що надсилається від дихальної системи, швидко впливаючи на області мозку, що регулюють поведінку, думки та емоції. Аналогічно, дихання може активувати електричну активність мозку, причому повільне дихання призводить до синхронізації мозкових хвиль, тим самим дозволяючи різним областям мозку ефективніше спілкуватися [7].

Результати свідчать про прийнятність втручання на основі йоги для ветеранів зі стійкою посттравматичною крововиливною гіпертрофією [6].

Згідно з опитуванням, 88% респондентів повідомили про зниження тривожності, 76% – про покращення сну, 81% – про зменшення емоційного виснаження. 64% зазначили, що практика йоги повернула їм відчуття тілесної присутності, а 50% наголосили на впливі філософії йоги на пошук сенсу, стабільності та довіри. Особливо показовим було те, що більшість опитаних не мали можливості звернутись до психотерапевта або мали негативний досвід у цій сфері. Для них йога стала доступною та прийнятною формою підтримки. Вона виконувала функції як тілесної стабілізації, так і екзистенційного маяка.

Дихальні вправи можна легко викладати практикам індивідуально, а також вивчати в групах, і за допомогою методів дистанційно/онлайн.

Тому, враховуючи потребу в ефективних методах лікування, які можна пропонувати у великих масштабах з обмеженими ресурсами, психоедукація тренерів може мати значний потенціал.

Частина опитуваних отримала місце, яке по суті стало для них місцем групової психотерапії, на яку вони досі не погодяться через стигматизацію. Тож психоедукація тренерів, або робота в мультидисциплінарних командах може мати також потенціал.

Йога – це додаткове та інтегративне оздоровче втручання, яке може бути спрямоване як на біль, звільняючи м'язову напругу та регулюючи ВНС за допомогою фізичної активності, так і на самодопомогу та реадаптацію за допомогою дихальних вправ, а також стратегій усвідомленості та прийняття. З огляду на ці напрямки, йога добре вписується в клінічні стратегії ведення пацієнтів [5].

Навички усвідомленості також пов'язані з підвищенням стійкості під час стресу, дозволяючи краще справлятися з фізичним дискомфортом, а також зменшувати тривожність, депресію та реакційну здатність [7].

У Клінічних настановах Міністерства у справах ветеранів/Міністерства оборони США щодо ведення пацієнтів із ЛЧМТ рекомендується використання «рекомендацій щодо модифікації способу життя, фізичної терапії та інтегративних медичних підходів (наприклад, акупунктури, терапії релаксації, майндфулнес-тренінгу)» для лікування ПТГБ (посттравматичний головний біль) [6].

Навички майндфулнес також пов'язані з підвищенням стійкості до стресу, покращенням здатності справлятися з фізичним дискомфортом, а також зі зниженням тривожності, депресії та реактивності [7].

Незважаючи на ці багатообіцяючі висновки, існуючі дослідження йоги для лікування хронічних та адаптаційних захворювань мають кілька методологічних обмежень, включаючи значні відмінності в «дозуванні», тривалості, відсутність стандартизованих протоколів, нечіткі критерії включення/виключення, обмежене вимірювання точності та дотримання режиму, а також неадекватні групи порівняння/контролю, серед іншого [5].

Висновки. В умовах війни, коли доступ до психотерапії ускладнений або неможливий, йогатерапія виступає не лише як засіб стабілізації психоемоційного стану, а як інструмент самодопомоги, що поєднує тілесне, когнітивне та духовне відновлення. Україна не має готових міжнародних рішень щодо ментального відновлення після воєнної

травми такого масштабу, тому формування нових підходів із врахуванням власних ресурсів, включаючи тілесноорієнтовані практики, є важливим.

Отримані дані підкреслюють потенціал і необхідність подальшого дослідження з можливістю адаптації та інтеграції йогатерапії з врахуванням психосоціальних потреб громадян різних груп. Розробка комплексних програм реабілітації, соціальної інтеграції, реадаптації та психоедукації в умовах тривалого періоду воєнного конфлікту і після його закінчення є важливим ресурсом для психологічного здоров'я українців, враховуючи нестачу довіри і доступу до спеціалістів.

Список використаних джерел

1. Streeter C.C., et al. Yoga Asana Sessions Increase Brain GABA Levels. *J Altern Complement Med.* 2007;13(4):419–426.
2. Telles S., et al. Mechanisms of yoga for mental health. *Front Psychiatry.* 2021;12:570739.
3. Gard T., et al. Yoga and the Self-regulation of the Nervous System. *Front Hum Neurosci.* 2014;8:770.
4. Hölzel B.K., et al. How does mindfulness meditation work? *Perspect Psychol Sci.* 2011;6(6):537–559.
5. Cramer H., et al. Yoga for anxiety and stress disorders: A meta-analysis. *Depress Anxiety.* 2018;35(9):830–843.
6. Betthausen L.M., Forster J.E., Bortz A., et al. Strength and awareness in action: Feasibility of a yoga-based intervention for post-acute mild TBI headaches among veterans. *Contemp Clin Trials Commun.* 2021;22:100762. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100762>
7. Fincham G.W., Strauss C., Montero-Marin J., et al. Effect of breathwork on stress and mental health: A meta-analysis of randomised-controlled trials. *Sci Rep.* 2023;13(1):432. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-27247-y>

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МЕТАФОРИЧНИХ АСОЦІАТИВНИХ КАРТ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОТРЕБ УЧАСНИКІВ ОСВІТЬОГО ПРОЦЕСУ

Надія ЗАХАРОВА

<https://orcid.org/0000-0002-6530-6217>

Науковий керівник: Блінов О., професор кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НУОЗ України імені П.Л. Шупика, доктор психологічних наук, професор

Анотація. Зростання випадків психічних захворювань та розладів психічної діяльності відмічається в країнах всього світу, та особливої актуальності набуває в умовах тривалих бойових дій та воєнного стану в Україні. Пошук швидких та ефективних інструментів для вирішення цих потреб серед учасників освітнього процесу – одне з важливе завдання для науковців. Використання метафоричних асоціативних карт (МАК) для визначення психологічних потреб, корекції та терапії учасників освітнього процесу впливає на збереження їхньої працездатності, підтримку мотивації досягати освітніх цілей, попереджає розвиток професійного вигорання, зменшує відчуття тривоги, додає та поглиблює самоусвідомлення, посилює творчі здібності.

Ключові слова. Метафоричні карти, професійні компетентності, психологічна допомога, освітній процес.

Вступ. Актуальність. Учасники освітнього процесу відчувають постійне психологічне навантаження, яке пов'язане з вимогами постійного оновлення, опанування новими знаннями та навиками, перебуваючи в постійних комунікаційних стосунках та емоційному напруженні, зокрема під час вступу до закладу вищої освіти, роботі з великими обсягами інформації, проведення поточного чи заключного оцінювання, атестації, виступах тощо. Перенавантаженню психічних процесів сприяють постійні стреси, невизначеність, порушення якості життя, зокрема сну та інші значні чинники, пов'язані з воєнним станом та бойовими діями на території України [1, 3].

Використання психологом, психотерапевтом в практичній діяльності метафоричних карт сприяє глибокої роботі з несвідомим людини, відкриває можливість знайти додаткові, як правило, неусвідомлені можливості у вирішенні внутрішніх конфліктів, покращення емоційного стану, мотивації на продовження навчання, попередження професійного вигорання тощо [1, 2, 3, 11]. Використання малюнків, абстрактних образів дозволяє людині висловитися більш відверто, обійти наявні захисні механізми психічної діяльності. Людина описує карту відсторонено, що є

менш травматичним для сприйняття проблемної ситуації. Ефективність використання МАК були проаналізовані відомими науковцями, підкреслювалася доцільність їхнього використання з діагностичною, терапевтичною метою, а також для розвитку самопізнання та креативності. [4, 5, 6, 8,10]. Учасники освітнього процесу в галузі охорони здоров'я мають високі ризики погіршення психоемоційного стану та потребують глибших знань щодо можливості саморозвитку, пошуку внутрішніх ресурсів, використання інструментів самодопомоги під час тривоги, стресу тощо, зокрема з використанням МАК [1, 7, 9]. Мета роботи – вивчення психодіагностичних та корекційних можливостей використання МАК під час професійної роботи психолога з учасниками освітнього процесу закладу вищої освіти.

Матеріали та методи. В дослідженні планується участь учасників освітнього процесу закладу вищої медичної освіти, а саме науково-педагогічні працівники, керівники закладу та окремих структурних підрозділів, здобувачів вищої освіти, інші працівники закладу. Діагностика психологічних потреб колективу буде проводитися анонімно та добровільно, в режимі онлайн, шляхом використання анкети. Авторами дослідження будуть використані загальні питання, які дозволять узагальнити та представити структурні характеристики учасників: статевий та віковий розподіли, посада, стаж роботи тощо.

Використання бального (кількісного) оцінювання відповідей дозволить використати статистичні методи обробки даних (відносних, середніх величин, оцінювання вірогідності розбіжностей), побудувати графічні зображення для подальшого аналітичного узагальнення. Корекційна робота буде проводитися з фокусною групою, з врахуванням запиту кожного учасника з вимірюванням станів: самопочуття, настроїв та активність. Стани оцінюються двічі - «до» та «після» використанням відповідних колод МАК та виконання вправ.

В дослідженні будуть використовуватися колоди МАК: «ОН», як універсальна колода, загально визнана та розповсюджена в практичній діяльності психологів багатьох країн світу; авторська колода «Стрес-стоп» (автор, професор О. Блінов), яка має підтверджену ефективність у роботі зі стресом, зокрема у військово службовців, а також колода «Дороги», як додаткова колода для пошуку додаткових ресурсів та рішень. За результатами дослідження очікується підтвердження позитивних змін психоемоційного стану учасників після роботи з МАК, розробка

загальних рекомендацій керівникам закладу щодо посилення ментального здоров'я учасників освітнього процесу.

Результати. В дослідженні взяли участь представники всіх груп, які задіяні до реалізації освітнього процесу: від представників управління закладом, здобувачів вищої освіти до допоміжного персоналу. Розподіл учасників опитування за статтю відображає загальну структуру працівників сфери охорони здоров'я, в якій переважають жінки. Середній вік учасників розраховувався відповідно до кожної групи, загальний показник коливається в межах 36-52 роки. Переважна більшість учасників (понад 84%) зазначили, що цікавилися питаннями підтримки власного ментального здоров'я та можливостями самопомогти під час погіршення психоемоційного стану. До 20% респондентів до проведення опитування не знали про можливості використання метафоричних асоціативних карт у психологічній підтримці людини.

У відповідь на запитання описати власні емоції, відчуття, спогади тощо, які виникають від знайомства з однією із МАК, до 30% респондентів не змогли визначити власні емоції, що може опосередковано свідчити про недостатній рівень знань та навичок оцінки власного емоційного стану. Малюнок на якому зображена пара енергійно танцюристів була оцінена як позитивна, з середнім значенням балу – 9,3. Незначна кількість респондентів сприйняла зображення як негативне (середнє значення – 4,7), що може свідчити про наявне напруження емоційного стану людей, відсутність ресурсу бачити позитив у повсякденності.

На добровільних засадах учасники освітнього процесу взяли участь у проведенні індивідуальних занять (фокус група). Заняття проводилися з дотриманням етичних норм, учасникам були створені комфортні умови для розкриття особистісних потреб та можливість вирішення складних ситуацій життя. Найбільша кількість (понад 84%) учасників фокусної групи були задоволені наданою інформацією щодо можливостей використання МАК та продемонстрували високу зацікавленість у застосуванні карт для вирішення життєвих питань.

Більшість учасників фокусної групи (понад 70%) були занепокоєні погіршенням загального настрою, зниженням активності впродовж останніх місяців, і у 58% випадків пов'язували ці стани з перевантаженням на роботі. У структурі потреб (запитів) на проведення сесії перші три місця посіли запити на пошук додаткового ресурсу,

зниження рівня тривоги та на покращення самопочуття (біля 30% відповідно). За відведений час на кожного учасника припадало від 2 до 3 вправ з МАК, а також було виділено час на відповіді, підбиття підсумків і фотографування результатів роботи. Вказана інтенсивність та структура проведення зустрічі задовольнила понад 70% учасників, бажання продовжити заняття понад запланований час (40 – 60 хвилин) або провести ще одно заняття висловили понад 80% учасників фокусної групи.

Після виконання запропонованих вправ з МАК, поліпшення самопочуття відзначив кожен третій учасник, а поліпшення настрою – кожен другий. Здобувачі вищої освіти другого (магістерського) рівня висловили бажання провести заняття з МАК в груповому варіанті з метою налагодження комунікацій та посилення студентського колективу.

Висновки. Використання МАК для учасників освітнього процесу сприяє поліпшенню їх загального самопочуття, підвищує настрій і загальну активність. МАК, як інструмент психологічної підтримки, дозволив учасникам дізнатися про можливості роботи з несвідомою частиною психіки з використанням зображень. Проведення занять з учасниками фокусної групи дало змогу ознайомитися із вправами психологічної самопомогі, підтримки та стабілізації психоемоційного стану, що може вплинути на поліпшення психологічного клімату колективу і, відповідно, на якість освітнього процесу.

Список використаних джерел

1. Блінов О. А. Метафоричні асоціативні карти як сучасний метод психологічної хірургії / О. А. Блінов // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки : зб. наук. пр. Київського Національного університету ім. Тараса Шевченка. – Київ. – 2016. – Вип. 4 (29). – С. 6–11.
2. Блінов О. А. Поняття метафоричних асоціативних карт та їх використання в психологічній реабілітації / Актуальні проблеми вищої професійної освіти України: Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції 19 березня 2015 р. / За заг. ред. Е.В. Лузік, О.М. Акмалдінової. - К.: НАУ, 2015. – С. 14.
3. Блінов О.А., Шопіна М.О. Метафоричні асоціативні карти як творчий інтегративний ресурс стресостійкості особистості : навч. посіб. Київ : ТАЛКОМ, 2016. 123 с.

4. Бриль М.М. Метафоричні асоціативні карти як інструмент у психології професійного визначення // Актуальні проблеми психології. Том І. Випуск 52, С.68-76. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v1/i52/13.pdf>

5. Верникова Н. Метафорические ассоциативные карты – универсальный инструмент для МАКсимальных результатов. Практическая психология. – Винница : ЧП «ТД «Эдельвейс и К», 2014. – 124 с.

6. Ковальчук О., Канциренко О. Застосування проективного методу МАК у дослідженні психологічного благополуччя та соціальної відповідальності особистості // Вісн. нац. акад. Держ. прикорд. служби України. Серія: Психологічні науки, 2016. Вип. 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2016_2_6 (дата звернення: 05.05.2025).

7. Марценюк М. О. Метафоричні асоціативні карти як універсальний інструмент в роботі психолога / М.О. Марценюк // «Science and education in the modern world: challenges of the XXI century» матеріали VII Международной науч-прак. конф. (Психологические науки) / сост.: Е. Ешім, Е. Абиев – Нур-Султан, 2020 – С. 55-59.

8. Мілорадова Н. Е. Метафоричні асоціативні карти як інструмент психокорекції та психопрофілактики посттравматичних стресових розладів // Вісник Національного університету оборони України 4 (29) /2012. С. 207 – 210.

9. Шебанова В. І. Метафоричні асоціативні карти в роботі психолога // Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", №50, 2020. С. 289 – 307. DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2020-50.289-307>

10. Шебанова, В. І. Метафоричні асоціативні карти як інструмент психологічної допомоги особистості у кризових та критичних ситуаціях життя / В. І. Шебанова // Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матер. V Міжнар. наук. - практ. конф. (м. Суми, 28 лютого – 1 березня 2019 р.) / Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка . – Суми: Вид-во СумДПУ ім. А. С.Макаренка, 2019. – С. 363 – 366.

11. Н. Popova, N. Miloradova The usage of the narrative approach in the psychological consulting by means of the metaphoric associative cards (MAC), // Теорія і практика управління соціальними системами №1'2015 С. 83-90

ФОРМУВАННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ У ПЕДАГОГІВ ЗДО ЗАДЛЯ ПОДОЛАННЯ ЖИТТЄВИХ ВИКЛИКІВ СЬОГОДЕННЯ

Олександра ЯРОШ

Науковий керівник: Зубатюк О.В., доцент кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології НУОЗ України імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук, доцент

У статті узагальнено теоретичні здобутки зарубіжних та вітчизняних науковців щодо аналізу феномену резильєнтності. Розглянуто наукові аспекти проблеми дослідження механізмів формування резильєнтності педагогів ЗДО, аналіз їхньої психологічної реакції на стресові ситуації та визначення ефективних методів адаптації. Окреслено особливості формування психологічної стійкості педагогів ЗДО, які відіграють важливу роль у дошкільних закладах впливаючи на емоційний стан вихованців. Представлено власний досвід формування резильєнтності педагогів ЗДО в нових умовах сьогодення та результати діагностування.

Ключові слова: *резильєнтність, стресостійкість, почуття безпеки, психологічне благополуччя, життєстійкість, адаптація, освітнє середовище.*

Постановка проблеми. В умовах воєнного стану українська система дошкільної освіти (ЗДО) стикається з серйозними викликами, які впливають як на дітей, так і на педагогів. Підвищений рівень стресу, емоційне виснаження та нестабільність соціального середовища зумовлюють необхідність формування резильєнтності педагогів ЗДО – здатності адаптуватися до складних умов, зберігати ефективність професійної діяльності та підтримувати психологічне благополуччя дітей.

Однією з ключових проблем є недостатня увага до психоемоційного стану педагогів та відсутність системних програм підтримки їхньої стресостійкості. Традиційні підходи до підготовки освітян здебільшого зосереджуються на методології навчання, не враховуючи потреби формування психологічної стійкості у кризових умовах. Відтак необхідно розробити комплексні стратегії розвитку резильєнтності, що охоплюватимуть як індивідуальні психологічні навички, так і організаційні аспекти освітнього середовища.

Науковий аспект проблеми включає дослідження механізмів формування резильєнтності педагогів ЗДО, аналіз їхньої психологічної реакції на стресові ситуації та визначення ефективних методів адаптації. Важливим напрямом є розробка моделей підтримки педагогів, заснованих на сучасних теоріях стресостійкості та емоційної регуляції.

З практичної точки зору, формування резильєнтності педагогів ЗДО сприяє забезпеченню стабільного освітнього процесу, підтримці психоемоційного здоров'я дітей та мінімізації негативних наслідків війни для дошкільної освіти. Важливим завданням є розробка спеціальних тренінгових програм, психологічних практик і управлінських стратегій, які допоможуть педагогам ефективно адаптуватися до сучасних реалій.

Впровадження цих заходів сприятиме зміцненню дошкільної освіти, забезпеченню якісного виховання дітей та підтримці педагогів у їхній професійній діяльності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Концепцію резильєнтності було емпірично відкрито в 1960-х роках. коли психіатри та дослідники почали звертати увагу на вплив жорстокого поводження з дітьми та воєнного насильства на їхню психіку (Briquit, 1959). Подальші дослідження, присвячені «воєнним неврозам» у період Другої світової війни (Lazarus, 1993), а також аналіз психологічних наслідків бойових дій у В'єтнамі, сприяли активному розвитку напряму психотравматерапії та кризових втручань.

Термін «резильєнтність» спочатку виник у механіці та позначав здатність матеріалу повертатися до початкового стану після зовнішнього впливу. Згодом це поняття набуло міждисциплінарного характеру та почало широко застосовуватися у фізиці, інженерних науках, екології, медицині, соціології та психології.

Перші згадки терміну «резильєнтність» в психологічній науці ввели науковці E. Werner та її колеги R. Smith. У період 1980–90-х років значна увага науковців була зосереджена на дослідженні дітей, які, незважаючи на вплив стресових факторів та несприятливі життєві умови, демонстрували здатність до формування психологічної стійкості та соціальної адаптації, що сприяло їхньому успішному розвитку в дорослому віці.

Таким чином, з огляду на значущість дослідження цього феномену для підтримки психічного здоров'я та гармонійного розвитку особистості, кінцеві десятиліття XX століття характеризуються стрімким зростанням

наукового інтересу до резильєнтності. Саме в цей період було накопичено значний обсяг емпіричних даних, що дозволили дослідникам детально розглянути механізми формування психологічної стійкості. Крім того, були розроблені та впроваджені різноманітні психотехнології, спрямовані на профілактику та розвиток резильєнтності в різних соціальних групах.

З початку 2000-х років дослідження резильєнтності виходять за межі виключно дитячого контексту та поширюються на інші соціальні групи. Вчені все більше зосереджуються на вивченні механізмів психологічної стійкості у дорослих, літніх людей та представників різних етнічних спільнот, що проживають у несприятливих умовах, таких як хронічні захворювання, ВІЛ-інфекція чи наслідки військових конфліктів.

Поняття феномену «резильєнтності» у вітчизняній психологічній науці почали вивчати тільки останні десять років. Вивченням даного поняття в аспекті психологічного здоров'я займалися такі видатні вчені, як Е. Грішина, Т. Ларіна, Т. Титаренко, О. Хамініч. Дослідження психологічної резильєнтності дітей є предметом наукових розвідок багатьох учених. Зокрема, В. Чернобровкіна зосередила увагу на структурних компонентах цього феномену, тоді як Г. Войтович аналізував гендерні особливості резильєнтності. Важливим аспектом досліджень є також її роль у педагогічній діяльності: Т. Федотова розглядала резильєнтність як ключову професійну компетенцію вчителів початкових класів.

Численні наукові роботи присвячені вивченню внутрішніх ресурсів особистості, що забезпечують здатність людини успішно адаптуватися до складних життєвих умов, зберігаючи цілісність психіки та особистісну ідентичність. На думку фахівців, саме резильєнтність або життєстійкість виступає одним із головних механізмів психологічного самозахисту, що відображено у дослідженнях К. Мазур, С. Кучкова, Н. Чепелевої, О. Чиханцова та інших.

Проблема вивчення внутрішнього потенціалу людини, що сприяє її здатності протистояти життєвим труднощам та зберігати особистісну цілісність, привертає значну увагу науковців. У дослідженнях К. Мазур, С. Кучкова, Н. Чепелевої, О. Чиханцова та інших учених підкреслюється роль резильєнтності (життєстійкості) як ключового фактору адаптації особистості до несприятливих умов.

Життестійкість індивіда визначається його здатністю справлятися зі стресовими ситуаціями, підтримувати оптимальний рівень фізичного та психологічного благополуччя, а також зберігати внутрішню рівновагу без втрати ефективності діяльності. Ця характеристика є важливою складовою здатності педагогів ЗДО до саморегуляції та адаптивного управління власними ресурсами.

Попри зростаючий інтерес до резильєнтності як особистісної характеристики педагогів ЗДО, її детальний аналіз у контексті вітчизняної наукової літератури залишається недостатньо розвиненим. Це відкриває перспективи для подальших досліджень, спрямованих на розробку концептуальних моделей і практичних методик формування резильєнтності в роботі з педагогами ЗДО.

Метою даного дослідження є визначення сутності резильєнтності та аналіз особливостей її формування у педагогів ЗДО. Робота спрямована на вивчення факторів, що сприяють розвитку психологічної стійкості педагогів, а також на оцінку її значення в умовах сучасного освітнього середовища.

Виклад основного матеріалу. Психологічна резилентність (від англ. *resilience* — пружність, еластичність) — це вроджена динамічна властивість особистості, що лежить в основі здатності долати стреси та важкі періоди конструктивним шляхом. Попри те, що ця властивість уроджена, її можна розвивати. Психологічну резильєнтність часто називають стресостійкістю або життестійкістю. Її розвиток включає роботу з думками, цінностями, формування кола соціальної підтримки, напрацювання свідомих навичок турботи про себе.

Одне з ключових визначень резильєнтності запропонував Ф. Лозель, який трактує її як здатність людини або соціальної системи підтримувати стабільне, гармонійне функціонування в умовах кризових ситуацій. Науковець наголошує, що хоча це визначення видається простим, сама концепція резильєнтності охоплює значно ширший спектр аспектів, ніж просто здатність до подолання труднощів.

Концепція резильєнтності охоплює як досягнення позитивного результату попри високий рівень ризику (наприклад, здолаття численних стресових факторів), так і здатність людини зберігати основні риси своєї особистості у кризових ситуаціях, повністю відновлюватися після психотравматичних переживань і досягати подальших успіхів. Багато дослідників розглядають резильєнтності саме у цьому контексті:

не тільки як повернення до рівноваги після травматичних подій, а й як можливість розвитку та вдосконалення особистісних компетенцій (посттравматичне зростання).

Термін «резильєнтність» безпосередньо пов'язаний із психологічною здатністю до відновлення після несприятливих життєвих умов. Вивчення механізмів, що дозволяють окремим людям не лише вистояти, а й зміцнити внаслідок пережитих труднощів, є актуальним для психологів, психотерапевтів та фахівців помічних професій.

Поняття резильєнтності вже понад п'ять десятиліть залишається важливим аспектом позитивної психології та психології здоров'я. Термін походить з латинської мови, де **resilire** означає «повернення до початкового стану» або «відновлення рівноваги». У більш широкому сенсі резильєнтність трактується як здатність особистості чи соціальної системи підтримувати цілісність життєвих процесів, адаптуватися до викликів та забезпечувати повноцінне функціонування в умовах кризи. Психологічна резильєнтність може бути визначена як здатність індивіда долати несприятливі та травматичні події, зберігаючи внутрішню гармонію та ефективність.

Визначення Бердика «стресостійкості особистості» - це комплекс індивідуальних характеристик, що дозволяють людині ефективно витримувати значні інтелектуальні, вольові та емоційні навантаження, спричинені особливостями професійної діяльності, без негативних наслідків для оточуючих та власного здоров'я (Бердник Г., 2009).

Також хотілось висвітлити визначення Дж. Кідда, який розглядає професійну резильєнтність як здатність адаптуватися до змін у професійній діяльності та долати труднощі завдяки внутрішнім ресурсам, таким як упевненість у собі, надія, самоповага та гнучкість (Адаменко Л., 2020).

З огляду на це, надзвичайно важливо забезпечити фахівців необхідними знаннями для усвідомлення психологічних механізмів адаптації в умовах кризових ситуацій, а також навчити їх застосовувати ефективні психотехніки, спрямовані на розвиток резильєнтності, життєстійкості, стресостійкості та здатності самостійно долати стресові фактори.

У контексті професійної діяльності стійкість слід розглядати як процес позитивної адаптації, що передбачає здатність фахівців зберігати або відновлювати психічне здоров'я, попри труднощі, з якими вони

стикаються. Це, у свою чергу, сприяє формуванню стійкості в їхніх вихованців, забезпечуючи ефективне освітнє середовище.

З метою ефективного розвитку резильєнтності педагогів доцільним є впровадження у педагогічну практику принципів, що сприяють підвищенню рівня психологічної компетентності, удосконаленню комунікативних навичок у роботі у дистанційній формі, а також формуванню здатності адекватно реагувати на виклики, зумовлені підвищеним рівнем соціальної тривожності.

Розвиток резильєнтності – це складний процес, який передбачає розвиток особистості педагога ЗДО, формування емоційної компетентності та особистісних якостей.

Для формування та вдосконалення резильєнтності необхідно розвивати ключові особистісні характеристики, зокрема самосвідомість, самоефективність і саморегуляцію. Самосвідомість сприяє глибшому розумінню власної особистості та способу життя, що створює необхідні передумови для цілеспрямованої роботи над саморозвитком.

Самоефективність відіграє важливу роль у формуванні оптимістичного світогляду. Віра у власні здібності, здатність до створення нового та внесення позитивних змін є фундаментальними чинниками, які сприяють становленню резильєнтності та адаптивності особистості.

Таким чином, в нашому закладі формують резистентність педагогів ЗДО задля подолання викликів сьогодення методами такими як, тренінг з елементами арт-терапії, психологічні ігри з розвитку стресостійкості, «Ресурсна п'ятниця» в телеграм каналі, «Тиждень психології», «Альбом для заспокоєння нервів», ресурсні зустрічі, копінг-стратегії. Під час цих зустрічей дійшли висновку, що існують основні аспекти формування резильєнтності це:

1. Забезпечення фізичних потреб та потребі в безпеці. Вчені психологи підтверджують, значний вплив непередбачуваності подій на життєдіяльність людини. Одним із фундаментальних аспектів психологічного благополуччя є потреба в безпеці, концепцію якої сформулював американський психолог А. Маслоу. Вона охоплює прагнення до стабільності, визначеності, можливості прогнозування ситуацій, а також довіри до соціального оточення. Задоволення цієї базової потреби створює необхідні умови для реалізації інших життєво важливих потреб особистості.

2. Вміння підтримувати один одного в складних ситуаціях – це запорука гарного колективу та саморозвитку.

3. Вчитися любити себе та турбуватися про себе. Це про турботу про своє фізичне, ментальне здоров'я та психогігієну.

4. Вивчати і знати особливості як працює наш мозок (реагує організм) при стресі, щоб знати як надати першу психологічну допомогу для потребуючого.

5. Розвивати емоційний інтелект. Це важливо для педагогів, щоб вміти розрізняти свої почуття і правильно реагувати на них.

Перед початком практикума для педагоги ЗДО у травні 2022 році була проведена діагностика за методиками:

1. Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрій) для визначення оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою педагогів.

2. Шкала тривожності (Шкала Тейлора, адаптація М.М.Пейсахова).

3. Методика Прогноз (оцінка рівня нервово-психічної стійкості за В. Бодровим). Призначена для початкового орієнтовного виявлення осіб з ознаками нервово-психічної нестійкості (НПН). Вона дозволяє виявити окремі початкові симптоми порушень особистості, а також оцінити вірогідність їх розвитку і прояву в поведінці та діяльності людини.

В діагностиці приймало участь 30 педагогів, яке проходило онлайн.

І контрольний зріз у травні 2025 року. Результати представлені в Таблиці 1. Порівняння діагностики педагогів ЗДО.

Таким чином, видно з результатів діагностики що формування резильєнтності педагогів має гарний рівень. Це демонструється в показниках суб'єктивного самопочуття, активності та настрою демонструють значне покращення. Загалом можна говорити про зростання загального рівня життєвого тону та емоційного благополуччя учасників. Аналіз рівнів тривожності показав зниження загального рівня напруги та неспокою серед педагогів. Рівень нервово-психічної стійкості також зазнав позитивних змін. Отримані результати свідчать про суттєве покращення психоемоційного стану педагогів дошкільного закладу у 2025 році порівняно з 2022 роком. Зниження рівня тривожності та підвищення показників самопочуття, активності та настрою вказують на ефективність впроваджених психолого-педагогічних заходів або сприятливі зовнішні умови. Ці зміни можуть позитивно впливати на професійну діяльність педагогів та якість освітнього процесу.

Таблиця 1.
Порівняння діагностики педагогів ЗДО

Назва методики			2022 р.		2025 р.	
Опитувальник САН	Показники		Сприят- ливе	Несприят- ливе	Сприят- ливе	Несприят- ливе
		Самопочуття	15%	85 %	71%	29%
		Активність	33%	67%	71%	29%
		Настрій	11%	89%	73%	27%
Шкала тривожності	Рівні тривожності	Низький		11%	11%	
		Нижче середнього		-	22%	
		Середній		23%	55%	
		Вище середнього		55%	22%	
		Високий		11%	0	
Методика «Прогноз»	Рівень нервово-психічної стійкості	Високий – дуже сприятливе		-	-	
		Позитивний сприятливий		-	20%	
		Задовільний малосприятливий		-	50%	
		Задовільний несприятливий		-	30%	

Висновки. Отже, аналіз поняття «резильєнтності» в науковій психологічній літературі свідчить, що це ключова особистісна характеристика педагога ЗДО, яка забезпечує здатність успішно долати складні життєві обставини, адаптуватися після стресових ситуацій або психотравматичного досвіду. Формування резильєнтності як механізму підтримки психічного здоров'я сприяє гармонізації внутрішнього стану, підвищенню ефективності навчального процесу та професійного становлення.

