

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**ДЕРЖАВНА НАУКОВА УСТАНОВА
«ІНСТИТУТ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗМІСТУ ОСВІТИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ВІЙСЬКОВОЇ
(ДЕРЖАВНОЇ) АДМІНІСТРАЦІЇ**

**ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА РАДА
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
«ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»**

Кафедра фундаментальних та суспільних наук

ОСВІТА МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ: РЕАЛІЇ ТА ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

Матеріали
Третьої Всеукраїнської науково-практичної
конференції від 9 жовтня 2025 року



Львів – 2025

ББК 74.480.26

УДК 378:005.6; 378.016

Освіта медичних фахівців: реалії та виклики сьогодення.

Матеріали Третьої Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Львів, 9 жовтня 2025 р.). [Електронне видання]; за редакцією кандидата історичних наук, доцента Світлани Лозинської. Львів: КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», 2025. 137 с.

До збірника тез увійшли матеріали учасників Третьої Всеукраїнської науково-практичної конференції «Освіта медичних фахівців: реалії та виклики сьогодення» для студентів, магістрів, викладачів, молодих науковців та практикуючих медичних сестер / братів.

**Тексти надруковано в авторській редакції.
За зміст, точність наведених фактів і даних
відповідальність несуть автори опублікованих матеріалів.**

*Рекомендовано до друку Вченою радою КЗВО ЛОР “Львівська
медична академія імені Андрея Крупинського”
(Протокол № 4 від 29 жовтня 2025 р.)*

© КЗВО ЛОР «ЛМА ім. А.Крупинського», 2025

© Кафедра ФтаСН, 2025

© Лозинська С.О., 2025

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ

Кривко Ю.Я., доктор медичних наук, професор, академік Національної академії наук вищої освіти України, ректор КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

Стоколос-Ворончук О.О., кандидат філологічних наук, доцент, проректор з наукової роботи КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

Безкоровайна У.Ю., кандидат наук з державного управління, доцент, декан факультету 1 КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

Дуб Н.Є., кандидат наук з державного управління, доцент, декан факультету 2 КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

Фік В.Б., доктор медичних наук, професор, в.о. завідувача кафедри фундаментальних та суспільних наук КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

Лозинська С.О., кандидат історичних наук, доцент, доцент кафедри фундаментальних та суспільних наук КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

Олійник Н.Ю., кандидат політичних наук, доцент, доцент кафедри фундаментальних та суспільних наук КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

Федорик В.М., кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри фундаментальних та суспільних наук КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

Хміляр І.Р., доктор філософії з освітніх, педагогічних наук, викладач кафедри фундаментальних та суспільних наук КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського».

ПЕРЕДМОВА

Освіта в сучасних умовах глобалізації, інтеграції, інформатизації набуває особливого значення, вона – один з найважливіших факторів, що забезпечує кадрову соціальну стабільність та економічне зростання у нашій державі, і тому потребує нових наукових досліджень. Сьогодні участь українських закладів вищої освіти в інтеграційних процесах світового масштабу дозволяє якнайкраще осмислити сучасні тенденції та досягнення вітчизняної освіти у світлі культурно-наукових здобутків інших країн на основі міждисциплінарного підходу в інформаційному просторі.

Актуальною проблемою національних інтересів України є підвищення якості освіти в цілому та професійної освіти зокрема. Вирішення цієї проблеми тісно пов'язано з оптимізацією засобів та технологій організації освітнього процесу, переосмисленням мети та результатів навчання. Такі зміни можна реалізувати через пошук нових моделей освіти, адекватних сучасному типу суспільства та таких, що відповідають новому етапу розвитку європейської цивілізації. Сьогодні в країні відбувається певна зміна державних підходів законодавства у сфері медицини та освіти і, відповідно, коригування державних стандартів підготовки фахівців. Держава та приватні інституції впроваджують нові масштабні плани для розвитку інноваційних методик у навчанні. Українські науковці намагаються творчо поєднати кращий закордонний досвід з власними досягненнями.

Впровадженням у систему медичної освіти новітніх досягнень інноваційного, інтерактивного, симуляційного та дистанційного навчання в складних умовах сьогодення продовжує вдосконалювати Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського». Зокрема, на базі навчального закладу створенно центр симуляційного навчання для покращення якості вищої та післядипломної освіти. З грудня 2018 р. функціонує україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти в Україні». У проєкті беруть участь три медичні університети та три заклади вищої освіти для сестер / братів медичних, серед яких є Львівська медична академія імені Андрея Крупинського.

Уже доброю традицією у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського стало проведення наукових конференцій присвячених актуальним проблемам розвитку освітнього простору в Україні та

пошуку шляхів його удосконалення, обміну досвідом у педагогічній роботі між її практичними учасниками та дослідниками освітньої політики, а також аналізу методик якісної підготовки медичних фахівців у закладах вищої освіти. Так, 27 квітня 2023 р. кафедрою соціально-гуманітарних дисциплін медичної академії було започатковано проведення щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції “Освіта медичних фахівців: реалії та виклики сьогодення”. На першій конференції розглядалися, зокрема, актуальні проблеми викладання клінічних дисциплін у надзвичайних умовах: пандемія, воєнний стан та ін. На Другій Всеукраїнській науково-практичній конференції “Освіта медичних фахівців: реалії та виклики сьогодення” 21 березня 2024 р. розглядалося ряд актуальних проблемних напрямків: інституційні чинники якості медичної освіти; психологічні, педагогічні, організаційні умови підготовки сучасного фахівця-медика; новітні методи викладання соціально-гуманітарних дисциплін у формуванні загальних та професійних компетентностей студента-медика; викладання клінічних дисциплін в умовах воєнного стану; роль фундаментальних дисциплін у процесі формування професійної компетентності студента-медика.

Під час роботи Третьої Всеукраїнської науково-практичної конференції “Освіта медичних фахівців: реалії та виклики сьогодення” 9 жовтня 2025 р. розглядалися такі проблемні напрямки: досвід застосування дистанційного навчання та підготовки студентів-медиків в умовах воєнного стану та прифронтової зони в Україні; фактори, що впливають на рівень компетентності сестер \ братів медичних; міжнародний досвід підготовки медсестринських кадрів; роль громадянської освіти та гуманітарних дисциплін у формуванні свідомого молодого покоління сучасних медиків; особливості реалізації інклюзивної освіти в Україні і перспективи використання штучного інтелекту в медсестринській практиці та ін.

Запропонований кафедрою фундаментальних та суспільних наук (попередня назва – кафедра соціально-гуманітарних дисциплін) Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського, збірник тез містить матеріали учасників Третьої Всеукраїнської науково-практичної конференції **“Освіта медичних фахівців: реалії та виклики сьогодення”**. Їх автори – представники різних інституцій, які здійснюють практичну роботу, науковці та викладачі з багатолітнім педагогічним стажем, досвідчені фахівці особливостей навчально-виховного процесу у вищій школі, а також здобувачі другого (магістерського) рівня вищої освіти.

Сподіваємося, що матеріали цього збірника зацікавлять всіх, хто займається питаннями підготовки кваліфікованих фахівців та виховання високогуманної особистості. Гадаємо, що вони також матимуть практичне застосування у діяльності викладачів-медиків, педагогів, молодих науковців, студентів, магістрів, практикуючих медичних сестер / братів та у проведенні навчальної, практичної й виховної роботи у закладах вищої освіти.

*Андрійчик І., здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Олійник Н.Ю., кандидат політичних наук, доцент,
доцент кафедри фундаментальних та соціальних наук
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів*

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ ТА ДОГЛЯДІ ЗА ПАЦІЄНТАМИ

Штучний інтелект за останні роки переживає стрімке зростання популярності, трансформуючи всі галузі економіки. Штучний інтелект передбачає розробку комп'ютерних систем, які можуть імітувати людський інтелект, охоплюючи такі завдання, як вирішення проблем, розпізнавання образів та прийняття рішень, тому штучний інтелект опинився в центрі уваги завдяки своїм багатогранним можливостям. Його потенціал революціонізувати охорону здоров'я, галузь, нерозривно пов'язану з добробутом людини, є особливо перспективним. Як свідчать сучасні дослідження медсестринство також може отримати значну користь від інтеграції технологій штучного інтелекту [4; 5].

Оскільки популярність штучного інтелекту продовжує зростати в різних секторах, включаючи охорону здоров'я, розуміння його впливу на медсестринську практику та догляд за пацієнтами стає надзвичайно важливим. Тому метою даного дослідження є аналіз можливостей та перспектив використання штучного інтелекту в медсестринській практиці та догляді за пацієнтами.

У контексті медсестринства штучний інтелект є поєднанням передових технологій, що обіцяє переосмислити спосіб надання медичної допомоги. Штучний інтелект у медсестринській справі передбачає використання інструментів, алгоритмів та систем на базі штучного інтелекту для допомоги сестрам/братам медичним у їхніх різноманітних ролях, що охоплюють клінічну допомогу та адміністративні обов'язки. Ці застосування штучного інтелекту охоплюють широкий спектр, включаючи, але не обмежуючись, управління електронними медичними картками, введення ліків та прогнозу аналітику, таку як прогнозування падінь та пролежнів [6].

Однією з основних мотивацій, що стимулюють інтеграцію штучного інтелекту в медсестринську справу, є його потенціал для

підвищення якості догляду за пацієнтами. Адже системи штучного інтелекту здатні швидко обробляти величезні обсяги даних про пацієнтів, що забезпечує своєчасну та точну підтримку клінічних рішень. Наприклад, алгоритми штучного інтелекту можуть переглядати записи пацієнтів, виявляти тенденції, прогнозувати прогресування захворювання та пропонувати персоналізовані плани лікування. Це не тільки зменшує когнітивне навантаження на сестер/братів медичних, але й підвищує точність та ефективність надання медичної допомоги [2]. Крім того, пристрої та датчики на базі штучного інтелекту дозволяють здійснювати безперервний моніторинг пацієнтів, пропонуючи оновлення життєво важливих показників у режимі реального часу та миттєві сповіщення медичним працівникам у випадках відхилень. Такий проактивний підхід до моніторингу пацієнтів може призвести до раннього втручання, що зрештою призведе до покращення результатів лікування пацієнтів. Також, чат-боти та віртуальні асистенти на базі штучного інтелекту можуть взаємодіяти з пацієнтами, відповідаючи на запити та надаючи освітні ресурси, тим самим підвищуючи залученість пацієнтів та їхню медичну грамотність.

Впровадження штучного інтелекту в медсестринство спрямоване не лише на оптимізацію процесів охорони здоров'я, воно також має глибокий вплив на сприяння позитивним результатам лікування пацієнтів [3]. Штучний інтелект відіграє ключову роль у профілактичному догляді, забезпечуючи своєчасне обстеження та втручання для пацієнтів. Завдяки прогнозному моделюванню штучний інтелект може виявляти осіб з ризиком хронічних захворювань або повторної госпіталізації, дозволяючи сестрам/братам медичним відповідно адаптувати втручання та освітню роботу. Крім того, штучний інтелект допомагає сестрам/братам медичним ефективніше керувати своїм робочим навантаженням. Автоматизація рутинних завдань, таких як нагадування про ліки та документування, дозволяє сестрам/братам медичним приділяти більше часу керівництву доглядом за пацієнтами, тим самим сприяючи більш орієнтованому на пацієнта підходу. Таке зміщення фокусу відіграє важливу роль у підвищенні задоволеності пацієнтів та покращенні загального досвіду медичного обслуговування [1].

Сучасне медсестринство, як основа охорони здоров'я, має унікальні можливості для використання потенціалу штучного інтелекту для оптимізації результатів лікування пацієнтів. Проте, для того щоби

інтеграція технологій штучного інтелекту в медсестринську практику та догляд за пацієнтами відбувалась успішно та були сталими:

— заклади охорони здоров'я повинні інвестувати в програми навчання та підготовки фахівців з штучного інтелекту для фахівців з догляду за хворими. Ці програми повинні охоплювати як технічні аспекти штучного інтелекту, так і етичні міркування, пов'язані з його використанням. Безперервне навчання та підвищення кваліфікації матимуть вирішальне значення в міру розвитку технологій штучного інтелекту;

— слід заохочувати міждисциплінарну співпрацю. Розробники штучного інтелекту, адміністратори охорони здоров'я, сестри/брати медичні та пацієнти повинні працювати разом над розробкою систем штучного інтелекту, орієнтованих на пацієнта, зручних для користувача та узгоджених з цілями охорони здоров'я;

— заклади охорони здоров'я повинні застосовувати поетапний підхід до впровадження штучного інтелекту. Ця поступова інтеграція дозволить сестрам/братом медичним ознайомитися зі штучним інтелектом та його перевагами.

Отже, зростаюча інтеграція штучних технологій в догляді за хворими свідчить про зміну парадигми в наданні медичної допомоги. Майбутнє медсестринської допомоги – це динамічне поєднання людського досвіду та штучного інтелекту. Оскільки технології штучного інтелекту продовжують розвиватися, медсестринська наука і практика стоїть на межі ери трансформації. Завдяки ретельному плануванню, навчанню та співпраці штучний інтелект може стати цінним інструментом у руках сестер/братів медичних, що зрештою покращить надання медичної допомоги та результати лікування пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Amjad A., Kordel P., Fernandes G. A review on innovation in healthcare sector (telehealth) through artificial intelligence. *Sustainability*. 2023. № 15 (8).
2. Barrera A., Gee C., Wood A., Gibson O., Bayley D., Geddes J. Introducing artificial intelligence in acute psychiatric inpatient care: qualitative study of its use to conduct nursing observations. *Evidence Based Mental Health*. 2020. № 23 (1). P. 34–38.
3. Kumar P., Sharma S.K., Dutot V. Artificial intelligence (AI)-enabled CRM capability in healthcare: The impact on service innovation. *International Journal of Information Management*. 2023. № 69.

4. O'Connor S., Yan Y., Thilo F.J., Felzmann H., Dowding D., Lee J.J. Artificial intelligence in nursing and midwifery: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2020. № 32 (13–14). P. 2951–2968.
5. Ronquillo C.E., Peltonen L.M., Pruinelli L., Chu C.H., Bakken S., Beduschi A., Topaz M. Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. *Journal of advanced nursing*. 2021. № 77 (9). P. 3707–3717.
6. Toffaha K.M., Simsekler M.C.E., Omar M.A. Leveraging artificial intelligence and decision support systems in hospital-acquired pressure injuries prediction: A comprehensive review. *Artificial Intelligence in Medicine*. 2023. № 141.

Бобко У., здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Безкоровайна У.Ю., кандидат наук з державного управління, доцент,
доцент кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крутинського», м. Львів

СУЧАСНИЙ СТАН І ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Глобальні тенденції до побудови інклюзивного суспільства та інтеграція України в європейський освітній простір визначають необхідність переосмислення традиційних підходів до освіти, зокрема, медичної. Інклюзивна освіта визнається міжнародною спільнотою як фундаментальний принцип, що гарантує рівний доступ до якісних освітніх послуг для всіх категорій здобувачів, незалежно від їхніх індивідуальних особливостей. У контексті медичної освіти це набуває особливого значення, оскільки її кінцевою метою є підготовка висококваліфікованих фахівців, здатних надавати допомогу всім без винятку членам суспільства.

В Україні питання реалізації інклюзивної медичної освіти є відносно новим і перебуває на етапі становлення. Попри законодавче закріплення принципів інклюзії, їх практичне впровадження у вищих медичних закладах освіти стикається з низкою теоретичних і практичних викликів. Це обумовлено як недостатньою розробленістю методичних та організаційних засад, так і існуючими стереотипами, а також обмеженістю матеріально-технічної бази. Необхідність адаптації навчальних програм, створення доступного фізичного та інформаційного середовища, а також підготовка викладацького складу до роботи з різноманітними потребами студентів є ключовими завданнями, що стоять перед сучасною системою медичної освіти.

Дане дослідження спрямоване на всебічний аналіз сучасного стану та виявлення особливостей реалізації інклюзивної медичної освіти в Україні. Вивчення теоретичних засад та емпіричного досвіду дозволить не лише оцінити прогрес, а й окреслити ключові проблеми, що перешкоджають повноцінному впровадженню інклюзії. Це, своєю чергою, сприятиме розробці науково обґрунтованих рекомендацій щодо оптимізації освітнього процесу, що є критично важливим для

формування високопрофесійного медичного кадрового потенціалу, готового працювати в умовах інклюзивного суспільства.

Реалізація принципів інклюзивної освіти в медичних закладах вищої освіти (ЗВО) вимагає глибокого аналізу та розуміння потреб студентів з особливими освітніми потребами (ООП). Забезпечення рівного доступу до якісної освіти для цієї категорії здобувачів є не лише вимогою законодавства, а й етичним імперативом, що сприяє формуванню суспільства рівних можливостей. Аналіз потреб студентів з ООП у медичних ЗВО є багатогранним і охоплює кілька ключових аспектів.

Однією з основних потреб студентів з ООП є адаптація навчальних програм і методик викладання [1; 2]. Це передбачає застосування гнучких підходів, що враховують індивідуальні особливості сприйняття інформації та способи її відтворення. Так, до прикладу, для студентів із порушеннями слуху необхідно забезпечити дублювання навчального матеріалу через субтитри або послуги сурдоперекладача під час лекцій. Студенти з дислексією можуть потребувати додаткового часу на виконання завдань або альтернативних форм оцінювання, наприклад, усних відповідей замість письмових тестів.

Створення доступного фізичного та інформаційного середовища. Інклюзивна освіта неможлива без фізичної доступності академічного простору. Це стосується не лише аудиторій та бібліотек, а й клінічних баз та лабораторій, де відбувається практична підготовка [3]. Для студентів, що використовують крісла колісні, необхідно обладнати пандуси, ліфти, спеціалізовані санітарні кімнати та адаптовані робочі місця. Інформаційна доступність передбачає наявність матеріалів у форматах, придатних для сприйняття студентами з порушеннями зору (наприклад, шрифтом Брайля або аудіо-форматі) [4].

Яким має бути пандус для осіб з інвалідністю на кріслах колісних у ЗВО:

- кут нахилу не більше 8 %;
- ширина при односторонньому русі щонайменше 1,2 м. При двосторонньому – щонайменше 1,8 м.;
- висота одного підйому не більше 0,8 м. Максимальна кількість підйомів – 3. Якщо підйомів більше, рекомендується встановлення підйомника;
- майданчик між підйомами має глибину не менше 1,5 м.;

— вздовж пандусу присутні огорожі та двосторонні поручні, висотою 0,7 м та 0,9 м.;

— поверхня пандуса шорстка, не слизька;

— поверхня пандуса маркована, його початок та кінець виділяється яскравим кольором і запобіжними тактильними обрамленнями.

Норми ДБН свідчать і про інші обов'язкові умови для студентів в кріслах колісних:

— територія закладу має бути пристосована для під'їзду транспорту та мати паркування з наявністю місць для осіб з інвалідністю;

— на території повинні бути передбачені яскраві вивіски та широкі проходи;

— зовнішні пандуси повинні мати зручний та широкий під'їзд до них. Вони повинні знаходитись біля сходів або збоку них;

— двері до закладу освіти повинні відчинятися автоматично та не перешкоджати проїзду людей на інвалідних візках. Ширина однієї ступки повинна дорівнювати 90 см.;

— поріжки до 2 см.;

— ширина проходів та коридорів повинна бути не менше 1,2 м. Меблі та предмети декору не повинні загромождати прохід;

— за наявності кількох поверхів мають бути передбачені внутрішні пандуси та ліфти;

— кабінети повинні бути облаштовані для студентів на кріслах колісних;

— психологічна та соціальна підтримка [7].

Студенти з ООП часто стикаються з психологічним тиском і соціальною ізоляцією. Тому важливо забезпечити комплексну психологічну підтримку, що включає індивідуальні консультації, групові тренінги та сприяння соціальній інтеграції [5]. Академічна психологічна служба може надавати консультації щодо подолання стресу та адаптації до навчального процесу. Також доцільним є створення студентських спільнот, які допомагають адаптуватися до нового середовища та відчувати себе повноцінною частиною академічної спільноти.

Підготовка викладацького складу. Ефективність інклюзивної освіти значною мірою залежить від компетентності викладацького складу [6]. Викладачі повинні володіти знаннями та навичками для роботи з різноманітними потребами студентів, вміти застосовувати інклюзивні педагогічні технології та формувати толерантне ставлення в аудиторії. Організація регулярних семінарів і тренінгів для викла-

дачів з інклюзивних методик навчання, що дозволить їм ефективно адаптувати свої курси.

Таким чином, аналіз потреб студентів з ООП в медичних ЗВО вказує на необхідність системного підходу, що включає адаптацію навчального середовища, психологічну підтримку, підготовку кадрів та законодавче забезпечення. Реалізація цих заходів є запорукою успішної інтеграції та формування висококваліфікованих медичних фахівців, здатних відповідати на виклики сучасного суспільства.

Реалізація інклюзивної освіти як ключового принципу сучасної освітньої політики вимагає не лише законодавчого закріплення, а й системних змін на організаційному та кадровому рівнях. Інклюзивність освітнього процесу залежить від ефективності управлінських рішень та готовності персоналу до роботи з різноманітними потребами здобувачів освіти. Організаційна структура освітнього закладу, спрямована на інклюзію, має бути гнучкою та адаптивною. Це передбачає:

- формування міждисциплінарних команд. Для ефективного супроводу студентів з особливими освітніми потребами (ООП) необхідно створювати команди, до складу яких входять не лише викладачі, а й психологи, соціальні педагоги, лікарі, фахівці з реабілітації та сурдо- або тифлопедагоги;

- адаптація освітніх програм та методик. Навчальні плани повинні передбачати можливість індивідуалізації освітніх траєкторій, використання альтернативних форм навчання та оцінювання. Наприклад, для студентів із порушеннями слуху необхідно забезпечити дублювання інформації через субтитри, а для студентів із порушеннями опорно-рухового апарату – адаптовані лабораторні роботи;

- створення доступного середовища. Фізична та інформаційна доступність є фундаментальною умовою інклюзії. Це включає не лише обладнання пандусів і ліфтів, а й створення спеціалізованих навчальних аудиторій та забезпечення доступу до електронних навчальних ресурсів у форматах, придатних для сприйняття студентами з порушеннями зору.

Ключовим фактором успіху інклюзії є готовність та компетентність педагогічного та адміністративного персоналу. Це вимагає: щоб викладачі та інші працівники освітнього закладу повинні володіти знаннями та навичками для роботи в інклюзивному середовищі. Це передбачає проходження курсів підвищення кваліфікації, семінарів і тренінгів, спрямованих на формування інклюзивної культури,

засвоєння методик диференційованого навчання та психологічної підтримки студентів з ООП. Лідерство на всіх рівнях управління має бути спрямоване на утвердження цінностей інклюзії, толерантності та взаємоповаги. Важливо подолати існуючі стереотипи та упередження щодо осіб з інвалідністю, формуючи в колективі та студентському середовищі свідоме ставлення до різноманітності як до норми. Необхідно розробити та впровадити механізми мотивації для працівників, які активно долучаються до інклюзивного процесу, що стимулюватиме їх до професійного зростання та впровадження інноваційних підходів.

Таким чином, організаційні та кадрові аспекти є взаємопов'язаними та визначальними для успішної реалізації інклюзивної освіти. Системний підхід до їх вирішення дозволить створити середовище, що не лише відповідає нормативним вимогам, а й сприяє повноцінному розкриттю потенціалу кожного студента.

Сучасна освітня парадигма вимагає не лише фізичної, а й інформаційної доступності, що є ключовим для реалізації принципів інклюзії. Цифрові технології є потужним інструментом для подолання бар'єрів в освіті, особливо для студентів з порушеннями слуху та зору, та забезпечують високу якість освітнього процесу.

Для студентів із порушенням слуху цифрові технології допомагають компенсувати відсутність або обмеженість слухового сприйняття. До основних інструментів належать:

- системи автоматичного розпізнавання мовлення та транскрипції (програми, що перетворюють усну мову викладача на текст у режимі реального часу, дозволяють студентам слідкувати за лекцією, незважаючи на слухові обмеження);

- інтерактивні платформи з візуалізацією (застосування графічних елементів, анімації та інтерактивних діаграм у навчальних матеріалах робить абстрактні поняття більш зрозумілими);

- відеоматеріали із субтитрами та сурдоперекладом (забезпечення навчальних відео повними та точними субтитрами є обов'язковим. Використання послуг сурдоперекладача у відеоформаті або онлайн-трансляціях значно підвищує якість сприйняття матеріалу).

Цифрові інструменти для студентів з порушенням зору. Студенти з порушеннями зору потребують інструментів, що конвертують візуальну інформацію в аудіальну або тактильну форму. До таких технологій належать:

— програми-екранні диктори (скринрідери): Це програмне забезпечення озвучує текстову інформацію на екрані, дозволяючи студентам «прослуховувати» навчальні матеріали, електронні книги та веб-сторінки;

— електронні лупи та програми для збільшення зображення: Ці інструменти дозволяють збільшувати текст і графіку на екрані, що є критично важливим для студентів зі слабким зором;

— брайлівські дисплеї та принтери: Ця технологія дозволяє перетворювати електронний текст на тактильну форму, що робить його доступним для сприйняття за допомогою шрифту Брайля;

— аудіо- та мультимедійні ресурси: Надання навчальних матеріалів у форматі подкастів, аудіокниг та аудіоописів візуального контенту є ефективним способом передачі інформації.

Загальні переваги використання цифрових технологій. Використання цифрових технологій в інклюзивній освіті забезпечує:

— навчальні матеріали стають доступними 24/7, що дозволяє студентам навчатися у власному темпі та з урахуванням індивідуальних потреб;

— технології дозволяють створювати індивідуальні освітні траєкторії, що відповідають унікальним потребам кожного студента;

— інтерактивні та мультимедійні засоби роблять навчання більш цікавим та ефективним для всіх студентів.

Таким чином, цифрові технології є не просто допоміжним інструментом, а фундаментальною основою для створення справді інклюзивного освітнього середовища, яке забезпечує рівні можливості для всіх здобувачів.

Аналіз сучасного стану та особливостей реалізації інклюзивної медичної освіти в Україні свідчить про наявність значного прогресу, але разом з тим виявляє низку системних викликів. Законодавчі зміни та міжнародна співпраця створили необхідну нормативно-правову базу для впровадження інклюзії в медичні заклади вищої освіти (ЗВО), що є позитивним кроком. Однак, практична імплементація інклюзивних підходів стикається з серйозними перешкодами, що потребують комплексного вирішення. А саме: недостатня підготовленість викладацького складу до роботи зі студентами з особливими освітніми потребами (ООП) та відсутність гнучких управлінських моделей уповільнюють процес адаптації освітнього середовища. Необхідне створення міждисциплінарних команд супроводу та розробка програм професій-

ного розвитку для педагогів. Обмеженість ресурсів і відсутність належної фізичної та інформаційної доступності в багатьох медичних ЗВО є ключовими бар'єрами, що перешкоджають повноцінній інтеграції студентів з ООП. Попри значний потенціал цифрових інструментів для забезпечення доступності навчального процесу, їхнє використання в медичній освіті ще не є систематичним. Застосування спеціалізованого програмного забезпечення (наприклад, екранних дикторів, систем транскрипції) може значно покращити якість освіти для студентів із порушеннями зору та слуху.

Таким чином, для подальшого розвитку інклюзивної медичної освіти в Україні необхідно перейти від формального закріплення принципів до їхньої повноцінної практичної реалізації. Це вимагає не лише інвестицій у матеріально-технічну базу та цифрові технології, а й формування нової інклюзивної культури в академічному середовищі. Комплексний підхід до вирішення цих проблем дозволить створити середовище, що сприятиме успішній підготовці висококваліфікованих медичних фахівців, здатних працювати в умовах сучасного інклюзивного суспільства.

ЛІТЕРАТУРА

1. Калябіна О.В. Психолого-педагогічні основи інклюзивного навчання. *Інклюзивна освіта*. 2020. № 1 (1). С. 15–20.
2. Шевчук А.О., Богданова Л.В. Забезпечення якості інклюзивної освіти у вищих навчальних закладах. *Проблеми освіти*. 2019. № 94 (1). С. 45–50.
3. Про затвердження Примірного положення про ресурсний центр підтримки інклюзивної освіти: Наказ Міністерства освіти і науки України № 1121 від 08.08.2017 р.
4. Степаненко О.М. Формування інклюзивного освітнього середовища: досвід та перспективи. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Григорія Сковороди*. 2018. № 67 (1). С. 112–117.
5. Гончаренко Л.А., Семко М.В. Психологічний супровід студентів з особливими освітніми потребами. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія: Психологія і педагогіка. 2021. № 2 (33). С. 101–105.
6. Марченко В.В. Підготовка викладачів до роботи в умовах інклюзивного освітнього простору. *Педагогічні науки*. 2020. № 1 (72). С. 34–39.
7. ДБН В.2.2–40:2018. Інклюзивність будівель і споруд.

Бубес С., здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Яремчук О.В., кандидат наук з державного управління,
викладач кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крутинського», м. Львів

ЦИФРОВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ СЕСТРИ / БРАТА МЕДИЧНИХ

Сучасний етап розвитку охорони здоров'я в Україні та світі характеризується активною цифровізацією, що зумовлена потребою підвищення якості медичної допомоги, прозорості управлінських процесів та оптимізації використання ресурсів. У цих умовах електронна медична документація (ЕМД) стає ключовим інструментом трансформації клінічної практики та організації медичних послуг. Її впровадження забезпечує створення єдиного інформаційного простору, у якому всі учасники медичного процесу мають доступ до достовірних і своєчасних даних про стан пацієнта.

Важливе місце у цьому процесі займає середній медичний персонал – медичні сестри та брати, діяльність яких безпосередньо пов'язана із забезпеченням безперервного догляду за пацієнтом, моніторингом його стану та виконанням лікарських призначень. Традиційно саме сестринська документація становила значну частину медичних записів, адже відображала щоденні зміни у перебігу хвороби, реакції на лікування та результати спостережень. Перехід від паперової до електронної форми ведення документації докорінно змінює як характер роботи медичної сестри/брата, так і вимоги до їхніх професійних компетентностей.

Електронні системи охорони здоров'я дають змогу не лише фіксувати медичну інформацію, але й аналізувати її, формувати звіти, здійснювати контроль за дотриманням стандартів лікування та протоколів надання допомоги. Таким чином, медична сестра/брат у процесі ведення ЕМД набуває нових функцій – від організаційно-адміністративних до аналітичних та освітніх. Це розширює їхню професійну роль, робить їх активними учасниками процесів управління якістю та безпекою медичної допомоги.

Окремої уваги потребує питання цифрової грамотності медичного персоналу, яке стає одним із ключових факторів успішного впро-

вадження електронних медичних технологій. Володіння інформаційними системами, уміння користуватися цифровими сервісами та інтегрувати їх у повсякденну практику – це сучасні виклики для медсестринства.

У процесі трансформації системи охорони здоров'я України, одним із ключових пріоритетів є розвиток цифрових компетентностей медичних працівників. Упровадження електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), розвиток телемедицини, застосування мобільних додатків для моніторингу стану здоров'я пацієнтів та використання великих даних вимагають від медичного персоналу нових знань, умінь і навичок.

Електронна система охорони здоров'я (eHealth) в Україні є багатокomпонентною екосистемою, що охоплює інформаційні відносини між усіма суб'єктами медичного середовища. Її впровадження та ефективне функціонування стикається з низкою значних викликів. Ключовою проблемою залишається недостатній рівень цифрової грамотності медичних працівників. Це пов'язано з відсутністю систематичної інтеграції вимог до формування цифрових навичок як у системі базової медичної освіти, так і в програми безперервного професійного розвитку. Такий дисбаланс перешкоджає повноцінному використанню потенціалу електронних систем.

У статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) визначена як інформаційно-комунікаційна система [3]. Вона забезпечує автоматизацію обліку медичних послуг та управління медичною інформацією. Це відбувається шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну електронними даними та документами. ЕСОЗ складається з центральної бази даних та електронних медичних інформаційних систем (МІС). Між цими компонентами забезпечується автоматичний обмін інформацією за допомогою відкритого програмного інтерфейсу (API). Таким чином, законодавча база окреслює структуру та призначення ЕСОЗ, однак її ефективна реалізація безпосередньо залежить від готовності медичного персоналу до роботи з цими технологіями.

Саме тому виникла потреба у створенні рамки цифрової компетентності (Digital Competence Framework) для працівників сфери охорони здоров'я, що узгоджується з європейською моделлю DigComp та враховує національний контекст.

Цифрова компетентність медичного працівника визначається як інтегративна здатність ефективно використовувати інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) у професійній діяльності для забезпечення якісного лікувально-діагностичного процесу, підвищення безпеки пацієнтів та оптимізації управління ресурсами [1]. Вона охоплює когнітивні, технічні та етичні складові, що формують основу професійної готовності до роботи в умовах цифрової медицини.

Рамка цифрової компетентності працівника охорони здоров'я України включає п'ять взаємопов'язаних сфер.

Інформаційна грамотність – здатність ефективно знаходити, аналізувати та інтерпретувати медичну інформацію з цифрових джерел, оцінювати її достовірність та релевантність.

Комунікація та взаємодія – використання цифрових засобів для безпечної комунікації з колегами та пацієнтами, забезпечення конфіденційності та захисту персональних даних.

Створення та управління цифровим контентом – ведення електронної медичної документації, використання програмних рішень для формування звітності, обробки клінічних даних.

Безпека у цифровому середовищі – дотримання принципів кібергігієни, захисту інформації, етичного використання цифрових технологій у клінічній практиці.

Професійний розвиток і проблемне вирішення – застосування цифрових інновацій для підвищення ефективності клінічних рішень, участь у програмах безперервного професійного розвитку з акцентом на цифрову медицину [2].

Формування та впровадження рамки цифрової компетентності дозволяє:

- уніфікувати підходи до підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників;
- інтегрувати цифрову грамотність у стандарти сестринської та лікарської освіти;
- забезпечити відповідність української системи охорони здоров'я європейським вимогам щодо цифровізації медицини;
- сприяти розвитку пацієнт-орієнтованої медицини шляхом впровадження електронних сервісів та цифрових каналів комунікації.

Серед основних викликів впровадження рамки цифрової компетентності в Україні слід відзначити недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, різний рівень

цифрових навичок серед медичного персоналу, а також потребу в систематичному оновленні навчальних програм. Водночас розвиток телемедицини, використання електронних медичних записів, дистанційних платформ для навчання медичних сестер і братів створює перспективні умови для реалізації концепції цифрової компетентності на практиці.

На відміну від аналогічних рамок, розроблених у Латвії, Великій Британії чи країнах Європейського Союзу, які мають чітке фокусування на медичній сфері та охороні здоров'я, а також орієнтуються переважно на конкретні аспекти – захист інформації, пацієнто-орієнтований підхід або вузькопрофільне фахове застосування, в українській Рамці цифрової компетентності використано більш узагальнені формулювання. Такий підхід дозволяє розширити можливості її практичного застосування: у процесі підготовки майбутніх фахівців у закладах медичної освіти, у системі післядипломної підготовки, підвищення кваліфікації та перепідготовки кадрів, а також у сфері самоосвіти медичних працівників. Водночас Рамка є достатньо гнучкою, щоб слугувати основою для здобуття вузькопрофільних цифрових навичок залежно від специфіки професійної діяльності, займаної посади чи особливостей використання інформаційно-комунікаційних технологій у конкретному робочому середовищі.

Разом з тим, порівняно з британською рамкою цифрової компетентності для працівників охорони здоров'я, в українській збережено всі ключові акценти, що стосуються цифрового супроводу лікувально-діагностичного процесу, організації профілактичних заходів, а також впровадження новітніх технологій діагностики й спеціалізованої медичної допомоги. Крім того, до сфери її застосування віднесено управління медичними процесами, освітньо-методичну діяльність, кадрове забезпечення та адміністрування матеріально-технічних ресурсів закладів охорони здоров'я. Таким чином, українська Рамка поєднує універсальність із практичною спрямованістю, що робить її ефективним інструментом у контексті сучасної цифрової трансформації системи охорони здоров'я [4].

<i>Критерій</i>	<i>Україна</i>	<i>Велика Британія (Digital Capabilities Framework for Health and Care)</i>	<i>ЄС (DigComp+ eHealth frameworks)</i>
Фокус	Узагальнені формулювання, орієнтовані на різні рівні освіти та професійної діяльності.	Чітка орієнтація на практичні компетентності працівників NHS (National Health Service).	Орієнтація на громадян і професіоналів, з акцентом на цифрову грамотність і безпеку.
Основна мета	Формування базових і спеціалізованих цифрових навичок для всіх категорій медперсоналу.	Забезпечення високого рівня цифрових навичок для покращення клінічної практики та пацієнтоорієнтованості.	Стандартизація цифрової компетентності на рівні ЄС, інтеграція у сферу охорони здоров'я.
Сфера застосування	Освіта (підготовка, підвищення кваліфікації, перепідготовка, самоосвіта); практика (клініка, адміністрування, управління).	Лікувально-діагностичний процес, профілактика, цифрова взаємодія з пацієнтами, навчання персоналу.	Переважно освітня сфера, цифрова безпека, громадське здоров'я, підтримка інновацій.
Особливості	Гнучкість: поєднання універсальності та можливості вузькопрофільної спеціалізації; охоплює і медичну, і управлінську діяльність.	Конкретність: чіткі компетентності для кожної професійної ролі; високий рівень деталізації.	Інтегрованість: універсальна модель, яка може адаптуватися до різних сфер, зокрема охорони здоров'я.

Підсумовуючи вище сказане, порівнюючи українську Рамку цифрової компетентності працівника охорони здоров'я з аналогічними документами Великої Британії та Європейського Союзу засвідчує як спільні риси, так і суттєві відмінності. Європейська та британська

моделі відзначаються високим рівнем деталізації й орієнтацією на конкретні практичні компетентності у сфері клінічної роботи, захисту даних та пацієнтоорієнтованого підходу. Натомість українська рамка є більш універсальною та гнучкою, що дозволяє адаптувати її як до освітніх програм різних рівнів, так і до практичних завдань у сфері медицини, управління та адміністрування.