Резильєнтність виступає важливим чинником здатності індивіда до подолання труднощів, що дозволяє не лише впоратися з життєвими викликами, а й вийти з них із новими ресурсами та зміцненим емоційним станом. Вона може слугувати джерелом внутрішньої сили, сприяючи стійкості перед перешкодами та досягненню визначених цілей на різних етапах життя.

Перспективи подальших наукових досліджень потребують ґрунтового та системного аналізу резильєнтності як критерію

особистісної успішності, що відкриває нові горизонти у вивченні психологічної стійкості та її впливу на освітній і професійний розвиток.

Список використаної літератури

1. Бех І. Д. Становлення професіонала в сучасних соціальних умовах // Теорія і практика управління соціальними системами. – 2008. – № 2. – С. 109–115.
2. Божок Є., Пирожков С., Хамітов Н. Резильєнтність: стратегія виживання в умовах гібридних загроз // Укрінформ. Мультимедійна платформа іномовлення України. – 2021. – Режим доступу: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3265105-rezilentnist-strategia-vizivanna-v-umovah-gibridnih-zagroz.html>.
3. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1. – Львів: ЛьвДУВС, 2020. – 232 с.
4. Кузікова С. Б. Психологічні основи становлення суб'єкта саморозвитку в юнацькому віці: монографія. – Суми: Видавництво МакДен, 2012. – 410 с.
5. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень // Актуальні проблеми психології. Том 3: Консультативна психологія і психотерапія. – Вінниця: ФОП Рогальська І. О., 2018. – Вип. 14. – С. 26–64.
6. Підготовка вчителів до розвитку життєстійкості / стресостійкості у дітей в освітніх навчальних закладах: навч.-метод. посібник / Богданов С. О. та ін.; заг. ред.: Чернобровкін В. М., Панок В. Г. – Київ: Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. – 208 с.
7. Чиханцова О. А. Психологічні основи життєстійкості особистості: монографія. – Київ: Талком, 2021. – 319 с.
8. Чиханцова О., Гуцол К. Психологічні основи розвитку резильєнтності особистості в період пандемії Covid-19: практичний посібник / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г. С. Костюка. – Київ, 2022. – 128 с.

Психологічна допомога родинам військовослужбовців і ветеранів війни: виклики та терапевтичні підходи

Яна ПРИЗЮК

*Науковий керівник: Блінов О.А., професор
кафедри педагогіки, психології, медичного
та фармацевтичного права НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор психологічних
наук, професор*

Анотація. У статті розглянуто основні психологічні проблеми, з якими стикаються родини військовослужбовців і ветеранів бойових дій, а також сучасні підходи до надання їм психологічної допомоги. Підкреслюється важливість системного підходу в терапії, що охоплює всю родину як єдину психосоціальну одиницю. Розкриваються ключові аспекти подружніх і сімейних стосунків, проблеми посттравматичного стресового розладу, домашнього насильства, дитячої адаптації та реінтеграції після тривалих розлук.

Ключові слова. Родина військовослужбовця, ПТСР, психологічна допомога, реінтеграція, подружні стосунки, сімейна терапія.

Вступ. Служба у збройних силах, зокрема в умовах війни чи бойових операцій, створює потужне психологічне навантаження не лише на військовослужбовця, але й на всю його родину. Залучення до бойових дій є джерелом глибоких трансформацій у структурі та динаміці сімейного життя. Родини нерідко змушені адаптуватися до нових реалій, які включають тривалу відсутність одного з батьків, психологічну травматизацію, реінтеграційні виклики та зміну ролей.

Психологічна допомога родинам військових може включати індивідуальні зустрічі з психологом, групові заняття, роботу з усією родиною, навчання саморегуляції та технікам зниження емоційної напруги. Також надаються практичні поради для подолання життєвих труднощів.

Історично до дослідження сім'ї як соціального явища зверталися багато вчених. Серед перших, хто підійшов до цього питання науково, був швейцарець Йоганн Якоб Бахофен, автор праці «Материнське право», в якій він стверджував про провідну роль жінки у ранніх формах сім'ї. Американський антрополог Льюїс Морган розробив теорію еволюції суспільства, яка суперечила релігійним поглядам, і вивчав

розвиток сімейних форм. Філософ Огюст Конт вважав, що сім'я ґрунтується на емоційній прихильності та є джерелом збереження традицій.

Питання сім'ї активно досліджували й інші вчені — Е. Дюркгейм, П. Сорокін, Б. Малиновський, а також українські наукові установи. Основною темою соціології сім'ї є вивчення шлюбу і родинних відносин. Сім'я — це спільнота, заснована на шлюбі або кровних зв'язках, яка виконує виховні та підтримуючі функції. Вона є важливим соціальним інститутом, який забезпечує передачу культурних, фізичних та духовних цінностей.

Актуальність. Зростання кількості ветеранів та сімей військових, що зазнають емоційних труднощів, вимагає системного підходу до психологічної допомоги. Ефективна підтримка повинна охоплювати всю родину.

Психологічна підтримка сімей військовослужбовців має враховувати високий рівень стресу, викликаний страхом за близьку людину. Тому важливо застосовувати техніки зниження тривожності, проводити просвітницьку роботу про природу таких станів і підтримувати емоційний баланс у критичні моменти, наприклад, під час бойових дій.

Коли один із членів сім'ї служить, решта родини змушена адаптуватися до змін, що вимагає нових форм спілкування та підтримки. Особливо це стосується дітей, які можуть болісно переживати відсутність одного з батьків.

Після повернення з фронту військові можуть стикатися з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), що впливає на родинну атмосферу. Психологи працюють не лише з ветеранами, а й з їхніми родинами, допомагаючи адаптуватися до змін. Реінтеграція військового у цивільне життя — складний процес, який вимагає психологічної, соціальної та емоційної підтримки.

Для цього до роботи залучаються не тільки психологи, але й соціальні працівники, освітяни, волонтери. Важливу роль відіграють також групи взаємодопомоги, де родини можуть обмінюватися досвідом та підтримувати одне одного.

Отже, психологічна підтримка родин військових охоплює широкий спектр завдань — від роботи з емоційним напруженням до допомоги в адаптації та збереженні сімейних зв'язків у складних життєвих умовах.

Мета роботи. Проаналізувати основні психологічні проблеми родин військовослужбовців та визначити сучасні підходи до надання їм психологічної допомоги.

Матеріали та методи. У ході підготовки роботи було використано комплексний теоретико-аналітичний підхід, що включав:

- аналіз наукової літератури з психології, соціології та психотерапії, зокрема щодо тематики посттравматичного стресового розладу (ПТСР), сімейної адаптації та психологічної реабілітації ветеранів (джерела [1–9]);
- вивчення нормативно-правових документів України, що регламентують надання психологічної допомоги військовослужбовцям та їхнім родинам;
- контент-аналіз наукових публікацій, результатів емпіричних досліджень, звітів державних і недержавних інституцій (зокрема Міжнародної організації з міграції, МОЗ України, центрів психологічної допомоги);
- порівняльний аналіз зарубіжного досвіду надання психологічної підтримки родинам військових, зокрема програм, впроваджених у США, Ізраїлі та країнах НАТО;
- системний підхід у розгляді родини як єдиної психосоціальної одиниці, що дає змогу враховувати взаємозв'язки між членами сім'ї у процесі адаптації та реінтеграції.

Методи дослідження дозволили визначити основні психологічні проблеми, притаманні родинам військовослужбовців, а також обґрунтувати ефективність застосування сімейної терапії як одного з провідних напрямів сучасної психологічної допомоги.

Психологічні виклики для родин військових. Участь члена сім'ї у бойових діях пов'язана з низкою труднощів для родини, зокрема:

- тривала відсутність одного з батьків унаслідок бойових завдань;
- пропуски важливих подій (свят, днів народження тощо);
- психологічна нестабільність, пов'язана з небезпекою або травмуванням;
- вимушена адаптація до життя без одного з партнерів;
- ймовірність повернення військового з фізичними чи психологічними травмами.

З огляду на це, планування психотерапевтичної роботи має враховувати не лише індивідуальні потреби військовослужбовця, але й особливості функціонування всієї родини.

Сімейна терапія як системний підхід. Досвід поствоєнної терапії у США після кампаній в Афганістані та Іраку засвідчив ефективність роботи з родиною як цілісною системою. Індивідуальна допомога військовому без підтримки родини часто виявляється недостатньою, оскільки всі члени сім'ї залучені до процесу адаптації. Таким чином, ключовим завданням є забезпечення динамічного відновлення життєвих процесів у родині після війни.

Подружні стосунки і ПТСР. Хоча розлука як така не є вирішальним фактором зниження подружнього задоволення, симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) суттєво ускладнюють міжособистісні стосунки. Відзначено, що наявність ПТСР у одного з партнерів знижує рівень емоційної відкритості, поглиблює конфлікти та зменшує стабільність шлюбу. Зокрема, симптоми, пов'язані з порушенням сну, дисоціацією, сексуальними труднощами, мають прямий вплив на задоволення шлюбом.

Домашнє насильство. Ще одним критичним аспектом є домашнє насильство. У сім'ях військових часто фіксуються серйозні його прояви, навіть за відсутності ПТСР. Особливо уразливими виявляються молоді подружжя, зокрема в перший рік після повернення військовослужбовця додому. Це вимагає спеціалізованих програм підтримки для молодих сімей у період адаптації

Вплив військової травматизації на дітей. Діти у родинях ветеранів також переживають підвищений рівень стресу, особливо якщо один з батьків має симптоми ПТСР. Це впливає на їхню поведінку, емоційний стан, шкільну успішність і загальне почуття безпеки. Таким чином, психотерапія має передбачати роботу з усією родиною, включно з дітьми.

Реінтеграція та її складнощі. Після тривалих розлук військові та їхні родини потребують часу й підтримки для повторної адаптації. Проблеми виникають унаслідок формування незалежного стилю життя в обох партнерів. Наприклад, риса незалежності, яка допомагає дружині впоратися під час відсутності чоловіка, згодом може стати перешкодою в подружньому співіснуванні. Отже, процес реінтеграції потребує супроводу з урахуванням динаміки змін у системі «особистість–родина».

Ресурси та фактори стійкості. Попри складнощі, сім'ї військових часто демонструють високу адаптивність і стійкість. Розлука може стимулювати розвиток творчих підходів до збереження зв'язку (електронна

комунікація, регулярне спілкування), що в довгостроковій перспективі зміцнює систему. Формування звички до підтримання контакту навіть під час бойових завдань позитивно впливає на стабільність сім'ї.

Висновки. Психологічна допомога родинам військовослужбовців та ветеранів війни є надзвичайно важливим напрямом сучасної психотерапевтичної та соціальної практики, який вимагає системного підходу. Військова служба, особливо в умовах бойових дій, суттєво впливає на психоемоційний стан не лише самих військових, але й усіх членів їхніх родин. Це виявляється у труднощах адаптації, емоційній нестабільності, зміні ролей у сім'ї, появі конфліктів, а також у високій ймовірності розвитку ПТСР.

З огляду на це, ефективна психологічна підтримка має охоплювати не лише індивідуальну терапію для військового, а й сімейну роботу, залучення партнерів і дітей до процесу реабілітації. Особливу увагу слід приділяти подружнім стосункам, адже ПТСР та пов'язані з ним симптоми можуть значно ускладнити емоційний контакт між партнерами. Крім того, у період після повернення військового спостерігається підвищений ризик конфліктів і навіть проявів домашнього насильства, що потребує фахового втручання.

Діти в таких сім'ях є окремою уразливою категорією, адже вони не завжди здатні вербально виражати свої переживання, що може позначатися на їхній поведінці та розвитку. Тому доцільним є впровадження інтегрованих програм психологічної підтримки, які охоплюють усіх членів родини.

Реінтеграція військовослужбовців після бойових дій потребує не лише психологічної, а й соціальної підтримки, яка враховує зміну динаміки сімейних стосунків і потребу в новому балансі ролей. Водночас важливо визнавати і підтримувати внутрішні ресурси родини, які здатні слугувати базою для стабілізації — зокрема, емоційна згуртованість, комунікаційна гнучкість і спільні цінності.

Отже, забезпечення сталого психічного здоров'я родин військовослужбовців потребує комплексного підходу, що поєднує психологічну допомогу, просвітницьку роботу, соціальну підтримку і профілактику кризових станів, орієнтуючись на зміцнення родинної системи як цілісного організму.

Список використаних джерел

1. Андрієнко, О. В. *Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теорія і практика*. – Київ: Ніка-Центр, 2020. – 256 с.
2. Бондаренко, О. В. *Психологічна допомога ветеранам та їхнім родинам у контексті посттравматичного стресового розладу*. // Психологія і суспільство. – 2021. – № 2. – С. 25–34.
3. Василенко, Т. І. *Системний підхід до надання психологічної допомоги військовослужбовцям та їхнім сім'ям*. // Актуальні проблеми психології. – 2019. – Т. 12, Вип. 10. – С. 114–120.
4. Гончаренко, С. І. *Психологічна підтримка родин учасників ООС: теоретико-практичний аналіз*. – Харків: Право, 2022. – 212 с.
5. Журавльова, Л. А., Колесник, М. М. *Соціально-психологічна допомога сім'ям ветеранів війни*. // Наука і освіта. – 2020. – № 9. – С. 88–92.
6. Кабінет Міністрів України. *Постанова від 27 грудня 2017 р. № 1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників АТО/ООС»*. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1057-2017-p>.
7. Кіреєв, О. А. *Особливості соціальної адаптації військовослужбовців після участі в бойових діях*. // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2021. – № 1. – С. 66–72.
8. Кульчицький, С. В., Тимошенко, Л. І. *Психічне здоров'я ветеранів війни: соціально-психологічні аспекти реабілітації*. – Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2021. – 198 с.
9. Литвин, О. М. *Реінтеграція військовослужбовців у сім'ю: психологічні виклики та шляхи подолання*. // Український соціум. – 2022. – № 2. – С. 103–110.

Особливості синдрому вигорання у співробітників психіатричних закладів в сучасних умовах

Ірина ТРИПІЛЬСЬКА

Науковий керівник: Зубатюк О.В., доцент кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології, кандидат медичних наук, доцент

Анотація. У статті розглянуто особливості прояву синдрому вигорання серед співробітників психіатричних закладів в сучасних умовах. На основі теоретичного аналізу та емпіричного дослідження визначено рівень емоційного вигорання у трьох професійних групах: лікарів-психіатрів, практичних психологів і медичних сестер психіатричних відділень. Встановлено домінуючі симптоми, чинники ризику та рівень стресостійкості. Результати показали високий рівень емоційного виснаження, зниження мотивації та порушення сну, що свідчить про необхідність впровадження програм психологічної підтримки та заходів профілактики вигорання.

Ключові слова. Синдром вигорання, медичні працівники, повномасштабне вторгнення.

Вступ. Професійна діяльність відіграє важливу роль у житті людини. Часто, працівник поглинає всі проблеми, переживання, перемоги та невдачі, які трапляються протягом робочого дня. Емоційне переживання проблем та стресів на роботі стає причиною професійного вигорання. [1, ст.25]

Актуальність. Професійне вигорання серед медичних працівників, зокрема фахівців у сфері психічного здоров'я, стрімко загострилося на тлі повномасштабного вторгнення Російської Федерації проти України. Хронічна втома, тривога, необхідність контролювати власні емоції, зростання кількості пацієнтів у критичному стані, а також тривалий страх за себе і своїх близьких — усе це призводить до значного емоційного виснаження та прискорює розвиток синдрому професійного вигорання серед працівників психіатричних закладів.

Мета роботи: на основі теоретичного аналізу проблеми та її емпіричного дослідження вивчити та проаналізувати серед представників трьох професійних груп: лікарів-психіатрів, практичних психологів та медичних сестер психіатричних відділень особливості синдрому вигорання в сучасних умовах.

Матеріали та методи. Для наукового обґрунтування результатів дослідження емоційного вигорання серед працівників психіатричних закладів застосовано комплекс емпіричних і теоретичних методів. Здійснено теоретичний аналіз філософської, психолого-педагогічної та медичної літератури з проблеми професійного вигорання. У межах емпіричного етапу дослідження використовувалися наступні методики: метод опитування (бесіда, анкетування, тестування, спостереження);

методи самодослідження і самооцінки особистісних якостей медичного працівника; стандартизовані психодіагностичні методики, зокрема: Методика «Визначення психічного вигорання» (О. О. Рукавішніков); Методика «Самооцінка стійкості до стресу»; Методика «Оцінка власного потенціалу вигорання» (Дж. Гібсон); Методика «Дослідження синдрому вигорання» (Дж. Грінберг).

Результати. Результати дослідження засвідчили що 64% лікарів-психіатрів мають середній рівень, близький до високого рівень емоційного вигорання. Домінуючими симптомами є: скарги на емоційне виснаження 72%, 68% — на деперсоналізацію, 60% — на зниження професійної мотивації. Фактори впливу: 81% відзначили високе психоемоційне навантаження, 76% — постійний контакт із важкими пацієнтами. Стресостійкість: 58% оцінюють свою стресостійкість як середню, 63% мають ознаки хронічної втоми, особливо при стажі понад 10 років.

Практичні психологи мають середній рівень емоційного вигорання: 55% Домінуючими симптомами є : зниження особистісної ефективності -61% , 58% — когнітивне виснаження. Фактори впливу: 73% відзначили необхідність постійної емпатії, 67% — емоційне залучення та труднощі у розмежуванні емоцій.

Медичні сестри психіатричних відділень демонструють високий рівень вигорання -78% . Домінуючими симптомами є: 85% — емоційне виснаження, 72% — порушення сну. Фактори впливу: 88% зазнають фізичного та психоемоційного навантаження, Стресостійкість: 59% мають низький рівень стресостійкості, 74% потребують психологічної підтримки або тренінгів.

Висновки. В умовах зростаючого професійного навантаження актуальним є формування стійких механізмів психологічної самопомогі у працівників психіатричних закладів. Подальші дослідження мають бути спрямовані на розробку ефективних стратегій профілактики вигорання з урахуванням специфіки кожної професійної групи.

Список використаних джерел

1. Методика визначення психічного вигорання О. Рукавішнікова (2023). <https://vseosvita.ua/library/vyznachennia-psykhichnoho-vyhorannia-oleksiia-rukavishnikova-712897.html>

2. Бутиліна О. В., Бугай К. Є. Професійне вигорання фахівців із соціальної роботи в умовах воєнного стану // СОЦІОПРОСТІР: міждисциплінарний електронний збірник наукових праць з соціології та соціальної роботи. – 2022. – № 12. – С. 24–32.

3. Рідкодубська Г. А. Професійне вигорання соціальних працівників // Вісник Запорізького національного університету. Педагогічні науки. – 2020. – № 1 (34). – С. 266-271. – DOI: <https://doi.org/10.26661/2522-4360-2020-1-42>

4. Главацька О. Л. Попередження та подолання професійного вигорання соціальних працівників. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. 2019. Вип. 2 (45). С. 41–45.

5. Мащак С. О. Професійне вигорання особистості як соціально-психологічна проблема. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2012. Вип. 2(1). С. 444–452. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2012_2\(1\)_54](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2012_2(1)_54) (дата звернення: 03.11.2022).

6. Бондаревська Л. Вплив психотравмуючих переживань на виникнення психічного вигорання / Л. Бондаревська. – К.: Либідь, 1996. – С. 59

Психологічні засади наснаження особистості військових для стосунків під час війни в Україні

Лісці КРІСТЕЛЬ

<https://orcid.org/0000-0002-2058-1485>

*Науковий керівник: Інжигєвська Л.А.,
доцент кафедри педагогіки, психології,
медичного та фармацевтичного права
НУОЗ України імені П.Л. Шупика, кандидат
психологічних наук, доцент*

Повномасштабна війна в Україні кардинально змінила життя мільйонів громадян, зокрема військовослужбовців та їхніх родин. Психологічна напруга, невизначеність і тривале перебування у небезпеці ставлять під загрозу не лише фізичне, а й ментальне здоров'я захисників.

Водночас саме партнерські стосунки часто стають для військових джерелом емоційної підтримки та життєвої опори [1] .

У цьому контексті актуалізується поняття наснаження як внутрішнього стану, що забезпечує здатність не лише діяти, а й зберігати близькість та людяність у найскладніших обставинах. У науковій праці Наталії Кривоконь [2] наснаження визначається як цілісний внутрішній стан, який включає активізацію смислу, емоційне піднесення та мобілізацію особистісного ресурсу. Це не просто ентузіазм чи енергія — це глибинне відчуття цілеспрямованості, що супроводжується внутрішньою готовністю до дії. У контексті військових дій наснаження виступає базовим елементом психологічної витривалості та є необхідним для підтримки стосунків на відстані, збереження емоційного контакту з партнером і здатності до емпатії. За адаптованою до українських реалій моделлю Мулі Лахада [3], соціальні зв'язки — а саме подружні та партнерські стосунки — є одним із ключових ресурсів, які допомагають людині адаптуватися до травматичних подій. У дослідженнях науковців [4] зазначається, що для військовослужбовців емоційна підтримка партнера забезпечує не лише відчуття безпеки, а й посилює сенс життя, віру у спільне майбутнє та здатність долати труднощі. У той же час, стосунки військових пар в умовах війни стикаються з низкою унікальних викликів:

- тривалі й часті розлуки;
- ризик загибелі чи травмування;
- емоційне виснаження;
- труднощі з відкритим вираженням почуттів;
- порушення комунікації через бойові умови.

Всі ці фактори можуть створювати напругу у парі, провокувати дистанціювання або конфлікти. Однак, у разі збереження глибокого емоційного зв'язку, такі стосунки можуть, навпаки, поглиблюватися й ставати джерелом сили. [5] Наснаження особистості військового підтримується через:

- образ партнера як внутрішню опору;
- спільні цінності й життєві орієнтири;
- емоційний обмін на відстані (листування, відеозв'язок);
- віру у майбутнє разом.

Ці фактори активізують внутрішні ресурси та допомагають зберігати зв'язок із мирним життям. Наснажена особистість здатна не лише

витримувати тиск війни, а й підтримувати іншого, бути опорою для партнера навіть на відстані. Ефективне збереження стосунків військових вимагає комплексної психологічної підтримки [6]. Йдеться про:

- індивідуальну та парну психотерапію;
- групи підтримки для партнерів військових;
- освітні тренінги з емоційної грамотності та комунікації;
- методики відновлення ресурсного стану (арт-терапія, тілесні практики, техніки саморегуляції).

Розвиток таких програм має ґрунтуватися на глибокому розумінні феномену наснаження як ключового чинника збереження цілісності особистості та стосунків у кризових умовах.

Психологічні засади наснаження особистості військових в умовах війни тісно пов'язані з якістю їхніх міжособистісних зв'язків. Наснаження виступає як внутрішній механізм, що дозволяє не лише ефективно діяти, а й зберігати здатність до глибоких емоційних стосунків, любові, турботи та емпатії. Стосунки, своєю чергою, є важливим джерелом психологічної стійкості. Таким чином, підтримка наснаження і партнерських зв'язків має стати пріоритетом у системі психологічного супроводу військових у період війни та після її завершення.

Список використаних джерел

1. Вернік О. Л. Ресурси у життєдіяльності особистості: психологічний зміст проблеми. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г.С. Костюка. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. 2019. Т. IX. Вип. 12. С. 47–57.
2. <https://ekhnuir.karazin.ua/server/api/core/bitstreams/60fd9434-d2d0-499d-b416-c62f04f68aff/content>
3. Джонсон Сью. Пригорни мене міцніше! 7 бесід про кохання тривалістю в життя. Харків : КСД, 2024. 288 с.
4. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744611/1/ст.Бевз%2BЗверев.pdf>
5. Зверев М. Кохання в стосунках на відстані: спостереження з передової. Українська сім'я в між-культурних та трансдисциплінарних вимірах сучасності : зб. матеріалів наук.-практ. конф., 10–11 квіт. 2024 р. / Ін-т соц. та політ. психології НАПН України, Ін-т мистецтвознав., фолькло-

рист. та етнол. ім. .Т. Рильського НАН України; за наук. ред. Г. М. Бевз, Л. Г. Бобрової, Г. Б. Бонда-ренко, В. І. Юрченко. Київ, 2024. С. 33–38.
URL: http://www.psych.kiev.ua/Збірник_наук._праць._-__Випуск_30

6. Психосоціальна підтримка населення в умовах воєнних дій: теорія та практика : навч. посібник за наук. ред. Л. А. Опанасенко, І. М. Кучманич. Миколаїв : Іліон, 2023. С. 48–53.

ВПЛИВ СТРЕСУ НА РОЗВИТОК РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ: МЕХАНІЗМИ ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ

Людмила КАРПЕНКО

кандидат технічних наук, доцент

<https://orcid.org/0000-0002-4715-2090>

Науковий керівник: Краснов В.В., завідувач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НУОЗ України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук, професор

Анотація. У роботі розглянуто стрес як один із ключових чинників у розвитку розладів харчової поведінки (РХП). Визначено біологічні та психологічні механізми впливу стресу на харчову поведінку, описано типові клінічні прояви РХП та чинники ризику. Акцент зроблено на значенні психотерапевтичної допомоги й профілактики для попередження негативних наслідків.

Ключові слова. Стрес, розлади харчової поведінки, психобіологічні механізми, чинники ризику, психотерапія, копінг-стратегії

Вступ. У сучасному суспільстві розлади харчової поведінки (РХП) набувають дедалі більшого поширення, що пов'язано з соціальним тиском, ідеалами тіла, доступністю висококалорійної їжі та збільшенням рівня стресу. Одним із ключових психоемоційних чинників, які сприяють виникненню та прогресуванню РХП, є стрес. Вивчення механізмів впливу стресу на харчову поведінку має вирішальне значення для розробки ефективних психокорекційних і психотерапевтичних втручань [1].

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю глибшого розуміння патогенетичних механізмів впливу стресу на харчову поведінку для розробки ефективних методів корекції.

Мета роботи – проаналізувати сучасні уявлення про роль стресу в розвитку РХП, окреслити механізми їх взаємозв'язку та виявити провідні чинники ризику.

Матеріали та методи. Методологічною основою слугували аналіз наукової літератури, міждисциплінарний підхід до вивчення психофізіології стресу, клінічної психології РХП, а також синтез емпіричних даних сучасних досліджень. Використано метод контент-аналізу, описовий та порівняльний аналіз.

Результати. Стрес є неспецифічною відповіддю організму на будь-які зовнішні або внутрішні подразники, які сприймаються як загрозливі або надмірні. Згідно з концепцією Г. Сельє, стрес розгортається у три стадії: тривоги, адаптації та виснаження. В залежності від характеру впливу, стрес поділяється на гострий, хронічний та травматичний [2].

Центральну роль у регуляції стресової відповіді відіграє гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (ГГНВ). У відповідь на стресор гіпоталамус вивільняє кортикотропін-рилізінг-гормон, який активує гіпофіз, що стимулює секрецію адренкортикотропного гормону, результатом чого є вивільнення кортизолу. Хронічне підвищення кортизолу впливає на метаболізм, апетит, емоційний стан та когнітивні функції.

Розлади харчової поведінки включають нервову анорексію, нервову булімію, компульсивне переїдання, орторексію та нічний харчовий синдром. Вони характеризуються порушенням ставлення до їжі, образу тіла, ваги й самоконтролю, супроводжуються тривожно-депресивними станами, когнітивними викривленнями та деструктивною поведінкою.

Під впливом стресу активуються як біологічні, так і психологічні механізми, які змінюють харчову поведінку. Біологічні зміни стосуються чутливості до гормонів апетиту – лептину, греліну, інсуліну – а також порушення балансу нейромедіаторів, зокрема серотоніну та дофаміну. Психологічні чинники включають використання їжі як засобу зняття емоційного напруження або як спосіб самопокарання й контролю, що особливо притаманне особам з анорексією.

Дослідження підтверджують, що саме стрес часто виступає пусковим механізмом для розвитку порушень харчової поведінки, зокрема у підлітків і молодих жінок. Події з високим емоційним

навантаженням – втрата близьких, насильство, навчальний тиск, ізоляція – нерідко передують першим проявам розладів [3].

Індивідуальні чинники ризику включають особливості особистості, зокрема високий рівень тривожності, перфекціонізм, занижену самооцінку, труднощі з розпізнаванням емоцій. Такі риси зумовлюють неадаптивні способи реагування на стрес, серед яких переважає порушена харчова поведінка.

Соціальні й сімейні умови також мають значення: гіперопіка, міжособистісні конфлікти, критика зовнішності, тиск щодо схуднення у сім'ї або колі спілкування. Усе це формує підґрунтя для розвитку РХП.

Культурні стандарти краси, поширені через медіа, соціальні мережі, формують викривлене уявлення про «ідеальне» тіло. Це сприяє формуванню тілесної незадоволеності, що в умовах стресу проявляється через деструктивні форми харчової поведінки.

Не менш важливу роль відіграє біологічна вразливість. Особливості функціонування ГНВ-осі, генетичні відмінності (зокрема поліморфізми генів серотонінового транспортеру), а також склад мікробіоти кишечника можуть виступати біомаркерами схильності до РХП у відповідь на стрес.

У контексті допомоги найбільш ефективними виявляються когнітивно-поведінкова терапія, діалектична поведінкова терапія, схема-терапія та інші інтегративні підходи. КПТ допомагає коригувати викривлення мислення, формувати адаптивні стратегії реагування на стрес та змінювати дисфункціональну поведінку [7].

Профілактика порушень харчової поведінки повинна передбачати формування емоційного інтелекту, розвиток стресостійкості, підвищення самооцінки та критичне осмислення медіа-впливів. Психоедукація в школах та університетах здатна ефективно зменшити вплив деструктивних моделей краси на молодь.

Висновки. Стрес є ключовим психогенним чинником у патогенезі розладів харчової поведінки. Він опосередковує як біологічні зміни (гормональні, нейрохімічні), так і психологічні (когнітивні викривлення, дезадаптивні копінг-стратегії), що в комплексі призводять до розвитку РХП. Особистісні риси, соціальні й культурні умови, а також біологічна вразливість визначають індивідуальний ризик формування розладів. Комплексна психотерапевтична допомога та профілактика мають бути

спрямовані не лише на лікування симптомів, а й на подолання джерела стресу, формування адаптивної поведінки та здорової самооцінки.

Список використаних джерел

1. Абсаямова Л. М. Психологічні особливості саморегуляції харчової поведінки жінок // *Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки»*. 2018. Вип. 4. Т. 2. С. 204–210.
2. Наугольник Л. Б. Психологія стресу. / Л. Б. Наугольник. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. – 324 с.
3. Бацилєва О. В. Особливості харчової поведінки як складової здорового способу життя сучасної молоді // *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка*. 2015. Т. 7. Вип. 38. С. 57–68.
4. Беляєва О. Е. Особливості харчової поведінки та якість життя 365 підлітків із різною масою тіла // *Медична психологія*. 2013. Т. 8. № 4. С. 36–38.
5. Варипаєв О. М. Філософія їжі: концептуальні підходи до осмислення феномену // *Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг*. 2012. Вип. 1(2). С. 319–325.
6. Васьківська С. В. *Основи психологічного консультування*. Київ, 2004. 436 с.
7. Вестбрук Д., Кірк Дж., Кеннерлі Г. *Вступ у когнітивно-поведінкову терапію*. Львів: Свічадо, 2014. 416 с.

СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ: ВИКЛИКИ ДІАГНОСТИКИ, МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ТА РОЛЬ ШКІЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА

Владислав ЛУК'ЯНЕНКО

Науковий керівник: Краснов В.В., завідувач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НУОЗ України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук, професор

Анотація. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) є одним із найпоширеніших нейророзвиткових розладів у дітей шкільного віку, що суттєво впливає на їхню здатність до навчання, соціальну адаптацію та поведінкові прояви. У статті розглядаються основні виклики діагностики СДУГ, пов'язані з поліморфізмом симптомів, співіснуванням із іншими психічними станами та недостатньою обізнаністю педагогів і батьків. Акцент зроблено на сучасних психодіагностичних методах, що дозволяють комплексно оцінити когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти розладу. Окрему увагу приділено методам корекції, які включають медикаментозну терапію, психотерапевтичні підходи та педагогічну підтримку. Важливу роль у покращенні якості життя дітей із СДУГ відіграє шкільне середовище, де створення адаптованих умов навчання і підтримка з боку вчителів та однолітків сприяють зниженню симптомів і підвищенню академічної успішності.

Ключові слова. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, діагностика, корекція поведінки, шкільне середовище

Вступ. Актуальність. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) — це складний нейророзвитковий розлад, який вражає значну частину дітей шкільного віку і впливає на їх навчання, поведінку та соціальну адаптацію. За останні роки дослідження у галузі психіатрії та педагогіки підтвердили зростаючу поширеність СДУГ у світі, що частково пов'язано з удосконаленням методів діагностики та підвищенням обізнаності спеціалістів і батьків [1, 2]. Згідно з метааналізом Sayal et al. (2023), середній світовий показник поширеності СДУГ становить близько 8%, при цьому хлопці діагностуються значно частіше за дівчат. Питання раннього виявлення та комплексної корекції цього розладу стають пріоритетними через їхній вплив на успішність навчання та якість життя дітей.

В своїх монографіях та статтях питання синдрому дефіциту уваги та гіперактивності Стивен Фараоне, Самуеле Кортезе, Рассел Барклі, Стивен Хіншоу, Юджин Арнольд

Українські дослідженнями займаються Грищенко Світлана Володимирівна, Романова Тетяна Володимирівна, Осітковська Оксана Олегівна, Баєр Олег Олексійович, Козинець Олександр Володимирович, Литвиненко Олена

Вчені підкреслюють, що СДУГ часто супроводжується коморбідними станами, такими як тривожні розлади, депресія та порушення навчальної

діяльності, що ускладнює діагностику і потребує мультидисциплінарного підходу [4, 5]. У цьому контексті важливим є не лише медичний, а й соціально-педагогічний вплив, особливо роль шкільного середовища, яке може або посилювати симптоматику, або сприяти адаптації дітей із СДУГ [6].

Мета роботи. Проаналізувати сучасні виклики діагностики СДУГ у дітей шкільного віку, розглянути ефективні методи психокорекції, а також визначити роль шкільного середовища у підтримці цих дітей.

Матеріали та методи. В роботі використовуються різні психодіагностичні методи:

1. Пам'ять

Тест Векслера (WISC-V) — підтест «Пам'ять»: оцінює короткочасну та робочу пам'ять у дітей.

Тест Лурії «Пам'ять на слова»: досліджує вербальну довготривалу пам'ять.

Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT): вимірює здатність до вербального навчання та запам'ятовування.

2. Увага

Continuous Performance Test (CPT): комп'ютерний тест на тривалу увагу та імпульсивність.

Тест Шульте: визначає швидкість і якість уваги, здатність концентруватися.

Тест «Символи» (Symbol Digit Modalities Test, SDMT): оцінює швидкість обробки інформації та увагу.

3. Мислення

Wisconsin Card Sorting Test (WCST): досліджує абстрактне мислення, гнучкість мислення, здатність до переключення уваги.

Тест Струпа: вимірює селективну увагу та інгібіцію автоматичних реакцій.

Raven's Progressive Matrices: оцінка абстрактного логічного мислення та здатності до вирішення проблем.

Проективні методики емоційно-вольової сфери у дітей з СДУГ (від 6 років)

1. Тест малюнка людини (Draw-A-Person Test)

Методика дозволяє дослідити внутрішній світ дитини, її емоційний стан, рівень тривоги, самооцінку та особистісні проблеми через аналіз

малюнку людини. У дітей з СДУГ часто відображаються внутрішні конфлікти, емоційна нестабільність, а також порушення самоконтролю.

2. Тест «Дом сім'ї» (House-Tree-Person Test, НТР)

Проективний тест, що дає змогу оцінити емоційний стан, міжособистісні стосунки, а також вольові ресурси дитини. Аналіз малюнків допомагає виявити тривожність, агресивність або замкнутість, що часто супроводжують СДУГ.

3. Тест тематичної апперцепції (Thematic Apperception Test, ТАТ)

Методика полягає у створенні розповідей за серією картинок, що стимулює вираження внутрішніх конфліктів, страхів, бажань і вольових проявів дитини. У дітей з СДУГ цей тест допомагає виявити проблеми з емоційним саморегулюванням.

4. Тест кольорових плям (Роршах)

Класичний проективний тест, що досліджує особливості сприйняття та емоційні реакції. У дітей з СДУГ можуть проявлятися специфічні патерни, що свідчать про імпульсивність, тривожність чи емоційну нестійкість.

5. Тест «Історії із картинок» (Children's Apperception Test, CAT)

Адаптований для дітей тест, що дає змогу через казкові сюжети дослідити емоції, мотиви та вольові аспекти психіки.

Результати. Корекційно-розвиткова програма, адаптована під індивідуальні особливості дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), була реалізована протягом двох років у групі з 20 учнів віком 7–10 років. Програма включала цілеспрямовану роботу над розвитком пізнавальних процесів (уваги, пам'яті, мислення), емоційно-вольової регуляції та навичок соціальної взаємодії.

За результатами систематичних психологічних обстежень та спостережень, зафіксована стійка позитивна динаміка:

Покращення концентрації уваги (за даними шкал Conners і тесту СРТ у середньому на 25–30 %);

Збільшення обсягу короткочасної пам'яті (на 20 % за результатами тесту Векслера);

Зростання рівня довільного контролю поведінки та зниження імпульсивності (за опитуваннями вчителів та батьків);

Поліпшення навичок комунікації та адаптації в групі однолітків (за результатами спостережень педагогів і проективних методик).

Результати свідчать про ефективність індивідуалізованого підходу у роботі з дітьми з СДУГ, особливо в умовах шкільного середовища, за наявності міждисциплінарної взаємодії психолога, педагога та батьків.

Наукові дослідження СДУГ

За метааналізом, проведеним у 2023 році, середня поширеність СДУГ у світі серед дітей та підлітків становить 8% (95% ДІ: 6,0–10,0%). Хлопці діагностуються удвічі частіше, ніж дівчата — 10% проти 5% відповідно. Найвищі показники реєструються серед дітей 6–12 років, з подальшим зниженням у підлітковому віці.

США. У період 2020–2022 рр. 11,3% дітей віком 5–17 років мали діагноз СДУГ, з чіткою перевагою серед хлопців (14,5%) над дівчатами (8%) [3]. З 2016 року кількість дітей із діагнозом зросла на понад 1 мільйон [4].

Європа. Поширеність СДУГ у країнах ЄС коливається від 4,7% до 7,8%, залежно від країни та методів діагностики. Деякі країни, як-от Франція та Німеччина, мають нижчі показники через суворіші діагностичні критерії.

Азія. У Китаї, Тайвані та Гонконгу середня поширеність СДУГ — 6,3%. В Індії — 7,1%, з вищим рівнем серед хлопців.

СДУГ в Україні: результати досліджень
1997 рік.

Одне з перших досліджень, проведених у Києві, виявило, що 19,8% школярів мали симптоми СДУГ, з них:

- 7,2% — неуважний тип
- 8,5% — гіперактивно-імпульсивний
- 4,2% — комбінований тип.

2022–2023 роки.

Дослідження з участю дітей, переміщених із зон бойових дій, показало зростання кількості випадків СДУГ до 12,6% через 6–12 місяців після травматичних подій. Основні фактори ризику включали: повторну травматизацію, молодший вік, нестачу підтримки з боку школи й сім'ї.

Висновки. Результати дослідження свідчать, що ефективність корекційної роботи з дітьми, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, значною мірою залежить від умов шкільного середовища. Саме школа — через педагогічну підтримку, структурованість навчального процесу, соціальну взаємодію та участь психолога — створює необхідне середовище для формування навичок самоконтролю, розвитку пізнавальних процесів і соціалізації дитини.

Важливу роль відіграє узгоджена міждисциплінарна взаємодія педагогів, психологів і батьків, що забезпечує комплексний підхід до подолання труднощів СДУГ.

Список використаних джерел

1. Коваль-Бардаш Л.В., Компанець Н.М. Включення дітей з особливими потребами у соціальне середовище: особливості формування комунікації та подолання поведінкових розладів: Навчально-методичний посібник. – К., 2020. – 137 с.
2. Колупаєва А. А. Таранченко О.М. Інклюзивна освіта: від основ до практики»: [монографія] / А.А. Колупаєва, О.М. Таранченко – К. : ТОВ «АТОПОЛ», 2016. – 152 с.
3. Компанець Н.М. Діяльність членів команди супроводу для моделювання індивідуального розвитку дитини // Моделювання індивідуального розвитку дитини з особливими потребами в умовах інклюзивного ДНЗ: Навчально-методичний посібник, 2016.
4. Лисенкова І.П. Детермінанти емоційного розвитку дітей з когнітивними порушеннями: Дис... д.психол.н. (19.00.08). – К., 2019. – 379 с.
5. Макачук Н. О. Особистісна саморегуляція підлітків з порушеннями розумового розвитку: Монографія / Н. О. Макачук. – Київ : Фенікс, 2014. – 448 с.
6. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі: навчально-методичний посібник / А. А. Колупаєва, О. М. Таранченко. — Харків : Вид-во «Ранок», 2019. — 304 с.
7. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія. — Київ: Центр учбової літератури, 2020. — 369 с. 42. Ньюкиктьєн, Чарльз Детская поведенческая неврология. В двух томах. Том 2 / Чарльз Ньюкиктьєн; пер. с англ. — 3-е изд. (эл.). — М.: Теревинф, 2015. — 337 с.

ДОСВІД ФОРМУВАННЯ ПРАВОВИХ ТА ЕТИЧНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ У НУОЗ УКРАЇНИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Лідія ЮРКОВСЬКА

<https://orcid.org/0000-0002-2695-5433>

старший викладач кафедри педагогіки,
психології, медичного та

*фармацевтичного права НУОЗ України
імені П.Л. Шупика*

Володимир КРАСНОВ

<https://orcid.org/0000-0002-5967-9260>

*завідувач кафедри педагогіки, психології,
медичного та фармацевтичного права
НУОЗ України імені П.Л. Шупика, доктор
медичних наук, кандидат педагогічних
наук, професор*

Анотація. У роботі науково обґрунтовується досвід формування правових та етичних компетентностей майбутніх психологів у НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Набуває підтвердження та обґрунтування наявності в освітньо-професійній програмі другого (магістерського) рівня підготовки психологів окремої нормативної дисципліни організаційно-правового та етико-деонтологічного змісту. Подальша перспектива розширення правової та етичної підготовки психологів вбачається у розробці вибіркового дисциплін відповідної тематики, а також у розвитку системи безперервного професійного розвитку психологів.

Ключові слова: компетентності психолога, правові компетентності, етичні компетентності, навчання психологів, формування компетентностей.

Вступ. Поточний 2025 рік позначився для професійної громади психологів довгоочікуваною появою Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» [1]. Вказана подія істотним чином актуалізувала формування правових компетентностей при підготовці психологів як на бакалаврському, так і на магістерському рівнях вищої освіти.

Актуальність. Питанням професійних компетентностей психологів та педагогів, зокрема етичними компетентностями як частині їх професійної майстерності в різні роки приділяли увагу такі вітчизняні дослідники: Бреус Ю. В., Вакуліч Т. М., Дятленко Н. М., Кайріс О. Д., Карпюк Ю. А., Конопля О. А., Лебідь Н. К., Лозова О. М., Макарова Н. М., Міляєва В. Р., Нагула О. Л., Піркова О. Д., Піркова О. Д., Подшивайлов М. М., Подшивайлова Л. І., Рафіков О. Р., Савченко О. В., Таран О. П., Тохтамиш О. М., Циганчук Т. В., Шульга І. М., Юревич А. Ю. [2, 3]. Проте

дослідженню правових та етичних компетентностей у психологів у світлі сучасних викликів воєнного стану, нового законодавства тощо приділено, на нашу думку, недостатньо уваги.

Мета роботи полягає в науковому обґрунтуванні досвіду формування правових та етичних компетентностей майбутніх психологів у НУОЗ України імені П. Л. Шупика.

Матеріали і методи. Бібліосемантичний метод було використано для аналізу нормативних, навчально-методичних та доктринальних джерел. Метод інтерв'ювання та бесід було використано для визначення зацікавленостей основних стейкхолдерів (здобувачів, науково-педагогічних працівників університету, роботодавців) щодо формування правових та етичних компетентностей у майбутніх психологів у НУОЗ України імені П. Л. Шупика.

Результати. Освітньо-професійна програма «Клінічна психологія та психологічна допомога» другого (магістерського) рівня освіти тривалістю 1 рік і 4 міс. (90 кредитів ЄКТС) була запроваджена в НУОЗ України імені П. Л. Шупика у 2023 році під впливом чинників, зумовлених воєнним станом в Україні, гострою потребою вітчизняної системи охорони здоров'я у фахових психологічних кадрах, зокрема клінічних психологів, які були б здатні працювати з новими для України категоріями пацієнтів [4].

Наказ МОЗ України «Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 "Охорона здоров'я"» [5] від 25.01.2023 № 138 визначив суттєву систему вимог до професійної підготовки клінічного психолога в частині його правових та етичних компетентностей.

Так, клінічний психолог повинен знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативно-правові акти, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, організацію психологічної допомоги населенню; основи медико-біологічних та клінічних знань; основи права в медицині; принципи професійної етики і деонтології; права, обов'язки та відповідальність психолога закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу; ...правила оформлення документації психолога, в тому числі в електронній формі; ...правила та норми охорони праці, виробничої санітарії; засоби протипожежного захисту [5].

Контентний аналіз навчальних дисциплін правового та деонтологічного спрямування у порівнянні з вище наведеним змістом кваліфікаційної характеристики клінічного психолога показав, що у підготовку даної категорії фахівців обов'язково слід включити вибрані питання охороноздоровчого права, медичного права та фармацевтичного права, елементи цивільного та трудового права, а також комплекс питань щодо юридичної відповідальності в сфері охорони здоров'я. Вказана тематика була систематизована у комплексній нормативній навчальній дисципліні «Організаційно-правові засади професійної діяльності психолога» тривалістю 90 год., 3 кредити ЄКТС [6].

У цю навчальну дисципліну також були включені вибрані питання професійної етики та деонтології психолога.

У процесі викладання даної навчальної дисципліни методами інтерв'ювання та бесід були отримані зворотні зв'язки від здобувачів освіти, середовища науково-педагогічних працівників університету, а також роботодавців щодо необхідності розширення етичної компоненти підготовки психологів у нерозривній єдності з формування їх правових компетентностей. На підставі вказаного зі збереженням загального обсягу навчальної дисципліни 90 год., 3 кредити ЄКТС її назву з травня 2025 року було викладено у новій розширеній редакції «Організаційно-правові та етико-деонтологічні засади професійної діяльності психолога», а тематику було доповнено відповідним етико-деонтологічним змістом.

Проте практика викладання даної навчальної дисципліни, вивчення якої станом на нині успішно завершили 89 студентів, показала також різне ставлення до включення даної навчальної дисципліни в освітню програму підготовки психологів в магістратурі. Більша частина осіб, які надали зворотні зв'язки, високо оцінювали значущість даної дисципліни та її нагальну необхідність у підготовці психологів, клінічних психологів. Проте наявними були і такі зворотні зв'язки, які вказували на невисоку мотивацію до опанування даної дисципліни на рівні відповідей «треба так треба...», «оскільки є в програмі, то буду вчити...», «якщо такі вимоги, то, напевно, потрібно...».

Більш детальний аналіз категорій опитаних осіб дозволив підтвердити гіпотезу про те, що високо оцінюють значущість даної дисципліни опитані особи, у яких наявний той чи інший життєвий, професійний чи волонтерський досвід взаємодії з правоохоронними

та/або судовими органами, а також правозахисними інституціями. Також позитивно сприяв мотивації до навчання наявний у здобувачів досвід або співпраці, або роботи у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) та загальна ознайомленість із правовими вимогами до організації роботи в ЗОЗ. Щодо осіб без такого досвіду доводилося докладати додаткові зусилля щодо формування мотивації до опанування даної дисципліни, наводячи додаткові прагматичні аргументи і щодо нормативних вимог кваліфікаційної характеристики клінічного психолога, і щодо включення змісту даної навчальної дисципліни до атестаційного екзамєну.

Висновки. Зважаючи на набутий досвід з формування правових та етичних компетентностей психологів та отримані зворотні зв'язки від зацікавлених стейкхолдерів вважаємо підтвердженою та обґрунтованою наявність в освітньо-професійній програмі другого (магістерського) рівня з підготовки психологів окремої нормативної дисципліни організаційно-правового та етико-деонтологічного змісту. Подальшу перспективу розширення правової та етичної підготовки психологів вбачаємо у розробці вибіркових дисциплін відповідної тематики, а також у розвитку системи безперервного професійного розвитку (БПР) психологів, в межах якої окремі заходи БПР варто присвячувати питанням права та етики.

Список використаних джерел

1. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні : Закон України від 15.01.2025 №4223-IX. Офіційний вісник України від 06.03.2025. № 19. Ст. 1267. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text>
2. Компетентнісний підхід у професійній підготовці майбутніх психологів : моногр. / авт. кол.; під наук. ред. Лозової О.М. Вінниця: 4 Віндрук, 2014. 184 с.
3. Кікінежді О.М., Шульга І.М. Етика ненасильства в національній педагогічній спадщині та сьогоденні. Духовно-інтелектуальне навчання і виховання в ХХІ столітті : міжнародна колективна монографія ; за заг. ред. проф. В. П. Баби́ча, проф. Л. С. Рибалко. Харків : ВННІОТ, 2019. С. 356-360.
4. Клінічна психологія та психологічна допомога : освітньо-професійна програма підготовки здобувачів на другому (магістерському) рівні. 2022. Офіційний сайт НУОЗ України імені П. Л. Шупика : веб-сайт. URL : https://www.nuozu.edu.ua/zagruzka3/opppsihologiya053_1.pdf

5. Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 "Охорона здоров'я" : наказ МОЗ України від 25.01.2023 № 138. Офіційний портал Верховної Ради України: веб-сайт.

URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0138282-23#Text>

6. Організаційно-правові засади професійної діяльності психолога : робоча програма нормативної навчальної дисципліни. Розробники: В. Краснов, В. Казміренко, Л. Юрковська. 2024. Офіційний сайт НУОЗ України імені П. Л. Шупика : веб-сайт.

URL : https://www.nuozu.edu.ua/zagruzka3/28_08_24-2.pdf

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, АДМІНІСТРУВАННЯ ТА СОЦІАЛЬНА РОБОТА. ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

РОЛЬ ДЕРЖАВИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ КІБЕРБЕЗПЕКИ ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Антон НЕЧЕПОРЧУК

*аспірант кафедри фармації НУОЗ України
імені П. Л. Шупика*

Анотація. У роботі розкрито стратегічну роль держави у забезпеченні кібербезпеки програмного забезпечення в умовах цифрової трансформації. Проаналізовано основні загрози кібербезпеці ПЗ в Україні, визначено ключові напрями державного регулювання та вивчено міжнародний досвід. Запропоновано рекомендації щодо формування ефективної державної політики у сфері безпечного ПЗ.

Ключові слова. Кібербезпека, програмне забезпечення, державне регулювання, критична інфраструктура, цифрова політика.

Вступ. У цифрову епоху програмне забезпечення (ПЗ) стало не лише інструментом, а й стратегічним ресурсом для забезпечення національної безпеки, ефективного управління та економічного розвитку. В Україні, яка перебуває в умовах гібридної війни, питання захисту ПЗ набуває особливої актуальності. Відсутність єдиної системи державного

регулювання створює численні виклики для сфери розробки та впровадження безпечних програмних рішень.

Актуальність. Програмне забезпечення використовується у критичних державних системах, і його вразливість становить загрозу для безпеки держави. Зовнішні атаки, використання нелегального ПЗ, низькі стандарти сертифікації та відсутність публічних реєстрів — все це формує вразливу цифрову екосистему. Без належного регулювання існує ризик втрати суверенітету в кіберпросторі та підриву довіри до державних сервісів.

Мета роботи. Оцінити роль держави у забезпеченні кібербезпеки програмного забезпечення в Україні з урахуванням міжнародного досвіду та окреслити перспективи нормативно-правового розвитку.

Матеріали та методи. Дослідження базується на аналізі нормативно-правових актів України (Стратегія кібербезпеки, законодавство про кіберзахист, діяльність Держспецзв'язку), інцидентів кібербезпеки (Petya, атаки на реєстри й енергетику), а також компаративному аналізі досвіду США, ЄС та Естонії.

Результати. Встановлено, що основними загрозами кібербезпеці ПЗ в Україні є:

- зовнішні кібератаки через вразливості в ПЗ;
- використання застарілого/неліцензованого ПЗ;
- відсутність єдиних державних стандартів сертифікації;
- відсутність публічного реєстру безпечного ПЗ.

Українська держава вже зробила перші кроки у формуванні нормативної бази:

- Стратегія кібербезпеки (2021);
- постанова КМУ № 518 (2019) щодо захисту критичної інфраструктури;
- закон «Про основні засади забезпечення кібербезпеки України»;
- діяльність CERT-UA.

Разом з тим, державна політика потребує вдосконалення через створення:

- національного реєстру сертифікованих програмних рішень;
- незалежних центрів аудиту ПЗ;
- навчальних програм із безпечного кодування;
- системи моніторингу вразливостей.

Міжнародний досвід.

США: модель SSDF (Secure Software Development Framework) охоплює вимоги до безпечного розроблення ПЗ на всіх етапах. ЄС: директива NIS2 вимагає безпечного кодування, звітності про вразливості, відповідності принципам кібергігієни. Естонія: ПЗ державних сервісів проходить обов'язковий аудит, а кібербезпека вбудована у всі аспекти публічного управління. Ці приклади демонструють ефективність обов'язкових стандартів і наявність інституційної спроможності до їх реалізації.

Висновки. Формування національної політики у сфері кібербезпеки ПЗ має ґрунтуватися на таких принципах:

- обов'язкові технічні вимоги до ПЗ;
- незалежна сертифікація;
- аудит і публічні звіти;
- адаптація міжнародних практик (SSDF, NIS2);
- підготовка кадрів у сфері кіберзахисту.

Забезпечення безпеки ПЗ — це не лише питання технологій, а ключовий чинник цифрової стійкості держави, її технологічного суверенітету та міжнародної конкурентоспроможності.

Список використаних джерел

1. Закон України "Про Національну програму інформатизації". URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2807-20>
2. Постанова КМУ від 19.06.2019 № 518 "Про затвердження Загальних вимог до кіберзахисту об'єктів критичної інфраструктури". URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/518-2019-%D0%BF>
3. DIRECTIVE (EU) 2016/2102 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 26 October 2016. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2016/2102/oj/eng>

ТРАНСФОРМАЦІЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

Максим НАДТОКА

<https://orcid.org/0009-0003-2600-2928>

Науковий керівник: Припуга Н., кандидат економічних наук, доцент

Анотація. У тезах проаналізовано сучасний стан системи публічних закупівель України в умовах європейської інтеграції та воєнного стану. Досліджено основні показники функціонування системи Prozorro, визначено ключові проблеми та виклики в тому числі правового та операційного характеру. Запропоновано напрямки вдосконалення системи публічних закупівель з урахуванням європейських практик та викликів воєнного часу.

Ключові слова. Публічні закупівлі, європейська інтеграція, система Prozorro, державні замовлення, управлінські рішення, public procurement.

Вступ. Система публічних закупівель є критично важливим елементом державного управління, що забезпечує ефективне використання бюджетних коштів та сприяє економічному розвитку країни. В умовах європейської інтеграції та воєнного стану в Україні відбувається трансформація цієї системи, спрямована одночасно, як на гармонізацію з нормами ЄС, так і на забезпечення оперативності закупівельних процедур, що потребує особливої уваги до функціонування системи в цілому.

Актуальність. Актуальність дослідження зумовлена необхідністю аналізу ефективності функціонування системи публічних закупівель України в умовах подвійного виклику: курсу на європейську інтеграцію та безпрецедентних вимог воєнного стану. Прозорість закупівельних процесів, відповідність європейським стандартам та ефективність державних витрат стають визначальними факторами ефективності ухвалення управлінських рішень та реформування в даній сфері.

Мета роботи. Метою дослідження є аналіз сучасного стану системи публічних закупівель України, виявлення ключових проблем та розробка рекомендацій щодо її вдосконалення в контексті європейської інтеграції та викликів воєнного стану.

Матеріали та методи. Дослідження базується в тому числі на аналізі статистичних даних системи Prozorro за 2024 рік, аналітичному звіті Європейської комісії "Україна 2024", нормативно-правових актах України у сфері публічних закупівель та наукових працях вітчизняних дослідників з даної проблематики. Застосовано методи системного аналізу, порівняння та узагальнення.

Результати. За результатами аналізу даних системи Prozorro за 2024 рік встановлено, що загальний обсяг укладених договорів за конкурентними процедурами публічних закупівель становив 793,04 млрд грн при 379 тис. укладених контрактів за участі 19,21 тис. державних замовників. Економічний ефект від впровадження конкурентних механізмів склав 52,6 млрд грн державних коштів [1]. У закупівельних процедурах зареєстровано 38,26 тис. суб'єктів господарювання з боку постачальників, а сукупний обсяг оголошених конкурентних закупівель сягнув 1,19 трлн грн. Пріоритетними категоріями закупівель визначено продовольчі товари, будівельно-ремонтні та дорожні роботи, паливно-енергетичні ресурси. У сегменті оборонних закупівель укладено контрактів на суму 164,66 млрд грн, де було прозвітовано про рівень економії у розмірі 18,66 млрд грн. Проблематика публічних закупівель в умовах воєнного стану розглядається у працях Кильницької Є.В., Глухова С.В., Колодяжної Т.В., які досліджують тенденції ринку публічних закупівель [2]. Ткачук Н. та Дейнека К. підкреслюють необхідність вирішення актуальних проблем та зниження потенційних ризиків [3]. Петрик Л.О. та Бацман І.В. акцентують увагу на потребі вдосконалення процесу проведення та нагляду за публічними закупівлями в умовах воєнного стану [4]. На основі аналізу звіту Європейської комісії «Україна 2024» (SWD(2024) 699 final) [5] визначено, що система публічних закупівель України знаходиться в стані часткової адаптації до директив ЄС. Оптимізація бюджетних видатків, забезпечення відкритості процедур закупівель та їх узгодження з нормами ЄС стають пріоритетними векторами системи публічних закупівель на шляху гармонізації з ЄС. Стратегія реформування системи публічних закупівель на 2024-2026 роки [6] визначає стратегічні орієнтири розвитку, проте потребує чіткого механізму імплементації. Безпосередній механізм функціонування системи публічних закупівель характеризується такими структурними обмеженнями: недостатнім рівнем професійної підготовки кадрів, обмеженістю людських та фінансових ресурсів, переважанням цінового критерію над якісними показниками при виборі постачальників, недостатнім методологічним забезпеченням, відсутністю достатньої кількості нормативно-правових актів для можливості оптимального використання системи публічних закупівель. Позитивним аспектом є функціонування електронної системи ProZorro, яка забезпечує прозорість закупівельних процедур. Антикорупційний вимір системи публічних

закупівель також потребує вдосконалення через обмежену спроможність інституцій щодо моніторингу пов'язаних з цією проблематикою ризиків. Водночас, Європейська комісія відзначає відносну узгодженість права на захист із законодавством ЄС, про що свідчить зростання кількості скарг з 7 939 у 2022 році до 15 255 у 2023 році. В той же час, це може свідчити і про збільшення порушень. Для підвищення ефективності системи публічних закупівель України пропонуються наступні заходи: прискорена гармонізація законодавства з директивами ЄС, враховуючі оновлені дані вдосконалення самих процедур закупівель ЄС, удосконалення законодавства у сфері публічних закупівель для можливості його ефективного застосування на практиці, впровадження стратегії професіоналізації кадрів, посилення антикорупційних механізмів, диверсифікація критеріїв оцінки тендерних пропозицій на підставі не тільки цінового критерію.

Висновки. Система публічних закупівель України перебуває у складному середовищі трансформації, що характеризується комплексними викликами інституційного, правового та операційного характеру. Існує потреба прискореної гармонізації законодавства з директивами ЄС, зокрема в частині врегулювання тимчасових обмежень та винятків, пов'язаних з воєнним станом. Система публічних закупівель потребує системного посилення кадрового потенціалу, розвитку професійних компетенцій та вдосконалення механізмів внутрішнього і зовнішнього контролю. Необхідним є впровадження комплексної системи оцінки ефективності ухвалення управлінських рішень в частині публічних закупівель із створенням відповідних інституцій та забезпечення прозорості закупівельних процедур. Подальший розвиток електронних систем закупівель, зокрема "ProZorro", має забезпечити максимальну прозорість та доступність тендерних процедур. Реалізація Стратегії реформування системи публічних закупівель на 2024-2026 роки потребує чіткого механізму імплементації та постійного моніторингу її ефективності. Кінцевою метою трансформації має стати формування конкурентоспроможної системи публічних закупівель, інтегрованої в європейський економічний простір, що забезпечує ефективне використання бюджетних коштів, прозорість та підзвітність закупівельних процесів.

Список використаних джерел

1. Система «Prozorro». Новини. Підсумки державних закупівель 2024 року. URL: <https://prozorro.gov.ua/uk/news/793-milyardy-cherez-prozorro-pidsumky-derzhavnyh-zakupivel-2024-roku>
2. Кильницька Є. В., Глухов С. В., Колодяжна Т. В. Дослідження тенденцій ринку публічних закупівель під час дії воєнного стану. Економіка та суспільство. 2023. №4. С. 45-51.
3. Ткачук Н., Дейнека К. Особливості та проблеми системи державних закупівель ProZorro в період воєнного стану. Mechanism of an Economic Regulation. 2023. №3(101). С. 69-72.
4. Петик Л. О., Бацман І. В. Публічні закупівлі в умовах воєнного стану. Проблеми сучасних трансформацій. 2023. №9.
5. Європейська комісія. Звіт, що супроводжує документ ПОВІДОМЛЕННЯ КОМІСІЇ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОГО ПАРЛАМЕНТУ, РАДИ, ЄВРОПЕЙСЬКОГО ЕКОНОМІЧНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО КОМІТЕТУ ТА КОМІТЕТУ РЕГІОНІВ, 2024, Повідомлення про політику розширення ЄС. «Звіт Україна 2024», (SWD(2024) 699 final, Брюссель, 30.10.2024). URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52024SC0699>
6. Кабінет Міністрів України, Розпорядження від 2 лютого 2024 р. № 76-р "Про схвалення Стратегії реформування системи публічних закупівель на 2024-2026 роки та затвердження операційного плану її реалізації у 2024-2025 роках". URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-strategii-reformuvannia-systemy-pub-a76r>

СВДС ЯК ІНСТРУМЕНТ ГЕОЕКОНОМІЧНОГО ПОЗИЦІОНУВАННЯ: УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ З ДОСВІДУ G20

Артем САМІЛЯК

*аспірант кафедри медицини невідкладних станів НУОЗ України імені П.Л. Шупика,
Науковий керівник: Бойко А., кандидат
медичних наук*

Анотація. Розкрито стратегічну роль цифрових валют центральних банків (СВДС) у формуванні гео економічного позиціонування держав. На прикладі Китаю, Європейського Союзу, Бразилії та України визначено

переваги, ризики і перспективи їх впровадження для забезпечення валютного суверенітету і фінансової стійкості.

Ключові слова. CBDC, цифрова валюта, е-гривня, геоекономіка.

Вступ. Цифрові валюти центральних банків (CBDC - Central Bank Digital Currency) перетворюються на новий інструмент державної фінансової політики. Вони дозволяють модернізувати платіжну інфраструктуру, зміцнити монетарний суверенітет та посилити роль держав у міжнародній фінансовій архітектурі [1, 2].

Актуальність. Зростання санкційного тиску, поява приватних цифрових активів і прагнення до економічної автономії спонукають країни шукати альтернативи традиційним валютним механізмам. CBDC стають не лише засобом модернізації платіжної системи, а й важелем геоекономічного позиціонування в умовах глобальної конкуренції [1, 2, 3].

Мета роботи. Оцінити потенціал CBDC як інструменту геоекономічного позиціонування України на основі порівняльного аналізу міжнародного досвіду.

Матеріали та методи. Дослідження базується на компаративному аналізі стратегій запровадження CBDC у Китаї, ЄС, Бразилії та Україні. Джерельну базу становлять аналітичні звіти центральних банків, матеріали провідних ЗМІ, нормативні документи та публікації дослідницьких платформ [1 - 4].

Результати. Серед країн G20 спостерігаються різні моделі впровадження CBDC. Китай розгорнув цифровий юань е-CNY на рівні державної інфраструктури: станом на 2024 рік обсяг транзакцій перевищив 7 трлн юанів у 17 провінціях. Також е-CNY поступово інтегрується у транскордонні розрахунки, що розширює валютну зону Китаю за межі національного ринку [1].

Європейський Союз зосереджується на безпеці, конфіденційності та стійкості цифрового євро. Проект розглядається як механізм збереження монетарного суверенітету в умовах глобальної конкуренції. До 2026 року заплановано запуск у співпраці з приватними і державними інституціями [2].

У Бразилії пілот Drex орієнтовано на автоматизацію державних закупівель, бюджетних трансфертів і соціальних виплат. Важливою особливістю є інтеграція з інфраструктурою розподіленого реєстру, що забезпечує прозорість та ефективність цифрових транзакцій [3].

В Україні після презентації концепції е-гривні у 2021 році розпочато підготовку до публічного тестування в реальному секторі економіки, що анонсовано на 2025 рік [4]. Національний банк України розглядає е-гривню як інструмент B2G-транзакцій (business-to-government), соціальних виплат і підвищення фіскальної прозорості. Важливим є досвід попередніх державних цифрових ініціатив, зокрема програми «ЄПідтримка», яка передбачала цільову виплату 1000 грн вакцинованим громадянам через банківські застосунки, і проєкту «ЄВідновлення», що надає адресну допомогу на ремонт пошкодженого житла з чіткими обмеженнями на використання коштів. Обидва приклади демонструють технічну і нормативну готовність України до використання CBDC-подібних механізмів розподілу фінансів [4].

Серед загальних тенденцій виділяється прагнення держав до цифрового валютного суверенітету, зменшення залежності від традиційних платіжних систем і формування прозорих механізмів державного управління фінансами. CBDC стають не лише платіжними інструментами, а й елементами геоекономічної архітектури майбутнього.

Висновки. CBDC перетворюються на ключовий елемент сучасної платіжної інфраструктури та валютного суверенітету. Досвід G20 підтверджує здатність цифрових валют підвищувати фінансову стійкість, створювати нові міжнародні розрахункові механізми та сприяти економічній інтеграції. Для України е-гривня відкриває додаткові можливості для зміцнення позицій у глобальній економіці.

Список використаних джерел

1. Atlantic Council. CBDC Tracker - China's e-CNY profile [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://www.atlanticcouncil.org/cbdctracker/> (дата звернення: 29.05.2025).
2. Reuters. ECB hopes Trump's crypto plan will speed up digital euro [Електронний ресурс] // Reuters. - 2025. - Режим доступу: <https://www.reuters.com/technology/ecb-hopes-trumps-crypto-plan-will-speed-up-digital-euro-2025-02-06/> (дата звернення: 29.05.2025).
3. Banco Central do Brasil. Piloto Drex - Página oficial do projeto piloto da moeda digital brasileira [Електронний ресурс]. - 2025. - Режим доступу: <https://www.bcb.gov.br/estabilidadefinanceira/piloto-drex> (дата звернення: 29.05.2025).

4. Національний банк України. Е-гривня в 2025 році - НБУ планує відкритий тест електронної валюти [Електронний ресурс] // ІТС.ua. - 2024. - Режим доступу: <https://its.ua/ua/novini/e-gryvnya-u-2025-rotsi-nbu-planuye-vidkrytyj-test-elektronnoyi-valyuty/> (дата звернення: 29.05.2025).

МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ДОТРИМАННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ

Олена ГАВРИЛЕНКО

*Науковий керівник: Мельничук Л.,
завідуючий кафедри публічного
управління, адміністрування та
соціальної роботи НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор наук з
державного управління*

Анотація. Стаття присвячена дослідженню механізмів публічного управління, що забезпечують дотримання та захист прав людини. Розглядаються правові та інституційні інструменти, які використовуються для реалізації міжнародних стандартів і національного законодавства у сфері прав людини, їхня ефективність та виклики у сучасному демократичному суспільстві.

Ключові слова. Права людини, публічне управління, захист, демократія.

Вступ. Показником високого рівня демократії в державі слугує спроможність державних інституцій ефективно забезпечувати права людини. Їхнє дотримання та захист є прямою функцією органів публічного управління. Ефективні механізми публічного управління у цій сфері покликані забезпечити реалізацію закріплених у конституціях та міжнародних договорах прав і свобод, а також створити умови для їхнього відновлення у разі порушення. Це вимагає розгалуженої системи інституцій, чітких процедур та постійного моніторингу.

Актуальність дослідження. Ефективність функціонування держави та її легітимність прямо залежать від її здатності забезпечити повне та неухильне дотримання прав людини. У кризових ситуаціях ризики непропорційного обмеження прав і свобод людини зростають, що потребує особливого контролю з боку суспільства. Таким чином, аналіз

та вдосконалення механізмів публічного управління, спрямованих на захист прав людини, є життєво важливим для побудови та подальшого розвитку правової, соціальної та демократичної держави. Цей підхід дозволяє не лише реагувати на поточні виклики, а й закладати основи для сталого розвитку громадянського суспільства та верховенства права.

Метою цієї роботи є визначення ключових правових та інституційних механізмів публічного управління, що застосовуються для забезпечення дотримання прав людини в умовах сучасних суспільних викликів.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтувалося на аналізі правових документів, інтернет-ресурсів та літературних джерел. При цьому застосовані методи аналізу, синтезу, узагальнення та систематизації літературних джерел.

Результати. Механізми публічного управління у сфері дотримання прав людини можна умовно поділити на превентивні, які спрямовані на запобігання дискримінації прав громадян, та реактивні, що застосовуються після факту їх порушення і передбачають судовий захист, притягнення до відповідальності, відновлення прав. Ефективність цих механізмів значною мірою залежить від їхньої незалежності, доступності, прозорості та політичної волі до їхньої реалізації.

Завдяки нормативним гарантіям визначається зміст прав і свобод людини і громадянина, форми їх реалізації та процесуальні процедури охорони. Нормативною основою забезпечення прав людини в Україні є міжнародні документи, конституційні норми, галузевими законодавчими актами, які закріплюють права людини у конкретній сфері та механізми їх забезпечення.

Міжнародними правовими актами з питань дотримання захисту прав і свобод людини і громадянина є документи Організації Об'єднаних Націй, а саме Міжнародний білль про права людини, що об'єднує найбільш вагомі в цій царині акти: Загальну декларацію прав людини (1948 р.), Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (1966 р.), Міжнародний пакт про громадянські і політичні права (1966 р.).

Ключові параметри прав людини визначено також документами Ради Європи, серед яких Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (1950 р.) та Європейська соціальна хартія, яка прийнята 1961 р. та переглянута 1996 р.

Основний закон України визначає, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність та безпека визнаються найвищою

соціальною цінністю, а права і свободи людини, зокрема на працю, відпочинок, соціальний захист, достатній життєвий рівень, житло, освіту, охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, правову допомогу, судовий захист та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави [1].

Відповідно до Конституції України розроблено цілу низку нормативно-правових актів з питань забезпечення прав і свобод людини у конституційно визначених сферах. Крім того, з метою забезпечення рівних можливостей щодо реалізації прав людини впроваджуються норми Закону України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» (2012 р.) [4].

Вважаючи забезпечення прав і основних свобод людини головним обов'язком держави, органів державної влади та органів місцевого самоврядування парламент визначив основні принципи та напрями державної політики в галузі прав людини [3]. Крім того, затверджено Національну стратегію у сфері прав людини [5], яка передбачає запровадження системного підходу до забезпечення прав і свобод людини, узгодженості дій органів державної влади, органів місцевого самоврядування, інститутів громадянського суспільства, суб'єктів господарювання, створення в Україні ефективного механізму реалізації та захисту прав і свобод людини, усунення недоліків системного характеру, які лежать в основі порушень, виявлених Європейським судом.

Інституційний механізм забезпечення прав людини включає систему суб'єктів влади та управління, діяльність яких спрямована на реалізацію, охорону та захист прав в Україні. Усіх їх можна поділити на дві групи: (1) ті, які здійснюють реалізацію прав людини (2) ті, що наділені функцією їх охорони та захисту.

До складових інституційного механізму забезпечення прав громадян належать Президент України як гарант конституційних норм, Верховна Рада України як єдиний законодавчий орган, Кабінет Міністрів України як вищий орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію відповідної державної політики, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини, суди, прокуратура та адвокатура, інші правоохоронні органи держави, а також органи місцевого самоврядування, політичні партії, громадські організації.

При цьому українські науковці підкреслюють ключову роль у національному механізмі захисту прав і свобод людини Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Зокрема, така позиція підтверджується у численних роботах професора О. В. Марцеляка [2].

Відповідно до Закону України «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини» саме Омбудсман на постійній основі здійснює парламентський контроль за дотриманням конституційних прав і свобод людини і громадянина та захист прав кожного на території України [6]. Ця інституція відіграє важливу роль у контролі за дотриманням прав людини органами державної влади, органами місцевого самоврядування та їх посадовими і службовими особам, запобігає будь-яким формам дискримінації та здійснює заходи щодо протидії дискримінації.

Разом з тим, пріоритетну роль в інституційному механізмі забезпечення прав і свобод людини і громадянина в Україні займають суди. Відповідно звернення до суду є універсальним механізмом захисту прав, свобод та законних інтересів фізичних і юридичних осіб.

Висновки. Механізми публічного управління у сфері дотримання прав людини є складним, але життєво необхідним комплексом інструментів для забезпечення функціонування демократичної та правової держави. Вони потребують постійного вдосконалення у відповідь на нові виклики та загрози. Ключовими напрямками розвитку є зміцнення незалежності інституцій, підвищення ефективності судового та адміністративного захисту, посилення ролі громадянського суспільства у контролі за дотриманням прав людини та інтеграція міжнародних стандартів у національне законодавство та практику. Лише за умови належного функціонування цих механізмів можна гарантувати гідне життя та повагу до кожної особи в суспільстві.

Список використаних джерел

1. Конституція України / Верховна Рада України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/main/254к/96-вр> (дата звернення: 16.05.2025).
2. Марцеляк О. В. Інститут омбудсмана: теорія і практика. Харків: Вид-во Нац. ун-ту внутр. справ, 2004. 450 с.
3. Про засади державної політики України в галузі прав людини : Постанова Верховної Ради України від 17.06.1999 р. № 757-XIV /

Верховна Рада України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/757-14> (дата звернення: 17.05.2025).

4. Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні: Закон України від 06.09.2012 №5207-VI (із змінами). / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5207-17#Text> (дата звернення: 16.05.2025).

5. Про Національну стратегію у сфері прав людини: Указ Президента України від 24.03.2021 № 119/2021 / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/119/2021#n17> (дата звернення: 17.05.2025).

6. Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Закон України від 23.12.1997 № 776/97-ВР (із змінами). / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/776/97-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 16.05.2025).

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В ЄВРОПІ

Євген ЗАВАРЗІН

*Науковий керівник: Мельничук Л.,
завідуючий кафедри публічного
управління, адміністрування та
соціальної роботи НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор наук з
державного управління*

Анотація. Розглянуто сучасні підходи до соціальної роботи в європейському контексті, аналізуючи їхню еволюцію, ключові принципи та практичне застосування. Особливу увагу приділено адаптації соціальної роботи до викликів глобалізації, міграції, технологічного розвитку та демографічних змін.

Ключові слова. Соціальна робота, європейські стандарти, соціальні інновації, соціальна робота в громаді.

Вступ. Соціальна робота в Європі пройшла значний шлях свого розвитку від благодійних ініціатив до професійної діяльності, що ґрунтується на наукових засадах та етичних принципах. Сучасний світ ставить перед соціальними працівниками нові виклики, які вимагають переосмислення традиційних підходів до соціальної роботи та розробки

інноваційних стратегій її розвитку. Зростання соціальної нерівності, демографічні зміни, масова міграція, а також вплив цифрових технологій трансформують суспільні потреби та вимагають гнучкості та адаптивності у здійсненні соціальної роботи та наданні соціальних послуг.

Актуальність дослідження сучасних підходів до соціальної роботи в Європі обумовлена кількома факторами. По-перше, європейські країни стикаються з подібними соціальними проблемами, але використовують різні моделі їх вирішення, що створює цінну можливість для порівняльного аналізу та обміну досвідом. По-друге, посилення уваги до прав людини, соціальної справедливості та інклюзії вимагає від соціальної роботи не лише реагування на наявні проблеми, а й активного формування сприятливого соціального середовища. По-третє, діджиталізація та цифрові технології відкривають нові можливості для підвищення ефективності соціальних інтервенцій, а також висувують вимоги щодо етичних аспектів соціальної роботи та конфіденційності даних. В умовах зазначених трансформацій вкрай важливим є аналіз процесів адаптації соціальної роботи європейських країн до нових реалій для забезпечення адекватної та ефективної підтримки вразливих груп населення.

Метою роботи є аналіз та систематизація сучасних підходів до соціальної роботи в Європі, виявлення спільних тенденцій та відмінностей у національних моделях, а також оцінка ефективності інноваційних практик у контексті вирішення актуальних соціальних проблем.

Матеріали та методи. Дослідження базується на аналізі наукової літератури, звітів міжнародних організацій щодо здійснення соціальної роботи в Європі. Основними методами дослідження є порівняльний аналіз для виявлення спільних рис та відмінностей у підходах до соціальної роботи між різними європейськими країнами; системний підхід для розгляду соціальної роботи як комплексної системи, що включає інституційні, професійні та етичні аспекти.

Результати. Аналіз сучасних підходів до соціальної роботи в Європі виявив кілька ключових тенденцій та інноваційних напрямків.

Європейські країни активно переходять від фрагментованих, розрізнених соціальних послуг до інтегрованих моделей, які надають комплексну підтримку, враховуючи всі аспекти життя людини. Це означає, що замість того, щоб звертатися до різних установ за

допомогою з житлом, працевлаштуванням, охороною здоров'я чи освітою, клієнт отримує скоординовану підтримку через єдину точку доступу або одного фахівця. Метою таких підходів є не просто вирішення окремих проблем, а цілісне покращення якості життя та підвищення самостійності особистості, враховуючи її індивідуальні потреби, сильні сторони та соціальний контекст.

Один з найпоширеніших механізмів реалізації інтегрованих підходів – це кейс-менеджмент (case management). У цій моделі один соціальний працівник (кейс-менеджер) бере на себе роль координатора, який проводить глибоку оцінку потреб клієнта та його родини; розробляє індивідуальний план підтримки, що об'єднує різні види послуг; координує взаємодію між різними службами та фахівцями (лікарями, психологами, вчителями, юристами тощо); здійснює моніторинг прогресу та адаптує план відповідно до змін обставин. Такий підхід дозволяє уникнути дублювання послуг, оптимізувати використання ресурсів та забезпечити більш ефективну та безперервну допомогу [1; 5].

Все більше сучасна соціальна робота в європейських країнах зосереджується на мобілізації та використанні внутрішнього потенціалу громад. Це означає відхід від моделі, де соціальні послуги надаються виключно "зверху вниз", до підходу, який активно залучає членів громади до ідентифікації проблем, планування та реалізації рішень. Основна ідея полягає в тому, щоб посилити соціальну згуртованість та розвинути ресурси самої громади для задоволення потреб її мешканців.

Ключовими аспектами такого громадо-орієнтованого підходу до соціальної роботи є:

- розвиток громадських центрів та хабів, тобто створення фізичних просторів, де люди можуть збиратися, отримувати інформацію, брати участь у спільних заходах та шукати підтримку;
- програми взаємодопомоги та підтримки, заохочення створення груп самодопомоги, для яких соціальні працівники виступають як фасилітатори, допомагаючи організувати такі групи та надаючи їм необхідні ресурси;
- залучення волонтерів з числа місцевих жителів у надання соціальних послуг, що не лише розширює охоплення допомоги, а й посилює почуття спільності та відповідальності;
- участь громади у прийнятті рішень, надання мешканцям можливості впливати на планування та розвиток соціальних послуг на

місцевому рівні через громадські слухання, опитування, консультативні ради, що забезпечує відповідність послуг реальним потребам громади;

- підтримка та розвиток місцевих ініціатив, спрямованих на вирішення конкретних соціальних проблем, таких як організація спільних городів, дозвілля для молоді, програми наставництва.

Такий підхід до соціальної роботи допомагає не лише вирішувати поточні проблеми, а й будувати стійкіші та самодостатніші громади, зменшуючи їхню залежність від зовнішньої допомоги та підвищуючи їхню здатність до колективної дії [2; 7].

Діджиталізація глибоко трансформує всі сфери суспільного життя, і соціальна робота не є винятком. У країнах Європи активно впроваджуються різноманітні цифрові інструменти та онлайн-платформи для підвищення ефективності, доступності та якості соціальних послуг.

Основні напрямки використання технологій включають онлайн-консультування та психологічну підтримку (відео дзвінки, чати); управління кейсами та базами даних клієнтів через спеціалізоване програмне забезпечення та інформаційні системи; мобільні додатки для самодопомоги та моніторингу; соціальні медіа для інформування населення про доступні послуги, проведення просвітницьких кампаній, мобілізації волонтерів, тощо; штучний інтелект та аналітика даних з метою виявлення закономірностей у соціальних проблемах, прогнозування ризиків та оптимізації розподілу ресурсів; віртуальна та доповнена реальність, яка менш поширена, проте має потенціал для тренінгів соціальних працівників або для терапевтичної роботи з клієнтами.

Проте використання цифрових технологій породжує важливі етичні виклики та ризики. Це включає питання цифрового розриву (коли вразливі групи населення не мають доступу до технологій або навичок їх використання), конфіденційності даних (захист особистої інформації клієнтів), безпеки (ризики кібератак) та дегуманізації соціальної роботи (коли технології замінюють особистий контакт замість того, щоб його доповнювати). Тому в Європі активно розробляються рекомендації та стандарти щодо відповідального та етичного використання технологій у соціальній роботі [3; 8].

Важливим напрямом соціальної роботи в європейських країнах є фокус на запобіганні соціальних проблем та ранньому втручанні. Цей підхід передбачає активне виявлення потенційних ризиків та

вразливостей на ранніх етапах життя індивіда або розвитку проблеми, а також оперативне надання цільової допомоги. Такий підхід передбачає: ідентифікацію груп ризику; впровадження універсальних та спеціальних превентивних програм; раннє втручання у проблему з метою зупинити негативні процеси на початковому етапі та запобігти їх поглибленню. Зазначені заходи дозволяють зменшити довгострокові витрати на соціальні послуги, покращити соціальне благополуччя індивідів та громад, а також сприяє розвитку резиліентності (здатності до відновлення та адаптації) у вразливих груп населення [4; 9].

Крім того, у Європі триває дискусія щодо єдиних стандартів професійної підготовки соціальних працівників, розвитку етичних кодексів та механізмів професійного нагляду, що сприяє підвищенню якості послуг та довіри до професії [6].

Висновки. Сучасна соціальна робота в Європі характеризується динамічністю, інноваційністю та орієнтацією на потреби клієнтів і громад. Ключовими напрямками є інтеграція послуг, активізація громадських ресурсів, діджиталізація та посилення превентивної роботи. Ці підходи відображають усвідомлення того, що ефективна соціальна допомога вимагає гнучкості, адаптивності та здатності реагувати на складні та взаємопов'язані соціальні проблеми.

Для України, яка прагне інтегруватися до європейського простору, вивчення та імплементація цих підходів є надзвичайно важливими. Це дозволить модернізувати систему соціальних послуг, підвищити їх якість та доступність, а також ефективно реагувати на актуальні соціальні виклики.

Список використаних джерел

1. Banks S. Ethics and Values in Social Work. 5th ed. Bloomsbury Publishing, 2020. 315 с.
2. Dominelli L. Community Social Work: Community Development, Community Organization, Community Action. Cambridge: Polity Press, 2012.
3. Engelbrecht K., Steyaert J. ICT and Social Work: A Reader on the Use of ICTs in the Helping Professions. Leuven: Acco, 2010.
4. European Social Network. Preventive Social Services in Europe: Towards Better Outcomes. Brussels: ESN, 2020.
5. Harris J. Integrated Care: Creating Effective Pathways for the Future. Policy Press, 2017.

6. IFSW (International Federation of Social Workers). Global Definition of Social Work. URL: <https://www.ifsw.org/global-definition-of-social-work/> (дата звернення 30.05.2025).
7. Lymbery M., Postle K. Social Work: A Companion to Learning. London: SAGE Publications. 2018
8. Mishna F., Bogo M., Sawyer J. L. Cyber Counselling: A Practical Guide for Professionals. Routledge. 2017.
9. Parker R. Social Work and Early Intervention: The Importance of a Coherent Vision. London: Palgrave Macmillan, 2016.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВІЙНИ: ВПЛИВ НА ГРОМАДИ

Юлія КОЖЕДУБ

*Науковий керівник: Мельничук Л. М.,
завідуючий кафедри публічного
управління, адміністрування та
соціальної роботи НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор наук з
державного управління*

Анотація. Війна чинить руйнівний вплив не лише на фізичну інфраструктуру та економіку, але й на громадське здоров'я. Ця робота досліджує багатогранний вплив війни на здоров'я громад.

Ключові слова. Війна, громадське здоров'я, громади, хвороби.

Вступ. Війна є одним із найжорстокіших і найруйнівніших явищ в історії людства, що залишає глибокі та довготривалі шрами не лише на політичній та економічній сферах, але й на здоров'ї населення. В умовах збройного конфлікту громадське здоров'я опиняється під численними загрозами, які виходять далеко за межі безпосередніх бойових дій. Але ми часто чуємо нерозуміння, що таке громадське здоров'я. Люди вважають, що це щось принципово нове. Громадське здоров'я (визначення ВООЗ) – це наука та практика попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства [1, с. 1]. Тому громадське здоров'я — це колективна відповідальність. Коли ми говоримо про рівень захворюваності України на туберкульоз, ВІЛ/СНІД, кір, рак, то йдеться передусім не про конкретних людей, а про рівень здоров'я всього населення. Адже

більшості захворювань можна уникнути завдяки активному способу життя, здоровому харчуванню, дотриманню гігієни, захищеному сексу та регулярним обстеженням здоров'я. Питання громадського здоров'я передбачає насамперед здоров'я і лише потім — лікування. Контролювати стан свого організму значно дешевше і корисніше, ніж його лікувати [2, с. 1].

Експерт платформи «Охорона здоров'я» ВАОТГ Євген Прилипко, підкреслив важливість громадського здоров'я і для сталого розвитку громади. Громади мають активно включатися в розвиток ініціатив з громадського здоров'я, адже саме вони можуть забезпечити формування здорового способу життя серед населення. Експерт звернув увагу на складнощі, з якими стикаються територіальні громади, особливо невеликі. Брак організаційної спроможності, компетенції, кадрового потенціалу та недостатнє розуміння того, як здоров'я населення впливає на фінансову стійкість громад, є основними викликами. Він акцентував, що без здорових працюючих людей громади не зможуть забезпечити економічну стабільність та розвиток [3, с. 9]. Спробуємо виділити ключові причини, чому громадське здоров'я є критично важливим для територіальних громад:

1. Забезпечення здорового та працездатного населення: Здорові люди є більш продуктивними працівниками, менше пропускають роботу через хвороби, що сприяє стабільному економічному розвитку громади. Низький рівень захворюваності зменшує витрати на лікарняні виплати та соціальну допомогу.

2. Профілактика захворювань та зміцнення здоров'я: Заходи громадського здоров'я, такі як вакцинація, програми скринінгу, просвітницькі кампанії щодо здорового способу життя, допомагають запобігати виникненню та поширенню захворювань, знижуючи рівень захворюваності та передчасної смертності.

3. Забезпечення соціальної справедливості та зменшення нерівності: Заходи громадського здоров'я можуть бути спрямовані на забезпечення рівного доступу до профілактичних послуг та медичної допомоги для всіх членів громади, особливо для вразливих груп населення. Також громадське здоров'я враховує вплив соціальних факторів (бідність, освіта, житло, харчування) на здоров'я та розробляє стратегії для їхнього подолання.

4. Підвищення стійкості до криз та надзвичайних ситуацій: Сильна система громадського здоров'я забезпечує готовність громади до реагування на спалахи інфекційних захворювань та інші надзвичайні ситуації.

5. Сприяння активній участі громадян та розвитку громади: Програми громадського здоров'я часто передбачають активну участь мешканців у прийнятті рішень щодо питань, які впливають на їхнє здоров'я, а заходи громадського здоров'я можуть бути спрямовані на створення сприятливого та здорового фізичного та соціального середовища в громаді (безпечні вулиці, чисте повітря та вода, доступ до зелених зон, підтримка здорового харчування).

6. Ефективне використання ресурсів: Інвестиції в профілактику захворювань є більш економічно ефективними в довгостроковій перспективі, ніж витрати на лікування вже розвинених хвороб. Громадське здоров'я сприяє координації зусиль різних секторів (охорона здоров'я, освіта, соціальні служби, місцеве самоврядування) для досягнення спільних цілей у сфері здоров'я.

Не можна залишити без уваги і підтримку людей з інвалідністю та вразливих груп населення, особливо в умовах війни. Забезпечення медико-соціальних послуг і профілактичних заходів не лише сприятиме покращенню якості життя, а й зменшуватиме навантаження на громади. Також зауважимо, що в умовах майбутніх реформ адміністративно-територіального устрою громадам доведеться переглянути свої можливості та підвищувати спроможність виконувати делеговані державою повноваження.

Отже, в умовах війни, яка зараз в Україні, важливість громадського здоров'я для територіальних громад зростає багаторазово. Воно стає критично важливим для надання медичної допомоги постраждалим, запобігання епідеміям, забезпечення психологічної підтримки, відновлення інфраструктури охорони здоров'я та підтримки життєздатності громад у надзвичайно складних умовах. Інвестиції в громадське здоров'я є інвестиціями в майбутнє територіальної громади, її стабільність, добробут та процвітання. Це не лише питання охорони здоров'я, а й питання соціальної справедливості, економічного розвитку та національної безпеки.

Список використаних джерел

1. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України. Новини: як зберегти здоров'я українців? Система громадського здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uk/jak-zberegiti-zdorov%E2%80%99ja-ukrainsiv-sistema-gromadskogo-zdorov%E2%80%99ja> (дата публікації 14.08.2017).
2. Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». Новини та публікації: Громадське здоров'я — це вибір усіх загалом і кожного зокрема. URL: <https://phc.org.ua/news/gromadske-zdorovya-ce-vibir-usikh-zagalom-i-kozhnogo-zokrema>. (дата публікації 09.04.2019).
3. Сайт Всеукраїнської асоціації ОТГ. Новини платформи: Громадське здоров'я під час війни: виклики, дослідження та стратегії для майбутнього (підсумки та матеріали вебінару). URL: <https://hromady.org/gromadske-zdorovya-pid-chas-vijni-vikliki-doslidzhennya-ta-strategii%D1%97-dlya-majbutnogo-pidsumki-ta-materiali-vebinaru>. (дата публікації 24.12.2024).

ІНСТИТУТИ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ

Андрій КРАВЧУК

*Науковий керівник: Кравченко М.,
професор кафедри публічного управління,
адміністрування та соціальної роботи
НУОЗ України імені П.Л. Шупика, доктор
наук з державного управління, професор*

Анотація. Досліджено роль інститутів громадянського суспільства у системі соціального захисту. Проаналізовано їхні функції, форми взаємодії з державними структурами та вплив на ефективність надання соціальних послуг. Підкреслено значення інститутів громадянського суспільства у забезпеченні прав та потреб вразливих груп населення, а також у формуванні демократичних засад соціальної політики.

Ключові слова. Громадянське суспільство, соціальний захист, неурядові організації, соціальні послуги.

Вступ. Соціальний захист є однією з фундаментальних функцій будь-якої держави, спрямованою на забезпечення гідного рівня життя та

добробуту її громадян, особливо тих, хто опинився у складних життєвих обставинах. Історично склалося так, що ця функція переважно асоціювалася з діяльністю державних інститутів. Однак, з розвитком демократичних процесів та усвідомленням обмеженості державних ресурсів, дедалі більшого значення набуває роль інститутів громадянського суспільства. Вони стають невід'ємною частиною системи соціального захисту, доповнюючи та посилюючи зусилля держави, а інколи й виступаючи як самостійні актори у наданні соціальних послуг.

Актуальність дослідження ролі інститутів громадянського суспільства у системі соціального захисту зумовлена низкою чинників. Так, в умовах сучасних кризових явищ (війни, пандемії, економічні коливання) зростає кількість громадян, які потребують соціальної підтримки, що створює значне навантаження на державні системи. У цьому контексті інститути громадянського суспільства, завдяки своїй гнучкості, здатності швидко реагувати на потреби та залучати волонтерські ресурси, стають незамінними партнерами. Крім того, розвиток громадянського суспільства є індикатором демократизації держави та її відкритості до діалогу з громадянами. Відповідно залучення інститутів громадянського суспільства до формування та реалізації соціальної політики сприяє більшій її прозорості, ефективності та підзвітності. Нарешті, активна участь інститутів громадянського суспільства у системі соціального захисту сприяє розширенню можливостей громадян щодо участі у прийнятті рішень, що безпосередньо стосуються їхнього благополуччя, тим самим посилюючи соціальну згуртованість та довіру до соціальних інститутів.

Мета роботи - комплексний аналіз ролі та місця інститутів громадянського суспільства в системі соціального захисту, виявлення основних форм їхньої діяльності та взаємодії з державними органами, а також визначення перспектив подальшого посилення їхнього впливу на формування та реалізацію соціальної політики.