Важливим є те, що українська рамка поєднує універсальність із практичною спрямованістю: вона зберігає акценти на цифровому супроводі лікувально-діагностичного процесу, впровадженні новітніх технологій діагностики і лікування, а також управління медичними закладами й підготовці кадрів. Це робить її ефективним інструментом не лише для стандартизації цифрових компетентностей, але й для забезпечення інтеграції України у європейський освітній і медичний простір.

Таким чином, Рамка цифрової компетентності працівника охорони здоров'я України виступає стратегічним інструментом модернізації системи медичної освіти та практики. Вона дозволяє забезпечити підготовку конкурентоспроможних фахівців, здатних працювати в умовах цифрової трансформації медицини, сприяє підвищенню якості медичних послуг та зміцненню довіри пацієнтів до охорони здоров'я.

Отже, цифрова компетентність медичної сестри/брата у веденні електронної документації є актуальним у контексті реформування системи охорони здоров'я, підвищення ефективності менеджменту якості медичної допомоги та забезпечення безпечного середовища для пацієнта. Цей напрям відображає сучасні тенденції розвитку сестринської професії, яка поступово переходить від традиційних клінічних функцій до активної участі в інформаційно-аналітичних та управлінських процесах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ferrari A. Digital Competence in Practice: An Analysis of Frameworks. Luxembourg: JRC-IPTS, 2012. 96 p.
2. European Commission. DigComp 2.2: The Digital Competence Framework for Citizens. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022. 101 p.
3. Цифрова трансформація охорони здоров'я 2020–2025. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2020. 48 с.
4. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO, 2021. 64 p.

*Бутіна Л.І., доктор медичних наук, професор,
професор кафедри акушерства та гінекології
Донецький національний медичний університет, м. Лиман*

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Актуальність проблеми дистанційного навчання пов'язана з тим, що разом із значними перевагами при такому підході до навчання існують і певні складності при застосуванні комп'ютерних технологій. Дистанційне навчання (ДН) – це процес навчання, при якому всі або більша частина навчальних процедур виконуються з використанням сучасних інформаційних і телекомунікаційних технологій при територіальному роз'єднанні викладача та студентів [2, с. 43]. Провідною перевагою застосування ДН полягає в тому, що воно ліквідує обмеження, які обумовлені факторами часу, транспорту, складності які виникають, якщо необхідно для отримання освіти переміщення в інше місто, пов'язані з цим потреби пошуку та сплачування житла, значною адміністративно-організаційною роботою, соціалізацією у новому оточенні, що потребує значних фінансових витрат, а в умовах воєнного стану, який зараз оголошений в країні, ДН дозволяє здобувачам освіти, особливо тим, які знаходяться за кордоном, уникнути небезпеки, яка безпосередньо загрожує їх життю.

Завданням даного дослідження є оцінка проблем і переваг застосування дистанційного навчання на кафедрі акушерства і гінекології у вищому медичному навчальному закладі в умовах воєнного стану, з метою визначення напрямків перспективного розвитку.

Дистанційне навчання зручно і легко вписується у повсякденний розпорядок життя студента, має гнучкий графік занять, навчальні матеріали підготовлені викладачем доступні для використання у режимі онлайн 24 години на добу 7 днів на тиждень, тому студент має можливість вільно обирати час для опанування навчальним матеріалом.

Центральним учасником навчального процесу стає сам студент і він вирішує, як побудувати свій навчальний процес. У студента формується внутрішня мотивація до отримання знань, самодисципліна, уміння раціонально планувати свій час, оцінювати свої слабкі та сильні сторони, ці якості стають вкрай необхідними для успішного

рішення завдань навчального процесу. Дистанційне навчання стимулює розвиток навичок комп'ютерної грамотності і студента, і викладача. Викладач при дистанційному навчанні один з учасників дискусії, який координує процес навчання, грає роль інструктора, який орієнтує студента в інформаційному просторі [1].

Але існують і певні недоліки дистанційного навчання:

- розробка та підготовка якісних навчально-методичних комплексів займає величезну кількість часу, фінансових витрат, технічних ресурсів;

- рівень знань студентів при дистанційному навчанні все ж нижче ніж тих, хто навчається очно (пов'язано з відсутністю постійного контролю за тими, хто навчається);

- відсутність практичних навичок – це величезний мінус для студентів медиків;

- необхідність регулярної наявності комп'ютера та високошвидкісного Інтернету.

Незважаючи на всі недоліки дистанційне навчання достатньо ефективний спосіб проводити навчальний процес у вищих медичних навчальних закладах в умовах воєнного стану, саме для тих студентів, які за сімейними обставинами не можуть навчатися безпосередньо у навчальному закладі. Ми проаналізували наш досвід застосування дистанційного навчання в умовах воєнного стану на кафедрі акушерства та гінекології вищого медичного навчального закладу, з метою встановлення провідних переваг і проблем, що виникають, для того, щоб надалі окреслити напрямки подолання цих складностей і сприяти розвитку і підвищенню ефективності дистанційної форми навчання.

Навчальний процес на кафедрі акушерства та гінекології склався з подачі лекційного матеріалу в режимі відеоконференції у вигляді презентації на весь екран комп'ютера, з обговоренням запитань, які виникали у тих, хто навчається. Презентації лекцій також викладались і у класі, для того, щоб здобувачу освіти було зручно самостійно опрацювати навчальний матеріал. Практичні заняття проходили також у режимі відеоконференції з опитуванням матеріалу за темою заняття, з його обговоренням та дискусією. Наприкінці заняття особи, що проходили навчання вирішували тестові завдання за темою заняття, які викладач заздалегідь викладав у класі. Крім того у класі викладались навчальні матеріали у вигляді методичних рекомендацій для підготовки до практичних занять, силабусів, які були затверджені

Вченою радою університету, нормативні документи МОЗ України за темою занять, відеоматеріали з методикою оволодіння практичними навичками за темою заняття.

Крім того проводилась незалежна статистична обробка оцінювання знань осіб, що навчаються, яка містить підрахунок відсотків правильних та помилкових відповідей, встановлювались помилкові відповіді, що зустрічаються найчастіше, це допомогло викладачеві встановити напрямок зосередження уваги осіб, що навчаються на певному навчальному матеріалі, окреслити перелік організаційних дій для подальшого покращання викладання та засвоєння навчального матеріалу.

У дистанційному форматі для деяких, студентів 6-го курсу, які знаходились за кордоном і не мали змогу долучитися безпосередньо, на кафедрі акушерства та гінекології був організований та проведений другий етап єдиного державного кваліфікаційного іспиту у формі об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту (ОСП(К)І), що дало їм можливість отримати диплом про вищу освіту.

Майже половина студентів 4–5-го курсів мали змогу пройти лікарську виробничу практику у дистанційному форматі і опанувати знання, щодо виконання необхідних практичних навичок, надання лікарської невідкладної допомоги при загрозливих невідкладних станах в акушерстві і гінекології.

Проводились практичні заняття у режимі відеоконференції з опитуванням алгоритмів виконання необхідних практичних навичок, теоретичного матеріалу за темою заняття, з його обговоренням і дискусією. Наприкінці заняття особи, які проходили практику вирішували тестові завдання на визначення тактики лікування та надання невідкладної допомоги при невідкладних станах в акушерстві та гінекології за темою заняття, які викладач заздалегідь викладав у класі. Крім того у класі викладалися навчальні матеріали у вигляді опису алгоритмів виконання необхідних практичних навичок з наданням посилання на відео з демонстрацією виконання певної практичної навички, лекційний матеріал, необхідний для опанування теоретичними знаннями, завдання у вигляді клінічних задач для відпрацювання тактики застосування практичних навичок і оцінки результатів їх виконання.

Таким чином, дистанційне навчання використовує сучасні інформаційні технології, що дозволяє на високому рівні організувати нав-

чальний процес для людей, які у екстремальних умовах воєнного стану знаходяться на відстані від викладача та місця навчання, але одночасно, це потребує глибоких знань сучасних інноваційних технологій, для викладача пов'язане зі змінами методів побудування навчального процесу, оцінки результатів навчання, забезпечення якості навчання. Дистанційне навчання збільшує значущість і роль викладача, робить його наставником, який координує пізнавальний процес, постійно удосконалює методологію та методи організації навчального процесу та творчої активності.

Дистанційна форма навчання економічно ефективна і дозволяє повністю задовольнити потреби осіб, які навчаються, але через воєнний стан не можуть безпосередньо долучитися до навчального процесу. Використання електронних навчальних систем з засобами візуалізації сприяє успішному сприйняттю та засвоєнню навчального матеріалу, дозволяє проникнути у глибину явищ, які вивчаються.

Застосування в умовах воєнного стану дистанційного навчання на кафедрі акушерства та гінекології вищого медичного навчального закладу забезпечує ефективну професійну підготовку спеціалістів і дозволяє уникнути безпосередньої загрози їх життю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Деякі питання організації дистанційного навчання: Наказ Міністерства освіти і науки України від 08.09.2020 р. *Офіційний вісник України*. 2020. № 81. С. 415–421.
2. Пиминов А.Ф., Якущенко В.А. Шульга Л.И., Нартон П.В., Ролик С.Н., Губченко Т.Д. Реалии и перспективы дистанционной формы обучения в последипломной подготовке специалистов фармации и медицины в Украине. *Здоровье и образование в XXI веке: электронный научно-образовательный вестник*. 2014. № 16 (12). С. 43–48.

*Галас У.-О., здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Дуб Н.Є., кандидат наук з державного управління, доцент,
доцент кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів*

ЕТИЧНІ ТА КОМУНІКАТИВНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПРИ СУПРОВОДІ ПАЦІЄНТІВ ПРОГРАМИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

У сучасному світі роль медичної сестри в екстракорпоральному заплідненні (ЕКЗ) виходить за межі традиційних обов'язків. Вона стає не лише технічним асистентом, а й важливим учасником команди, яка забезпечує пацієнтам психологічну підтримку, інформування та етичну супровідність, а це вимагає від медсестер високого рівня етичних та комунікативних компетентностей [1].

ЕКЗ – складний і емоційно напружений процес, який включає гормональну стимуляцію, забір яйцеклітин, лабораторні маніпуляції та ембріотрансфер [2]. Пацієнти часто переживають стрес, тривогу, сумніви стосовно результату та етичні питання щодо використання донорських матеріалів або заморожених ембріонів. Медична сестра повинна бути здатною надавати емоційну підтримку, чітко пояснювати етапи лікування і допомагати пацієнтам орієнтуватися в етичних дилемах.

Відсутність належної комунікації та етичної підтримки може призвести до зниження довіри до закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), емоційного вигорання пацієнтів та навіть відмови від лікування. Тому важливо розвивати в медичних сестер компетентності, які дозволяють ефективно взаємодіяти з пацієнтами, враховуючи їхні емоційні та етичні потреби.

У зв'язку з цим постає необхідність інтеграції етичних та комунікативних компетентностей у професійну підготовку медичних сестер, що, відповідно, дозволить підвищити якість медичного обслуговування та підтримати пацієнтів на всіх етапах програми ЕКЗ.

Метою дослідження є визначення й систематизація етичних та комунікативних компетентностей медичної сестри, необхідних для ефективного супроводу пацієнтів програм екстракорпорального запліднення, а також оцінка їхнього впливу на якість медичної допомоги, емоційний стан пацієнтів та довіру до ЗОЗ.

Аналіз етичних та комунікативних компетентностей медичних сестер, залучених до програм ЕКЗ, показав, що їхній рівень безпосередньо впливає на якість надання медичних послуг, психологічний стан пацієнтів та загальне задоволення від лікування.

Зокрема, А. Могі та ін. [3] довели, що програма навчання й медичного супроводу, розроблена за участю фахівця з репродуктивної медицини та медичної сестри, позитивно впливає на якість життя жінок, які проходять лікування від безпліддя. Пацієнтки, які брали участь у такій програмі, мали вищі показники якості життя та нижчі витрати на досягнення вагітності порівняно з контрольною групою. Інші вчені – F. Mo, X. Hu, Q. Ma та L. Xing [4] зазначають, що медсестри, які пройшли спеціалізоване навчання з ЕКЗ, демонструють високий рівень клінічної наративної компетентності та гуманістичної турботи. Особливо високі показники були зафіксовані у медичних сестер із вищими професійними званнями, що свідчить про важливість досвіду та безперервного професійного розвитку у формуванні цих компетентностей.

Дослідження також показують, що пацієнтки, які отримували підтримку від медичних сестер із високим рівнем комунікативних навичок, відзначали менший рівень тривожності, кращу інформованість про лікувальний процес та більш позитивне ставлення до ЗОЗ. Це свідчить про безпосередній вплив комунікативних компетентностей на психологічний комфорт пацієнтів [5].

Крім того, спостерігається тісний взаємозв'язок між рівнем етичної компетентності медичних сестер та довірою пацієнтів. Пацієнти, які відчували, що їхні етичні та особистісні межі поважають, демонстрували більшу готовність дотримуватися лікувальних рекомендацій та повторно звертатися за медичною допомогою. Так, у центрах лікування безпліддя після спеціалізованого навчання медсестер комунікативним навичкам рівень задоволеності пацієнток підвищився на 35 %, а емоційний стан жінок покращився: рівень тривожності та стресу знизився на 25 % порівняно з контрольними групами, які не отримували такої підтримки [6]. Застосування емпатійного підходу медсестер дозволяло знизити стрес пацієнтів на 30 %, а ефективність комунікації зросла на 40 %, що позитивно впливало на взаєморозуміння та довіру до закладу охорони здоров'я [7]. Виявлено, що інтеграція міждисциплінарного підходу в команду ЕКЗ (включаючи лікарів, ембрі-

ологів, психологів) покращує комунікацію і координацію дій, що позитивно впливає на ефективність процедур та задоволення пацієнтів.

Як бачимо, інвестування в навчання та професійний розвиток медичних сестер сприяє покращенню якості медичних послуг, підвищенню задоволення пацієнтів й зниженню рівня стресу серед пацієнтів, що є критично важливим у високостресових програмах ЕКЗ, де емоційна підтримка та ефективна комунікація мають вирішальне значення для успіху лікування.

Отже, результати дослідження підтверджують, що розвиток етичних та комунікативних компетентностей медичних сестер є важливим для ефективного супроводу пацієнтів програм ЕКЗ, і включає в себе не лише технічні навички, а й здатність до емпатії, уважного слухання та надання чіткої та зрозумілої інформації. Інвестування в навчання та професійний розвиток медичних сестер сприяє покращенню якості медичних послуг, підвищенню задоволення пацієнтів та зниженню рівня стресу серед пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Головачук М.І. Комунікативна культура студентів фахових медичних коледжів: адаптація світових практик. *Актуальні питання у сучасній науці*. Серія: Державне управління. 2024. № 3 (21). С. 212–222. URL: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3\(21\)-212-222](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-3(21)-212-222)
2. ЕКЗ: що це і в яких випадках підійде? URL: <https://litaclinic.com/articles/ekz-shho-cze-i-v-yakih-vipadkah-pidijde/>
3. Mori A., Nishii O., Takai Y., Momoeda M., Kamisawa E., Shimizu K., Nozawa M., Takemura Y. & Fujimoto A. Influence of a patient education and care program on women undergoing non-assisted reproductive technology fertility treatment. *Reproductive medicine and biology*. 2021. Vol. 20 (4). P. 513–523. URL: <https://doi.org/10.1002/rmb2.12406>
4. Mo F., Hu X., Ma Q. et al. Clinical narrative competence and humanistic careability of nurses in assisted reproductive technology: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2024. Vol. 23. P. 119. URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01791-6>
5. Li W., Honggui W., Hong P. & Hong L. Factors that affect career success of nurses who practice in assisted reproductive technology. Factores determinantes del éxito en la carrera de enfermeras actuantes en tecnología de reproducción asistida. *Revista latino-americana de enfermería*. 2023. Vol. 31. Article e3926. URL: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6388.3926>

6. Chausheva N. & Ozdal M.A. The impact of IVF patients' characteristics on the satisfaction and quality-of-life with assisted treatment: A mixed method approach. *Medicine*. 2024. Vol. 103 (29). Article e38682.
7. Alanazi Ziyad Bader H et. al. The Role of Nurses in Fertility Treatment Support. *Letters in High Energy Physics*. 2023. Vol. 2. URL: <https://lettersinhighenergyphysics.com/index.php/LHEP/article/view/905/579>

*Гвоздецька Г.С., завідувачка сестринським відділенням
Біцька І.В., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри абдомінальної та невідкладної хірургії
Івано-Франківський національний
медичний університет, м. Івано-Франківськ*

ОСКІ БЕЗ КОРДОНІВ: ДОСВІД ВАРШАВСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ У ПІДГОТОВЦІ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ КАДРІВ

Сучасні умови реформування системи охорони здоров'я, воєнний стан та курс України на інтеграцію до європейського простору зумовлюють потребу у підготовці медичних кадрів, зокрема й медичних сестер та братів, відповідно до міжнародних освітніх стандартів [1, с. 170; 3, с. 54–58].

Метою дослідження є висвітлення досвіду організації іспиту у форматі (ОСКІ) з дисципліни «Пропедевтика медсестринства» для студентів першого курсу бакалаврського рівня спеціальності «Медсестринство» у Варшавському медичному університеті. Ми вважаємо, що цей довід є важливим і цікавим для учасників освітнього процесу при організації і проведенні проміжних, підсумкових контролів, атестації випускників.

Під час дослідження проаналізовано сценарії, чеклісти ОСКІ, екзаменаційний листок студента, завдання для теоретичного завдання устаткування кімнат навчально-тренінгового центру, методики проведення, особливості комунікації між викладачем і студентом, розподіл ролей при відпрацюванні сценарію [4, с. 51–55].

У формі ОСКІ у Варшавському медичному університеті проводяться ключові фахові іспити (пропедевтика медсестринства, внутрішня медицина та медсестринство у внутрішній медицині, педіатрія та медсестринство у педіатрії, хірургія та медсестринство у хірургії, акушерство і гінекологія та медсестринство в акушерстві і гінекології, психіатрія та медсестринство в психіатрії, невідкладні стани у медсестринській практиці).