Матеріали та методи. Інформаційною базою дослідження є наукова література з питань соціального захисту, громадянського суспільства, публічного управління, а також законодавчі акти України, що регулюють діяльність неприбуткових організацій та надання соціальних послуг. Методологічною базою дослідження є методи системного аналізу для вивчення взаємозв'язків між громадянським суспільством та державою, компаративний аналіз для порівняння різних моделей співпраці;

функціональний аналіз для визначення ролі інститутів громадянського суспільства у виконанні окремих функцій соціального захисту.

Результати. Інститути громадянського суспільства відіграють багатогранну та ключову роль у системі соціального захисту, виконуючи низку важливих функцій, що суттєво доповнюють та підвищують ефективність державної політики.

Інститути громадянського суспільства досить часто є первинними або єдиними надавачами спеціалізованих соціальних послуг, орієнтованих на конкретні, часто маргіналізовані групи населення. Це включає:

- допомогу внутрішньо переміщеним особам (гуманітарна допомога, психологічна підтримка, сприяння в адаптації та інтеграції);
- підтримку ветеранів та їхніх родин (реабілітація, реінтеграція в суспільство, юридична та психологічна допомога);
- допомогу людям з інвалідністю (сприяння інклюзії, надання реабілітаційних послуг);
- захист прав дітей, у тому числі дітей-сиріт (організація притулків, освітніх програм, сприяння усиновленню та опіці);
- допомогу бездомним (надання притулку, харчування, медичної допомоги, соціальної реінтеграції);
- психологічну та психосоціальну підтримку в умовах тривалого стресу та травматичних подій;
- адвокація та захист прав (лобіювання змін до законодавства, спрямованих на покращення соціального захисту, представництво інтересів вразливих груп на усіх рівнях влади, надання правової допомоги) [1-2; 4-5; 7].

Інститути громадянського суспільства здійснюють незалежний моніторинг ефективності державних соціальних програм, виявляють корупційні ризики, недоліки у наданні послуг та порушення прав [8].

Громадські організації активно інформують суспільство про наявні соціальні проблеми, виклики та шляхи їх вирішення. Вони проводять освітні кампанії, семінари, тренінги для підвищення обізнаності громадян щодо їхніх прав на соціальний захист та можливостей отримання допомоги [2; 5].

Інститути громадянського суспільства ефективно залучають додаткові ресурси, які значно доповнюють державні асигнування. Це включає залучення грантів від міжнародних фондів та організацій; благодійні пожертви від приватних осіб та корпоративного сектору;

мобілізацію значної кількості добровольців, які надають допомогу безкоштовно, що є неоціненним ресурсом, особливо у кризові періоди [2; 5].

Громадські організації виступають важливими посередниками між владою та громадянами, забезпечуючи платформи для відкритого обговорення соціальних проблем, формулювання пропозицій щодо покращення політики та спільного пошуку ефективних рішень. Це реалізується через участь у консультативних радах, публічних слуханнях, робочих групах з розробки законодавчих ініціатив [8].

Широким є спектр форм взаємодії інститутів громадянського суспільства з державними структурами, серед яких:

- соціальне замовлення, тобто механізм, за яким держава замовляє надання соціальних послуг у недержавних організацій, що дозволяє залучати їхній досвід та ресурси;
- спільні проекти та програми, що фінансуються спільно державою та громадськими організаціями чи їхніми донорами;
- участь представників інститутів громадянського суспільства у роботі консультативно-дорадчих органів: громадських радах, робочих групах при міністерствах, відомствах та місцевих органах влади;
- експертна підтримка, тобто залучення фахівців з інститутів громадянського суспільства до розробки нормативно-правових актів, аналітичних досліджень та оцінки політик.
- залучення волонтерів інститутів громадянського суспільства до реалізації державних соціальних програм (наприклад, у кризових центрах, територіальних центрах соціального обслуговування) [3; 6; 8].

Ефективність такої взаємодії значною мірою залежить від рівня взаємної довіри, прозорості процесів, чіткого розподілу функцій та готовності обох сторін до конструктивного діалогу та компромісів.

В Україні спостерігається позитивна динаміка у розвитку співпраці, проте залишаються виклики, пов'язані з бюрократичними перешкодами, недостатнім фінансуванням інститутів громадянського суспільства та потребою у посиленні їхньої інституційної спроможності.

Висновки. Інститути громадянського суспільства є незамінним елементом сучасної системи соціального захисту. Їхня діяльність не лише доповнює, а й значно посилює зусилля держави у забезпеченні соціального благополуччя громадян. Участь громадянського суспільства сприяє гуманізації соціальних послуг, їхній відповідності реальним

потребам населення, а також розвитку демократичних засад у сфері соціальної політики. Подальше посилення ролі інститутів громадянського суспільства у системі соціального захисту потребує створення сприятливих правових та фінансових умов для їхньої діяльності, розвитку механізмів співпраці з державними органами на засадах партнерства та взаємної відповідальності, а також підвищення потенціалу самих громадських організацій.

Список використаних джерел

1. Бойко М. А. Роль громадських організацій у наданні соціальних послуг в Україні. Державне управління: теорія та практика. 2020. №1. С. 86-93.
2. Ващенко О. М. Громадянське суспільство як суб'єкт соціального захисту: теоретичні аспекти. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. Серія: Державне управління. 2018. №2. С. 118-124.
3. Колодій А. М. Взаємодія органів державної влади та інститутів громадянського суспільства у сфері соціального захисту населення. Публічне урядування та адміністрування. 2017. №3. С. 34-40.
4. Кундельська О. О. Розвиток державно-громадського партнерства у сфері надання соціальних послуг. Теорія та практика державного управління. 2021. № 1. С. 101-108.
5. Макаренко С. В. Неурядові організації у системі соціального захисту населення: вітчизняний та зарубіжний досвід. Право і суспільство. 2019. №6. С. 180-186.
6. Про громадські об'єднання: Закон України від 22.03.2012 № 4572-VI (із змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4572-17> (дата звернення 30.05.2025)
7. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII (із змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19> (дата звернення 30.05.2025)
8. Фрейдзон О. С. Роль інститутів громадянського суспільства у формуванні соціальної політики. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2018. №19. С. 111-115.

МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ ЗДІЙСНЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ

Ірина ОСТАПЕНКО

*Науковий керівник: Мельничук Л.,
завідуючий кафедри публічного
управління, адміністрування та
соціальної роботи НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор наук з
державного управління*

Анотація. Проаналізовано ключові міжнародні акти з питань соціальної політики, прийняті Організацією Об'єднаних Націй, Радою Європи та Європейським Союзом. Визначено стандарти, які висуваються до системи соціального захисту громадян та яких мають дотримуватися органи публічної влади у процесі розробки та впровадження соціальної політики. Наголошується на важливості ролі міжнародних організацій у формуванні та імплементації цих стандартів, а також виклики, з якими стикаються країни під час їхнього впровадження.

Ключові слова. Соціальна політика, міжнародні стандарти, соціальні права, добробут.

Вступ. У сучасному глобалізованому світі соціальна політика є невід'ємною частиною діяльності держави, спрямованою на забезпечення гідного рівня життя, соціального захисту та можливостей для розвитку усіх членів суспільства. Водночас, її ефективність та спрямованість значною мірою залежать від дотримання міжнародних стандартів, які формують спільну правову та етичну основу для соціального розвитку. Ці стандарти не лише визначають мінімальні вимоги до соціального захисту, а й задають вектори для прогресивного розвитку соціальних систем у різних країнах.

Актуальність вивчення міжнародних стандартів у сфері соціальної політики зумовлена низкою взаємопов'язаних чинників. По-перше, сучасні глобалізаційні процеси, зростаючі обсяги міграції та періодичні економічні кризи ілюструють взаємозалежність національних соціальних систем. Це обумовлює об'єктивну необхідність гармонізації підходів до соціального захисту на міжнародному рівні. По-друге, підвищення вимог до дотримання соціальних прав людини зобов'язує держави до відповідального та ефективного ставлення щодо їх реалізації. Це вимагає від урядів не лише декларативного визнання, а й практичного

забезпечення цих прав. По-третє, євроінтеграційні процеси вимагають від країн-кандидатів та членів Європейського Союзу адаптації національного законодавства до чинних міжнародних та регіональних норм. У цьому контексті розуміння та імплементація цих стандартів є критично важливим для забезпечення соціальної стабільності та сталого розвитку суспільства.

Мета роботи. Метою цієї роботи є огляд міжнародних актів з питань соціальної політики та виявлення їхнього впливу на формування національних соціальних систем.

Матеріали та методи. Інформаційна база дослідження – нормативно-правові акти забезпечення соціальних прав, прийняті Організацією Об'єднаних Націй, Радою Європи та Європейським Союзом.

Методологічна база – системний та порівняльний аналіз нормативних документів, функціональний аналіз для їх оцінки та визначення їхнього впливу на формування соціального законодавства в країні.

Результати. У контексті міжнародно-правових джерел, що регламентують соціальну політику, центральне місце посідає Міжнародний білль про права людини, який виступає потужним інструментом для захисту прав людини на міжнародному рівні, забезпечуючи підзвітність держав та сприяючи імплементації міжнародних стандартів у національне законодавство та практику. Цей комплексний документ об'єднує два основоположні акти:

Загальну декларацію прав людини [2], яка проголошує універсальні права та свободи, притаманні кожній особі без будь-яких винятків, встановлює загальні принципи, на яких ґрунтується вся система захисту прав людини;

Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права [3], який конкретизує та розширює положення Загальної декларації, деталізуючи, зокрема, перелік соціальних прав.

Деталізація принципів, викладених у Міжнародному біллі про права людини, здійснюється через низку спеціалізованих нормативних документів. Ці акти регулюють захист прав та інтересів окремих категорій осіб, а також визначають сфери, де ці права потребують посиленого захисту. Для України, як держави-учасниці Організації Об'єднаних Націй, обов'язковими до виконання є: Конвенція про ліквідацію всіх форм

дискримінації щодо жінок (1979 р.), Конвенція про права дитини (1989 р.), Конвенція про права інвалідів (2006 р.).

Серед джерел, що визначають ключові параметри соціальних прав людини, важливе місце посідають міжнародно-регіональні нормативно-правові акти, зокрема документи, розроблені в рамках Ради Європи. Суттєве значення у формуванні системи соціального захисту в Україні мала Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (1950 р.), яка закладає основи для гарантування низки соціальних прав. Вагомим доповненням до зазначеної Конвенції є Європейська соціальна хартія [1]. Хартія акцентує увагу на соціально-економічних правах, зокрема на праві на соціальний захист. Постійні зміни, що вносяться до Європейської соціальної хартії протягом останніх років, свідчать про безперервне підвищення стандартів у сфері соціального захисту, розширення та урізноманітнення вимог до держав щодо забезпечення цих прав. Хартія охоплює широкий спектр питань: зайнятість та ринок праці, трудові відносини, право на освіту, охорону здоров'я та житло, право на соціальне забезпечення та соціальну допомогу, право користуватися послугами соціальних служб. Європейська соціальна хартія є ключовим інструментом у процесі розбудови та вдосконалення соціальної моделі Європи. Її значення визначається гарантуванням широкого спектра соціальних прав, дотриманням принципів неподільності та недискримінації, сприянням постійному вдосконаленню системи соціального захисту.

На шляху інтеграції України до Європейського Союзу одним із ключових пріоритетів публічної політики є забезпечення всебічної реалізації прав і свобод людини та громадянина, а також імплементація європейських стандартів якості життя. Процес підготовки до членства в ЄС передбачає комплексну трансформацію усіх сфер суспільного життя, що має створити умови для функціонування країни відповідно до основоположних принципів та законодавства Європейського Союзу. Ці принципи, зокрема, орієнтовані на посилення соціального захисту кожного громадянина, сприяючи наближенню рівня життя, добробуту та правового захисту українців до стандартів, що існують у країнах-членах ЄС. Для досягнення цієї мети є необхідним впровадження відповідних стандартів та нормативно-правових засад політики ЄС у цій сфері.

Першим документом, що проголошує набір прав, визначених інституціями Європейського Союзу, є Хартія Європейського Союзу про

основоположні права [4]. Ця Хартія встановлює, що кожна особа, яка легально проживає та вільно пересувається в межах Європейського Союзу, має право на соціальні виплати та соціальні пільги відповідно до законодавства Співтовариства та національних правових норм і практики. З метою ефективної боротьби з соціальною ізоляцією та бідністю Союз визнає та гарантує право на соціальну та житлову допомогу, спрямовану на забезпечення гідного існування для всіх осіб, які не мають достатніх для цього ресурсів.

У розвиток положень Європейської соціальної хартії прийнято Європейську опору соціальних прав (the European Pillar of Social Rights) [5]. Ключовою метою цього стратегічного документа є побудова більш інклюзивного та справедливого Європейського Союзу.

Європейська опора соціальних прав конкретизує зобов'язання кожної країни-члена Європейського Союзу щодо забезпечення реалізації прав кожної особи, включаючи право на соціальний захист та доступ до базових послуг. Структурно Європейська опора складається з трьох ключових сфер та базується на двадцяти принципах, необхідних для функціонування справедливого та ефективного ринку праці, а також дієвих систем соціального захисту. Ці принципи згруповані за такими напрямками: рівні можливості та доступ до ринку праці; справедливі умови праці; соціальний захист і соціальне включення. Загалом Європейська опора соціальних прав є не лише рамковим документом, а й дорожньою картою для держав-членів ЄС у реалізації їхніх зобов'язань щодо забезпечення соціального добробуту та справедливості для всіх громадян.

З метою практичної імплементації принципів, закладених у Європейській опорі соціальних прав, було розроблено План дій Європейської опори соціальних прав [6]. Цей документ є стратегічною програмою, спрямованою на трансформацію проголошених соціальних прав у конкретні дії на благо громадян Європейського Союзу.

У зазначеному Плані дій Європейська Комісія визначає три основні цілі ЄС, досягнення яких заплановано до кінця десятиліття. Ці цілі охоплюють сферу зайнятості (підвищення рівня зайнятості та створення якісних робочих місць), кваліфікації (розвиток навичок та кваліфікацій робочої сили для відповідності потребам сучасного ринку праці), соціальний захист (фокусується на зміцненні систем соціального захисту та забезпеченні соціального включення). Слід зауважити, що дані цілі

корелюють з Цілями сталого розвитку ООН та покликані спрямувати спільні зусилля держав-членів на шляху до побудови сильної соціальної Європи, забезпечуючи досягнення стійкого та довгострокового впливу. Доповнюючи амбітні політичні цілі ЄС, соціальні цілі сприятимуть концентрації політичних зусиль на досягненні конкретних результатів, а також стануть важливим стимулом для проведення реформ та залучення інвестицій у державах-членах. Таким чином, План дій є невід'ємною частиною стратегії ЄС щодо забезпечення соціального добробуту та справедливості для всіх європейських громадян.

Висновки. Міжнародні стандарти здійснення соціальної політики є невід'ємною частиною глобального правового порядку та потужним інструментом для забезпечення соціальної справедливості та добробуту. Вони надають державам чіткі орієнтири для формування національної соціальної політики, що відповідає основним правам людини. Повна та ефективна імплементація цих стандартів вимагає постійних зусиль від національних урядів, співпраці з міжнародними організаціями та активної участі громадянського суспільства. Досягнення цих цілей є ключовим для побудови стабільних, інклюзивних та процвітаючих суспільств.

Список використаних джерел

1. Європейська соціальна хартія : Хартія Ради Європи від 03.05.1996 №994_062. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_062 (дата звернення 29.05.2025).
2. Загальна декларація прав людини. Прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року / Верховна Рада України. URL:http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_015 (дата звернення 29.05.2025).
3. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (1966 р.). Ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 2148-VIII від 19.10.1973 / Верховна Рада України. URL:http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_042 (дата звернення 29.05.2025).
4. Charter of Fundamental Rights of the European Union. Official Journal of the European Communities URL:https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf (дата звернення 29.05.2025)

5. Establishing a European Pillar of Social Rights : Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European and Social Committee and the Committee of the regions, 26.04.2017, URL:<https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/> (дата звернення 29.05.2025).

6. The European Pillar of Social Rights Action Plan URL:<https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/> (дата звернення 29.05.2025)

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ

Євген РУЩЕНКО

<https://orcid.org/0009-0005-1315-6180>

*Науковий керівник: Мельничук Л.,
завідуючий кафедри публічного
управління, адміністрування та
соціальної роботи НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор наук з
державного управління*

Анотація. У роботі розглядаються актуальні проблеми становлення системи публічного управління процесами розвитку медичного туризму. Особливу увагу приділено аналізу сучасних викликів, що вимагають зміни підходів до здійснення публічного управління у сфері туризму загалом та медичного зокрема. Визначено ключові напрями підвищення його ефективності та доступності медичних послуг у туристичному середовищі.

Ключові слова: медичний туризм, публічне управління у сфері туризму.

Вступ. В епоху глобалізованої медицини важливим питанням як для національних систем охорони здоров'я є медичний туризм, який поєднує в собі елементи медичного обслуговування, туризму та міжнародної торгівлі послугами, відкриваючи нові можливості для економічного зростання, модернізації національної системи охорони здоров'я, підвищення її конкурентоспроможності та якості медичних послуг.

Однак, незважаючи на значний потенціал, розвиток медичного туризму стикається з низкою сучасних викликів та проблем, серед яких недосконалість нормативно-правової бази, відсутність інтеграції послуг різних рівнів, необхідність вдосконалення чи відновлення інфраструктури.

В Україні порушені питання набули особливої актуальності в умовах воєнного стану, відповідно появи додаткового навантаження на систему охорони здоров'я. За таких обставин медичний туризм слугує, зокрема, додатковим джерелом доходів, механізмом відновлення та розвитку медичної інфраструктури.

При цьому, результати досліджень зарубіжних фахівців доводять, що публічна політика у сфері медичного туризму має бути адаптивною, орієнтованою на інституційну специфіку національної системи охорони здоров'я та здатною реагувати на глобальні виклики [1], що вимагає пошуку шляхів формування ефективної системи публічного управління процесами розвитку медичного туризму.

Актуальність дослідження. Ринки медичного туризму продовжують зростати та диверсифікуватися, водночас вітчизняні системи охорони здоров'я дедалі більше відчують навантаження від обмежених ресурсів. Така ситуація обумовлює необхідність відповідного наукового обґрунтування для формування ефективної системи публічного управління у сфері надання медичної допомоги, адаптованої до викликів часу, ризиків медичного туризму та потреб громадян у відповідних послугах. Успішне функціонування цієї сфери потребує стратегічного планування, міжвідомчої взаємодії, якісного адміністрування та участі інститутів соціальної політики.

Метою роботи є визначити ключові проблеми становлення системи публічного управління процесами розвитку медичного туризму в Україні для подальшого окреслення напрямів підвищення її ефективності.

Матеріали та методи. Інформаційна база дослідження – наукові праці вітчизняних та зарубіжних дослідників з проблем медичного туризму та державного впливу на процеси його розвитку [1-3].

При проведенні дослідження використані аналітичний і порівняльний методи, що дозволило провести теоретичний аудит існуючих проблем і описати загальні напрямки організації і структурування публічного управління у сфері медичного туризму.

Результати. Аналіз сучасного стану публічного управління процесами розвитку медичного туризму виявив ряд суттєвих проблем.

По-перше, однією з найбільш гострих проблем, що перешкоджають динамічному розвитку медичного туризму в багатьох країнах, є фрагментарність публічної політики та відсутність єдиної, скоординованої державної стратегії. Замість цілісного підходу, часто спостерігається ситуація, коли різні державні відомства та установи діють розрізнено, переслідуючи власні, не завжди узгоджені цілі. Відсутнє розуміння того, які медичні напрямки мають найбільший потенціал, які регіони можуть стати кластерами медичного туризму, і які ресурси для цього потрібні. Існує невизначеність щодо того, наскільки активно держава має втручатися в розвиток медичного туризму. Чи має вона виступати лише регулятором, чи також інвестором, промоутером, координатором? Відсутність чіткої позиції призводить до пасивності або, навпаки, до зайвого адміністрування, що гальмує ініціативи приватного сектору.

Питання медичного туризму зачіпають сфери охорони здоров'я, туризму, економіки, зовнішньої політики, міграційної служби, транспорту тощо. Без створення єдиного координаційного центру або ефективної платформи для взаємодії між цими відомствами, зусилля розпорошуються. Наприклад, Міністерство охорони здоров'я може зосереджуватися на якості медичних послуг, тоді як туристичні відомства – на просуванні країни як туристичного напрямку, без належної інтеграції медичної складової. Це призводить до дублювання функцій, прогалин у регулюванні та нераціонального використання ресурсів.

По-друге, критичною перешкодою на шляху до повноцінного розвитку медичного туризму є проблема недостатнього фінансування та інвестицій. Розвиток медичного туризму вимагає значних інвестицій у медичну інфраструктуру, обладнання, підготовку кадрів та просування послуг на міжнародному ринку. Часто державне фінансування є недостатнім, а залучення приватних інвестицій ускладнене через бюрократичні бар'єри та відсутність прозорих механізмів. Без значних інвестицій неможливо відповідати сучасним міжнародним стандартам якості та комфорту, що є ключовими для залучення іноземних пацієнтів. Нестабільність економічної та політичної ситуації, недосконалість системи оподаткування, складнощі з отриманням ліцензій та дозволів, відсутність чітких механізмів державно-приватного партнерства та

недостатній захист інвестицій не сприяє формуванню інвестиційного клімату.

По-третє, існуюча законодавча база не враховує повною мірою специфіку медичного туризму, що створює правові прогалини у таких питаннях, як ліцензування, сертифікація медичних послуг для іноземців, захист прав пацієнтів-іноземців, страхування, візовий режим тощо. Це створює ризики як для пацієнтів (у разі непередбачених витрат), так і для медичних закладів (у разі несплати послуг). Необхідне створення правової основи для взаємодії з міжнародними страховими компаніями та розробка спеціальних страхових продуктів для медичних туристів.

По-четверте, наявними є проблеми з якістю та безпекою послуг. Відсутність єдиних стандартів якості, недостатній контроль за дотриманням протоколів лікування та безпеки пацієнтів може негативно впливати на репутацію країни як напрямку медичного туризму. Іноземні пацієнти, обираючи лікування за кордоном, прагнуть отримати медичну допомогу високого рівня, яка не поступається, а часто й перевершує ту, що доступна їм на батьківщині. Будь-які сумніви щодо якості чи безпеки можуть серйозно підірвати репутацію країни та зупинити потік медичних туристів. Відсутність належного регулювання посередницької діяльності у медичному туризмі відкриває можливості для шахрайства. Деякі посередники можуть надавати неправдиву інформацію про кваліфікацію лікарів, реальну вартість послуг або умови перебування, ставлячи під загрозу безпеку та фінансове благополуччя пацієнтів. Відповідно впровадження міжнародних стандартів якості, посилення контролю за дотриманням протоколів, розвиток прозорих систем акредитації, чітке регулювання діяльності посередників та створення доступних механізмів захисту прав пацієнтів дозволить побудувати довіру та забезпечити сталий розвиток медичного туризму.

Крім того, навіть за наявності якісних медичних послуг та сучасної інфраструктури, без ефективного маркетингу та просування країна не зможе залучити достатній потік медичних туристів. Проблема недостатньої промоції є однією з ключових, оскільки потенційні пацієнти за кордоном просто не знають про можливості лікування, що пропонуються. Ця проблема проявляється, зокрема, у слабкому використанні цифрових каналів, недостатній участі у міжнародних заходах, недостатньому розвитку медичного контенту. Відповідно,

ефективний маркетинг вимагає цілеспрямованих інвестицій, професійного підходу та постійного аналізу ефективності.

Врешті, слід зазначити, що пацієнти-іноземці часто стикаються з труднощами в отриманні повної та достовірної інформації про медичні заклади, кваліфікацію лікарів, вартість послуг та можливі ризики.

Отже, ефективне публічне адміністрування повинно створювати умови для просування українських медичних та оздоровчих закладів як туристичних продуктів, що поєднують лікування, відпочинок та реабілітацію, що передбачає здійснення низки заходів за такими напрямками:

- на рівні **адміністративного управління** ключовими завданнями є логістичне забезпечення туриста-пацієнта: транспортування, поселення, доступ до медичних послуг; побудова маршрутів медичного туризму: від первинної консультації до післяпроцедурного догляду; формування єдиного реєстру оздоровчих закладів з підтвердженими ліцензіями та сертифікатами якості; співпраця з місцевим самоврядуванням у розвитку інфраструктури. Регіони з курортним потенціалом (Трускавець, Моршин, Свалява, Берегове, Хмільник, Одеса) потребують окремих програм розвитку, адаптованих до міжнародних стандартів медичного обслуговування туристів.

- **розвиток соціальної роботи як елемента медико-туристичної послуги.** У медичному та оздоровчому туризмі соціальні працівники можуть виступати в ролі медіаторів між туристом-пацієнтом та установами, допомагаючи: зорієнтуватися в доступних послугах; організувати супровід людей похилого віку, осіб з інвалідністю; забезпечити післякурортну соціальну адаптацію; налагодити взаємодію з родичами або супроводжуючими особами. Це особливо актуально для реабілітаційного туризму, учасників бойових дій, внутрішньо переміщених осіб, що потребують тривалого оздоровлення в умовах курортів.

- **створення умов для доступності медичних послуг у туристичному середовищі.** Доступність медичних послуг – це один з критеріїв якості туристичного продукту. Необхідними кроками є створення курортних медичних пунктів швидкого реагування; надання медичних страхових пакетів як частини туристичного пакета; запровадження багатомовного сервісу у клініках та реабілітаційних центрах; розвиток професійного гід-супроводжувача для пацієнтів-іноземців.

- **впровадження управлінських моделей для закладів оздоровлення та санаторного лікування.** У сфері курортної медицини ключовими є інноваційні управлінські підходи, серед яких переходи до автономізації санаторіїв та оздоровчих центрів; впровадження системи якості ISO; державно-приватне партнерство для модернізації інфраструктури; застосування маркетингових стратегій брендингу курортів. Директор оздоровчого закладу повинен поєднувати медичне адміністрування з розумінням туристичного сервісу.

- **цифровізація медичних послуг в оздоровчому туризмі.** У контексті цифрової трансформації перспективним є розробка онлайн-платформ для бронювання медико-оздоровчих турів; інтеграція з системою eHealth (електронні направлення, карти пацієнтів); відеоконсультації з лікарями до прибуття на лікування; створення цифрового гіда по курортам з доступною інформацією про процедури, клініки, аптеки, відгуки.

При цьому важливим є врахування зарубіжного досвіду у процесі формування вітчизняної моделі публічної політики у сфері медичного туризму. Так, медичний туризм активно розвивають Угорщина, Чехія, Туреччина, Індія, поєднуючи лікування з відпочинком, діагностикою, косметологією, СПА, посттравматичною реабілітацією. Наприклад, в Угорщині система "здоров'я як продукт" передбачає надання туристу цілісного пакету — від трансферу з аеропорту до комплексного медогляду з перекладом і культурною програмою. Такий підхід може бути адаптований і в Україні. Це підтверджується міжнародним досвідом. Наприклад Ольга Псарова в дослідженні вказує на те, що впровадження міжнародних стратегій адміністрування у сфері медичного туризму дозволяє країнам підвищити ефективність міжгалузевої взаємодії та конкурентоспроможність медичних послуг [3, с. 5].

Висновки. Сучасні проблеми становлення системи публічного управління процесами розвитку медичного туризму є комплексними та вимагають системного підходу до їх вирішення. Ефективне публічне управління має базуватися на принципах стратегічного планування, міжвідомчої координації, прозорості та постійного моніторингу. Впровадження міжнародного досвіду, розвиток кадрового потенціалу та інституційна підтримка стануть запорукою того, що Україна стане конкурентоспроможною на карті світового медичного туризму.

Список використаних джерел:

1. B  lard, D., Zarzeczny, A. Medical tourism and national health care systems: an institutionalist research agenda. *Globalization and Health*. 2018. № 14 (68). <https://link.springer.com/article/10.1186/s12992-018-0387-0> (Дата звернення: 30.05.2025).
2. Psarova, Olha. Administrative and Legal Mechanism of Medical Tourism Management in Ukraine. *Studia Sieci Uniwersytet w Pogranicza*. 2021. T. 5. 159-175.
3. Smith K. The problematization of medical tourism: a critique of neoliberalism. *Developing World Bioethics*. 2012. Vol. 12. Issue 1. pp. 1-8.

ОСОБЛИВОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ОРГАНУ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ

Євгенія СТРАШОК

*Науковий керівник: Мельничук Л.,
завідуючий кафедри публічного
управління, адміністрування та
соціальної роботи НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор наук з
державного управління*

Анотація. Розглянуто ключові особливості управління персоналом в органах державної влади. Проаналізовано специфічні виклики та можливості, що виникають у державному секторі: обмеження у мотивації, складнощі з оцінкою ефективності, важливість професіоналізму.

Ключові слова. Державна служба, управління персоналом, людський потенціал

Вступ. Ефективне функціонування будь-якого органу державної влади безпосередньо залежить від якості його персоналу та результативності системи управління людськими ресурсами. На відміну від приватного сектору, де управління персоналом орієнтоване на отримання прибутку, у державному секторі ключовими цілями є забезпечення суспільного блага, прозорість, підзвітність та дотримання верховенства права. Ці особливості зумовлюють специфічні підходи до всіх аспектів управління персоналом – від найму та адаптації до мотивації, оцінки та розвитку.

Актуальність дослідження особливостей управління персоналом органів державної влади зумовлена по-перше, тим, що наявні трансформаційні процеси вимагають якісно нового рівня професіоналізму та компетентності державних службовців. По-друге, зростаючі вимоги громадян до якості публічних послуг та прозорості державного апарату ставлять перед системою управління персоналом завдання залучення та утримання найкращих фахівців. По-третє, в умовах глобалізації та діджиталізації виникає потреба в адаптації традиційних методів управління до нових реалій, в тому числі управлінням віддаленими командами та кібербезпекою.

Мета роботи – аналіз ключових особливостей управління персоналом в органах державної влади та визначення можливостей вдосконалення сучасних практик управління людськими ресурсами у державному секторі для підвищення його ефективності та відповідності сучасним вимогам.

Матеріали та методи. Вихідні дані для підготовки статті - нормативно-правові акти України, наукові публікації з питань управління персоналом; аналітичні звіти міжнародних організацій (зокрема, ОЕСР) щодо реформ у сфері публічної служби. Для досягнення цілей статті використано методи аналізу інформаційних та статистичних даних та узагальнення його результатів.

Результати. Ухвалений у 2015 році Закон України «Про державну службу» [4] заклав міцне правове підґрунтя для управління людськими ресурсами у системі державного управління. Зокрема, цим Законом передбачено призначення на вакантні посади державної служби за результатами відкритих конкурсів, що ґрунтуються на принципі заслуг. Проте, після 2018 року спостерігається зниження якості процесу відбору. Відкриті конкурси були призупинені на період пандемії COVID-19, згодом тимчасово відновлені, але знову призупинені у зв'язку з введенням воєнного стану.

Крім того, значним недоліком управління кадрами є відсутність єдиної методики оцінки придатності кандидатів, оскільки це питання залишено на розсуд кожного окремого державного органу. Така децентралізація підходів може призводити до неузгодженості, суб'єктивності та потенційної необ'єктивності в процесі оцінювання. Додатковим викликом, що суттєво ускладнив процес інформування потенційних кандидатів про вакантні посади, стало призупинення з 25

лютого 2022 року роботи з міркувань безпеки Єдиного порталу вакансій державної служби [1]. Це рішення, хоч і зумовлене об'єктивними обставинами воєнного стану, все ж створило значні перешкоди для ефективної комунікації між державними органами та шукачами роботи. Як наслідок, кадрові підрозділи були змушені використовувати альтернативні канали для поширення інформації про вакансії, такі як вебсайти, соціальні мережі, загальнонаціональні портали з питань працевлаштування

Відмічаються суттєві виклики щодо конкурентоспроможності заробітної плати державних службовців порівняно з приватним сектором. Ця проблема посилюється конкуренцією за ідентичний кадровий ресурс. Крім того, значна частка винагороди державних службовців формується за рахунок варіативної частини заробітної плати, яка залежить від наявних ресурсів конкретного органу державної влади та визначається на розсуд керівництва. Така система призводить до низького рівня стабільності та передбачуваності заробітних плат на індивідуальному рівні, що негативно впливає на мотивацію та утримання кваліфікованих кадрів. До того ж, різниця в оплаті праці на подібних посадах між органами може сягати 50%, що ставить під сумнів внутрішню справедливість поточної системи [3]. Незважаючи на те, що реформа заробітної плати вже тривалий час перебуває на порядку денному Кабінету Міністрів України, а відповідні зміни до Закону України «Про державну службу» підготовлені та подані на розгляд Верховної Ради, відчутних результатів у цьому напрямку досі не досягнуто.

Деякі позитивні зрушення у контексті якості процесів відбору кадрів та структури оплати праці були досягнуті завдяки запровадженню посад фахівців з питань реформ, що мало на меті зміцнення потенціалу з розробки та впровадження ключових національних реформ. Однак, спостерігається тенденція до скорочення кількості таких фахівців.

Загалом, плинність кадрів на державній службі висока і під час війни зросла до критичного рівня. У 2019 році вона становила 12%, а в першому кварталі 2023 року досягла 20%. Для вищих керівних посад вона досягла найвищого рівня у 2020 році – 58%, у 2021 році впала до 51%, тоді як під час війни у 2022 році впала вже до 26% [3].

Реформа, пов'язана із запровадженням директоратів та посад фахівців з питань реформ [2], мала на меті створення більш крупних та функціонально орієнтованих організаційних структур у системі

державного управління. Передбачалося, що ці структури, очолювані генеральними директорами, нестимуть основну відповідальність за формування та реалізацію державної політики у відповідних сферах. Однак, внаслідок непослідовного та неповного впровадження цієї реформи, спостерігається відхилення від початкових цілей. Відповідальність за сфери державної політики була фактично покладена на політичних призначенців – заступників міністрів, а не на представників вищого корпусу державної служби. Такий підхід суперечить практиці, що домінує у переважній більшості держав-членів Європейського Союзу та Організації економічного співробітництва та розвитку [6]. У цих країнах ключова роль у формуванні та реалізації політики відводиться професійним державним службовцям, що забезпечує інституційну пам'ять, стабільність та експертність у прийнятті рішень.

3 2018 року в Україні відбулося суттєве оновлення системи професійного розвитку державних службовців. Ця реформа була спрямована на модернізацію підходів до професійного розвитку кадрів публічної служби та включала такі ключові компоненти:

- створення ринку тренінгових послуг, що передбачало залучення до процесу підвищення кваліфікації широкого кола провайдерів освітніх послуг, та сприяло розширенню вибору й підвищенню якості навчальних програм;
- акредитація навчальних програм, що дозволило забезпечити відповідність навчальних програм встановленим стандартам якості та потребам державного управління;
- розвиток Порталу управління знаннями, централізованої онлайн-платформи для доступу до навчальних матеріалів, інформації про курси та можливостей для професійного саморозвитку.

Вплив воєнного стану на професійний розвиток державних службовців в Україні

Проте триваючий воєнний стан в Україні суттєво вплинув на систему професійного розвитку державних службовців. По-перше, фактичні витрати на навчання державних службовців значно відстають від рекомендованого Кабінетом Міністрів України цільового показника у 2% від фонду оплати праці [5]. У 2021 році цей показник становив лише 0,05%, а у 2022 році спостерігалось його подальше зниження до 0,015%. Це свідчить про системну недофінансованість сфери професійного навчання державних службовців. По-друге, незважаючи на широку

доступність електронних навчальних курсів, які потенційно можуть зменшити витрати на навчання, відсоток державних службовців, що пройшли навчання, скоротився з 50% у 2021 році до 39% у 2022 році [5]. Більше того, деякі органи державної влади виявилися неспроможними організувати будь-яке навчання для своїх співробітників, якщо воно не пропонувалося партнерами з розвитку.

Одним з основних дестимулюючих факторів на державній службі є також вимога щодо попереднього звільнення з державної служби як умова для тимчасового призначення на вищу посаду. Такий механізм створює значну правову та соціальну невизначеність, відлякуючи кваліфікованих фахівців від просування по службі. Зазначена проблематика свідчить про необхідність подальшої оптимізації та адаптації системи кадрового менеджменту в умовах кризового періоду з метою забезпечення ефективного функціонування державної служби та збереження кадрового потенціалу.

Висновки. Управління персоналом в органах державної влади є унікальною сферою, яка вимагає специфічних підходів та інструментів. Для підвищення ефективності державного управління необхідно адаптувати найкращі практики приватного сектору до особливостей державної служби, зосереджуючись на: деполітизації управління персоналом, запровадженні гнучкіших систем мотивації, вдосконаленні механізмів оцінки, розвитку системи професійного навчання та безперервного розвитку, а також на створенні привабливого іміджу державної служби для залучення талановитих кадрів. Успішна реформа в цій сфері є запорукою розбудови ефективної, прозорої та орієнтованої на громадян держави.

Список використаних джерел

1. Деякі питання забезпечення функціонування інформаційно-комунікаційних систем, електронних комунікаційних систем, публічних електронних реєстрів в умовах воєнного стану: постанова Кабінету Міністрів України від 12.03.2022 № 263 (із змінами).
URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/263-2022-%D0%BF#Text> (Дата звернення 21.05.2025).
2. Концепція оптимізації системи центральних органів виконавчої влади: постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року №

1013 (із змінами). URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2017-%D1%80#Text> (Дата звернення 21.05.2025).

3. ОЕСР (2024). Державне управління в Україні. Оцінювання на відповідність Принципам державного управління. 219 с.

4. Про державну службу: Закон України від 10 грудня 2015 року № 889-VIII. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/889-19#Text> (Дата звернення 21.05.2025).

5. Про затвердження Положення про систему професійного навчання державних службовців, голів місцевих державних адміністрацій, їх перших заступників та заступників, посадових осіб місцевого самоврядування та депутатів місцевих рад: постанова Кабінету Міністрів України від 6 лютого 2019 року № 106 (зі змінами).

URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/106-2019-%D0%BF#Text> (Дата звернення 21.05.2025).

6. Kuperus H., A, Rode (2016), Top Public Managers in Europe. Management and Employment in Central Public Administration, Ministry of Interior and Kingdom Relations, the Hague.

НАЦІОНАЛЬНІ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ РЕІНТЕГРАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

Олексій ТКАЧЕНКО

<https://orcid.org/0009-0000-9660-9715>

*Науковий керівник: Мельничук Л.,
завідуючий кафедри публічного
управління, адміністрування та
соціальної роботи НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор наук з
державного управління*

Анотація. Досліджено ключові аспекти національних систем публічного управління процесами реінтеграції ветеранів війни. Проаналізовано правові засади, організаційні структури та моделі системи соціально-правових гарантій забезпечення переходу ветеранів до цивільного життя. Акцентовано увагу на найкращих практиках та викликах у створенні ефективних систем підтримки ветеранів.

Ключові слова. Ветерани, реінтеграція, публічне управління, соціальна адаптація.

Вступ. Україна, в контексті її стратегічного партнерства з НАТО та статусу країни-кандидата на вступ до Європейського Союзу, активно здійснює комплексні соціально-економічні реформи загалом та удосконалює публічну політику з питань ветеранів зокрема. Ця діяльність спрямована на досягнення відповідних міжнародних стандартів. У рамках цього процесу особливе значення має вивчення досвіду країн, де ветерани бойових дій інтегровані у суспільство з високим соціальним статусом. Дослідження досвіду цих держав дозволяє ідентифікувати ефективні моделі підтримки ветеранів, а також розробити стратегії забезпечення конкурентоспроможності військової служби. Отже, адаптація позитивного досвіду міжнародних партнерів є суттєвим фактором для успішної реалізації стратегічних пріоритетів України.

Актуальність дослідження національних систем публічного управління процесами реінтеграції ветеранів війни зростає в умовах сучасних конфліктів та збройних протистоянь. Значна кількість військовослужбовців, які повертаються до цивільного життя, потребують підтримки для подолання травматичного досвіду, відновлення здоров'я, здобуття нових навичок та інтеграції у суспільство. Неефективна система реінтеграції може призвести до зростання соціальної напруги, безробіття, проблем із психічним здоров'ям та погіршення якості життя ветеранів та їхніх сімей. Тому вивчення та впровадження найкращих практик у цій сфері є критично важливим для забезпечення національної стабільності та соціальної справедливості.

Мета роботи. Дослідження має на меті аналіз та систематизацію сучасних підходів до побудови національних систем публічного управління процесами реінтеграції ветеранів війни, виявлення їхніх ключових компонентів, проблемних аспектів та перспектив використання у вітчизняній практиці.

Матеріали та методи. В основі дослідження – національне законодавство, ветеранська політика, органи влади та управління, залучені до процесів її формування та впровадження, перелік та види послуг і підтримки, які надаються ветеранам у різних контекстах, зокрема, пов'язаних із переходом від військової служби до цивільного життя. До вибірки для аналізу увійшли країни, що мають значний досвід ведення бойових дій або значну чисельність військовослужбовців, які

брали участь у бойових діях, зокрема Австралія, Хорватія, Франція, Німеччина, Ізраїль, Польща, Сполучене Королівство та Сполучені Штати Америки.

Інформаційною базою підготовки статті є аналітичні звіти міжнародних організацій та дослідницьких центрів; наукові публікації з питань реінтеграції ветеранів та публічного управління, офіційні інтернетджерела органів влади.

Методологічну основу складають системний підхід, порівняльний аналіз національних моделей ветеранської політики, синтез та узагальнення даних, індуктивний метод для формулювання висновків.

Результати. Ключовим механізмом для ідентифікації та верифікації отримувачів державної підтримки виступає визначення понять та статусу отримувачів допомоги від держави. Слід зауважити, що трактування терміну «ветеран» варіює залежно від національного контексту та історичних особливостей кожної країни. Однак, усю сукупність наявних дефініцій можна згрупувати за трьома основними підходами. Це:

фокусований підхід, що характеризується вузьким визначенням, зосередженням виключно на особах, які були членами збройних сил та брали безпосередню участь у конкретних військових операціях у зонах конфлікту. Прикладом можуть слугувати Франція та Польща;

інклюзивний підхід, у рамках якого ветеранами визнаються особи, які проходили службу у збройних силах своєї країни або інших неоднорідних військових формуваннях. Таке визначення можна спостерігати у законодавстві Австралії, Ізраїлю, Сполученого Королівства, США, частково у Німеччині;

всеосяжний підхід, за якого визначення поняття «ветеран» охоплює не лише членів збройних сил, але й поширюється на інші групи, які відігравали цивільну роль у «воєнних зусиллях», а також на сім'ї та утриманців загиблих чи поранених ветеранів. Найбільш яскравим прикладом такого підходу є Хорватія [2, с.20].

Виходячи з такої класифікації, українське законодавство та практика у визначенні статусу ветерана можуть бути охарактеризовані як **всеосяжний та комплексний підхід**, що охоплює широкий спектр попередньо встановлених категорій громадян.

Міжнародний досвід також переконливо вказує на необхідність чіткого визначення критеріїв для надання пільг та послуг ветеранам, які характеризуються зрозумілістю та практичною застосовністю.

Комплексні стандарти роззброєння, демобілізації та реінтеграції, які сформульовані спільними зусиллями 27 установ Організації Об'єднаних Націй, об'єднаних у Міжвідомчу робочу групу з питань роззброєння, демобілізації та реінтеграції [4], окреслюють важливість забезпечення чіткої законодавчої основи щодо різних аспектів ветеранської політики і процесів реінтеграції ветеранів. Відповідно більшість країн мають розгалужену систему законодавчих актів, що регулюють права та пільги ветеранів. Водночас кожна досліджувана країна розробляє власну унікальну систему підтримки ветеранів, яка відображає її історичний досвід, соціальні цінності та поточні потреби. Спільним для усіх країн є прагнення до забезпечення гідного соціального статусу ветеранів та їхньої ефективної реінтеграції у цивільне життя через комплексне законодавче регулювання. Зокрема, законодавство різних країн передбачає широкий спектр послуг для ветеранів, що охоплює медичні послуги, реабілітацію, різного роду компенсації, пенсії, підтримку у разі інвалідності, житлові питання та працевлаштування. Законодавчі акти регулярно переглядаються та оновлюються з метою адаптації до поточних потреб ветеранів та змін соціально-економічних умов. Деякі країни мають окремі законодавчі акти, що стосуються специфічних аспектів життя ветеранів. Наприклад, у Хорватії це Закон «Про жертви вітчизняної війни серед цивільних осіб» та Закон «Про права постраждалих від сексуального насильства під час збройної агресії проти Республіки Хорватії у вітчизняній війні» [2, с.60-102].

Аналіз інституційних структур, що формують та здійснюють ветеранську політику в різних країнах, демонструє розмаїття організаційних моделей, спрямованих на підтримку ветеранів. Однак, незважаючи на відмінності у наявних підходах, простежуються спільні цілі щодо забезпечення соціальної та медичної допомоги, реабілітації та реінтеграції колишніх військовослужбовців у цивільне життя. У багатьох країнах існують як багатофункціональні відомства, що охоплюють широкий спектр питань ветеранів, так і спеціалізовані структури, відповідальні за конкретні види компенсацій та пільг (наприклад, Австралія, Ізраїль) [2; 3]. Деякі країни демонструють централізовану систему управління ветеранськими справами, тоді як інші поєднують її з регіональними або місцевими представництвами (Австралія, Франція, США). [2, с.60-102; 5-6].

Повноваження профільних органів охоплюють широкий спектр завдань, що включають надання фінансової та медичної допомоги, реабілітація та реінтеграція (зокрема через освіту, професійне навчання та працевлаштування), вшанування та пам'ять, психологічна та соціальна підтримка [1, с. 120].

Спостерігається також постійний розвиток та адаптація організаційних структур та їхніх функцій до змін у потребах ветеранів та викликів сьогодення. В цілому, міжнародний досвід свідчить про розуміння важливості створення ефективних та гнучких інституційних механізмів для всебічної підтримки ветеранів, що забезпечує їхню гідну реінтеграцію у суспільство [2, с.60-102].

Різноманітність характерна також для моделей надання послуг ветеранам. Водночас загальною тенденцією усіх країн є використання комплексного підходу, що поєднує державні, приватні та благодійні ініціативи для забезпечення всебічної підтримки колишніх військовослужбовців. Більшість країн базують свою систему надання послуг ветеранам на державних структурах, які можуть залучати приватних та добровільних надавачів. В Австралії, наприклад, Міністерство у справах ветеранів оплачує послуги, надані основними державними, приватними чи добровільними надавачами. У Хорватії медичну та соціальну підтримку можуть надавати державні чи приватні надавачі послуг коштом дотації від Міністерства хорватських ветеранів. Аналогічно, у Сполученому Королівстві більшість послуг надається в межах державної системи, з важливою роллю місцевої влади та приватного сектору. Спільною рисою зарубіжних моделей надання послуг ветеранам є розширення доступу до послуг завдяки розвитку цифрових технологій через онлайн-платформи та сервісів, які працюють за принципом «єдине вікно». Загалом, міжнародна практика показує, що ефективна система надання послуг ветеранам передбачає не лише фінансову та медичну підтримку, а й комплексний підхід, що включає психосоціальну допомогу, сприяння працевлаштуванню та соціальну реінтеграцію, з активною участю як державних, так і недержавних структур [2, с.60-102; 3].

Результати дослідження дозволяють стверджувати, що Україна у своїй публічній політиці забезпечення реінтеграції ветеранів дотримується загальновизнаних принципів та підходів. Водночас, з огляду на наявну політичну та соціально-економічну ситуацію, а також

фінансові можливості держави, обґрунтованою є необхідність подальшого формування власної, адаптованої моделі державного впливу на ці процеси.

Разом з тим, суттєвим фактором оптимізації національної ветеранської політики слугуватиме інтеграція окремих зарубіжних практик, серед яких слід акцентувати увагу на комплексності надання допомоги ветеранам, більш ширшому впровадженні ринкових способів їх підтримки. Результати аналізу зарубіжного досвіду підкреслюють критичну роль чітко визначених законодавчих рамок та ефективних інституційних механізмів для успішної реалізації ветеранської політики, що сприятиме усуненню міжвідомчого дублювання функцій та забезпеченню відповідними інструментами для ефективної реалізації поставлених завдань.

Висновки. Досвід інших країн демонструє, що стратегічним напрямком розвитку ветеранської політики є збалансоване поєднання національних особливостей з найкращими міжнародними практиками, що забезпечить ефективну соціально-економічну інтеграцію ветеранів та сприятиме їхньому повноцінному поверненню до цивільного життя, як наслідок, зміцненню соціальної згуртованості та національної безпеки країни.

Список використаних джерел

1. Азьмук Н. А. Соціально-економічна та освітня реінтеграція ветеранів до ринку праці: український контекст. *Вісник економічної науки України*. 2023. № 2. С. 117-122.
2. Огляд міжнародних практик у сфері реінтеграції ветеранів. Міркування щодо воєнного та повоєнного контексту України / ПРООН. Київ, 2023. 102 с.
3. Офіційний сайт Міністерства оборони Ізраїлю. URL:www.mod.gov.il (дата звернення: 28.05.2025).
4. The Integrated DDR Standards. URL:<https://www.unddr.org/the-iddrs/level-2/> (дата звернення: 28.05.2025)
5. The official site of Ministerstvo hrvatskih branitelja Republika Hrvatska. URL:<https://branitelji.gov.hr/oministarstvu/9> (дата звернення: 28.05.2025).
6. The official site of the U.S. Department of Veterans Affairs. URL:<https://www.va.gov/> (дата звернення: 28.05.2025).

ТЕРАПІЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ, СІМЕЙНА МЕДИЦИНА ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: ВИКЛИКИ СУЧАСНОЇ ДОБИ. ВЕДЕННЯ ХВОРОБ ДИТЯЧОГО ВІКУ: АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ

ОЗДОРОВЧА ІНФРАСТРУКТУРА РЕГІОНІВ УКРАЇНИ ЯК СУЧАСНА СКЛАДОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Сергій ДАНИЛЕВСЬКИЙ

*аспірант кафедри громадського здоров'я,
епідеміології та екології НУОЗ України
імені П.Л. Шупика*

*Науковий керівник: Івахно О., професор
кафедри громадського здоров'я,
епідеміології та екології НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук,
професор*

Анотація. В роботі розглянута необхідність удосконалення існуючих методів збереження та відновлення популяційного здоров'я в Україні відповідно до теперішніх умов та в післявоєнний період.

Ключові слова. Громадське здоров'я, оздоровча інфраструктура, профілактична медицина.

Вступ. У ситуації, коли національна соціально-оздоровча інфраструктура функціонує в новітніх складних умовах військового стану, стикається із незнаними раніше викликами, в тому числі з необхідністю зміни парадигми діяльності на користь задоволення унікального попиту населення країни у послугах з медичної та психологічної реабілітації внаслідок бойових дій, виникла нагальна потреба визначення її відповідності реаліям.

Актуальність. Повномасштабна військова агресія рф докорінно погіршила якість життя населення України [1]. Спровоковане масове переміщення в безпечні регіони країни понад чверті населення з тягарем неінфекційних хвороб (НІЗ), серед яких лідирують серцево-судинні та ендокринні хвороби, рак, туберкульоз, призвело до перенавантаження закладів охорони здоров'я з найгострішою ситуацією поблизу західних та південних кордонів країни, а виїзд закордон більш молоді здорові

частини населення ускладнило стан громадського здоров'я всередині країни [2]. За даними наукових джерел ця ситуація залишатиметься причиною перенавантаження інфраструктури закладів охорони здоров'я і в майбутньому [3-4]. Наукові дослідження вказують на формування несприятливих змін у рівні громадського здоров'я постійного населення [5]. Поточна активність бойових дій призводить до психологічної та фізичної травматизації військовослужбовців [6].

Мета роботи. Обґрунтування необхідності вдосконалення системи оздоровчої інфраструктури України новим унікальним потребам населення.

Матеріали та методи. У процесі роботі використовувався бібліосемантичний метод для аналізу зарубіжних та вітчизняних наукових робіт у частині визначення нагальних викликів у сфері громадського здоров'я з оздоровлення населення відповідно до новітніх потреб у зв'язку із надзвичайними ситуаціями.

Результати. Колективом Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України було констатовано вкрай низьку доступність населення до покращення житлових умов, повільний розвиток інфраструктури та, відповідно звужений доступ до якісних послуг, особливо в малих населених пунктах. Повномасштабна військова агресія РФ призвела до карколомного падіння якості життя в країні за більшістю статистичних показників, постійні ракетні обстріли центральних та західних областей України спричинили мультиплікативне, майже одночасне, збільшення потоку внутрішньо переміщених осіб всередині країни та біженців за кордон, суттєвого скорочення надання своєчасних та якісних медичних послуг через руйнування закладів охорони здоров'я та інтенсивний механічний рух населення, в т. ч. і медичних працівників, в регіони з кращою безпековою ситуацією.

Згідно з висновками групи американських дослідників російське вторгнення в Україну призвело до переміщення понад чверті населення, спровокувавши одну з найбільших масових міграцій у Європі з часів Другої світової війни. Відповідно до кількості внутрішньо-переміщених осіб (ВПО), зареєстрованих на 03.05.2022 року, авторами наводиться орієнтовний рівень захворюваності ВПО, серед яких лідирують серцево-судинні, ендокринні хвороби, рак, туберкульоз.

Найбільший приріст населення, за рахунок ВПО, було зареєстровано в західних регіонах України, з концентрацією ВПО поблизу західних та південних кордонів країни. І хоча, за даними попередніх досліджень поширеність захворювань серед біженців і ВПО була нижчою, ніж серед постійного населення України, але все ж таки сумарне збільшення населення призвело до перенавантаження закладів охорони здоров'я як в середині країни, так і в країнах Європи, інших країнах світу, куди виїхали українські біженці. Виїзд закордон більш молодшої здорової частини населення країни погіршило стан громадського здоров'я всередині країни.

За аналітикою Київської школи економіки на січень 2024 року сума прямих збитків сягнула майже \$155 млрд, з них найбільша частина припала на житловий фонд та інфраструктуру. Це одна з найважливіших причин чому 57% від кількості ВПО назавжди залишаться в місцях тимчасового проживання, велику частку яких складають особи похилого віку, обтяжені хронічними захворюваннями, інваліди з військовими травмами. Ця ситуація залишається важливою причиною ризиків перенавантаження інфраструктури закладів охорони здоров'я в регіонах, що їх прихистили.

Перші дослідження впливу повномасштабного вторгнення РФ на громадське здоров'я окремо взятого регіону України вказують на вкрай негативну ситуацію: ментальне виснаження, наявність постійного страху за життя та здоров'я близьких, ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), втрата попередніх сталих умов життя, порушення доступу до надання якісних послуг соціально-оздоровчої сфери, недотримання принципів здорової поведінки та зниження рівня санітарної культури призведуть до несприятливих змін у формуванні громадського здоров'я, збільшення тягаря хронічних неінфекційних хвороб, зниження можливостей економічного розвитку держави.

Важливим професійним викликом для системи охорони громадського здоров'я постає необхідність перерозподілу наявних ресурсів на медичну та психологічну реабілітацію всіх без виключення військовослужбовців.

Висновки. Питання пошуку оптимальних методів збереження та відновлення популяційного здоров'я в Україні в реальних умовах та в післявоєнний період потребує подальшого розвитку та дослідження, розробки нових інструментів та обґрунтованих заходів удосконалення й

оптимізації оздоровчої інфраструктури регіонів країни, впровадження рекомендацій сфери громадського здоров'я в практику адміністративного управління органів місцевого самоврядування та постійного моніторингу й оцінки ефективності результатів.

Список використаних джерел

1. Якість життя населення України та перші наслідки війни: монографія / Черенько Л.М. та ін.. Київ: Нац. акад. наук. Укр. Ін-т демогр. та соц. дослідж. ім. М.В. Птухи. Електронне видання. 2023.
URL: https://idss.org.ua/arhiv/Монографія_якість.pdf (дата звернення: 01.05.2025).
2. Pandey A. and others. Disease burden among Ukrainians forcibly displaced by the 2022 Russian invasion 2022. DOI:10.1073/pnas.2215424120.
3. Звіт про внутрішнє переміщення населення в Україні. Раунд 16. Квітень 2024 року. Міжнародна організація з міграції; 2024.
[URL:https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd1461/files/reports/IOM_UKR_GPS_Internal%20Displacement%20Report_Round%2016_UA_June%202024.pdf](https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd1461/files/reports/IOM_UKR_GPS_Internal%20Displacement%20Report_Round%2016_UA_June%202024.pdf) (дата звернення: 01.05.2025).
4. Загальна сума збитків, завдана інфраструктурі України, оцінка KSE Institute станом на січень 2024 року.
URL:<https://kse.ua/ua/about-the-school/news/zagalna-suma-zbitkiv-zavdana-infrastrukturi-ukrayini-zroslo-do-mayzhe-155-mlrd-otsinka-kse-institute-stanom-na-sichen-2024-roku/> (дата звернення: 01.05.2025).
5. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Лопіт В.В. Вплив війни проти російської агресії на стан громадського здоров'я населення регіону віддаленого від зони бойових дій. 2023.
[URL:https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/52287/1/1.pdf](https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/52287/1/1.pdf) (дата звернення: 01.05.2025).
6. Реабілітація військовослужбовців в умовах санаторно-курортних та реабілітаційних закладів: монографія / Бабов К.Д. та ін. Одеса: «Поліграф», 2023.
[URL:https://kurort.gov.ua/wp-content/uploads/2023/07/monografiya-vijskovosluzhbovczi_sajt.pdf](https://kurort.gov.ua/wp-content/uploads/2023/07/monografiya-vijskovosluzhbovczi_sajt.pdf) (дата звернення: 01.05.2025).

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ІНФОРМАТИКИ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ШІ. ФІЛОСОФСЬКІ, ЕТИЧНІ ТА БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ

ПРО ЩО СВІДЧИТЬ ФЕНОМЕН ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ В СОЦІОКУЛЬТУРНОМУ ВИМІРІ?

Оксана БЕЛЬДІЙ

*асистентка кафедри
фундаментальних дисциплін та
інформатики НУОЗ України
імені П.Л. Шупика*

<https://orcid.org/0009-0004-4367-4512>

Анотація. Предметом даної наукової розвідки є аналіз феномена розладів харчової поведінки з позиції його соціокультурної значимості. Розглядається поняття образу уявного тіла-Я і проблема його кореляції з реальними розмірами тіла жінок з харчовими розладами. Звертається увага на вплив ідеалів та стереотипів щодо соціальної поведінки жінки й стандартів зовнішнього вигляду на її поведінку. Аналізується роль цифрового простору соціальних мереж в її негативному та позитивному аспектах. Наголошується на важливості побутування категорій «жіночого» та «чоловічого» у смисловому соціокультурному полі.

Ключові слова: тілесність, жінка, «жіночність», розлади харчової поведінки, цифровий простір, соціальні мережі.

Вступ. Феномен розладів харчової поведінки ще сто років тому був майже невідомим. Але сьогодні поширення анорексії та хронологічно пізнішої булемії «досягає майже епідемічних масштабів» [2, с.128]. Причому ця «епідемічна хвиля» торкається, зокрема, ареалу західноєвропейських країн з високим рівнем індустріалізації [2, с.133]. Саме цими невтішними тенденціями аргументується актуальність даного дослідження. Метою якого є щонайменше трьохаспектне осмислення явищ анорексії та булемії – у контексті особливостей сприйняття, в світлі феміністичної теорії й з огляду на наслідки медикалізації цих розладів.

Матеріали та методи. Аналітика предмета дослідження здійснюється шляхом проблематизації процесу сприйняття та

медикалізації розладів харчової поведінки із залученням ідейних напрацювань феміністичної теорії.

Результати. Тенденція до медициналізації та патологізації харчових розладів в офіційному медичному дискурсі («відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), яка є офіційною клініко-діагностичною класифікацією, прийнятою в нашій країні, РХП внесено до розділу F50-F59» [3, с.6] переносить ці відхилення зі сфери індивідуальної практики на рівень жіночої психічної хвороби. Звідси виникає проблема, пов'язана з сучасною базовою передумовою системи медицини, згідно з якою симптоми «пасивного тіла» розшифровують «об'єктивні експерти» [2, с.138]. Відтак конструюються певні моделі поведінки, які вважаються «продуктами хвороби». На думку численних дослідників, нині існує нагальна потреба закріплення в медицині теорії «соціокультурної зумовленості психосоматичних захворювань з метою трансформації самої медичної моделі» [2, с. 138]. Іншими словами, йдеться про тісну співпрацю соціологів, антропологів, культурологів, філософів, що досліджують символічно-смысловий вимір буття людини та суспільства з представниками медичної галузі, з метою подолання розладів харчової поведінки.

Стосовно кореляції розладів харчової поведінки з особливостями сприйняття власного тіла та досвіду особистісного контакту з реальністю, простежується тенденція неадекватності в сприйнятті образу власного тіла. Йдеться про те, що «40% 11-19-річних дівчат і молодих жінок Західної Європи з нормальною та недостатньою вагою вважають себе надто товстими» [2, с.134]. Порушення у сприйнятті образу тіла оприявнюється через констатацію відмінності між вимірами уявного тіла-Я та вимірами реального тіла жінки. На наше глибоке переконання, варто звернути увагу саме на поняття «уявне тіло-Я», адже тут йдеться про могутню силу ідеалів (чи то пак, стереотипів), що панують на рівні масової культури. Варто наголосити на особливій ролі віртуальної реальності та цифрового медіапростору як сфер побутування ідеалізованих стереотипних образів. «У звіті Британської асоціації медичних працівників (British Medical Association) про взаємозв'язок між харчовими розладами, уявленнями про тіло та мас-медіа стверджується, що очікуване в суспільстві прагнення до досконалості шкідливо впливає на здоров'я дівчат. Підтверджується, що намагання втілювати загально визнаний ідеал жіночності може зробити жінок і дівчат

хворими» [2, с.128]. Особливо парадоксальним цей диктат ідеалів-стереотипів видається у добу, здавалось би, крайньої емансипації та вседозволеності з акцентом на ідею особливості й неповторності кожної особистості у всіх її проявах.

Дещо схематизуючи, акцентуємо – віртуальна реальність сприяє формуванню ідеалізованих образів тіл, причому дуже вузького спектру; у цифровому ж просторі соціальних мереж створюється атмосфера напруженості в процесі порівняння та оцінювання себе з "відфільтрованими" образами та ідеалізованими тілами-аватарами. Тому, як результат, часто маємо психічну реакцію на культурну ідентичність тіла у вигляді розладів харчової поведінки.

З іншого боку, варто наголосити, що у просторі соціальних мереж досить багато прикладів фільмування моментів повсякденного життя чи творчості (танці, співи, приготування їжі, садівництво, заняття ремеслами чи рукоділлям та ін.) жінок – представниць різних рас, культур, національностей, статей, віку. Героїні цих відео – «звичайні» («неідеалізовані») особистості, які переживають досвід щасливого життя у різних його проявах. Такі речі, на нашу думку, здатні розширювати межі сприйняття сучасних жінок, які нерідко ведуть досить одноманітний спосіб життя, односторонньо контактуючи з реальним світом.