Іспит складався з п'яти станцій, розташованих у двох аудиторіях. На кожній із них студенти виконували окреме практичне завдання, що відображало набуті під час навчання навички. Дві станції були спрямовані на асептичні маніпуляції, ще дві – на неасептичні, а

також одна включала розрахунок дозування лікарських засобів. Учасники самостійно готували необхідне оснащення, використовуючи обладнану робочу зону. Оцінювання проводилося за спеціально створеними чек-листами відповідно до сучасних стандартів надання медичної допомоги. Серед завдань неасептичного блоку були: встановлення назогастрального зонда для ентерального харчування, промивання шлунку товстим зондом, введення газовідвідної трубки чи проведення очисної клізми. Асептичні станції передбачали відпрацювання підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій, взяття венозної крові за допомогою вакутайнера або встановлення периферичного катетера з подальшим внутрішньовенним введенням препарату. Поряд із практично-орієнтованими сценаріями, на іспиті студенти розв'язували завдання, які полягали у вирахуванні дози препарату, яку необхідно ввести пацієнту, враховуючи ступінь розведення, нестандартне дозування: антибіотики, інсулін, препарати для інфузомату та швидкість введення. Вид завдання студент отримував рамдомним способом і оцінювався окремо. Тривалість виконання завдання також 15 хвилин. Особливістю організації іспиту було виділення критичних елементів у чеклістах, невиконання яких автоматично призводило до негативної оцінки [2, с. 23–29; 5, с. 16–32]. Це підсилювало дисципліну та відповідальність студентів. Відведений час (5 хвилин – на підготовку, 10 – на виконання) давав можливість продемонструвати повний цикл маніпуляції – від підготовки робочого місця до утилізації матеріалів. Методика передбачала використання манекенів і «стандартизованого пацієнта», роль якого виконував викладач-екзаменатор. Це дозволило оцінити не тільки технічні вміння, а й комунікативні навички: пояснення процедури, отримання згоди, інтерпретацію клінічної ситуації та корекцію дій у разі протипоказань. Завдяки цьому здобувачі з перших курсів стикалися із завданнями підвищеної складності, що сприяло розвитку клінічного мислення.

Починається робота студента на станції із етапу підготовки до відпрацювання сценарію. В кімнаті навчально-тренінгового центру на одному загальному столі розташоване різноманітне обладнання, з якого студент повинен чітко вибрати на окремий столик те, що йому необхідне для виконання процедури згідно отриманого завдання. На столик візочка студент відбирає також засоби дезінфекції, індивідуального захисту, засоби для утилізації використаного обладнання, що дозволяє добитися максимальної реалістичності у відпрацювання сце-

нарію. Правильність зібраного обладнання для проведення маніпуляції оцінюється окремими пунктами в чек-листі. Індивідуальним робочим столиком студент під'їжджає до «пацієнта» і починає з ним комунікацію, при цьому роль стандартизованого пацієнта виконує викладач, який екзамнує студента. Цей спосіб дозволяє не залучати стандартизованого пацієнта для комунікації. На спинці ліжка на якому знаходиться манекен, розміщена табличка, де вказано особисті дані пацієнта, і завданням студента є не тільки уточнити прізвище, ім'я, по батькові у пацієнта, але перевірити чи дані співпадають з записом на табличці (окремий пункт в чек-листі). Якщо згідно з сценарієм пацієнт без свідомості, то запис на приліжковій табличці є єдиним джерелом інформації про пацієнта, якому буде поводитись процедура. Студент повинен встановити контакт з пацієнтом, пояснити мету і суть процедури, що проводиться, отримати згоду на проведення процедури, отримати згоду на зміну положення тіла, висоти стояння спинки ліжка, отримати дозвіл на зняття ковдри і оголення частини тіла, де буде проводитися ін'єкція, пояснити, що можуть бути неприємні відчуття під час виконання процедури, пояснити як поводитись після проведеної ін'єкції: не терти місце ін'єкції руками, наприклад. В деяких завданнях передбачено зміну місця ін'єкції (студент оголює стегно і бачить там інфіковану рану). Студент повинен знати, що проведення ін'єкції в такому місці протипоказане, повідомити пацієнта, що місце ін'єкції необхідно змінити, на приклад в плече. Після виконання завдання студент проставляє дату і підпис у листку із завданням, який він отримав на початку роботи.

Чек-лист містить 30 пунктів. В кожному із сценаріїв виділяють критично важливі завдання, які прописані у чек-листі іншим шрифтом. Їх кількість не регламентована і залежить від виду завдання. Згідно з правилами, невиконання хоч одного з них, автоматично призводить до негативного результату. Це дозволяє оптимізувати оцінювання знань на кожній із станцій. З метою економії не роздруковують чек-лист на кожного студента, а лише листок з нумерацією, де відмічають бал за кожне завдання, а після підрахунку отриманий бал вносять в індивідуальний екзаменаційний лист. Після відпрацювання сценарію обов'язково проводиться короткий дебрифінг, на якому викладач повідомляє отриманий бал, і пояснює чому саме такий бал, що було зроблено добре, а що потрібно покращити, або чому студент отримав негативний результат.

Аналіз результатів іспиту показав, що більшість учасників впо- ралися з завданнями, хоча частина мала труднощі з правильним під- бором інструментів, дотриманням правил асептики та точністю фарма- кологічних розрахунків. Це підкреслює необхідність проведення до- даткових тренінгів перед ОСКІ.

Отже, впровадження ОСКІ для студентів-медсестер/братів забез- печує прозорість та об'єктивність оцінювання, стимулює формування інтегрованих професійних компетентностей – технічних, комунікатив- них та когнітивних – і відповідає вимогам сучасних міжнародних стандартів підготовки медичних сестер/братів.

Проведення підсумкового модульного контролю з ключових ос- вітніх компонентів у вигляді ОСКІ покращує якість знань і сприяє кращому засвоєнню навчального матеріалу, а також є суттєвою підго- товкою до практичної діяльності.

Відпрацювання практичних навичок у вигляді сценарію дозво- ляє розвивати у студентів не тільки технічні, але і комунікативні та когнітивні навички, а поділ сценарію на етап підготовки та етап вико- нання дозволяє зробити іспит ще більш об'єктивним і структурова- ним, та практично-орієнтованим. Висока реалістичність у відпрацю- ванні сценаріїв, що досягається максимальним матеріально-технічним забезпеченням не тільки виконання самої процедури, але і на етапі підготовки, та на етапі утилізації використаного обладнання.

Виділення критичних завдань у чек-листі дозволяє удосконали- ти оцінювання рівня знань студентів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Avraham R., Sulkes J., Ben-Sasson M. Effectiveness of a virtual program for OSCE preparation during COVID-19: a descriptive and repeat ed cross- sectional study among nursing students. *BMC Nursing*. 2023. Vol. 22. P. 170.
2. Guerrero J.G., Rojas D., Palacios E., Amaya A., López A., González M. Raters and examinee estraining for objective structured clinical examination: comparing the effectiveness of three instructional methodologies. *BMC Nursing*. 2024. Vol. 23. P. 500.
3. Hosseini F.A., Rajabi M., Amiri R., Arab M., Jafari M. Exploring the challenges and needs of nursing student sinrelation to OSCE examstress: a qualitative study. *PLoSOne*. 2025. Vol. 20 (7).
4. Elshama S.S. How to design and applyan Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in medical education? *Iberoamerican Journal of Medicine*. 2021. Vol. 3 (1). P. 51–55.

5. Raziani Y., Nia H.S., Cheraghi M.A., Nasiri M. Nursing students' experiences with the objective structured clinical examination (OSCE): a qualitative study. *Nurse Education in Practice*. 2022. P. 64.

*Германович Г.О., кандидат філологічних наук, доцент,
доцент кафедри фундаментальних та соціальних наук
Пукаляк Л.Т., викладач циклової комісії загальноосвітніх дисциплін
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів*

ВИВЧЕННЯ ДИСЦИПЛІНИ «УКРАЇНСЬКА МОВА (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ)» У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Вивчення української мови є однією з основних вимог студентів-медиків. Спілкування – складова вивчення української мови для студентів медичних спеціальностей, адже процес комунікації надає можливість інтегруватися в суспільстві, в якому живеш, володіти достатнім словниковим запасом, розвивати мислення відповідно до обставин. Уміння комунікувати є важливе не лише в діяльності пересічної людини, а й медичного працівника, адже йому потрібно уважно вислухати і зрозуміти пацієнта, правильно дати рекомендації й навіть підтримати. «Фахове мовлення, зокрема й медичне, – це частина загальнонаціональної мови. Сама ж медицина – з усіма її формами й засобами вираження та застосування у суспільстві – це невід’ємна частина національної культури, а, отже, вона вбирає в себе і мову, і численні традиції, взаємодіє з іншими галузями науки. Оскільки в Україні медицина – одна з найпоширеніших професій, то функціонування і вивчення фахового мовлення медиків – одна з найбільш актуальних проблем мовознавства» [4].

Проблему вивчення української мови (за професійним спрямуванням) досліджували такі науковці: Л. Глазунська, О. Гридчук, Н. Захлюпана, І. Клименко, І. Козинець, І. Кочан, Ю. Кульбабська, Л. Пироженко, О. Пометун, О. Січкарук, С. Шевчук та ін.

Для того, щоб зацікавити студентів до вивчення української мови (за професійним спрямуванням) потрібно:

— правильно обирати рівень навантаження: заняття мають бути не надто легкими, оскільки для здобувачів вищої освіти вони можуть видатися нецікавими та перенавантаженими, які викликатимуть стрес, нерозуміння;

— систематично вивчати будь-яку мову, зокрема й українську, що є ефективним;

— постійно мотивувати й зацікавлювати здобувачів вищої освіти, наголошувати на значущості мови у всіх сферах, не підганяти з виконанням завдань, підкреслювати й звертати увагу на те, що вдасться найкраще;

— для того, щоб студенти добре засвоїли поданий матеріал, викладач має говорити з нормальною швидкістю й уникати зайвих слів;

— поступово збільшувати ступінь складності: завдання мають бути пов'язаними між собою, одне має ніби витікати з іншого (наприклад, спочатку говоримо про терміни, що вживаються в повсякденному житті (кров'яний), далі – про ті, що вживаються в науковій літературі (гемічний), про їхню взаємозаміну);

— необхідно комбінувати завдання, адже хтось краще сприймає матеріал на слух, хтось – у процесі руху (наприклад, щось записавши), хтось запам'ятовує тільки побачене;

— застосовувати мультимедіа.

Для того, щоб досягнути результатів у викладанні української мови (за професійним спрямуванням), слід зважати і на принципи навчання та методи. Визначальними є ключові поняття, принцип, підхід, метод, прийом, зміст.

Принципи навчання – це основні, вихідні положення, що зумовлюють особливості викладання української мови (за професійним спрямуванням). Загальні лінгводидактичні принципи навчання – свідомість, наочність, науковість, системність, доступність, активність, креативність, колективність.

Прийомами навчання називають конкретні дії та операції викладача безпосередньо в процесі навчання, тобто спосіб пояснення навчального матеріалу, зокрема це опис, порівняння, зіставлення, семантизування та ін.

Термін «*підхід*» об'єднує сукупність понять на позначення «системної організації процесу передавання та засвоєння знань, що об'єднує всіх суб'єктів навчання – викладача і студента» [3, с. 173].

Метод (від грец. *metodos* «шлях дослідження, пізнання») – «система правил і прийомів підходу до вивчення явищ і закономірностей природи, суспільства і мислення; шлях, спосіб досягнення певних результатів у пізнанні і практиці, тобто спосіб організації теоретичного і практичного освоєння дійсності» [1]. Як зауважує О. Туркевич, методична терміносистема об'єднує кілька тематичних класів

термінів з методики викладання української мови: а) власне методичні; б) лінгвістичні; в) психолого-методичні; г) соціокультурні.

Для кращого засвоєння матеріалу студентами-медиками складено відповідні завдання, які, за О. Туркевич, об'єднано в такі групи: 1) за способом виконання: усні та письмові; 2) за призначенням: тренувальні, контрольні; 3) за місцем виконання: аудиторні та домашні; 4) за способом виконання: індивідуальні, парні, групові; 5) за мовними рівнями: фонетичні / лексичні / граматичні / синтаксичні; 6) за способом виконання: вправи за зразком, конструктивні, творчі; 7) за належністю до виду мовленнєвої діяльності: вправи для аудіювання, читання, письма, говоріння; 8) за розміщенням щодо тексту: дотекстові, притекстові, післятекстові; 9) за наявністю моделей та відповідей: інструкція, зразок, коментар, ключ до вправи, відповідь до вправи; 10) за призначенням: контрольні й тренувальні завдання та ін.

Для більш ефективного викладу й засвоєння матеріалу вважаємо, що викладач повинен поєднувати на практиці традиційні та інноваційні методологічні підходи, які покращують результат освітнього процесу й рівень знань студентів, Інтернет-технології допомагають студентам самостійно опрацювати та вивчати новий матеріал. Серед інноваційних методів застосовуємо такі: 1) інтерактивні методи (створення на занятті невимушеного спілкування студентів та викладача або студентів між собою, творче моделювання певних ситуацій, виконання невеликого проєкту, рольові ігри, інтерв'ювання, «мозковий штурм», «дерево рішень», «акваріум», «кейсметод» тощо); 2) використання нових технічних засобів навчання – комп'ютерних та мультимедійних, мережі інтернет (доцільні для контролю знань, зберігання й застосування навчальних лексичних матеріалів, підготування проєктів чи презентацій про країну тощо); 3) позааудиторне ситуативно-тематичне вивчення мови (засвоєння лексики й граматики в різних сферах офіційного та побутового спілкування) тощо.

Використання інтерактивних особистісно-орієнтованих методів навчання під час вивчення української мови (за професійним спрямуванням) сприяє розвитку комунікативних навичок студентів у професійній та офіційно-діловій сферах, активізує їхній пізнавальний інтерес. Інтерактивні методи навчання заохочують студентів до активної участі в різних комунікативних ситуаціях не лише побутового, а й професійного життя, уможлиблюють поглиблення знань та навичок у практичній діяльності [2, с. 98].

Отже, завдання викладача – змотивувати студента та вдало пояснити, якою важливою є українська мова для фахового вивчення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кочерган М.П. Загальне мовознавство. Київ: Академія. 2006.
2. Поздрань Ю.В., Зозуля І.Є., Франчук Н.Л. Сучасні тенденції в методиці викладання української мови за професійним спрямуванням. *Закарпатські філологічні студії*. 2020. Вип. 13 (1). С. 94–98.
3. Строганова Г. Концептуальні підходи до засвоєння української мови іноземними студентами. *Теорія і практика викладання української мови як іноземної*. 2008. Вип. 3. С. 173–179.
4. Шутак Л.Б., Собко І.О. Мовленнєва компетентність як одна з головних вимог формування особистості сучасного лікаря. *Advanced technologies of science and education*: збірник тез доповідей XIV Міжнародної наукової інтернет-конференції. URL: <http://intkonf.org/kandyu-filolyu-nauk-dotsent-shutak-lbsobko>

*Гречишкіна Н.В., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри громадського здоров'я*

*Донік О.М., кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри громадського здоров'я*

*Литвинова Л.О., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри громадського здоров'я*

*Національний медичний університет імені Олександра Богомольця,
м. Київ*

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ У ВИКЛАДАННІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Проблеми громадського здоров'я часто пов'язані з опрацюванням великих обсягів даних, які складно інтерпретувати традиційними методами. Візуалізація даних у цій сфері полегшує виявлення тенденцій, визначення ризиків та ухвалення рішень на основі доказів. Дослідження показують, що 80% фахівців у сфері громадського здоров'я вважають, що візуалізація даних покращує процес прийняття рішень, а використання візуальних інструментів підвищує рівень розуміння інформації на 70%, що сприяє ефективнішому впровадженню політики громадського здоров'я та покращенню результатів діяльності системи охорони здоров'я в усьому світі [1, с. 12].

Навчання студентів, які прагнуть працювати у секторі громадського здоров'я, цифровій грамотності є важливою життєвою та ключовою навичкою для подальшого працевлаштування, а відтак – одним із пріоритетів закладів вищої освіти. Опанувавши навички візуалізації, фахівці громадського здоров'я можуть відстежувати поширення захворювань у режимі реального часу, визначати території з обмеженим доступом до медичної допомоги, моніторити рівень та ефективність вакцинації, аналізувати вплив політики громадського здоров'я, а також доносити результати до зацікавлених сторін і широкої громадськості. Ефективне використання даних у сфері громадського здоров'я сприяє ухваленню обґрунтованих рішень, підвищує рівень обізнаності та забезпечує покращення результатів у галузі охорони здоров'я.

Метою даного дослідження є вивчення міжнародного досвіду використання методу візуалізації даних у викладанні дисципліни «Громадське здоров'я» для підготовки майбутніх фахівців.

Візуалізації застосовуються в різних сферах громадського здоров'я, зокрема в епідеміології та профілактиці, для спостереження та втручання, комунікації й прийняття рішень, а також для покращення медичної освіти. Цифрова грамотність та медична інформатика охоплюють як генерацію ідей, так і використання сучасних технологій.

Візуалізація даних у громадському здоров'ї розвивається шляхом поєднання статичних (діаграми, карти тощо) та інтерактивних методів. Хоча статичні візуалізації залишаються домінуючими, інтерактивні інструменти дедалі активніше впроваджуються завдяки здатності підвищувати залученість користувачів і розширювати можливості дослідження даних. Інформаційні панелі (дашборди) та веб-інструменти, у поєднанні зі статичними візуалізаціями, такими як спеціалізовані графіки, допомагають досліджувати дані, розпізнавати закономірності та поширювати медичну інформацію.

Вибір методу візуалізації має відповідати цілям використання (навчання студентів, проведення наукового дослідження, організація адвокаційної кампанії, санітарно-просвітницька робота), тобто враховувати потреби цільової аудиторії задля досягнення бажаних результатів. Тому, незалежно від того, для кого створюються діаграми (для колег-науковців, осіб, що ухвалюють політичні рішення, чи широкої громадськості), під час розробки візуалізації має домінувати людиноцентричний підхід, із можливістю зворотного зв'язку від представників цільової аудиторії для редагування й полегшення сприйняття даних.

Серед методів візуалізації, крім традиційних діаграм і графіків (стовпчастих, лінійних, кругових, бульбашкових, коробкових, діаграм розсіювання), застосовують сучасні спеціалізовані формати – діаграми сонячних променів, алювіальні діаграми, діаграми зрушень, циркулярні діаграми, а також карти (хороплети, карти гарячих точок, теплові карти). Ці візуальні матеріали створюють за допомогою різних програмних та статистичних інструментів, що дозволяють реалізовувати ключові функції громадського здоров'я, включно зі спостереженням за захворюваністю, розробкою політики та освітніми програмами. Пандемія COVID-19 особливо підкреслила цінність інтерактивних інформаційних панелей у режимі реального часу для моніторингу й реагування, коли оперативно надавалася оновлена інформація про кількість випадків захворювання, госпіталізацій та вакцинацій у всьому світі [2, с. 11].

Інструменти візуалізації поділяються на три основні групи: платформи загального призначення (наприклад, Microsoft Power BI, Tableau), інструменти на основі програмування (наприклад, R із пакетом ggplot2, Python із бібліотеками Matplotlib та Seaborn) та специфічні для предметної області інструменти медичної інформатики (наприклад, WHO HealthMapper, EpiInfo CDC). Кожен інструмент оцінюється за зручністю використання, гнучкістю, можливістю інтеграції даних та масштабованістю для великих обсягів інформації. Такі методи візуалізації, як хороплетні карти, теплові карти, графіки часових рядів, інформаційні панелі та інфографіка, досліджуються щодо їхньої ефективності в охороні здоров'я: спостереження за захворюваністю, відстеження спалахів інфекційних хвороб, охоплення вакцинацією та розподіл ресурсів. Наприклад, у сільській місцевості Африки інструменти візуалізації даних застосовувалися для картографування доступності медичних послуг і забезпечення справедливого розподілу ресурсів [3, с. 420].