В межах феміністичних підходів, «харчові розлади можна тлумачити як протест проти визначених норм «жіночності» та розподілу ролей» [2, с.128]. Виокремлюють кілька центральних інтерпретативних ліній стосовно анорексії: відмова від харчування є основною практикою у досягненні жіночого самоконтролю та контролю бажань; для хворої на анорексію властиво не просто уникати прагнення бути жінкою, а важливо – не втілювати цей домінуючий стереотипний обмежувальний образ жінки; через анорексичну поведінку демонструється відмова від соціальної ролі матері, яка жертвує собою заради сім'ї [2, с.129]. Драматизм ситуації полягає в тому, що «жінку починає визначати її тіло і, зрештою, вона сама починає визначати себе лише через нього» [2, с.130]. У процесі власного усупільнення жінки водночас починають виступати суб'єктом і об'єктом для себе самих, вбачаючи себе такими, на яких дивляться. Механізм самооцінювання та самознецінення помітний, наприклад, у «модельній фотографії, яка пропонує мало не по-вампірськи споживати трансформовані образи інших жінок» [2, с.130].

Окремі дослідники вважають, що хворі на анорексію створюють власний «світ голоду», функція якого полягає у формуванні екрану, який захищає від нестерпної реальності [2, с.132]. Булемічна ж стратегія може розглядатися як одна з можливостей «впоратися» з суперечливими вимогами до ідеалу сучасної «супержінки» в часи постфемінізму. Адже в багатьох дослідженнях хвора на булемію представлена як надзвичайно марнослава, досить приваблива та успішна: жінка, яка реалізується в кар'єрі, веде домашнє господарство, доглядає за дітьми, має вдалі стосунки. Нові варіанти способу життя не позбавляють жінок традиційних рольових очікувань [2, с.139]. «Необхідним для подолання тілесної автоагресії, а також харчових розладів є вміння рівною мірою реалізовувати бажання автономії та прив'язаності. А це, у зв'язку з домінантними суперечливими нормами жіночності, – неймовірно випробування» [2, с.140].

Висновки. Підсумовуючи вищевикладене, варто відзначити, що, можливо, жінки, прагнучи подолати власну об'єктність, здійснюють це не найкращим чином. У змаганнях за рівноправність захоплення чоловічих функцій у вимірі соціально-культурної творчості, жінки прагнуть подолати свою спорідненість з природою. Відтак подеколи завоювання чоловічого місця в культурі часто обертається «руйнацією в собі всього того, що нагадує жінкам про їх «природне призначення», а отже стосується їхньої тілесності» [1, с.381]. Таким чином з'являється ризик «повної втрати жінкою своєї унікальності, що означатиме тотальне придушення в культурі фемінного початку маскулінізмом» [1, с. 381].

Список використаних джерел

1. Гомілко О. Феномен тілесності: дис.... д-ра філос.наук, Київ, 2007. 420с.
2. Цеетнер Б. «Жінка на вагу» – харчові розлади – анорексія та булемія. Образ, тіло, порядок. Гендерні дослідження в міждисциплінарному спектрі. Антологія / Пер. з англ. та нім.; за ред. К. Міщенко, С. Штретлінг. – Київ: Медуза, 2014. 232 с.
3. Юрценюк Ю. Психосоматика розладів харчової поведінки. Гастроентерологія. Гепатологія. Колопроктологія. 2021. № 4 (62). С.6.

СУЧАСНІ МОДЕЛІ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ДЛЯ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ТА БІОХІМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Євгеній ЛУК'ЯНОВ

*аспірант кафедри фундаментальних
дисциплін та інформатики НУОЗ України
імені П.Л. Шупика*

<https://orcid.org/0009-0003-3491-3932>

Науковий керівник: Мінцер О. П., *завідувач*
кафедри фундаментальних дисциплін та
інформатики НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук
професор

Анотація. Систематизовано сучасні застосування штучного інтелекту (ШІ) у медико-біологічних та біохімічних дослідженнях на прикладі п'яти провідних моделей – AlphaFold 3, MAMMAL, Tx-LLM, BioDiffusion і MedMax. Показано, що AlphaFold 3 забезпечує приріст точності передбачення білково-молекулярних комплексів $\geq 50\%$, BioDiffusion підвищує F1-міру класифікації аритмій до 0,81, а MedMax перевершує GPT-4o на 18,3 % у візуальному VQA. Розглянуто етичні та регуляторні виклики і потенціал цих рішень для персоналізованої медицини.

Ключові слова: штучний інтелект; структурна біологія; білок-лігандні взаємодії; синтетичні біомедичні дані; мультимодальні моделі.

Вступ. У XXI ст. обсяг біомедичних даних зростає експоненційно, що потребує нових методів їх обробки. ШІ-технології, зокрема великі мовні моделі (BMM) і дифузійні мережі, дають змогу аналізувати дані рівнів оміки, зображення, сигнали й текстові корпуси [1, 7]. Водночас брак доменно-специфічних корпусів зумовив створення моделей на зразок BioBERT, натренованих на > 18 млрд слів PubMed [2]. Донавчання BMM на біомедичних корпусах підвищує точність предметно-орієнтованих запитів на $\approx 15\%$ і зменшує частоту «галюцинацій» на 20 % [3]. Разом із перевагами постають ризики упередженості даних і витоків конфіденційної інформації [4–6].

Актуальність. ШІ забезпечує: (1) прогноз просторової структури білків і комплексів з точністю, що наближається до експериментальної (AlphaFold 3, GDT 90,1 для білок-ДНК) [1]; (2) прискорення drug-discovery (Tx-LLM лідирує у 43 з 66 терапевтичних завдань) [10]; (3) синтез

біомедичних сигналів (BioDiffusion підвищує F1 до 0,81) [12]; (4) мультимодальний аналіз (MedMax + 18,3 % до GPT-4o) [6].

Мета роботи. Порівняти архітектурні особливості, кількісні показники, переваги й обмеження AlphaFold 3, MAMMAL, Tx-LLM, BioDiffusion і MedMax та оцінити їх перспективи в медичній практиці.

Матеріали та методи. Проаналізовано 18 первинних джерел (Nature, ACS, MDPI тощо) та бази SKEMPI 2.0, MIT-BIH. Використано бібліографічний аналіз, порівняльну статистику (RMSE, F1, GDT) і критичну оцінку етичних документів.

Результати.

AlphaFold 3. Дифузійна архітектура; GDT 90,1 (білок-ДНК) та 83,1 (білок-антитіло); кореляція $\rho = 0,86$ для $\Delta\Delta G$ [1, 3].

MAMMAL. Мультимодальна модель для білків, малих молекул і генів; перше місце у 9/11 бенчмарків [8, 11].

Tx-LLM. 709 корпусів; 66 терапевтичних завдань; найкраща у 22 тасках drug-design [10].

BioDiffusion. Генерує синтетичні ЕКГ/ЕЕГ; F1 класу A = 0,81 ($\uparrow$ 0,16); переважає RCWGAN і C-RNN-GAN [12, 15].

MedMax. 1,47 млн прикладів; + 26 % до Chameleon і + 18,3 % до GPT-4o у медичному VQA [6].

Висновки. ШІ радикально покращує структурну біологію, фармацевтичні дослідження та медичну аналітику. Подальший розвиток вимагатиме етичного регулювання, збалансованих датасетів і пояснюваних моделей.

Список використаних джерел

1. Jumper J., Evans R., Pritzel A. Highly accurate protein structure prediction with AlphaFold 3 // Nature. 2024. Т. 618, № 7972. С. 50–55. DOI: 10.1038/s41586-024-07487-w.
2. Lee J., Yoon W., Kim S. BioBERT: a pre-trained biomedical language model // Bioinformatics. 2020. Т. 36, № 4. С. 1234–1240.
3. Nobeli I., Thorpe K. Prediction of binding free-energy changes upon

mutation // Journal of Chemical Information and Modeling. 2024. Т. 64, № 2. С. 200–210. DOI: 10.1021/acs.jcim.3c01234.

4. Jankauskaitė J. SKEMPI 2.0 – Structural database of kinetics and energetics of mutant protein interactions [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://life.bsc.es/pid/skempi2> (дата звернення: 29.05.2025).

5. Goldberger A. L. MIT-BIH Arrhythmia Database [Электронный ресурс]. – PhysioNet. – Режим доступа: <https://physionet.org/content/mitdb> (дата звернення: 29.05.2025).

6. Li X., Zhang Y. MedMax: towards general-purpose multimodal biomedical AI // arXiv preprint. 2024. arXiv:2412.12661. 25 с.

7. Sample I. Nobel prize hailed as AlphaFold 3 cracks biology’s “grand challenge” // Financial Times. 10.10.2024.

8. BiomedSciAI. MAMMAL: Molecularly Aligned Multi-Modal Architecture and Language [Электронный ресурс]. – GitHub. – Режим доступа: <https://github.com/BiomedSciAI/biomed-multi-alignment> (дата звернення: 29.05.2025).

9. Wolf T. та ін. Transformers: state-of-the-art natural language processing // Proceedings of EMNLP. 2020. С. 38–45.

10. Wang Q., Sun H. Tx-LLM: a large language model for therapeutics design [Электронный ресурс] // MarkTechPost. 2024. – Режим доступа: <https://marktechpost.com> (дата звернення: 29.05.2025).

11. Moonlight AI. Review of MAMMAL multimodal model [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.themoonlight.io/review/mammal-molecular-aligned-multi-modal-architecture-and-language> (дата звернення: 29.05.2025).

12. Zhao L., Chen M. BioDiffusion: diffusion models for biomedical time-series generation // Bioengineering. 2025. Т. 12, № 4. Стаття 299. DOI: 10.3390/bioengineering12040299.

13. Wang R., Liu J. Structural impact of point mutations on protein–protein binding free energy // BMC Bioinformatics. 2023. Т. 24, № 112. С. 1–12.

14. Dehouck Y., Kwasigroch J. Protein interface thermodynamics: benchmark $\Delta\Delta G$ // Briefings in Bioinformatics. 2022. Т. 23, № 2. bbab555. DOI: 10.1093/bib/bbab555.

15. Jankauskaitė J. та ін. SKEMPI 2.0: extended dataset of mutant protein interactions // Nucleic Acids Research. 2020. Т. 48, D1. С. D491–D497.

16. AlphaFold. Wikipedia: the free encyclopedia [Электронный ресурс].

– Режим доступу: <https://en.wikipedia.org/wiki/AlphaFold> (дата звернення: 29.05.2025).

17. MedMax. Wikipedia: the free encyclopedia [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://en.wikipedia.org/wiki/MedMax> (дата звернення: 29.05.2025).

18. Inductive Bio. Strong baseline for AlphaFold-3 docking [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.inductive.bio/blog/strong-baseline-for-alphafold-3-docking> (дата звернення: 29.05.2025).

ОПТИМІЗАЦІЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ДАНИХ ОБСТЕЖЕНЬ В ПАТОЛОГІЇ

Олександр ДУДІН

аспірант кафедри фундаментальних дисциплін та інформатики НУОЗ України імені П.Л. Шупика

ORCID 0000-0003-3611-2445

Науковий керівник: Мінцер О. П., завідувач кафедри фундаментальних дисциплін та інформатики НУОЗ України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук професор

Анотація. Точкові мутації в кодоні 600 онкогену BRAF є найпоширенішими молекулярними порушеннями, що асоціюються з меланомою шкіри. Визначення мутаційного статусу BRAF є ключовим етапом у виборі таргетної терапії, забезпечуючи персоналізований підхід до лікування. Однак обмежена доступність молекулярного тестування в деяких країнах ускладнює впровадження такої стратегії у рутинну клінічну практику. Одною із задач дослідження було розробити прогностичну модель для виявлення мутацій BRAF на основі доступних клінічних та гістопатологічних даних, що потенційно може дозволити розширити можливості стратифікації пацієнтів у медичних закладах із обмеженими ресурсами.

Ключові слова: мутація BRAF, меланома шкіри, багат шаровий перцептрон, прогностична модель.

Вступ. Сучасні підходи до ведення пацієнтів із меланою шкіри базуються на оцінці молекулярних біомаркерів, що дозволяє реалізувати персоналізовані стратегії лікування. Геномний профіль меланоми характеризується значною гетерогенністю, що зумовлена гістологічним підтипом, локалізацією пухлини та індивідуальними особливостями пацієнта, що, своєю чергою, впливає на варіабельність терапевтичної відповіді [1, 2]. Найпоширенішими генетичними порушеннями при меланомі шкіри є точкові мутації у кодоні 600 гена BRAF [3], тоді як інші варіанти мутацій цього гена трапляються значно рідше й зазвичай не мають істотного клінічного значення.

Дані літератури свідчать, що наявність мутацій BRAF асоціюється з молодшим віком пацієнтів і локалізацією пухлини на ділянках шкіри, менш експонованих до ультрафіолетового випромінювання. Втім, ці клініко-патологічні характеристики не є достатніми для надійного прогнозування мутаційного статусу BRAF у конкретного пацієнта з метою стратифікації ризику та визначення доцільності призначення таргетної терапії [4, 5].

Тому зараз зростає інтерес до використання методів штучного інтелекту, зокрема машинного навчання, для прогнозування мутаційного статусу BRAF на основі доступних клінічних та морфологічних параметрів [6]. Такий підхід має потенціал стати ефективним інструментом підтримки прийняття клінічних рішень, особливо в умовах обмеженої доступності молекулярної діагностики[7].

Одним із завдань дослідження було розробити інструменти для прогнозування мутацій BRAF за допомогою рутинних клінічних і гістологічних характеристик.

Матеріали та методи. На етапі первинного відбору даних було відібрано 1268 випадків меланоми, з яких 24 відповідали увеальній меланомі, а 32 — меланомі слизових оболонок, їх було виключено з дослідження. Крім того, з дослідження було виключено 727 випадків, через недостатню кількість доступних демографічних, клінічних або морфологічних даних. До остаточного аналізу було включено 485 випадків, серед яких 299 відповідали первинній меланомі шкіри, а 186 — метастатичним ураженням. Таким чином, вибіркова сукупність першого етапу дослідження склала 299 пацієнтів із первинною меланою шкіри. Серед гістологічних варіантів найчастіше зустрічалася поверхнево-розповсюджена меланома (36,8%), некласифікована форма (32,8%) та

вузлова меланома (29,7%). Рідкісні гістотипи (акральна, меланома Шпіца, десмопластична тощо) становили 6,9% випадків.

Статистичний аналіз проводився за допомогою програмного забезпечення MedCalc версії 22.016 (MedCalc Software Ltd., Остенде, Бельгія) та Statistica Neural Networks 10.0 C (StatSoft, Inc. , 1998-1999). Описова статистика для безперервних змінних була представлена мірами центральної тенденції та їх довірчими інтервалами на рівні значущості $p=0,05$.

Для аналізу даних було застосовано логістичну регресію та аналіз нейронної мережі, а також Рос-аналіз. У межах дослідження було ідентифіковано шість клініко-патологічних чинників, що потенційно асоціюються з наявністю мутацій у гені BRAF: вік пацієнта, анатомічна локалізація пухлини, гістологічний тип, наявність виразкування, ознаки лімфоваскулярної інвазії та асоціація новоутворення з меланоцитарним невусом.

Для оцінки впливу змінних на результат було застосовано метод розробки та аналізу нейронних мереж. Показником результату був статус BRAF (змінна Y): у випадку меланоми дикого типу BRAF Y = 0. Коли була виявлена мутація BRAF, Y = 1 вказував на негативний результат.

Основні результати дослідження: Проаналізовано частоту BRAF-мутацій при меланомі шкіри та їх зв'язок з клініко-патологічними характеристиками. Визначено 6 показників, асоційованих із BRAF-мутаціями: вік, локалізація пухлини, гістотип, виразкування, LVI, асоціація з невусом. Побудовано нейромережеву модель для передбачення наявності BRAF-мутацій (AUC = 0,79, чутливість 89,4%). ROC - крива 6-ти факторної моделі логістичної регресії для прогнозування ризику наявності BRAF мутації представлена на Рис. 1.

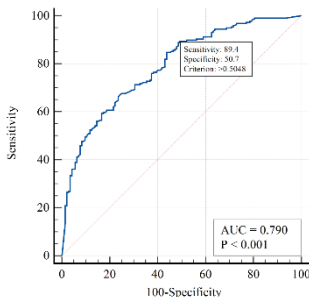


Рис. 1. ROC крива 6-ти факторної нейромережевої моделі прогнозування ризику наявності BRAF мутації.

Аналіз ROC кривих результатів використання 6-ти факторної нейромережевої моделі прогнозування ризику наявності BRAF мутації свідчить, що модель можна включити в якості маркерів виникнення мутації.

Таким чином, 6-ти факторна нейромережева модель може бути використана для прогнозування ризику наявності BRAF мутації. Критичний поріг для прийняття рішень в ній обрано за оптимізацією хибно позитивних та хибно негативних прогнозів.

При виборі оптимального порогу: чутливість нейромережевої моделі складає 89,4% , специфічність моделі дорівнює 50,7%, прогностична значущість позитивної величини визначена рівною 73.1%, прогностична значущість негативної величини дорівнює 76,0%.

Висновки. Визначено частоту та спектр BRAF мутацій у пацієнтів з меланомою шкіри в українській популяції, встановлено ключові клініко-патологічні предиктори наявності мутації (вік, локалізація, гістологічний тип, виразкування, LVI, асоціація з невусом). Розроблено нейромережеву модель з чутливістю 89.4% (95% ДІ 84.5 – 93.1%), специфічністю 50.7% (95% ДІ 42.2% – 59.1%); ППЗ — 73.1% (95% ДІ 69.6% – 76.3%)., НПЗ — 76.0% (95% ДІ 67.6% – 82.8%). Побудовано мультимодальний класифікатор, що об'єднує клінічні, гістологічні та епігенетичні дані, а також модель для прогнозування рецидиву меланоми. Запропоновані підходи дозволяють підвищити точність прийняття клінічних рішень у пацієнтів з меланомою шкіри.

Список використаних джерел

1. Yang TT, Yu S., Ke CLK, Cheng ST. Геномний ландшафт меланоми та його терапевтичні наслідки. Гени. 2023;14(5):с. 1021. doi:10.3390/GENES14051021.
2. Buckelew H., Crowe C. Соціальні медіа та патологія: потужний перетин для видимості. Американський журнал клінічної патології. 2024;162(Додаток_1):S136–S137. doi: 10.1093/AJCP/AQAE129.303
3. Lokhandwala PM, Tseng LH, Rodriguez E. та ін. Клінічне мутаційне профілювання та категоризація мутацій BRAF у меланомах з використанням секвенування наступного покоління. BMC Рак. 2019;19(1):с. 665. doi: 10.1186/S12885-019-5864-1

4. Castellani G., Buccarelli M., Arasi MB та ін. Мутації BRAF при меланомі: біологічні аспекти, терапевтичні наслідки та циркулюючі біомаркери. Раки . 2023;15(16):стор. 4026. doi:10.3390/CANCERS15164026.

5. Kim C.Й., Kim C.Н., Хан Х.Дж., Лі Ю.В., Чоу Ю.Б., Ан К.Дж. Метааналіз мутацій BRAF і клініко-патологічних характеристик у первинній меланомі. Журнал Американської академії дерматології. 2015;72(6):1036–1046.e2. doi: 10.1016/J.JAAD.2015.02.1113

6. Figueroa-Silva O., Pastur Romay LA, Viruez Roca RD, Rojas MDSAY, Suárez-Peñaranda JM. Методи машинного навчання для прогнозування статусу мутації BRAF у меланомі шкіри за клінічними та гістопатологічними ознаками. Прикладна імуногістохімія та молекулярна морфологія. 2022;30(10):674–680. doi: 10.1097/PAI.0000000000001075.

7. Dudin O, Mintser O, Gurianov V, Kobylak N, Kaminskyi D, Matvieieva A. et al. Predicting BRAF mutation in cutaneous melanoma using neural network analysis. Journal of Skin Cancer. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1155/jskc/3690228>.

КЛІНІЧНА ФІЛОСОФІЯ ЯК МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ ФІЛОСОФІЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Анна КОРНІЄЦЬКА

Анотація. Філософське консультування сформувалося наприкінці ХХ ст. як практика, що допомагає осмислити життя через діалог і критичне мислення. Існують два напрями: самодостатнє філософське консультування та інтегративна клінічна філософія, що поєднує філософію і психологію. Ключові представники обох підходів висвітлюють терапевтичний потенціал філософського діалогу, повертаючи філософію до життєвих сенсів і практичного застосування.

Ключові слова. Філософське консультування, клінічна філософія, філософська практика, прикладна філософія, міждисциплінарний підхід.

Вступ. Актуальність. Філософське консультування як окрема професійна практика виникло наприкінці ХХ століття, але його витоки сягають античності — часів Сократа, стоїків та інших шкіл [10]. Сучасні наукові дослідження підкреслюють потребу у відновленні зв'язку між філософією та реальним життям, що стало відповіддю на критику традиційної академічної філософії за надмірну абстрактність [18].

Психотерапевтичні підходи дедалі частіше визнають філософський компонент як ключовий для розуміння людської природи, моральних питань і сенсу життя [4]. Відтак, філософське консультування зростає як міждисциплінарна сфера, що поєднує філософський діалог із психологічною допомогою. **Мета** роботи — систематизувати історичний розвиток філософського консультування, охарактеризувати його основні напрями та ключових представників.

Матеріали та методи. У роботі систематизовано ключові авторські позиції з філософського консультування та проведено порівняльний аналіз двох основних напрямів цієї практики. Це допомогло краще зрозуміти їхні підходи та відмінності, а також парадигматичні основи філософського консультування. Для дослідження було відібрано авторів, які найбільш послідовно сприяли формуванню філософського консультування як окремої практики (Г. Ахенбах, Ш. С. Шустер, Р. Лахав, П. Раабе) та тих, хто розробляє інтегративні психофілософські моделі (П. Кьостенбаум, Е. Д. Коен, Дж. Мілз). Вибір авторів ґрунтується на їхній активній практичній діяльності та концептуальному внеску у розвиток відповідних підходів.

Результати. Хоча витоки філософського консультування можна знайти ще у Сократа, стоїків та інших античних шкіл, як окрема професійна практика воно сформувалося лише наприкінці ХХ століття. У 1981 році німецький філософ Герд Ахенбах відкрив першу приватну філософську практику, започаткував «Товариство філософської практики» (Gesellschaft für Philosophische Praxis), а згодом — Міжнародне товариство філософської практики (IGPP), що стало фундаментом для розвитку нової галузі [20].

Паралельно з цим в інших країнах почали формуватись альтернативні школи та організації. У 1992 році американські філософи Еліот Д. Коен та Пол Шаркі заснували Національну асоціацію філософського консультування (National Philosophical Counseling Association, NPCA) — першу професійну організацію філософських консультантів у США, яка розробила систему сертифікації в цій професії [16].

У 1999 році Лу Марінофф заснував Американську асоціацію філософських практик (APPA), яка також проводить сертифікаційні програми. Хоча Марінофф не створив окремого методу, його книга-

бестселер Plato, Not Prozac! зробила вагомий внесок у популяризацію образу філософа як радника у складних життєвих ситуаціях [3; 14].

Згодом філософське консультування почало отримувати підтримку й на освітньому рівні. Сьогодні ця сфера представлена в академічному просторі: зокрема, Західний університет Тімішоари (Румунія) пропонує англomовну магістерську програму з філософського консультування, у співпраці з викладачами з Німеччини, США, Нідерландів та Великобританії [22].

Назви цього напрямку варіюються: «філософське консультування», «філософська практика», «клінічна філософія», «прикладна філософія». Однак усі вони вказують на спільне ядро: це практика, яку здійснює філософ (особа з філософською освітою), щоб допомогти людям осмислити своє життя через діалог, рефлексію, критичне мислення та самопізнання.

Філософське консультування порушує важливі метафілософські питання: що таке філософія, де її межі, і які питання заслуговують на філософське осмислення? Американський філософ Петер Б. Раабе стверджує, що академічна філософія втратила зв'язок із реальним життям і стала надто абстрактною [18]. Він наголошує, що філософія повинна мати прикладний і життєвий виміри: бути корисною людині у переживанні її особистих проблем. Раабе формулює важливу тезу: особисте завжди є філософським [18].

Це твердження співзвучне з позицією П'єра Адо, який у своїх дослідженнях доводив, що в античності філософія була способом життя — діалогом, духовною практикою, особистою трансформацією. Філософське консультування, у цьому сенсі, — не новий винахід, а повернення до витоків філософії як екзистенційної практики [9].

Цікаво, що потребу в філософському підході визнають і представники психотерапії. Наприклад, Ден Блум вважає, що вся психотерапія вже є філософською за своєю природою. Вона ставить запитання про природу людини, добро, істину, мораль, відповідальність. Саме тому Блум називає психотерапевтів «клінічними філософами» [4]. Близьку позицію займає дослідник Алекс Говард, який у своїх роботах доводить, що розмовна терапія почалася не з Зіґмунда Фрейда чи Карла Роджерса, а ще з античної філософії, де люди вже шукали сенс через діалог [10].

Отже, філософське консультування:

- критикує академічну філософію, віддалену від реального життя;
- стверджує терапевтичний потенціал філософського діалогу;
- нагадує про філософські витоки психологічного консультування та психотерапії.

Філософське консультування можна поділити на два напрями:

Філософське консультування як самодостатня практика, без залучення психології. Представники цього підходу — Герд Ахенбах, Петер Б. Раабе, Шломіт С. Шустер та Ран Лахав — вважають, що філософські методи (діалог, роздуми, прояснення понять, осмислення досвіду) самі по собі можуть бути терапевтичними. Вони відстоюють автономність філософії, яка не потребує психотерапевтичних технік і медичних діагнозів:

Герд Ахенбах (1947, Німеччина) — засновник філософського консультування як професії та як альтернативи психологічному консультуванню. У 1981 році відкрив першу приватну практику філософського консультування [1 ; 2].

Петер Б. Раабе (1949, Німеччина-Канада) розвинув концепцію філософського консультування як терапії для розуму (therapy of mind); критикував біомедичну модель психічних розладів. Обстоював розмежування між мозком (біологічним) і розумом (пропозиційним), вважаючи, що страждання виникають з переконань, а не з «хімічного дисбалансу» [17; 18; 19].

Шломіт С. Шустер (1951–2016, Ізраїль) ввела поняття "філософської самодіагностики" (на противагу медичному діагнозу), де ключовим є діалог і шлях до саморозуміння, а не діагноз і усунення симптомів. Наголошувала, що у філософському консультуванні самопізнання не повинно мати на меті зміни в поведінці, а може бути цінністю саме по собі [21].

Ран Лахав (1954, Ізраїль-США) вважав метою філософського консультування - особисту трансформацію клієнта. Цей процес базується на дослідженні ідей «трансформаційних мислителів» (Платон, Руссо, Бубер тощо). Запровадив поняття "периметру" — обмеженої життєвої установки, яку клієнт може подолати через філософську рефлексію. Мета — не розв'язання проблем, а поглиблення способу буття [12; 13].

Клінічна філософія як інтегративна форма психологічної допомоги. Цей підхід представляють Петер Кьостенбаум, Еліот Д. Коен та Джон Мілз. Вони вважають, що філософія й психологія мають працювати

разом. Філософія допомагає прояснити світогляд, сенс і цінності, а психологія — розкрити емоційну динаміку, несвідомі процеси та внутрішні конфлікти. Така інтеграція дає глибше розуміння людини та ширший арсенал інструментів для допомоги:

Петер Кьостенбаум (1928-2024, Німеччина-США) запропонував термін «клінічна філософія», підтримував інтеграцію філософії з психологією і психіатрією, виступаючи проти жорсткого поділу. Він описує клінічну філософію як спосіб дослідження людського буття без попередніх припущень — як спробу зрозуміти, що означає бути людиною у світі. Для нього це не альтернатива психотерапії, а доповнення, де філософський діалог допомагає людині зрозуміти себе, знайти внутрішню силу та діяти відповідально [11].

Еліот Д. Коен (1951, США) — автор логіко-орієнтованої терапії (Logic-Based Therapy) — методу, що допомагає працювати з емоціями через аналіз мислення. Вважає, що страждання спричинені логічними помилками, а філософія дає інструменти для їх подолання. Співзасновник і очільник Національної асоціації філософського консультування США (NPCA) [5; 6; 7; 8].

Джон Мілз (1964, Канада) розглядає філософське консультування як форму психотерапії, що працює на межі філософії та психології. Наголошує, що філософія не існує у вакуумі — світогляд та переконання мають психологічні підстави. Тому для ефективної допомоги людині потрібна філософія, що доповнюється знаннями про несвідоме, емоційну динаміку, внутрішні конфлікти та природу терапевтичних стосунків [15].

Висновки. Результати дослідження розширюють розуміння філософського консультування як міждисциплінарної практики, що поєднує філософський діалог і психологічну допомогу. Запропоновані концепції можуть бути використані для розвитку освітніх програм і вдосконалення психотерапевтичних підходів.

Список використаних джерел

1. Achenbach, G. B. (1984). *Philosophische Praxis*. Verlag für Philosophie J. Dinter.
2. Achenbach, G. B. (2001). *Lebenskönnerschaft*. Herder Freiburg.
3. American Philosophical Practitioners Association. (n.d.). Home. <https://appa.edu/>

4. Bloom, D. (2020). Archimedes' lever: Philosophy of psychotherapy – the tool of «thought». *Psychotherapie-Wissenschaft*, 10(1), 28–35. <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-1-28>
5. Cohen, E. D. (2006). *The new rational therapy: Thinking your way to serenity, success, and profound happiness*. Jason Aronson, Inc.
6. Cohen, E. D. (2013). *Theory and practice of logic-based therapy: Integrating critical thinking and philosophy into psychotherapy*. Cambridge Scholars Publishing.
7. Cohen, E. D. (2017). *Logic-based therapy and everyday emotions: A case-based approach*. Lexington Books.
8. Cohen, E. D., & Zinaich, S. Jr. (Eds.). (2013). *Philosophy, counseling, and psychotherapy*. Cambridge Scholars Publishing.
9. Hadot, P. (2004). *What is ancient philosophy?* (M. Chase, Trans.). Harvard University Press.
10. Howard, A. (2000). *Philosophy for counselling and psychotherapy: Pythagoras to postmodernism*. Palgrave.
11. Koestenbaum, P. (1978). *The new image of the person: The theory and practice of clinical philosophy*. Greenwood Press.
12. Lahav, R. (1996). What is philosophical in philosophical counselling? *Journal of Applied Philosophy*, 13(3), 259–278. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5930.1996.tb00171.x>
13. Lahav, R., & da Venza Tillmanns, M. (Eds.). (1995). *Essays on philosophical counseling*. University Press of America.
14. Marinoff, L. (2000). *Plato, not Prozac!: Applying eternal wisdom to everyday problems*. Quill.
15. Mills, J. (2001). Philosophical counseling as psychotherapy: An eclectic approach. *International Journal of Philosophical Practice*, 1(1), 25–47. <https://doi.org/10.5840/ijpp2001112>
16. National Philosophical Counseling Association. (n.d.). Home. <https://npcassoc.org/>
17. Raabe, P. B. (2001). *Philosophical counseling: Theory and practice*. Praeger.
18. Raabe, P. B. (2002). *Issues in philosophical counseling*. Praeger.
19. Raabe, P. B. (2013). *Philosophy's role in counseling and psychotherapy*. Jason Aronson.
20. Savage, P. (1997). Philosophical counselling. *Nursing Ethics*, 4(1), 39–48. <https://doi.org/10.1177/096973309700400105>

21. Schuster, S. C. (1999). Philosophy practice: An alternative to counseling and psychotherapy. Praeger.

22. West University of Timișoara. (n.d.). Philosophical counselling and consultancy [Program description].

<https://admitere.uvt.ro/en/program/philosophical-counselling-and-consultancy/#prezentare-program-de-studii>

ХІРУРГІЧНА ПРАКТИКА В УКРАЇНІ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА, АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ

КОМПРЕСУЮЧИЙ СТРИЖЕНЬ ДЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСТАБІЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТІЛА КЛЮЧИЦІ

Олександр ГАПОН

*аспірант кафедри ортопедії та
травматології НУОЗ України
імені П.Л. Шупика*

*Науковий керівник: Герцен Г. І.,
професор кафедри ортопедії та
травматології НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук*

Анотація. В роботі приведені результати оперативного лікування 17 пацієнтів запропонованим нами компресуючим стрижнем відповідно приведеної техніки хірургічного втручання.