Значення методів візуалізації в охороні здоров'я не обмежується медичними працівниками та керівництвом. Пацієнти також можуть отримати користь від візуалізації власних даних для кращого розуміння свого стану та підвищення медичної грамотності, зокрема обізнаності щодо профілактики хвороб.

Візуалізація, зокрема інфографіка, робить складну інформацію про здоров'я простішою для розуміння широкою громадськістю. Це важливо для просування здорової поведінки та заохочення профілактичної допомоги. Агентства охорони здоров'я використовують інтерактивні інструменти для навчання громад щодо ризиків неінфекційних захворювань, таких як діабет та гіпертонія, демонструючи тенденції в харчових звичках та факторах способу життя. Медична грамотність, як набір когнітивних та соціальних навичок, визначає здібності та мотивацію людини шукати, розуміти та використовувати інформацію для зміцнення здоров'я та благополуччя. Низький рівень медичної грамотності може призвести до поганих результатів у сфері охорони здоров'я, включаючи нижчий рівень впровадження профілактичних заходів, нижчу дотримання режиму лікування та часті госпіталізації. Вплив на дотримання режиму лікування більший, коли присутні негативні побічні ефекти лікування. Тому запровадження візуальних посібників може суттєво покращити ситуацію.

Навчання студентів візуалізації даних формує компетентності з прикладної інформатики громадського здоров'я. Впровадження проєкту візуалізації даних у бакалаврському курсі інформатики громадського здоров'я може базуватися на педагогічних принципах, таких як конструктивізм, коли студенти працюють у командах для створення інформаційної панелі. Під час групових сесій покращується взаємодія між однокласниками, де один студент може бути краще знайомий з обробкою даних, а інші мають досвід у дизайні користувацького інтерфейсу та медичній інформатиці. Принцип критичної свідомості може застосовуватися майбутніми магістрами охорони здоров'я для написання аналітичного огляду на основі вже існуючої інформаційної панелі, що дає можливість підкреслити вплив нерівності у сфері охорони здоров'я шляхом включення соціальних детермінант у візуалізацію даних. Такий досвід надає студентам навички, які дозволяють їм візуалізувати дані та використовувати їх для суспільного блага [4, с. 16–17].

В онлайн-середовищі, перевантаженому інформацією, студенти повинні робити обґрунтовані судження про інформацію, орієнтуватися в ній, критично оцінювати та відповідально її використовувати. Тобто, студенти повинні вміти не лише використовувати цифрові інструменти та створювати контент про здоров'я, але й критично думати про те, хто і як його буде застосовувати. Оскільки зараз так легко споживати та поширювати інформацію в цифровому вигляді, викладачі несуть відповідальність за те, щоб студенти розуміли необхідність створення соціально, політично, етично та науково відповідальної інформації. Інформація завжди подається у спосіб, що має на меті вплив на розуміння. Наприклад, використання популярного виду візуалізації – інфографіки – має потенційні ризики, спричинені некоректним використанням даних та інформації [5, с. 112].

Візуалізація є важливим методом навчання фахівців у галузі охорони здоров'я, який перетворює складні дані на зрозумілі діаграми, графіки та карти для покращення прийняття рішень, виявлення тенденцій та ефективного донесення результатів до різних аудиторій, від політиків до громадськості. Ця навичка життєво необхідна для аналізу епідеміологічних даних, прогнозування спалахів захворювань, розподілу ресурсів та підвищення обізнаності громадськості щодо таких питань охорони здоров'я, як гігієна та харчування, за допомогою переконливих, легкозасвоєваних візуальних повідомлень.

В Україні на теперішній час створена Електронна система охорони здоров'я (ЕКОЗ), яка дозволяє не тільки зберігати дані, але й будувати аналітику, візуалізації, дашборди. Так, наприклад, Національна служба здоров'я (НСЗУ) має інформаційно-аналітичні панелі, які доступні публічно (opendata), і динамічно оновлюють показники за регіонами про кількість звернень, витрати, вакцинацію тощо. Міністерство охорони здоров'я оголосило про створення єдиної інформаційної платформи, що об'єднає різні реєстри та системи (ЕКОЗ, MedData, eStock тощо), встановить єдині стандарти для забезпечення якісного аналізу і візуалізації даних. Інститут громадського здоров'я імені О. Марзєєва працює над створенням "розумних звітів" для керівників і менеджменту в якості інформаційно-аналітичного супроводу для прийняття рішень. Але для реалізації цих планів критично не вистачає ресурсів – технологічних, організаційних і людських, а саме кваліфікованих аналітиків у сфері громадського здоров'я.

Таким чином, сучасна система охорони здоров'я продовжує динамічно розвиватися, і тому оволодіння візуалізацією даних стане цінною навичкою для майбутніх фахівців охорони здоров'я. Розуміючи та ефективно її використовуючи, фахівці охорони здоров'я можуть створювати тривалий позитивний вплив на громади в усьому світі. Попит на фахівців з інформатики громадського здоров'я з навичками візуалізації даних зростає. Тому науковцям та викладачам у галузі громадського здоров'я дуже важливі корисні знання та практичні навички щодо навчання та підготовки студентів з питань громадського здоров'я у сфері візуалізації даних. Оскільки проблеми громадського здоров'я стають дедалі складнішими, важливість добре розроблених візуалізацій даних стає більш помітною. Майбутні напрямки розвитку візуалізації повинні бути зосереджені на інтеграції нових технологій, покращенні збору вимог користувачів та вдосконаленні методів візуалізації для кращого вирішення проблем нерівності в охороні здоров'я та підтримки прийняття рішень на основі доказів. Фахівці з охорони здоров'я повинні продовжувати адаптувати свої підходи до візуалізації, щоб задовольнити потреби, що змінюються, та використовувати нові інструменти, які можуть ефективно доносити життєво важливу інформацію про здоров'я до різноманітної аудиторії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Park S., Bekemeier B., Flaxman A., Schultz M. Impact of data visualization on decision-making and its implications for public health practice: a systematic literature review. *Informatics for Health and Social Care*. 2021. Vol. 47. P. 1–19. URL: doi: 10.1080/17538157.2021.1982949
2. Ofori M.A. et al. Visual communication of public health data: a scoping review. *Frontiers in Digital Health*. 2025. Vol. 7. Article e1555231. URL: doi: 10.3389/fdgth.2025.1555231
3. Adelusi B. et al. A review of data visualization tools and techniques in public health: enhancing decision-making through analytics. *World Scientific News*. 2025. Vol. 203. P. 402–438. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40343212/>
4. Bautista J.R. Pedagogical principles in implementing a data visualization project in an undergraduate public health informatics course. *Applied Clinical Informatics*. 2024. Vol. 15, № 5. P. 889–897. URL: doi: 10.1055/a-2385-1544
5. Darcy R. Infographics, assessment and digital literacy: innovating learning and teaching through developing ethically responsible digital competencies in public health. Proceedings of the 36th International Conference on Innovation, Practice and Research in the Use of Educational Technologies in Tertiary Education: Personalised Learning. Diverse Goals. One Heart. 2019. P. 112–120. URL: <https://2019conference.ascilite.org/assets/papers/Paper-140.pdf>

*Гусєв В.М., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри акушерства та гінекології
Донецький національний медичний університет, м. Лиман*

ПІДГОТОВКА СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ «АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ» В УМОВАХ ВІЙНИ: ДОСВІД І СУЧАСНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ

Акушерство та гінекологія є однією з найважливіших клінічних дисциплін, яка безпосередньо пов'язана із збереженням здоров'я матері та дитини, профілактикою і лікуванням акушерсько-гінекологічної патології. Якісна підготовка лікарів цього профілю вимагає ґрунтовного поєднання теоретичних знань і практичних навичок, уміння швидко приймати рішення в критичних ситуаціях та відповідально взаємодіяти з пацієнтами.

В умовах воєнного стану система медичної освіти України зазнала суттєвих викликів: переміщення закладів вищої освіти, обмеження доступу до клінічних баз, дефіцит матеріально-технічних ресурсів та зростання психологічного навантаження на студентів і викладачів [2, с. 8]. Донецький національний медичний університет (ДНМУ), що тривалий час працює в умовах переміщення, був змушений адаптувати освітній процес до нових реалій. Особливої ваги ця проблема набула у викладанні акушерства та гінекології, де безпека пацієнта та практичний досвід студентів мають ключове значення.

У відповідь на виклики університет активно впровадив інноваційні методи навчання: симуляційні тренінги, роботу з фантомами, аналіз клінічних випадків, рольові ігри та дистанційні платформи. Це дозволило не лише зберегти безперервність навчання, а й забезпечити якість підготовки відповідно до європейських освітніх стандартів. Таким чином, актуальність теми полягає у необхідності дослідження досвіду кафедри акушерства та гінекології ДНМУ щодо організації освітнього процесу під час війни та в умовах обмеженого доступу до традиційних клінічних баз.

Метою даного дослідження є узагальнення досвіду підготовки здобувачів освіти на кафедрі акушерства та гінекології ДНМУ в умовах війни та описати сучасні методи навчання.

У процесі роботи було використано об'ємний інформаційний матеріал, який опрацьований із використанням таких методів, як

структурно-логічний аналіз літературний синтез, особистий досвід з урахуванням принципів системного підходу та аналізу освітнього процесу на кафедрі акушерства та гінекології ДНМУ.

На кафедрі акушерства та гінекології ДНМУ функціонує комплексна модель підготовки, яка поєднує традиційні клінічні методи навчання з інноваційними освітніми технологіями. Дисципліна «Акушерство та гінекологія» викладається здобувачам вищої освіти протягом трьох років (4–6 курси) та завершується складанням державного іспиту. Календарно-тематичні плани побудовані за принципом поступового ускладнення матеріалу, де кожна наступна тема логічно продовжує попередню, забезпечуючи послідовність і системність формування знань та практичних навичок. Освітній процес поєднує класичні клінічні розбори, практичні заняття у жіночий консультації та пологовому будинку із симуляційними тренінгами, роботою з фантомами та дистанційними платформами. Такий підхід дає змогу майбутнім лікарям формувати практичні вміння у безпечних умовах, відпрацьовувати алгоритми ведення пологів і акушерсько-гінекологічних маніпуляцій, розвивати критичне мислення та професійну відповідальність.

Одним із ефективних методів формування клінічного мислення у здобувачів освіти став метод «клінічного випадку», використання якого сприяє розвитку клінічного мислення, формуванню навичок диференційної діагностики, обґрунтуванню вибору лікувальної тактики. Інтерактивні квести клінічних випадків – це нова методика навчання в сфері медичної освіти, яка заснована на поєднанні теоретичних даних з того чи іншого питання медицини з реальним клінічним випадком, результатами обстеження пацієнта, спілкуванням з пацієнтом в діалогових тренажерах, вибором тактики обстеження та лікування [4, с. 24; 1]. Здобувачі отримують змогу інтегрувати отримані знання з теоретичних дисциплін у практичні завдання, аналізуючи симптоми, проводити діагностичний пошук та презентувати власні висновки. Рольові ігри та симуляції із застосуванням стандартизованих пацієнтів сприяють активізації навчального процесу, розвивають комунікативні навички, уміння працювати в команді, приймати рішення в умовах невизначеності.

У симуляційному класі здобувачі освіти мають можливість багаторазово відпрацьовувати маніпуляції на фантомах [6, с. 525], а саме: пельвіометрію, прийоми Леопольда–Левіцького, визначення пе-

редбачуваної маси плода, огляд у дзеркалах, бімануальне дослідження, забір матеріалу для лабораторних досліджень, тощо. Хочеться зазначити, що саме така методика навчання дозволяє уникати ризику для пацієнтів і водночас формує впевненість у професійних діях майбутніх лікарів [5, с. 160].

Виробнича лікарська практика розглядається як логічне продовження симуляційної підготовки [3, с. 68]. Під час виробничої практики студенти 4–5 курсів виконують маніпуляції та беруть участь у веденні пацієнтів у клінічних відділеннях акушерсько-гінекологічного профілю. Це сприяє інтеграції теоретичних знань з практичною підготовкою, формує відповідальність та професійну впевненість, навички роботи в команді.

Переміщення університету та обмежений доступ до клінічних баз не знизили рівень підготовки. Завдяки використанню змішаного навчання, дистанційних платформ і симуляційних технологій кафедра зберегла високі освітні стандарти. Водночас інтеграція міжнародного досвіду та адаптаційних практик посилила якість освітнього процесу. Використання симуляційних технологій і клінічних сценаріїв відповідає тенденціям медичної освіти в країнах Європи, США та Канади, де подібні підходи розглядаються як базові елементи підготовки лікарів [7]. Таким чином, досвід кафедри акушерства та гінекології ДНМУ узгоджується з глобальними освітніми трендами та водночас відображає специфіку українських умов.

Отже, викладання освітньої складової «Акушерство та гінекологія» в умовах воєнного стану потребує адаптивних рішень, що поєднує класичні клінічні методи з інноваційними технологіями. Метод клінічного випадку, симуляційні заняття та рольові ігри довели свою ефективність у формуванні клінічного мислення, практичних навичок і комунікативних компетентностей. Симуляційна підготовка створює безпечне середовище для навчання та підвищує готовність студентів до реальної клінічної практики. Виробнича лікарська практика забезпечує інтеграцію знань, підвищує мотивацію студентів та сприяє закріпленню навичок, отриманих у симуляційних класах.

Досвід кафедри акушерства та гінекології ДНМУ демонструє стійкість і результативність освітнього процесу навіть в умовах воєнних дій і може бути використаний як модель для інших закладів вищої медичної освіти України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Академія Clin Case Quest. Симуляційні тренінги в медичній освіті. URL: <https://clincasequest.academy/simulation/>
2. Богуславська Н.М., Одинець І.Ю., Пушкар М.Б., Лисенко Л.С., Міщенко В.А. Симуляційне навчання лікарів-інтернів та слухачів циклів безперервного професійного розвитку в умовах війни. *Симуляційне навчання в додипломній і післядипломній підготовці медичних працівників «SimCon-2024»*: Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Тернопіль, 5–6 грудня 2024 р.). Тернопіль: Тернопільський національний медичний університет, 2024. С. 8–9.
3. Городова-Андрєєва Т.В., Ляховський В.І., Немченко І.І., Лисенко Р.Б., Краснов О.Г., Люлька О.М., Сидоренко А.В. Роль виробничої лікарської практики у системі підготовки студентів-медиків. *Актуальні проблеми сучасної медицини*: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2023. Т. 23, № 2.2. С. 67–71.
4. Оксютя В.М., Палапа В.В. Формування фахової компетентності з акушерства та гінекології у разі симуляційного навчання. *Health & Education*. 2023. № 1. С. 22–24.
5. Петулько А.П., Лоскутова Т.О., Донська Ю.В. Симуляційне навчання на кафедрі акушерства і гінекології, як невід’ємна частина додипломної освіти. *Медична симуляція – погляд у майбутнє (впровадження інноваційних технологій у вищу медичну освіту України)*: Матеріали доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Чернівці, 16–17 лютого 2024 р.). Чернівці: Буковинський державний медичний університет, 2024. С. 160–161.
6. Щербина М.О., Щербіна І.М., Нагута Л.О. Симуляційне навчання в акушерстві та гінекології. *Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення*: Матеріали XVIII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Тернопіль, 20–21 травня 2021 р.). Тернопіль: ТНПУ, 2021. С. 525.
7. Wang X., Che X., Tang X., Xu Z. Application of combined teaching method of case-based-learning and clinical pathway in practical gynecological teaching. *PeerJ*. 2024. Vol. 12. Article e17813. URL: <https://doi.org/10.7717/peerj.17813>

*Дзюб Р., здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Безкоровайна У.Ю., кандидат наук з державного управління, доцент,
доцент кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів*

СТРАТЕГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ МЕДСЕСТРИНСТВО: SWOT–МЕТОДОЛОГІЯ В ДІЇ

Дослідженню питань, пов'язаних із застосуванням інструментів стратегічного менеджменту та організації стратегічного управління на підприємствах приділяється значна увага у сучасній науковій літературі [1]. Зокрема, теоретико-методологічні засади стратегічного управління та проблеми, пов'язані із його впровадженням на вітчизняних підприємствах розглянуті у працях О. Продіуса, В. Богословова [2; 3]. Вагомий внесок у розроблення стратегій спрямованих на подолання кризових явищ зроблено Т. Гринько [4; 5]. Надзвичайно популярним у наукових колах є використання методики SWOT-аналізу для проведення стратегічних досліджень як на мікро- та макрорівнях [6; 7].

Сучасне освітнє середовище у сфері підготовки медсестринських фахівців перебуває під впливом значних трансформацій, зумовлених підвищенням конкуренції не лише на ринку медичних послуг, а й серед закладів освіти, що спеціалізуються на медсестринстві. Зростаюча невизначеність освітньо-професійного простору формує нові ризики – від нестабільності нормативної бази до непередбачуваних змін у вимогах ринку праці. Це зумовлює переорієнтацію управлінських пріоритетів на оперативне реагування, адаптацію до змін та забезпечення гнучкості освітніх програм.

У цьому контексті актуалізується проведення SWOT-аналізу системи медсестринської освіти, що дозволяє всебічно оцінити внутрішні ресурси та зовнішні виклики, закласти основу для впровадження стратегічного управління, орієнтованого на якість, мобільність і стійкість освітнього процесу.

SWOT-аналіз, як один із базових інструментів стратегічного менеджменту в системі вищої медсестринської освіти, дозволяє комплексно оцінити чинники внутрішнього та зовнішнього середовища освітнього закладу. У контексті освітньо-професійної програми І 5 «Медсестринство» бакалаврського рівня, він відіграє ключову роль у

формуванні збалансованої стратегії розвитку Академії з урахуванням викликів сучасного медико-освітнього ландшафту.

Застосування SWOT-аналізу забезпечує можливість:

- системно оцінити освітній потенціал програми;
- вивчити стан матеріально-технічної та клінічної бази, що підтримує практичну підготовку медсестринських фахівців;
- визначити рівень кадрового забезпечення та педагогічної експертизи;
- проаналізувати вплив зовнішніх факторів – від законодавчих змін до європейських вимог якості освіти.

У процесі аналізу освітньо-професійної програми І 5 «Медсестринство» ідентифікуються:

- внутрішні чинники: сильні (конкурентні переваги Академії – досвід, кадри, інтегровані практики) та слабкі сторони (обмеження ресурсів, невідповідність сучасним стандартам);
- зовнішні чинники: можливості (інтернаціоналізація, залучення до програм Erasmus+, розвиток дуальної освіти) і загрози (посилення конкуренції, нормативна нестабільність, демографічні виклики).

Важливо наголосити, що сильні сторони формують фундамент конкурентоспроможності Академії в галузі підготовки медсестринських кадрів, тоді як слабкі потребують цілеспрямованої трансформації. Зовнішні можливості відкривають шлях до реалізації цілей міжнародної інтеграції та освітнього оновлення, тоді як загрози потребують своєчасного реагування, аби уникнути системних ризиків та дестабілізації освітнього процесу.

SWOT-аналіз ОПП «Медсестринство» Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського

S – Сильні сторони

Актуалізована програма 2025 року, що відповідає стандартам МОЗ та МОН України.

Високий рівень практичної підготовки: клінічні стажування, симуляційні технології (форум Simulation Technologies 2025).