Ключові слова. Ключиця, перелом, остеосинтез, стрижень, інтрамедулярний.

Актуальність. Переломи тіла ключиці складають 69-82% від всіх пошкоджень даного сегмента. При чому постраждали частіше пацієнти молодого і середнього віку, які ведуть активне життя. Значна кількість використовуваних способів хірургічного лікування переломів тіла ключиці дозволяють досягнути швидкого відновлення структурно-функціональних стереотипів пацієнта у більшості випадків. Однак має місце і визначена доля ускладнень і незадовільних результатів, які

обумовлені різними причинами. Для хірургічного лікування переломів тіла ключиці досить часто використовують інтрамедулярний остеосинтез. При чому інтрамедулярні імпланти виконують роль внутрішньої «лонгети» вісь якої збігається з віссю пошкодженої кістки при мінімальному порушенню кровообігу у зоні перелому, що створює добрі умови для репаративного процесу. Однією з причин незадовільних результатів після інтрамедулярного остеосинтеза ключиці є можливість міграції імплантів з перфорацією шкірних покривів. Це може відноситись до шпиль, а також досить розповсюджено у теперішній час еластичного інтрамедулярного стрижня – JSIN.

Мета роботи. Розробити конструкцію інтрамедулярного стрижня, який виконує компресію уламків ключиці, не має можливості міграції з виникненням наступних ускладнень.

Матеріали та методи. Нами розроблена та створена удосконалена конструкція інтрамедулярного стрижня (патент на корисну модель № 154636 зареєстровано в Державному реєстрі України від 29.11.2023 р.) для остеосинтеза переломів тіла ключиці, яка дозволяє спростити його введення у кістково-мозкову порожнину кістки без її розсвердлювання, створити компресію між кістковими уламками, що благоприємно для зрощення, а також для усунення можливості міграції імпланта. Стрижень виготовлено з титанового сплаву BT-6, дозволеного у медичній практиці. Суть удосконалення пояснюється рис.1, на якому загальна схема стрижня (а) і натуральне зображення (б).

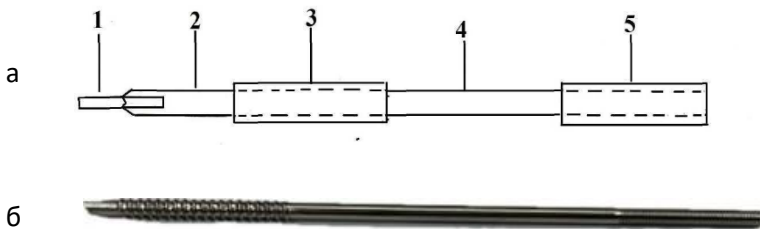


Рис. 1. Схематичне зображення стрижня для компресійного остеосинтеза переломів тіла ключиці (а) : 1- отвір для направляючої спиці, 2- свердло, 3- направляюча різьба, 4- тіло, 5- різьба для компресійної гайки; (б): натуральне зображення стрижня.

Стрижень для остеосинтеза тіла ключиці використовують наступним чином. Після закритої одномоментної репозиції відламків ключиці, що підтверджується рентгенологічно, відступив 2-3 см від ключично-стернального суглобу трепанують отвір у проксимальному відламку кістки під кутом 30° до кістково-мозкової порожнини. У цей отвір за допомогою ручного пристрою або дрелі вводять стрижень. Дивлячись на монітор рентгенапарата. При цьому перфорують дистальний відламок ключиці. У цій області виконують додатковий розріз шкіри до 2 см довжини з якого на виступаючу частину стрижня накручують компресійну гайку. Виступаючу за компресійну гайку лишню частину стрижня зкусують. Після операції проводиться іммобілізація верхньої кінцівки до 2х тижнів звичайним ортезом з ранніми рухами в суглобах, при цьому дозволяється відведення плеча до 90° , при відсутності фізичних навантажень. Останнє дозволяється після консолідації відламків ключиці, встановленої рентгенологічно.

Запропонованим нами стрижнем відповідно приведеної техніці хірургічного втручання виконано 17 операцій МОС переломів тіла ключиці OTA 15A і 15B (класифікація AO/ASIF) у віці 18-67 років.

Результати. Як показали результати проведених досліджень у пацієнтів, госпіталізованих ургентно до стаціонару з переломами тіла ключиці, середні показники ВАШ відповідали $5,28 \pm 1,79$ бала, на 3 день після операції больовий синдром явно знизився, досягаючи $7,76 \pm 1,18$ балів ($p < 0,001$), що свідчить про суттєве купування больового синдрому. Оцінка функціонального стану верхньої кінцівки за шкалою DASH проведена серед пацієнтів у терміни 1,5, 3,6 та 12 місяців після операції. При цьому через 1,5 місяці після операції середня сума балів відповідала $26 \pm 2,9$, через 3 місяці $-12,49 \pm 4,15$, 6 місяців $-3,0 \pm 2,6$, 12 місяців $-1,54 \pm 0,84$. Ці дані показують сприятливі результати відновлення функції верхньої кінцівки, як і критерії ВАШ через 1 рік після операції $-9,6 \pm 2,11$ ($p < 0,001$), пацієнти були задоволені результатами операції. При рентгенологічному дослідженні пацієнтів середні терміни зрощення переломів тіла ключиці склали $10,1 \pm 1,4$ тижня (діапазон 8-12 тижнів), уповільненого зрощення, як і відсутності зрощення, не спостерігалось.

Ми погоджуємося з думкою низки авторів про те, що сприятливі результати МОС тіла ключиці інтрамедулярним стрижнем можливий при переломах типу OTA 15A та 15B, при переломах типу OTA 15C цей спосіб малонадійний.

У пацієнтів при дислокованих переломах тіла ключиці типу OTA 15A і 15B виконаний нами закритий малоінвазивний МОС удосконаленим компресуючим стрижнем при полегшеній техніці самого хірургічного втручання, дозволив уникнути ускладнень, типових для найбільш поширеного в даний час методу - МОС JSIN у вигляді міграцій імпланту з перфорацією шкірних покривів.

Висновки.

1. Використання удосконаленої конструкції інтрамедулярного компресуючого стрижня для остеосинтезу дислокованих переломів тіла ключиці типу OTA 15A та 15B дозволило отримати благоприємні клінічні результати за шкалами VAS та DASH як і рентгенологічні- консолидація відламків, запобігти ускладненням у вигляді міграції імпланту.

2. Запропонований інтрамедулярний компресуючий стрижень для остеосинтезу дислокованих переломів тіла ключиці типу OTA 15A та 15B рекомендується для впровадження у клінічну практику з урахуванням отриманих позитивних апробаційних даних.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕФРАКТЕРНОЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Петро ГОНЧАРЕНКО

*аспірант кафедри ендоскопічної та
роботизованої загальної і
метаболічної хірургії НУОЗ України
імені П.Л. Шупика*

<https://orcid.org/0009-0009-7173-6561>

*Науковий керівник: Кебало А. Б., доктор
медичних наук, професор*

Анотація. Досліджено ефективність фундоплікації за Ніссеном і Тупе при хірургічному лікуванні рефрактерної гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Проведено порівняння за показниками контролю симптомів, частотою ускладнень та якістю життя пацієнтів. Встановлено, що обидва методи є ефективними, але мають різні профілі безпеки та функціональні наслідки.

Ключові слова: антирефлюксна хірургія, стравохід, рефрактерність, фундопластика.

Вступ. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — поширена патологія, що виникає внаслідок дисфункції нижнього стравохідного сфінктера, з порушенням моторики стравоходу та шлунка [1, 3, 7]. Рефрактерна форма ГЕРХ діагностується у разі відсутності відповіді на оптимальну терапію інгібіторами протонної помпи (ІПП) [4, 6].

Актуальність. Сучасні клінічні настанови (Lyon consensus 2.0, ACG, ESNM/ANMS) вказують на доцільність хірургічного лікування при рефрактерній ГЕРХ за наявності об'єктивно підтвердженого патологічного гастроезофагеального рефлюксу [2, 6, 7]. Найбільш поширеними методиками є фундоплікація по Ніссену та по Тупе. Досі тривають дискусії щодо оптимального підходу з огляду на ефективність, тривалість ремісії та профіль ускладнень [8, 10, 11].

Мета роботи. Провести порівняльну оцінку ефективності лапароскопічної фундоплікації по Ніссену та по Тупе у хірургічному лікуванні пацієнтів із рефрактерною ГЕРХ.

Матеріали та методи. У дослідження включено 273 пацієнти з рефрактерною ГЕРХ, яким у 2018–2022 рр. у Київській обласній клінічній лікарні було проведено лапароскопічну фундоплікацію. Пацієнтів розподілено на дві групи: I (N=171) — фундоплікація по Ніссену, II (N=102) — по Тупе. Здійснювався аналіз тривалості операції, частоти ускладнень, рецидивів, дисфункцій (дисфагія, газоутворення). Статистичну обробку проведено за допомогою t-критерію Стьюдента та χ^2 -критерію Пірсона.

Результати. Клінічна ремісія спостерігалась у 85 % пацієнтів. Частота рецидивів становила 7 %. Середня тривалість операції була меншою у групі Тупе — $78,8 \pm 10,4$ хв. проти $93,4 \pm 15,2$ хв. у групі Ніссен ($p < 0,005$). Частота дисфагії після операції — 17,98 % у групі Ніссен та 9,8 % у групі Тупе ($p = 0,038$). Синдром газоутворення частіше траплявся після фундоплікації по Ніссену — 22,04 % проти 11,76 % ($p = 0,011$). Ускладнення за шкалою Clavien-Dindo частіше реєструвалися у групі Ніссен ($\chi^2 = 33,89$, $p < 0,005$), особливо щодо дисфагії ($\chi^2 = 4,32$, $p = 0,038$, $\alpha = 0,05$), та синдрому газоутворення ($\chi^2 = 6,45$, $p = 0,011$, $\alpha = 0,05$).

Висновки. Методика Тупе характеризується меншою тривалістю втручання, нижчим ризиком дисфункцій та післяопераційних ускладнень. Метод Ніссена доцільний при тяжких формах рефлюксу з вираженим зниженням тонуусу нижнього стравохідного сфінктера. Вибір методу слід

здійснювати індивідуально, з урахуванням клінічної картини та морфофункціонального стану стравоходу.

Список використаних джерел

1. Antunes C., Aleem A., Curtis S.A. Gastroesophageal Reflux Disease [Електронний ресурс] // StatPearls [інтерактивне вид.]. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024. – Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441938/>
2. Gyawali C.P., Yadlapati R., Fass R. та ін. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0 // Gut. – 2024. – Vol. 73, № 2. – P. 361–371. – DOI: 10.1136/gutjnl-2023-330616.
3. Azer S.A., Hashmi M.F., Reddivari A.K.R. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) [Електронний ресурс] // StatPearls [інтерактивне вид.]. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024. – Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441938/>
4. Naik R.D. Overview of Refractory Gastroesophageal Reflux Disease // Gastroenterol. Hepatol. (N. Y.). – 2022. – Vol. 18, № 8. – P. 474–476.
5. Davis T.A., Gyawali C.P. Refractory Gastroesophageal Reflux Disease: Diagnosis and Management // J. Neurogastroenterol. Motil. – 2024. – Vol. 30, № 1. – P. 17–28. – DOI: 10.5056/jnm23145.
6. Zerbib F., Bredenoord A.J., Fass R. та ін. ESNM/ANMS consensus paper: Diagnosis and management of refractory gastro-esophageal reflux disease // Neurogastroenterol. Motil. – 2021. – Vol. 33, № 4. – e14075. – DOI: 10.1111/nmo.14075.
7. Katz P.O., Dunbar K.B., Schnoll-Sussman F.H. та ін. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease // Am. J. Gastroenterol. – 2022. – Vol. 117, № 1. – P. 27–56. – DOI: 10.14309/ajg.0000000000001538.
8. Slater B.J., Collings A., Dirks R. та ін. Multi-society consensus conference and guideline on the treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD) // Surg. Endosc. – 2023. – Vol. 37, № 2. – P. 781–806. – DOI: 10.1007/s00464-022-09817-3.
9. Naik R.D., Meyers M.H., Vaezi M.F. Treatment of Refractory Gastroesophageal Reflux Disease // Gastroenterol. Hepatol. (N. Y.). – 2020. – Vol. 16, № 4. – P. 196–205.

10. McKinley S.K., Dirks R.C., Walsh D. та ін. Surgical treatment of GERD: systematic review and meta-analysis // Surg. Endosc. – 2021. – Vol. 35. – P. 4095–4123. – DOI: 10.1007/s00464-021-08358-5.

11. Alonso Batanero E., Rodríguez Uría R., Amoza Pais S. та ін. Review of 5 years results after surgery for gastro-oesophageal reflux disease: Nissen vs Toupet // Br. J. Surg. – 2021. – Vol. 108, Suppl. 3. – Znab160.046. – DOI: 10.1093/bjs/znab160.046.

МЕТАБОЛІЧНА ХІРУРГІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

Роман ЯЦЕНКО

*аспірант кафедри ендоскопічної та
роботизованої загальної і
метаболічної хірургії НУОЗ України
імені П.Л. Шупика*

*Науковий керівник: Ткачук О. В.,
асистентка кафедри ендоскопічної та
роботизованої загальної і
метаболічної хірургії НУОЗ України
імені П.Л. Шупика, доктор філософії*

Анотація. Під час проведення даної наукової роботи, досліджено ефективність метаболічної (баріатричної) хірургії як методу лікування синдрому нічного обструктивного апное у пацієнтів з ожирінням. Проаналізовано зміни індексу маси тіла, частоти апное-гіпноное та рівня денної сонливості протягом 12 місяців після операції. Результати свідчать про суттєве покращення параметрів сну та зниження симптомів СНОА. Метаболічна хірургія є перспективним підходом у комплексному лікуванні таких пацієнтів.

Ключові слова. Ожиріння, баріатрія, апное, хірургія, сонливість.

Вступ. Синдром нічного обструктивного апное (СНОА) — це хвороба, що спричинена рецидивуючими епізодами обтурації верхніх дихальних шляхів (апное) або їхнім звуженням (поверхневе дихання), що виникає на рівні глотки, при збереженій функції дихальних м'язів [1]. СНОА стає все більш розповсюдженим патологічним станом у всьому світі. Згідно з дослідженнями [2, 3], поширеність синдрому нічного апное сину в

загальній популяції становить 4% у чоловіків і 2% у жінок. Дане захворювання - це доволі поширений коморбідний стан у пацієнтів з ожирінням, який проявляється хропінням, епізодами апное під час сну, пробудження з відчуттям задишки, підвищеною денною сонливістю [4]. Враховуючи клінічні прояви СНОА значно знижує якість життя, продуктивність на робочому місці, підвищує ризик автомобільних аварій [5], що значною мірою впливає на пацієнта та його оточення.

Надмірна вага та ожиріння відіграє велику роль у патогенезі розвитку СНОА. Світові показники рівня ожиріння з кожним роком продовжують збільшуватися, і прогнози лінійного тренду росту припускають, що до 2030 року 51% населення планети буде страждати від ожиріння. Відповідно, очікується, що ускладнення пов'язані з ожирінням, включаючи порушення дихання такі як СНОА, будуть рости [6].

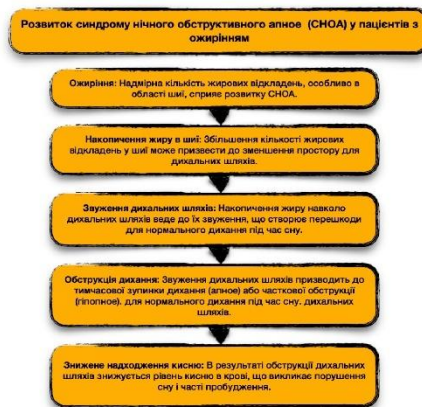


Рис. 1.10

Зображення №1 – Механізм розвитку СНОА у пацієнтів з ожирінням.

Враховуючи вищевказане стійка втрата ваги є вагомим методом в комплексному лікуванні синдрому нічного обструктивного апное у пацієнтів з ожиріння, яку можна швидко та ефективно досягти за допомогою баріатричної хірургії.

Мета роботи. Оцінити вплив метаболічної (баріатричної) хірургії на параметри сну у пацієнтів з ожирінням та синдромом нічного обструктивного апное.

Матеріали та методи. Під час дослідження було відібрано 96 пацієнтів з ожирінням ($IMT > 35 \text{ кг/м}^2$) та в яких був наявний синдром нічного обструктивного апное, які готувалися до баріатричного оперативного лікування. Усі досліджувані перед операцією та в післяопераційний період (через 3, 6 та 12 місяців) пройшли полісомнографію (визначення індексу апное/гіпноное (ІАГ)), анкетування (шкала сонливості Епворта (ESS)).

Результати.

1. Зміни індексу маси тіла (ІМТ):

До операції середній ІМТ становив $45,6 \text{ кг/м}^2$, що є значним рівнем ожиріння. Після операції, через 12 місяців, середній ІМТ знизився до $33,1 \text{ кг/м}^2$. Це свідчить про значне зниження маси тіла та покращення стану пацієнтів.

2. Індекс апное-гіпноное (ІАГ):

ІАГ, який є критерієм для визначення тяжкості синдрому обструктивного апное сну, також показав істотне покращення. До операції середній ІАГ був 38,2, що вказує на важку форму СНОА. Після проведення метаболічної хірургії, через 12 місяців, ІАГ знизився до 14,1, що означає значне поліпшення дихання під час сну і зниження частоти апное.

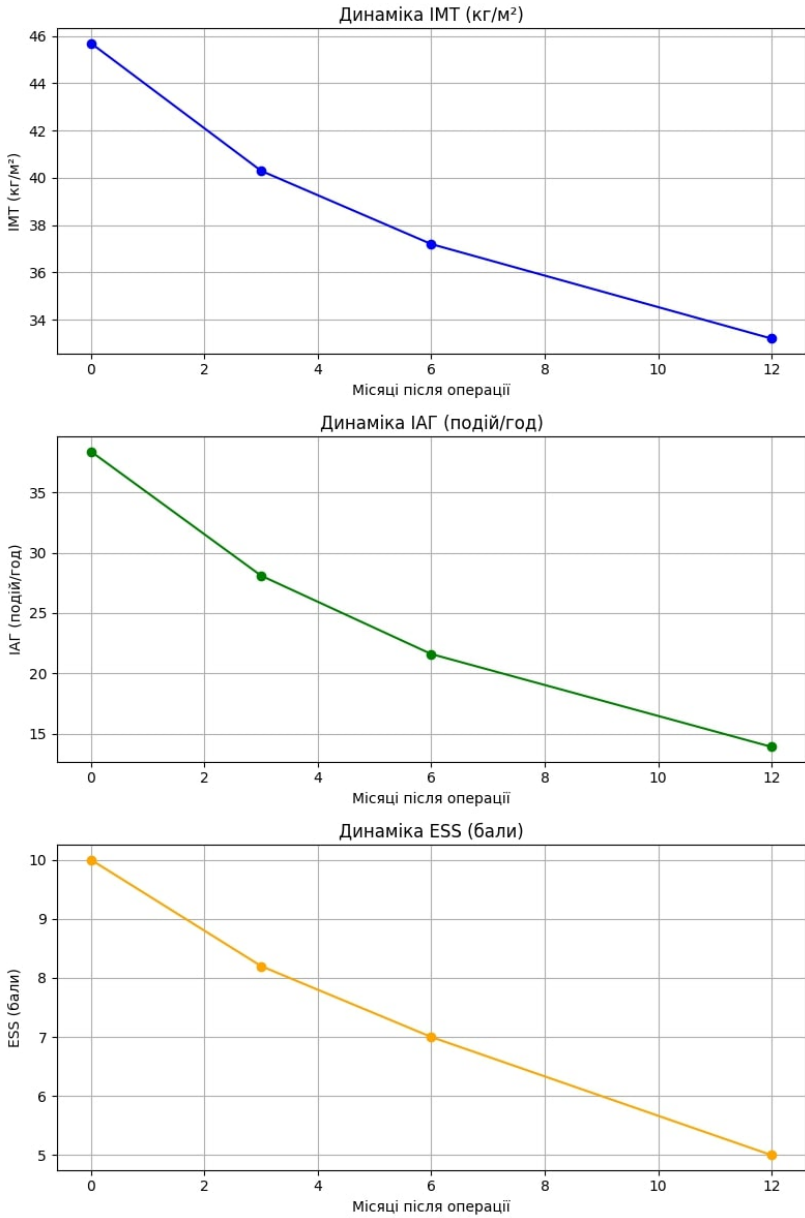
3. Оцінка рівня денної сонливості за шкалою ESS:

Визначення рівня денної сонливості через шкалу оцінки сонної сонливості (ESS) дозволило оцінити покращення якості сну. До операції рівень ESS був 10 (високий рівень сонливості вдень). Після операції, через 12 місяців, рівень ESS знизився до 5, що свідчить про значне зниження симптомів надмірної сонливості та покращення якості сну.

4. Статистична значущість результатів:

Всі зміни показників (ІМТ, ІАГ, ESS) виявились статистично значущими при використанні t-тесту для парних вибірок, що підтверджує ефективність

метаболічної хірургії як лікувального методу у пацієнтів з СНОА та ожирінням.



Зображення №2 – Графіки зміни ІМТ, ІАГ та рівня сонливості у пацієнтів під час дослідження.

Висновки. Бариатрична хірургія є ефективним методом лікування синдрому нічного обструктивного апное у пацієнтів з ожирінням. Зниження індексу маси тіла після операції призводить до значного зменшення тяжкості СНОА, що проявляється у зниженні індексу апное-гіпноное (ІАГ) та покращенні параметрів сну. Через 12 місяців після втручання спостерігається стабільне покращення дихальних функцій під час сну, зниження частоти апное-гіпноное подій, а також значне поліпшення якості сну та зменшення симптомів денної сонливості. Тому включення бариатричної хірургії, як частини мультидисциплінарного підходу до лікування СНОА у пацієнтів з ожирінням, є доцільним та обґрунтованим.

Список використаних джерел

1. <https://empendium.com/ua/chapter/B27.II.3.16>.
2. Nastalek P., Polok K., Celejewska-Wójcik N., Kania A., Śladek K., Małczak P., Major P. Impact of bariatric surgery on obstructive sleep apnea severity and continuous positive airway pressure therapy compliance—Prospective observational study. Sci. Rep. 2021;11:5003. doi:10.1038/s41598-021-84570-6.
3. Vgontzas A.N., Bixler E.O., Chrousos G.P. Sleep apnea is a manifestation of the metabolic syndrome. Sleep Med. Rev. 2005;9:211–224. doi: 10.1016/j.smrv.2005.01.006.
4. Ainge-Allen HWY, Brendon J, Grunstein RR. Obstructive sleep apnea. In: PGC Kopelman, D Ian, WH Dietz, eds. Clinical Obesity in Adults and Children. 4th ed. Wiley-Blackwell; 2022: 192-210. doi:10.1002/9781119695257.
5. Tregear S, Reston J, Schoelles K, Phillips B. Obstructive sleep apnea and risk of motor vehicle crash: systematic review and meta-analysis. J Clin Sleep Med. 2009; 5(6): 573-581. doi:10.5664/jcsm.27662.
6. Finkelstein EA, Khavjou OA, Thompson H, et al. Obesity and severe obesity forecasts through 2030. Am J Prev Med. 2012; 42(6): 563-570. doi:10.1016/j.amepre.2011.10.026.

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЛАБОРАТОРНОЇ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ. СУЧАСНІ ПИТАННЯ ФАРМАЦІЇ: НОВІ ПІДХОДИ

КТ-ХАРАКТЕРИСТИКА РАКУ НИРКИ В ПОЄДНАННІ З АНОМАЛІЯМИ СУДИННОЇ НІЖКИ НИРКИ

Єгор ЛАЗАР

*аспірант кафедри кафедри радіології
НУОЗ України імені П.Л. Шупика*

<https://orcid.org/0009-0009-2453-4828>

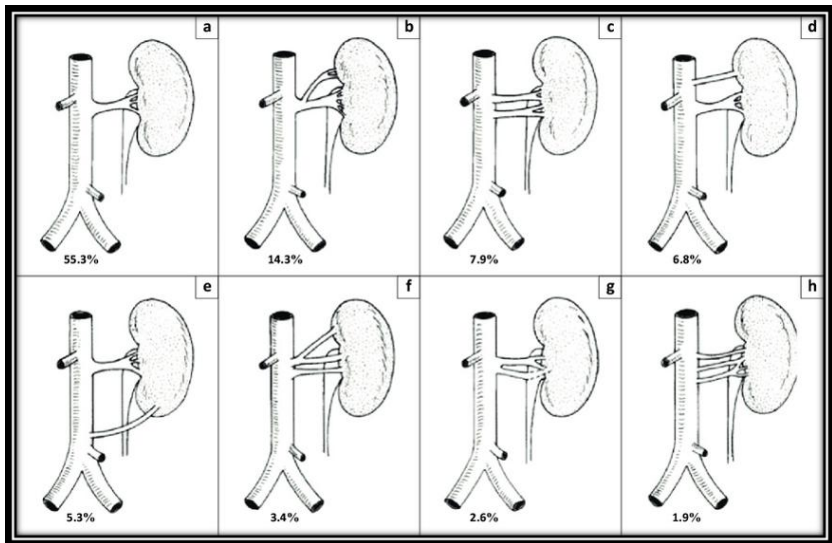
*Науковий керівник: Козаренко Т. М.,
завідуючий кафедри радіології НУОЗ
України імені П.Л. Шупика, доктор
медичних наук, професор*

Анотація. Робота присвячена проблемі ранньої та предикторної діагностики раку нирки, а саме особливостям судинної архітекτονіки ниркової ніжки та ризиком виникнення та можливим стадіюванням нирково-клітинного раку (Renal cell carcinoma – RCC). В тезах розглянута проблема ранньої та предикторної діагностики раку нирки, із урахуванням особливостей судинної архітекτονіки ниркової ніжки та ризиком виникнення та можливим стадіюванням RCC.

Ключові слова. Променева діагностика, комп'ютерна томографія, світлоклітинна карцинома, нирки, судинна архітектоніка.

Вступ. При вирішенні доцільності, та підготовці до оперативного втручання хірурги використовують нефрометричні шкали: N.C.U.I (Nearness, Collateral, Inferior, Upper), PADUA (Preoperative Aspects and Dimensions Used for an Anatomical score), R.E.N.A.L. (radius, exophytic/endophytic, nearness to collecting system or sinus, anterior/posterior and location relative to polar lines), система C-index та D-A-P nephrometry (diameter-axial), кожна з яких має свої особливості, але всі посиляються на дані мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ-дані) про локалізацію пухлини, її розмір та об'єм, визначають складність проведення оперативного втручання, де прогнозують можливість виникнення після оперативних ускладнень. Крім цього, для хірургів дуже важливим фактором є анатомічні варіанти розвитку

ниркової артерії для візуалізації котрих, використовуються МСКТ з в/в контрастуванням. Ось приклади анатомічних варіантів розвитку ниркових артерій як (фото 1): 1 ниркова артерія (а), 1 ниркова артерія з додатковою її гілкою у верхній полюс нирки (b), 2 ниркові артерії (с), 1 ниркова артерія з додатковою гілкою у верхній полюс від черевного відділу аорти (d), 1 ниркова артерії з додатковою її гілкою у нижній полюс нирки (e), 2 ниркові артерії з одною додатковою гілкою у верхній полюс нирки (f), 1 ниркова артерія з передчасною біфуркацією (g) та 3 ниркові артерії (h).



Актуальність. Рак нирки (РН) — відносно нечастий тип злоякісних пухлин, згідно даних Національного канцер-реєстру України (НКРУ) за 2023 рік, на загальну кількість випадків онкологічних захворювань у 122842 (58670 чоловіки, 64172 жінки), припадало 4476 випадків захворювання на рак нирки (2709 чоловіки 1767 жінки), що більше на 20,8% ніж у 2022 році. [1,2]. Згідно даних Національного канцер-реєстру України (НКРУ) за 2023 рік з загальної кількості хворих на рак нирки було проведено 58.5% лише хірургічного лікування, а 9,5% хворих отримало комбіноване або комплексне лікування [1].

Мета роботи. Визначити зв'язок між особливостями раку нирки та варіантами будови судинного пучка нирки для покращення діагностики та хірургічного лікування

Матеріали та методи. На базі КНП КМКОЦ у відділенні променевої діагностики з початку 2025 року нами було обстежено 21 хворого з онкологічним ураженням нирки до початку лікування та проведена якісна та кількісна обробка результатів на базі кафедри радіології НУОЗУ ім. П.Л. Шупика. У нашому обстеженні ми використовували МСКТ-оцінку особливостей судинного пучка нирок та характеристику пухлинних утворень нирок за допомогою в/в контрастного підсилення (препарат «Томогексол») на комп'ютерному томографі «SOMATOM go. Top», виробництва «Siemens Healthcare GmbH», а обробку отриманих даних здійснювалася за допомогою програмно-комп'ютерного забезпечення RadiAnt, сумісного з операційною системою «Windows».

Результати. При обробці даних отриманих при обстеженні 21 хворого з онкологічним ураженням нирки нами була знайдена певна кореляція між особливостями судинної архітектоніки ниркової ніжки та характеристиками пухлинного утворення нирки. А саме: у нирці із злоякісною пухлиною, випадки варіативності судинного русла були виявлені частіше, ніж у «здоровій» нирці; та в ураженій нирці з варіативністю судинної ніжки були більші розміри та більш високий ступінь Фурмана. Подібні результати, з певними відмінностями також описані у статті відділення урології медичного університету міста Шаньсі [3].

Висновки. Наявність додаткової ниркової артерії може впливати на морфометричні характеристики нирки та слугувати потенційним предиктором у ранній діагностиці злоякісних новоутворень нирки. Виявлені відмінності у локалізації та типах росту пухлин, порівняно з даними інших дослідників, ймовірно зумовлені регіональними особливостями розвитку ниркової онкопатології, що потребує подальшого вивчення.

Список використаних джерел

1. Рак в Україні, 2022 - 2023. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. — Київ, 2023.

2. <https://www.clinicaloncology.com.ua/article/32426/suchasni-aspekti-diagnostiki-ta-likuvannya-raku-nirki-ii-iii-stadij>
3. Lv, D., Zhou, H., Cui, F. *et al.* Characterization of renal artery variation in patients with clear cell renal cell carcinoma and the predictive value of accessory renal artery in pathological grading of renal cell carcinoma: a retrospective and observational study. *BMC Cancer* **23**, 274 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12885-023-10756-y>