Досвідчений викладацький склад, активна участь у міжнародних конференціях та форумах.

Проведення регулярних опитувань студентів, викладачів і стейкхолдерів для моніторингу якості програми.

Орієнтація на міжнародні стандарти та участь у міжвузівських ініціативах.

W – Слабкі сторони

Обмеженість матеріально-технічної бази в окремих підрозділах (за даними опитувань).

Нерівномірна інтеграція soft skills у навчальні програми.

Перевантаженість теоретичними дисциплінами, що знижує гнучкість програми.

Часткова цифровізація освітнього процесу – потребує розширення LMS та телемедичних компонентів.

O – Можливості

Розширення співпраці з клініками та освітніми закладами країн Європейського Союзу.

Участь у програмах Erasmus+, ENQA, Horizon Europe.

Впровадження нових вибіркового компонентів: психосоціальна підтримка, людяність та емпатія, тощо.

Зростання попиту на медсестринські кадри в Україні та за кордоном.

T – Загрози

Високий рівень еміграції медичних працівників.

Недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я та освіти.

Нестабільність нормативно-правової бази.

Ризик втрати автономії програми через централізовані реформи.

На основі проведеного SWOT-аналізу та сучасних вимог до якості освіти в галузі охорони здоров'я нами розроблені рекомендації для вдосконалення ОПП «Медсестринство» Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського.

Рекомендації на основі сильних сторін

Поглибити міжнародну інтеграцію: розширити участь у програмах Erasmus+, ENQA, обмінах з клініками країн Європейського Союзу.

Підтримувати практичну орієнтацію програми: розвивати симуляційні центри, впроваджувати нові клінічні кейси.

Активізувати роботу зі стейкхолдерами: систематизувати опитування, створити раду роботодавців, випускників.

Рекомендації для подолання слабких сторін

Модернізувати матеріально-технічну базу: залучати грантові кошти, партнерські програми, підтримку місцевих органів влади.

Оптимізувати навчальний план: збалансувати теоретичні і практичні освітні компоненти, інтегрувати soft skills у всі навчальні програми.

Розширити цифровізацію: впровадити LMS з аналітикою успішності, телемедичні симуляції, електронні портфоліо студентів.

Рекомендації для реалізації можливостей

Розробити нові освітні компоненти: психосоціальна підтримка, людяність та емпатія, тощо – відповідно до потреб ринку.

Інтенсифікувати академічну мобільність: створити внутрішні курси на стажування, підтримати викладачів у міжнародних проєктах.

Підвищити видимість програми: публікації в міжнародних журналах, участь у форумах, створення англomовної версії ОПП.

Рекомендації щодо мінімізації загроз

Створити стратегію утримання кадрів: мотиваційні програми, підвищення кваліфікації, підтримка молодих викладачів.

Адаптувати програму до змін законодавства: створити робочу групу з моніторингу нормативної бази та оперативного реагування.

Забезпечити автономність програми: розробити внутрішні політики якості, що відповідають ESG, але враховують локальні особливості.

Загалом, SWOT-методологія довела свою ефективність як інструмент діагностики і планування подальших системних змін в освітній програмі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Самойлик Ю.В., Погребняк Л.О. Стратегія управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах глобалізаційних змін. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 19–20. С. 161–166. URL: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.19-20.161>
2. Продіус О.І., Богословов В.Б. Проблеми впровадження стратегічного управління на українських підприємствах. *Економіка: реалії часу*. 2014. № 5 (15). С. 30–35.
3. Продіус О.І., Богословов В.Б. Інноваційний підхід в організації стратегічного управління на українських підприємствах. *Економіка: реалії часу*. 2015. № 6 (22). С. 78–84.
4. Гринько Т.В. Обґрунтування стратегії зниження витрат підприємства. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*. 2016. Вип. 2 (02). С. 102–105.
5. Гринько Т. Стратегія як інструмент антикризового управління на підприємстві. *Економіст*. 2013. № 8. С. 51–53.
6. Гадецька С.В., Сергієнко О.А., Матвєєва О.О. Побудова моделей оцінки та аналізу ефективності логістичної діяльності підприємств на основі

- SWOT-аналізу. *Бізнес Інформ*. 2017. № 1. С. 292–301.
7. Тоцька О.Л. Стратегічне дослідження регіонів України за допомогою SWOT-аналізу: монографія. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2013. 180 с.

*Дубан С., здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Яремчук О.В., кандидат наук з державного управління,
викладач кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів*

ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РІВЕНЬ КОМПЛАЄНТНОСТІ ПАЦІЄНТІВ

Сучасна система охорони здоров'я орієнтована на підвищення якості медичної допомоги та забезпечення її доступності для населення. Важливою складовою цього процесу є дотримання пацієнтами призначених схем лікування, що визначається терміном «комплаєнтність». У науковій літературі під цим поняттям розуміють свідому та добровільну прихильність пацієнта до рекомендацій лікаря чи іншого медичного працівника, що проявляється у регулярному прийомі лікарських засобів, виконанні дієтичних, фізичних, поведінкових приписів.

Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі рівень комплаєнтності при лікуванні хронічних захворювань становить лише близько 50 % [1]. Це означає, що половина пацієнтів не виконує в повному обсязі лікарських рекомендацій, що призводить до зниження ефективності терапії, прогресування захворювання, виникнення ускладнень, зростання рівня госпіталізацій та економічних витрат системи охорони здоров'я. Проблема низької комплаєнтності набуває особливої актуальності в умовах глобального зростання поширеності хронічних неінфекційних хвороб (цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, бронхіальної астми тощо).

Фактори, що впливають на рівень комплаєнтності, є багатокомпонентними й охоплюють медико-біологічні, психологічні, соціально-економічні та технологічні аспекти. До них належать характер захворювання, тривалість лікування, побічні ефекти лікарських засобів, освітній рівень та мотивація пацієнта, підтримка з боку родини, фінансова доступність медикаментів, а також використання інформаційних технологій у медицині. Усі ці чинники формують поведінкову модель пацієнта і визначають його готовність співпрацювати з медичними працівниками.

Особливу роль у формуванні комплаєнтності відіграють сестри та брати медичні, які є найближчими до пацієнта учасниками лікува-

льно-діагностичного процесу. Вони не лише виконують призначення лікаря, але й здійснюють постійний моніторинг стану пацієнта, надають освітню та психоемоційну підтримку, допомагають у формуванні навичок самоконтролю та відповідального ставлення до лікування. Саме медичні сестри/брати часто виступають ключовою ланкою комунікації між пацієнтом, його родиною та лікарем, створюючи умови для більшої довіри й співпраці.

В умовах реформування української системи охорони здоров'я та інтеграції у європейський медичний простір зростає потреба у вивченні факторів, що впливають на рівень комплаєнтності пацієнтів, та у визначенні ефективних стратегій сестринського втручання. Практичне значення цього питання полягає у можливості зменшення випадків неефективного лікування, попередження ускладнень, оптимізації витрат системи охорони здоров'я та підвищення якості життя пацієнтів.

Комплаєнтність пацієнтів є одним із ключових чинників, що визначають ефективність лікувально-діагностичних процесів, зменшують ризик ускладнень і забезпечують раціональне використання ресурсів системи охорони здоров'я. Рівень прихильності пацієнта до лікування залежить від багатьох змінних, серед яких виокремлюють медико-біологічні, психологічні, соціально-економічні та технологічні аспекти. Вони формують поведінкову модель пацієнта і визначають ступінь його готовності виконувати рекомендації медичних працівників [1; 2].

Для України ця проблема набуває особливої актуальності у зв'язку з реформуванням галузі охорони здоров'я та впровадженням нових підходів до організації надання медичної допомоги. Програма «Доступні ліки», розвиток первинної медичної допомоги, а також акцент на пацієнт-центровану модель лікування створюють нові умови для підвищення рівня комплаєнтності. Водночас економічні труднощі, нерівномірний доступ до медичних послуг у містах і сільських регіонах, а також низький рівень медичної грамотності населення залишаються суттєвими бар'єрами для досягнення належної прихильності до терапії [3].

Не менш важливим чинником є психологічний і соціальний вимір: мотивація до лікування, довіра до медичного персоналу, підтримка родини та наявність освітніх ресурсів для пацієнтів. В умовах зростання поширеності хронічних неінфекційних захворювань та демографічних викликів, підвищення комплаєнтності стає пріоритетним зав-

данням для медичних працівників, зокрема для медичних сестер і братів, які безпосередньо забезпечують щоденний супровід пацієнтів.

Додаткові можливості відкривають інформаційні технології та цифрова медицина. Використання мобільних додатків-нагадувачів, телемедичних платформ, електронних медичних записів та систем дистанційного моніторингу дозволяє зменшити ризик пропуску терапії та сприяє формуванню у пацієнтів відповідального ставлення до власного здоров'я.

Медико-біологічні чинники є фундаментальною групою детермінант комплаєнтності, оскільки вони безпосередньо пов'язані з особливостями перебігу захворювання, призначеної терапії та індивідуальних характеристик організму пацієнта. Їхній вплив може як підвищувати, так і знижувати рівень прихильності до лікування, зумовлюючи потребу в індивідуалізованому підході до кожного випадку.

Комплаєнтність значно варіює залежно від типу патології. При гострих захворюваннях пацієнти частіше демонструють високий рівень прихильності, оскільки очікують швидкого поліпшення стану здоров'я. Натомість при хронічних неінфекційних захворюваннях (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, онкологічні хвороби) дотримання терапії ускладнюється тривалістю лікування, відсутністю швидких результатів і необхідністю постійного контролю стану. Довготривала терапія часто супроводжується зниженням мотивації пацієнта, що пов'язано з психоемоційною втомою, звиканням до симптомів або виникненням «синдрому виснаження лікування». Чим довше пацієнт змушений дотримуватися складних схем терапії, тим вищий ризик переривання лікування. Наявність побічних реакцій є одним із провідних факторів низької прихильності. Пацієнти, які відчувають негативні наслідки прийому препаратів (нудота, слабкість, збільшення маси тіла, дерматологічні прояви тощо), часто схильні самостійно зменшувати дозу або повністю відмовлятися від лікування. Особливо це стосується пацієнтів із хронічними захворюваннями, яким призначають багатокомпонентну фармакотерапію. Важливу роль відіграють вік, стать, генетичні чинники, наявність супутніх захворювань. Наприклад, у літніх пацієнтів зниження когнітивних функцій ускладнює дотримання складних схем лікування, тоді як у дітей ключову роль відіграє участь батьків у контролі терапії. Велика кількість призначень, необхідність регулярного вимірювання показників (наприклад, рівня глюкози при діабеті), а також необхідність суворого дотримання часу

прийому ліків знижують рівень комплаєнтності. Простота схеми лікування, навпаки, підвищує прихильність.

Таким чином, медико-біологічні чинники формують основу для оцінки потенційних бар'єрів у прихильності пацієнтів до лікування. Вони зумовлюють необхідність індивідуалізації терапевтичних програм, застосування стратегії мінімізації побічних ефектів, оптимізації схем лікування та активної участі медичних сестер і братів у моніторингу стану хворих.

Психологічні та соціальні фактори відіграють ключову роль у формуванні прихильності пацієнтів до лікування, оскільки вони визначають рівень внутрішньої мотивації, емоційного ставлення до хвороби, а також ступінь соціальної підтримки з боку найближчого оточення. На відміну від медико-біологічних, ці фактори є більш варіабельними та піддаються модифікації через цілеспрямовану роботу медичного персоналу.

Високий рівень мотивації пацієнта є передумовою його готовності дотримуватися рекомендацій лікаря. Мотивація може бути зовнішньою (страх ускладнень, бажання відповідати очікуванням сім'ї) та внутрішньою (усвідомлення значущості здоров'я, прагнення до високої якості життя). Дослідження доводять, що пацієнти з внутрішньою мотивацією демонструють вищу прихильність, ніж ті, у кого домінують зовнішні фактори.

Якість взаємодії між пацієнтом і медичними працівниками, зокрема медичними сестрами/братами, прямо впливає на комплаєнтність. Емпатійне ставлення, здатність до пояснення суті терапії доступною мовою та готовність відповідати на запитання пацієнта формують довіру, що стимулює пацієнта до більш відповідального виконання рекомендацій.

Депресія, тривожні розлади та зниження когнітивних функцій часто призводять до зниження рівня комплаєнтності. Пацієнти із психоемоційними порушеннями мають труднощі з організацією лікування, а іноді й з його усвідомленою необхідністю. Навпаки, позитивний настрій і оптимістичне ставлення сприяють кращому дотриманню терапевтичних приписів [3].

Наявність родини чи близьких осіб, які підтримують пацієнта морально та допомагають у виконанні лікувальних процедур, є важливим чинником підвищення комплаєнтності. Підтримка може проявлятися у нагадуванні про прийом ліків, супроводі на медичні консуль-

тації, а також у створенні позитивного психологічного клімату [4].

Пацієнти з вищим рівнем освіти та кращим розумінням механізмів захворювання і дії ліків частіше дотримуються терапії. Недостатня медична грамотність може призвести до неправильного трактування рекомендацій або ж їхнього ігнорування. Тому важливим завданням медичного персоналу є навчання пацієнтів основам самоконтролю та роз'яснення суті лікування [5]. Отже, психологічні та соціальні фактори є одними з найбільш значущих у структурі комплаєнтності пацієнтів. Вони визначають не лише готовність до лікування, а й тривалість збереження прихильності в умовах довготривалої терапії. Активна робота медичних сестер і братів у сфері психологічної підтримки та пацієнтської освіти дозволяє мінімізувати негативний вплив цих факторів і підвищити ефективність лікувального процесу.

Економічні чинники є одним із найсуттєвіших бар'єрів для забезпечення високого рівня комплаєнтності, особливо в країнах із трансформаційними системами охорони здоров'я, таких як Україна. Вартість медикаментів, доступність медичних послуг та фінансова спроможність пацієнтів безпосередньо впливають на їхню здатність дотримуватися терапевтичних призначень.

Дороговартісні лікарські засоби та необхідність тривалого лікування призводять до зниження рівня прихильності, особливо серед пацієнтів із хронічними захворюваннями. Наявність пільгових програм, таких як «Доступні ліки» в Україні, суттєво покращує ситуацію, проте не охоплює всі категорії пацієнтів та не всі лікарські препарати. У багатьох регіонах спостерігається нерівномірний розподіл аптечних мереж, що ускладнює своєчасне забезпечення пацієнтів необхідними препаратами. Особливо це стосується населених пунктів у сільській місцевості, де пацієнти змушені долати значні відстані для отримання медикаментів. Обмежена кількість лікарів-спеціалістів, черги та територіальна нерівність у доступі до якісної медичної допомоги також впливають на прихильність пацієнтів. Висока вартість діагностичних процедур і повторних консультацій може змусити пацієнтів відмовитися від регулярного контролю лікування. Таким чином, економічні аспекти формують один із ключових бар'єрів для комплаєнтності пацієнтів. Їх подолання можливе шляхом удосконалення державних програм реімбурсації, розширення доступу до якісних ліків і послуг та впровадження політики соціальної підтримки вразливих груп населення.

Інформаційні технології та цифрова медицина відкривають нові можливості для моніторингу, контролю та підвищення рівня прихильності пацієнтів до лікування. Використання цифрових інструментів дозволяє ефективніше організувати взаємодію між медичним персоналом та пацієнтом, підвищити рівень інформованості та відповідальності останнього за стан власного здоров'я. Спеціалізовані мобільні програми нагадують пацієнтам про час прийому ліків, відстежують дотримання режиму терапії та формують звіти для лікаря. Це особливо важливо для пацієнтів із хронічними хворобами та осіб літнього віку. Розвиток телемедичних технологій дає змогу проводити дистанційні консультації, що підвищує доступність медичної допомоги для пацієнтів із віддалених регіонів. Телемедицина забезпечує постійний зв'язок із медичними сестрами/братами, які можуть оперативнo реагувати на зміни стану здоров'я пацієнта. Системи електронної охорони здоров'я дозволяють лікарям і медичним сестрам/братом відстежувати повну історію лікування, контролювати призначення та вчасно коригувати терапію. Для пацієнтів це означає менший ризик дублювання обстежень та помилок у лікуванні [6].

Використання пристроїв для контролю рівня глюкози, артеріального тиску чи серцевого ритму з можливістю передачі даних у режимі реального часу дозволяє своєчасно виявляти відхилення та підвищує комплаєнтність за рахунок відчуття постійного медичного супроводу. Таким чином, інформаційні технології є потужним інструментом у сучасній медицині, здатним значно знизити кількість випадків низької комплаєнтності. Вони сприяють не лише підвищенню дисципліни пацієнтів, а й забезпечують більш тісну взаємодію з медичними сестрами та братами, які виконують ключову роль у процесі контролю та підтримки пацієнтів.

Отже, комплексне вивчення факторів, що впливають на рівень комплаєнтності пацієнтів в Україні, має важливе теоретичне та практичне значення. Воно дозволяє не лише визначити основні бар'єри у сфері охорони здоров'я, а й окреслити роль сестринського персоналу у підвищенні прихильності до лікування, що в умовах сучасних реформ набуває стратегічного значення для підвищення якості медичної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Di Matteo M.R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*. 2004.
2. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. WHO, 2003.
3. Horne R., Weinman J., Barber N. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. London: NCCSDO, 2005.
4. Zolnierak K.B., Di Matteo M.R. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*. 2009.
5. Програма «Доступні ліки». Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2021.
6. Vrijens B., De Geest S., Hughes D.A. et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2021.

*Клебан Л.О., кандидат історичних наук, науковий співробітник,
Львівський національний університет імені Івана Франка
Лозинська С.О., кандидат історичних наук, доцент,
доцент кафедри фундаментальних та суспільних наук
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крутинського», м. Львів*

РОЛЬ ГРОМАДЯНСЬКОЇ ОСВІТИ У ФОРМУВАННІ СВІДОМОГО МОЛОДОГО ПОКОЛІННЯ В УКРАЇНІ

Громадянська освіта відіграє величезну роль у формуванні свідомого та відповідального молодого покоління в Україні. Вона акцентує увагу на розвитку патріотизму, національної ідентичності, громадянських цінностей та демократичних орієнтирів, одним з ключових моментів яких є свобода слова. Ці цінності є викликом для сучасного пострадянського українського суспільства, у якому досить сильно ще вкоренились наслідки тоталітарного минулого. Україна вже понад три десятиліття є незалежною державою, проте у частини суспільства ще зберігаються радянські стереотипи: страх висловлювати власну думку, уникання ініціативи, пасивність, безвідповідальність та недовіра до державних інституцій. Низька ефективність їх розвитку в пострадянській Україні має глибинні історичні передумови. Довготривале панування тоталітарного режиму, системні репресії, політика залякувань і дезінформації, зрада національних інтересів правлячими елітами, а також масштабна корупція та зловживання владою сприяють формуванню стереотипу “злочинної влади” [2, с. 11]. До сих пір, на жаль, в українському суспільстві панує думка, що все, що робиться в Україні, погано і сприймається частиною населення як вороже. Така практика суттєво обмежує прояви громадянської активності та придушує дух боротьби за справедливість. Внаслідок цього політична культура та політичний дискурс в українському суспільстві сформувалися з численними деформаціями, що й досі створюють бар’єри для сталого розвитку. Поодинокі періоди демократизації, пов’язані зі зміною політичних режимів, мали нетривалий характер і не змогли сформувати стійкі громадянські цінності у суспільній свідомості.

Потенціал громадянської освіти – у зміцненні демократичних орієнтирів, формуванні активної громадянської позиції та підготовці молоді до активної участі в суспільно-політичному житті держави.

Громадянська освіта стала стратегічно важливим предметом для становлення демократичної України та успішної інтеграції молодого покоління у європейський цивілізаційний простір.

В Україні проблематику громадянської освіти розробляли такі дослідники, як, Тетяна Бакка [1], Анатолій Худолій [10], Микола Бойчук [3], Олександр Дем'янчук [5], Ольга Батіщева [2] та ін.

На сучасному етапі розвитку українського суспільства особливої актуальності набуває питання виховання молодого покоління з активною громадянською позицією, здатного брати на себе відповідальність за власні рішення та долю держави.

Завдання громадянської освіти полягає в тому, щоб сформувати у молоді активну позицію та відповідальність перед суспільством, виховати культуру участі у демократичних процесах, здатність відстоювати власні права та поважати права інших. Мета – виховання політично грамотного, відповідального, патріотичного та свідомого громадянина, який володітиме високими етичними та моральними вимогами як до себе, так і до оточення. Це стосується всіх сфер життя, зокрема й майбутніх медиків.

Формування громадянського суспільства в Україні є поступовим процесом. Яскравими віхами цього шляху стали Помаранчева революція, Революція Гідності та сучасна російсько-українська війна, коли мільйони українців проявили патріотизм, любов до Батьківщини та активну громадянську позицію через участь у протестах, волонтерському русі, допомозі армії. Водночас становлення громадянського суспільства ще далеко не завершене: державні інституції часто виявляють неспроможність долати системні кризи, що спричиняє відчуження громадян від влади, політики та державних структур. Рівень розвитку громадянського суспільства можна оцінити за низькою участю громадян в організованій політичній діяльності, слабким рівнем правової свідомості та недостатнім залученням до ухвалення рішень [10, с. 5]. Саме тому громадянська освіта стає необхідною умовою формування повноцінної особистості – зокрема й майбутніх медичних працівників. Якщо раніше навчально-виховний процес робив акцент переважно на знаннях, то нині він спрямований на розвиток особистості та її громадянських компетентностей [9].

Громадянська освіта орієнтується на виховання демократичних цінностей та створення умов для формування громадянина демократичної держави. Західні дослідники виокремлюють кілька ключових

складників суспільства з активною громадянською позицією [6, с. 6]:

- правовий статус, що визначається наявністю громадянських, політичних і соціальних прав (право на свободу, свободу слова, свободу совісті, справедливий суд тощо);

- політичний статус, що передбачає участь громадян у політичному процесі: від дотримання законів – до їх формування через власну активність чи представників (через вибори);

- ідентичність, яка ґрунтується на усвідомленні цінностей, що єднають громадян, але водночас не обмежують їхніх прав та свободи вибору.

На заняттях громадянської освіти здобувачі вищої освіти мають змогу обговорювати теми ідентичності, особистісного розвитку, конфліктів, стереотипів, упереджень, булінгу, домашнього насильства, інклюзії, виборів, політичних партій, тощо. Часто ці питання перетинаються з актуальними не тільки соціальними проблемами, але й політичною ситуацією в Україні та світі, що дає можливість студентам краще зрозуміти сучасні виклики та власну роль у їх подоланні.

Для майбутніх медиків громадянська освіта має особливе значення. Адже лікар – це не лише професіонал у своїй сфері, а й свідомий громадянин, готовий брати участь у суспільному житті, сприяти розвитку демократичних цінностей і формуванню здорової нації. Випускник медичного навчального закладу повинен бути людиною з критичним мисленням, розумінням політичних і правових процесів, знанням законів, а також з глибоким відчуттям патріотизму та відповідальності за країну. Для здобувачів освіти медичного профілю це особливо важливо, адже лікар не лише лікує, а й як громадянин, несе моральну відповідальність за життя й здоров'я співгромадян. Прикладом можуть стати сучасні військові медики як символ стійкості й жертвності. Вони демонструють, що медицина – це ще й частина національної боротьби за незалежність. Адже для лікаря найосновніше – це здорова людина, а для лікаря як свідомого громадянина, це здорова нація, а значить це питання державної безпеки і розвитку. Бути медиком – означає бути відповідальним не лише за пацієнтів, а й за майбутнє свого народу. Власне тому професійна підготовка майбутніх медпрацівників має бути орієнтована на формування не лише лікарської компетентності, а й готовності випускників медичних навчальних закладів до участі в забезпеченні гармонійного розвитку активного життя громадян держави, творчої особистості [7, с. 33].

Ще одне питання, яке намагається вирішити громадянська освіта, це патріотичне виховання та формування національної ідентичності [6, с. 9]. Відповідно до “Концепції національно-патріотичного виховання в системі освіти України”, комплексне, системне і цілеспрямоване національно-патріотичне виховання дітей та молоді покладається не тільки на органи державної влади, громадські організації, сім’ї, а й на заклади освіти [8].

Актуальне на сьогодні питання, це засоби масової інформації і як їх інформація впливає на людей, а особливо у час війни. І тут громадянська освіта розвиває у студентів критичне мислення. Як зазначає вітчизняна дослідниця Олена Голуб: “розвивати критичне мислення та навички інформаційної грамотності серед молоді важливо, оскільки молодь більшість інформації отримує із соціальних мереж, що становить потенційні ризики. Передусім через те, що якраз соціальні мережі є головним джерелом дезінформації та маніпулятивної інформації. І, перебуваючи в інформаційному полі соцмереж, молодь може підпадати під вплив ворожої пропаганди, що особливо небезпечно в умовах війни” [4].

Отже, громадянська освіта для здобувачів вищої освіти, в тому числі й студентів-медиків – це не лише навчальний предмет, а вимога часу. Вона формує демократичні цінності, вчить свободі слова, рівності перед законом, взаємній толерантності й повазі до прав людини. Її кінцева мета – виховання активного, свідомого, патріотичного громадянина, який здатний брати участь у творенні майбутнього України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Асламова Т., Бакка Т., Бортніков В. Громадянська освіта: теорія і методика навчання. URL: http://www.civiced.org.ua/eng/docs/TTG_main.pdf
2. Батіщева О. Громадянська освіта як інструмент формування громадянського суспільства в Україні: проблеми і шляхи подолання. *Актуальні проблеми громадянської освіти та виховання: український та зарубіжний досвід*: Матеріали Першої науково-практичної конференції (м. Острог, 19 червня 2013 р.). Острог, 2013. С. 9–15.
3. Бойчук М. Запровадження громадянської освіти в Україні як необхідна умова виховання демократії. *Вісник Національного технічного університету “Київський політехнічний інститут”*. Серія: Філософія. Психологія, Педагогіка. 2011. Вип. 1. С. 26–30.
4. Голуб О. Пропаганда впливає на молодь через соцмережі. URL: <https://imi.org.ua/news/eksperitka-imi-propaganda-vplyvaye-na-molod-cherez-sotsmerezhi-i66958>

5. Дем'янчук О. Теорія і практика громадянської освіти: світовий досвід. *Наукові записки НаУКМА*. Серія: Політичні науки. 2001. Т. 19. С. 64–69.
6. Дослідження дискурсу громадянської освіти та його вплив на політичну культуру молоді: Звіт за результатами проєкту. Київ, 2012. 46 с.
7. Маггламова К. Медична освіта і ціннісні орієнтації майбутніх лікарів. *Імідж сучасного педагога*. № 9 (168). С. 33–35.
8. Про Концепцію національно-патріотичного виховання в системі освіти України: Наказ Міністерства освіти і науки України від 06.06.2022 р. № 527. URL: <https://osvita.ua/legislation/mon/527-22>
9. Романенко М. Гуманізація освіти: концептуальні проблеми та практичний досвід. Дніпропетровськ, 2001. 231 с.
10. Худолій А. Передмова. *Актуальні проблеми громадянської освіти та виховання: український та зарубіжний досвід*: Матеріали Першої науково-практичної конференції (м. Острог, 19 червня 2013 р.). Острог, 2013. С. 1–5.

*Костик О.П., доктор медичних наук, професор,
професор кафедри фтизіатрії і пульмонології
Піскур З.І., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології
Вольницька Х.І., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології
Чуловська У.Б., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології
Галишич Н.М., кандидат медичних наук,
асистент кафедри фтизіатрії і пульмонології
Сахелашвілі-Біль О.І., доктор філософії,
асистент кафедри фтизіатрії і пульмонології
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів*

ВИКЛАДАННЯ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПРИ ЗМІШАНІЙ ФОРМІ НАВЧАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

В умовах повномасштабного вторгнення російських військ на територію України і початком війни, життєво важливого значення набули питання створення безпечного освітнього середовища для учасників навчального процесу, як викладачів, так і студентів. Як і в усіх навчальних закладах України, студенти усіх курсів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького навчалися спочатку у дистанційній, а так змішаній формі – offline та online. Навчання студентів в умовах воєнного стану відбувалося шляхом чергування очної та дистанційної форм навчання, що залежало від частоти оголошення повітряних тривог, викликаних загрозою ракетних ударів.

Метою даного дослідження є вивчення психологічних та педагогічних аспектів особистісного ставлення студентів 6-го курсу медичних факультетів ЛНМУ імені Данила Галицького до дистанційної, а так змішаної форм навчання в умовах воєнного стану. Проведено аналіз результатів анкетування студентів під час осіннього семестру 2022–2023 навчального року. У анкетуванні взяли участь 56 студентів 6-го курсу медичних факультетів № 1 та № 2 за спеціальністю

«Медицина». Для проведення дослідної роботи створили авторську анкету у Google Form. Викладачі кафедри фтизіатрії і пульмонології поінформували студентів щодо дослідження і його цілей безпосередньо після проведення практичних занять. Студенти, які брали участь у дослідженні, заповнили online-анкети. Опитування було виключно добровільним, анонімним, жодні дані особистої інформації не були зібрані.

Війна та воєнний стан в Україні стали джерелом стресу для всіх учасників навчального процесу, тому розуміння особистісного ставлення студентів до навчання є актуальним і потрібним в сучасних умовах. Використання в навчальному процесі інформаційних технологічних засобів збільшує можливості як для освіти, так і для науки.

Середній вік студентів 6-го курсу, які стали учасниками опитування, становив $23,8 \pm 0,2$ років. Дівчат серед студентів 6-го курсу було 71,4 % (40), осіб чоловічої статі – 28,6 % (16). Важливим було встановити місце проживання / перебування студентів на момент навчання. Серед студентів 6-го курсу лише одна студентка (1,8 %) перебувала за кордоном, більшість опитаних на початок навчального року знаходилися у Львові за винятком чотирьох (7,1 %) студентів, які перебували в інших областях. Освітній процес осіннього семестру 2022 р. розпочали у ЛНМУ імені Данила Галицького в змішаному форматі, а воєнні дії в Україні вже тривали більше півроку. Тому питання в анкетах для студентів стосувалися того, які психоемоційні зміни спостерігалися у їхньому ставленні до навчання під час війни в цілому та до дистанційного формату зокрема і як вони оцінювали організацію навчального процесу, який відбувався як online, так і offline.

Третина опитаних (33,7 %) відзначила, що відчула більшу відповідальність за своє навчання, усвідомила можливість перебувати в навчальному процесі, тобто відзначила зміну в позитивну сторону, в цілому. Однак, 18,5 % опитаних вказали на зміну в негативну сторону, відчуваючи байдужість. До того ж, у майже чверті (22,8 %) студентів ставлення до навчання в цілому не змінилося, такий же кількості учасників (25 %) важко відповісти на поставлене питання.

Аналізуючи ставлення студентів 6-го курсу до дистанційної форми навчання під час воєнного стану, треба вказати, що «Дуже добре» ставлення до дистанційного навчання висловили 3,6 % (2), як «Добре» – 66,7 % (37), «Нейтрально» – 26,1 % (15), «Негативно» лише 3,6 % (2).

Нами також проаналізована додаткова зайнятість студентів 6-го курсу в умовах війни. Встановлено, що одночасно з навчанням 39,7 % студентів займалися волонтерською діяльністю, а 56,4 % працювали і дві третини серед працюючих саме в медичній сфері.

При вивченні ефективності організації дистанційного навчання за п'яти-бальною системою оцінювання, встановлено, що думки студентів 6-го курсу чітко розділилися на половину: 50 % вважали, що дистанційне навчання організоване ефективно і оцінили його у «4» бали, а 50 % оцінили організацію дистанційного навчання у «3» бали. При оцінюванні складових ефективності дистанційного навчання встановлено, що 39 % (22) вважали, що вона залежала від мотивації студента і викладача; аналогічна кількість (39 % – 22) вважала, що це залежало від майстерності викладача; 22 % (13) студентів вважали ефективність дистанційного навчання результатом цілого комплексу названих факторів.

Для визначення позитивних чинників дистанційного навчання за суб'єктивним оцінюванням студентів, їм було запропоновано кілька варіантів, серед яких були: економія часу та коштів, збереження здоров'я / життя, відчуття власної безпеки і рідних, а також мобільність, тобто можливість перебувати під час проведення занять вдома чи у будь-якому іншому місці (закладі) без прив'язки до певного навчального корпусу, збільшення самоорганізації до навчального процесу. Більшість студентів (83,3 % – 47) вказали, що до позитивних чинників дистанційного навчання відноситься не лише варіант збереження життя і здоров'я, але і мобільність, можливість додатково працювати, і лише 16,7 % (9) вказали на економію часу та коштів.

Серед негативних чинників дистанційного навчання майже всі студенти-медики 6-го курсу назвали відсутність проведення й неможливість удосконалення практичних навичок. На негативне ставлення до дистанційного навчання через технічні труднощі (відсутність світла, слабкий Internet, відсутність гаджетів) вказували 23,2 % (13) студентів. На втомлюваність від сидіння перед монітором, відсутність соціальних контактів та недостатню контрольованість навчального процесу з боку викладачів відзначали 19 (33,9 %) студентів. Нами були проаналізовані відповіді студентів на питання щодо власного рівня тривоги під час навчання в умовах воєнного стану. Оцінку проводили в балах від 1 до 5, де 1 бал – не відчуваю тривоги, а 5 балів – дуже високий рівень. Результати засвідчують, що під час війни 39,1 % сту-

дентів оцінюють свій рівень тривоги, як високий (4 бали), третина (33,7 %) – як дуже високий (5 балів), 13 % опитаних – 3 бали, 5,5 % – 2 бали і 8,7 % – 1 бал.

На прагнення студента здобувати знання, у 72,3 % (40) студентів, дистанційне навчання не виявило свого впливу, а 16 (27,7 %) зазначили, що відчували брак мотивації до навчання з переходом на дистанційну форму навчання.

При оцінці відповідей студентів 6-го курсу щодо представлення викладачами навчального матеріалу під час дистанційного навчання, то на 10 балів її оцінили 22,3 %, на 8 балів – 11,1 %, на 6–7 балів – половина опитаних (50 %) і на 3–5 балів – 16,4 % опитаних. Якість засвоєння навчального матеріалу при online-навчанні за 10-ти бальною системою на 8 балів оцінили 13 (22,3 %) студентів, на 7 балів – така ж кількість опитаних (22,3 % – 13); на 5 і 6 балів якість засвоєння матеріалу теж розподілилася серед опитаних порівну – по 27,5 % (15) студентів.

Щодо недоліків в роботі викладачів при дистанційному навчанні, відповіді студентів показали, що 72,2 % опитаних не мали зауважень до роботи викладачів, 11,1 % вважали, що матеріал представлено неякісно, 11,1 % – вказували на недостатність візуального матеріалу і лише 5,5 % вказали на упереджене ставлення викладачів.

Стосовно питання про навантаження студентів при їх підготовці до практичних занять в різних форматах навчання, то було встановлено, що 55,4 % опитаних відзначали однакове навантаження при самопідготовці до занять, незалежно від формату освітнього процесу, 39,1 % опитаних більше навантаження відзначили в умовах очного навчання, і тільки 5,5 % студентів відчували більше навантаження щодо підготовки до занять під час дистанційного навчання.

Враховуючи певні труднощі, які виникали у засвоєнні студентами деяких програм в умовах воєнного стану, то треба відзначити, що дистанційне навчання направлене на удосконалення творчих та інтелектуальних умінь студентів з використанням різних освітніх ресурсів та програм, які відкриті і доступні в інтернет-мережі. Дистанційний формат навчання надав можливість для самоосвіти, самонавчання, а також загального обміну потрібною інформацією. Онлайн навчання не виключає традиційних методів освіти, але є її частиною, що дає змогу організувати ефективне віртуальне навчальне середовище в складних умовах воєнного стану в нашій державі.

Таким чином, освітній процес в Україні в умовах воєнного стану не зупинився і дистанційна форма навчання, на думку абсолютної більшості опитаних студентів, дала можливість перебувати у відносно безпечних місцях. Третина (33,7 %) учасників опитування відзначили більшу відповідальність за навчання. Дослідження показало, що дві третини опитаних серед студентів 6-го курсу оцінили дистанційне навчання як «Добре». Спостерігалася позитивна динаміка щодо «Нейтрального» і «Негативного» ставлення до дистанційного формату, а саме зменшилося негативне відношення до нього. Третина опитаних студентів відзначили збільшення самоорганізації до навчального процесу. Змішана форма навчання дозволила третині студентів займатися волонтерською діяльністю, більше ніж половині – працювати, в тому числі в медичних установах. Негативною стороною дистанційного навчання для 80,4 % студентів-медиків була відсутність можливості набуття і удосконалення практичних навичок, 58,7 % вказали на відсутність соціальної комунікації, яка посилювала відчуття тривожності. Під час війни 39,1 % студентів оцінювали свій рівень тривоги, як високий, третина (33,7 %) – як дуже високий.

*Лазуренко В.В., доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2*

*Овчаренко О.Б., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри акушерства та гінекології № 2*

*Лященко О.А., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри акушерства та гінекології № 2*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ПРИФРОНТОВОЇ ЗОНИ

В складних умовах, що зумовлені повномасштабним вторгненням, надання освітніх послуг на клінічних кафедрах потребує корекції звичної парадигми навчання. Мотиваційна відповідність професійній діяльності залишається одною з основних складових формування освітнього процесу, корекція якої дозволить сформувати у майбутніх лікарів відповідні компетенції надання медичної допомоги, підтримати готовність до реальної практичної роботи, особливо в умовах прифронтової зони під час військової агресії. Це обумовлює використання оновлених методів спрямованих на удосконалення якості навчальних послуг та підтримку балансу між теоретичною і практичною підготовкою.

Якість та результативність навчання в існуючих обставинах не можуть бути отримані лише традиційними методами викладання. Саме тому, розробка та впровадження новітніх технологій в освітній процес залишаються пріоритетним напрямком в діяльності закладів вищої медичної освіти, особливо під час воєнного стану.

Мета даного дослідження – визначити особливості організації навчання студентів медичних університетів в умовах воєнного часу в прифронтовій зоні. Для досягнення мети був проведений аналіз форм та методів навчання студентів 4, 5, 6 курсів Харківського національного медичного університету (ХНМУ) з предмету акушерства та гінекології.

Створення та впровадження різноманітних форм та методів on-line навчання набуває великого значення та стає складовою освітньої діяльності як викладачів так і здобувачів освіти, сприяє особистому росту та комунікації між тими хто навчає і хто навчається.

Використання оновленої освітньої парадигми в умовах дистанційного навчання дозволить:

— викладачам опанувати інноваційні технології та застосовува-

ти найбільш оптимальні та значущі методи роботи;

- студентам підвищити ефективність навчальної діяльності;

- як результат, забезпечити високу якість підготовки фахівців в навчальному закладі.

Незважаючи на умови, які мають місце в Харківській області, викладачі кафедри акушерства та гінекології № 2 ХНМУ намагаються в дистанційному або гібридному форматі робити акцент на активне навчання, спиратись на глибоке розуміння предмету, розвивати почуття самостійності у здобувачів освіти та зберігати рефлексивний підхід до навчального процесу.

При проведенні навчальних занять в інтегрованому інформаційному середовищі широко використовуються платформи Google Meet, Microsoft Teams та програмна платформа Moodle. Це дозволяє викладачам та студентам реалізувати інформаційне та соціальне об'єднання при проведенні занять в переважно дистанційному режимі та забезпечити вільний доступ до електронних ресурсів, що навчають.

Вибір методів мотивації навчальної діяльності, що дозволяють отримати високі результати в змішаному режимі (мереживому та off-line) є основою нашого підходу.

У вирішенні цих проблем певною мірою допомагає поєднання технології «Вивчення випадку», симуляційного навчання з можливістю відвідування здобувачами освіти відділень базової лікувальної установи в режимі on-line. Технологія «Вивчення випадку» дає можливість моделювання завдань у формі клінічного випадку, або застосовувати ситуацію, яка вже відбулась насправді. Використання методів симуляційного навчання дозволяє ознайомитись з виконанням різноманітних навичок та процедур, в тому числі, в умовах обмеженого або відсутнього доступу до «ліжка хворого». Відвідування профільних відділень в on-line режимі дозволяє віртуально демонструвати студентам гінекологічних хворих та вагітних, стежити за перебігом пологів, проведенням медичних маніпуляцій та хірургічних втручань в режимі реального часу.

Отже, створення та впровадження різноманітних форм та методів комбінованого навчання набуває великого значення та стає складовою освітньої діяльності як викладачів так і здобувачів освіти, сприяє особистому росту та комунікації між тими хто навчає і хто навчається, особливо в умовах прифронтових областей. Використання оновленої освітньої парадигми в умовах дистанційного навчання дозволи-

ть викладачам опанувати інноваційні технології та застосовувати найбільш оптимальні та значущі методи роботи; студентам підвищити ефективність навчальної діяльності, що забезпечить високу якість підготовки фахівців у навчальному закладі в закладах вищої освіти, які знаходяться в прифронтовій зоні.

Використання та поєднання різнопланових педагогічних та мережових методів і технологій дозволяє створити можливості для формування у здобувачів освіти професійних навичок та компетенцій в атмосфері співпраці та залученості, підтримати мотивацію отримання освіти в умовах воєнного стану.

ЛІТЕРАТУРА

1. Проблеми сучасного підручника: навчально-методичне забезпечення освітнього процесу в умовах воєнного часу: Збірник тез доповідей / ред. кол.; голов. ред. О.М. Топузов. Електронне видання. Київ: Педагогічна думка, 2022. 388 с. URL: <https://doi.org/10.32405/978-966-644-616-2-2022-390>
2. Дюжикова Т.М., Бальоха А.С., Чепелюк А.В. Особливості організації освітнього процесу у ЗВО в умовах війни. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 11 (16). С. 58–66.
3. Глуценко І. Досвід організації Online освіти. *Проблеми сучасного підручника*. 2024. № 32. С. 43–50.
4. Гайтан О.М. Порівняльний аналіз можливостей використання інструментарію вебінарорієнтованих платформ Zoom, Google Meet та Microsoft Teams в Онлайн-навчанні. *Інформаційні технології і засоби навчання*. 2022. Т. 87, № 1. С. 33–67.
5. Яненко Я. Застосування Microsoft Teams в Онлайн-навчанні студентів: методичний аспект. *Інформаційні технології і засоби навчання*. 2024. Т. 100, № 2. С. 72–91.

*Литвинова Л.О., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри громадського здоров'я*

*Бібик І.Г., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри громадського здоров'я*

*Донік О.М., кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри громадського здоров'я*

*Національний медичний університет імені Олександра Богомольця,
м. Київ*

СТАВЛЕННЯ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ ДО ДИСЦИПЛІНИ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я» В ПРОЦЕСІ ЇЇ ВИКЛАДАННЯ

Сучасний світ вимагає від лікаря не лише глибоких знань у галузі клінічних дисциплін, а й розуміння широкого контексту, в якому перебуває пацієнт. Згідно з аналізом відгуків студентів, що засвідчують їхній інтерес до «лікування хвороб», виникає потреба в обґрунтуванні ролі соціально-гуманітарних дисциплін у формуванні професійної компетентності. Ефективне лікування і профілактика неможливі без розуміння пацієнта як частини суспільства.

Водночас у медичній освіті зростає акцент на вирішенні соціальних детермінант здоров'я, тобто навчання студентів-медиків впливу соціальних та економічних факторів на результати здоров'я та надання їм навичок роботи з громадами для вирішення цих проблем. Поточна освітня стратегія не забезпечує навчання ціннісно-орієнтованій медичній допомозі і не готує належним чином випускників до складнощів сучасної охорони здоров'я, як то висока вартість медичного обслуговування, проблеми рівності в охороні здоров'я, нестача кваліфікованих медичних працівників [1, с. 370].

Метою даного дослідження є вивчити думку майбутніх лікарів-стоматологів про значення дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я та основи доказової медицини» у їх подальшій медичній практиці. Було проведено анонімне опитування 106 студентів 1-го курсу стоматологічного факультету НМУ імені О.О. Богомольця по закінченні вивчення предмету. Респонденти також поділилися думками щодо задоволеності викладанням предмета та висловили пропозиції для його можливого вдосконалення.

Дисципліна «Соціальна медицина, громадське здоров'я та основи доказової медицини», що викладається на 1-му курсі для майбутніх стоматологів включає 15-ть практичних занять та 8-м лекцій і містить теми з біостатистики, громадського здоров'я та організації охорони здоров'я. За результатами опитування $90,6 \pm 2,8$ % респондентів визначили дисципліну як складну для опанування на першому курсі навчання. При цьому $96,2 \pm 1,9$ % опитаних вважають дисципліну цікавою. Особливо позитивну оцінку в студентів викликали теми, що були присвячені демографії, захворюваності, інвалідності, стоматологічному здоров'ю, його профілактиці й аналізу організації стоматологічної допомоги. Саме навколо цих тем під час практичних занять точились жваві дискусії, і така форма проведення занять виявилася найбільш привабливою для студентів. $15,3 \pm 4,8$ % опитаних студентів прагнуть більше «інтерактивності» у проведенні занять, більшої їх залученості до процесу, більше цікавої інформації щодо України і світу в цілому, прикладів з життя і медичної практики, адже потрібно пам'ятати, що це здебільшого вчорашні випускники шкіл, знайомі з сучасними цифровими технологіями, штучним інтелектом.

Незважаючи на те, що переважна більшість типових прикладів і ситуаційних задач створені на основі реальних даних про показники здоров'я населення України і світу, зокрема, стоматологічного здоров'я, у студентів значні труднощі і нерозуміння викликали розрахунки показників, особливо в частині біостатистики. Можливо це відображає нерозуміння важливості, а отже негативного ставлення у майбутніх лікарів до математики в цілому.

Майже 100 % опитаних вважають, що викладання цієї дисципліни на 1-му курсі зарано. Проте це практично єдиний предмет, що на самому початку навчання в медичному університеті, коли у навчальній програмі переважають фундаментальні дисципліни (фізика, хімія, біологія, анатомія тощо), це дає студентам цілісне бачення стану та проблем всієї системи охорони здоров'я, формує уявлення про характер стоматологічної патології населення та специфіку організації стоматологічної допомоги.

Можливо, через значне навчальне навантаження, необхідність опанування складних, але потрібних в майбутньому предметів, дисципліна «Соціальна медицина, громадське здоров'я та основи доказової медицини», на думку респондентів, сприймається як менш пріоритетна.

Безумовно, значною проблемою є відсутність у студентів розуміння доцільності опанування цієї дисципліни, особливо її окремих тем (особливо віднесених на самостійне опрацювання), щодо подальшого використання цих знань на практиці. Серед пропозицій $26,4 \pm 4,3$ % студентів висловили побажання перевести дисципліну до категорії елективних. Проте такий підхід є недоцільним, оскільки існують загальні компетентності та практичні навички, які мають опанувати всі лікарі, що отримують вищу медичну освіту, незалежно від майбутньої спеціальності.

Тому, належне методичне забезпечення (наявність методичних матеріалів не тільки на навчальній платформі сайту університету, на що нарікають студенти, але й безпосередньо в аудиторії), відповідна оснащеність навчальних приміщень інтерактивними дошками та мультимедійними засобами, а також професійна майстерність викладача сприятимуть досягненню позитивного результату. Стає зрозумілим, чому $65,1 \pm 4,6$ % респондентів пропонують зробити навчання дисципліни дистанційним чи комбінованим, адже лекції та практичні заняття, що проводяться у такий спосіб підкріплені потужним відеорядом. Щоправда реалізувати це складно, адже незважаючи на те, що ця дисципліна цілком теоретична (як і більшість дисциплін на 1-му курсі) навчання відбувається за «стрічковою» системою. Можливо, варто розглянути можливість організації одного-двох днів дистанційного навчання на тиждень.

Для популяризації дисципліни, підвищення мотивації щодо її вивчення цікавим виявився досвід організації «Клубу журналів громадського здоров'я» (у нас це по суті студентський науковий гурток, однак з більш дискусійним нахилом). Описаний «Журнальний клуб» сприймається учасниками як ефективна освітня діяльність, де обговорювалися актуальні проблеми здоров'я населення – захворюваність на рак, ожиріння, ментальне здоров'я, вакцинація тощо. Участь у Клубі журналів, як показало проведене опитування, сприяла формуванню більш позитивного ставлення студентів до громадського здоров'я та наукових досліджень, покращенню знань і навичок у цих сферах, а також підвищенню самооцінки розуміння методології дослідження. Зокрема, $71,4$ % респондентів стверджували, що їхні навички критичного мислення загострилися, $81,8$ % – легше стали інтерпретувати статті, $72,7$ % зазначили, що їхні знання про профілактику та втручання значно розширилися [2, с. 15, 22].

Навчальні програми медичних закладів, які зосереджуються виключно на діагностиці та лікуванні, а не на вивченні глибинних причин захворювань, готують недостатньо підготовлених фахівців для комплексного лікування пацієнтів у сучасному суспільстві. Майбутнім лікарям вкрай важливо визнавати вплив соціально-екологічних детермінант здоров'я та продовжувати цілеспрямовано долати бар'єр між громадським здоров'ям та медициною [3, с. 3, 4]. Медична освіта надає медичним працівникам компетенції, необхідні для успішної діагностики, лікування та профілактики захворювань, громадське здоров'я зосереджується на визнанні та вирішенні ширших проблем охорони здоров'я та потреб населення. Для розуміння їх важливості у підготовці майбутніх лікарів потрібен акцент на освіту в сфері громадського здоров'я [4, с. 694].

Медична освіта значною мірою не встигає за викликами сучасної системи охорони здоров'я. Проблему посилює традиційний статичний, дидактичний і фрагментарний підхід до викладання. З огляду на важливість урахування соціально-екологічних детермінант здоров'я, освітні програми мають впроваджувати міждисциплінарний та комплексний підхід, орієнтований на здоров'я громади й населення загалом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Lewis J.H., Lage O.G., Grant B.K., Rajasekaran S.K., Gameda M., Like R.C., Santen S., Dekhtyar M. Addressing the social determinants of health in undergraduate medical education curricula: A survey report. *Advances in Medical Education and Practice*. 2020. Vol. 11. P. 369–377. URL: doi: 10.2147/AMEP.S243827
2. Kroflin K., Lužaić K., Krstanović K., Korać B., Musić-Milanović S. Survey study: Lessons from a medical student-run public health journal club. *Archives of Public Health*. 2025. Vol. 17, № 1. P. 14–25. URL: doi: 10.3889/aph.2025.6127
3. Rao R., Hawkins M., Ulrich T., Gatlin G., Mabry G., Mishra C. The evolving role of public health in medical education. *Frontiers in Public Health*. 2020. Vol. 8. Article e251. URL: doi: 10.3389/fpubh.2020.00251
4. Thibault G.E. The future of health professions education: Emerging trends in the United States. *FASEB BioAdvances*. 2020. Vol. 2, № 12. P. 685–694. URL: doi: 10.1096/fba.2020-00061

*Литовська О.В., кандидат філологічних наук, доцент,
в.о. завідувача кафедри латинської мови та медичної термінології
Колісник М.І., старший викладач
кафедри латинської мови та медичної термінології
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

TERMINOLOGIA ANATOMICA (2020) У ВИКЛАДАННІ КУРСУ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ ДЛЯ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Структура і лексичне наповнення курсу латинської мови та медичної термінології має відображати актуальний стан анатомічної терміносистеми. Сьогодні у практиці терміновживання в українських навчальних джерелах з анатомії людини спостерігаємо поліваріантність термінів, що стає на заваді міждисциплінарній взаємодії та ускладнює для здобувачів освіти опанування професійною термінологією.

У нашій роботі окреслимо деякі проблеми, обумовлені асинхронною імплементацією змін Terminologia anatomica (2020) у практику вітчизняного викладання.

Міжнародна анатомічна номенклатура постійно оновлюється як в плані відображення та організації термінів, так і на лексичному й синтаксичному рівні латинської та перекладних частин. Останню версію Terminologia anatomica було затверджено Міжнародною федерацією анатомів у 2019 р. та опубліковано у 2020 р. [4]. Попередня версія – Міжнародна анатомічна номенклатура, прийнята у 1997 р. у Сан-Паулу (Бразилія), оприлюднена у 1998 р. [5].

Для викладання латинської мови медичним спеціальностям принципово важливими є розбіжності у латинському покажчику версій. Адже FIPAT наполягає, що основою для національних перекладів має бути латинський перелік. Вкажемо лише на деякі відмінності на різних рівнях.

1) Фонетико-морфологічний: послідовна заміна форм sphenoidalis, ethmoidalis на sphenioideus, ethmoideus (os ethmoideum, os sphenioideum); вживання thyreoides замість thyroideus (glandula thyreoides); nutricius замість nutriens (vena nutricia).

2) Структура термінів: у 2020 спрощена структура багатослівних термінів із використанням узгодженого означення після означуваного слова: basis interna cranii (2020) – basis cranii interna (1998); apertura inferior thoracis (2020) – apertura thoracis inferior (1998).

3) Заміна неузгодженим означенням узгодженого: *incisura superior vertebrae* (2020) – *incisura vertebralis superior* (1998); *hilum renis* (2020) – *hilum renale* (1998), а також навпаки – узгодженим неозгодженого: *lordosis cervicalis* (2020) – *lordosis colli* (1998); *ossa tarsi* (2020) – *ossa tarsea* (1998).

4) Лексичний: надається перевага *os femoris* (2020), *os ischium* (2020) замість *femur*, *ischium*. Послідовне спрощення термінів на позначення м'язів-функціоналів: *levator* (2020) – *musculus levator* (1998); *levator labii superioris*; *constrictor* (2020) – *musculus constrictor* (1998); *constrictor medius pharyngis*.

5) Повна заміна терміна: *synovia* (1998) – *liquor synovialis* (2020); *bulbus aortae* (1998) – *radix aortae* (2020).

Ці зміни вимагають детального системного аналізу та мають бути кодифіковані й представлені у вітчизняних лексикографічних виданнях.

Необхідно відзначити і формальні зміни у самій структурі документу. Порівняно з 1998 р. спостерігаємо відмову від буквено-цифрових кодів термінів на користь наскрізній нумерації.

Для міжнародної версії запропоновано представлення у вигляді 6-ти стовпчиків: офіційний латинський термін, офіційний латинський синонім, версія з британською та американською англійською, а також синоніми в межах цих варіантів. Останній стовпчик включає епонімічні терміни різними мовами, коментарі та посилання на затекстові пояснення. Саме наявність епонімів у *Terminologia anatomica* заслуговує на особливу увагу, адже традиційно вони уникалися у міжнародних стандартах. Також варто відзначити, що подаються закордонні епонімічні терміни, що вимагає окремого аналізу.

Ситуація із вітчизняною адаптацією запропонованих змін відзначається браком системності та регуляції. Донедавна єдиним офіційним джерелом для номінації анатомічних термінів було видання «Міжнародна анатомічна термінологія» за ред. В.Г. Черкасова, 2010 р. [1]. Видання рекомендоване Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України. В основі – Міжнародна анатомічна номенклатура, прийнята у 1997 р. в Сан-Паулу (Бразилія).

Офіційних рекомендацій в Україні щодо переходу на новітню версію *Terminologia anatomica* 2020 немає. Більшість підручників і посібників з анатомії зберігають латинські версії термінів, що відповідають термінології 2010 р. Однак, вже на основі нової версії у 2023 р., опублі-

ковано видання «Міжнародна анатомічна термінологія (латинська, українська, англійська)» проф. О.І. Ковальчука [2]. Варто зазначити, що ця версія має електронну підтримку на сайті Anatom.ua [3]. Відзначимо масштабність та актуальність роботи О.І. Ковальчука. Необхідність мати українську версію Terminologia Anatomica не підлягає сумніву. Саме завдяки цій роботі можливі українські видання атласів Неттера і Грея, перекладачем яких виступив також проф. О.І. Ковальчук. Привертає увагу, що попри те, що українське видання «Міжнародної анатомічної термінології» 2023 р. використовує затверджений FIPAT латинський покажчик, у ньому відсутні латинські й англійські синоніми, коментарі щодо структури самого документу, а також прикінцеві висновки щодо термінів, не наведені епонімічні назви.

Не підлягає сумніву необхідність орієнтуватися на Terminologia Anatomica 2020 при вживанні і викладанні латинських термінів як у дисципліні «Латинська мова та медична термінологія», так і «Анатомія людини». Треба брати до уваги великий обсяг вже існуючих наукових та навчальних джерел, що послуговуються попередньою версією Міжнародної анатомічної термінології. Тож виникає надмірна кількість паралельних форм, що шкодить терміносистемі і комунікації у професійній галузі. Залишається відкритим питання про статус українського перекладу Terminologia Anatomica 2020 р., адже відсутні рекомендації щодо використання саме цієї версії від офіційних інститутів МОЗ.

Вважаємо, що необхідна спільна робота вітчизняних анатомів та експертів з медичної термінології щодо унормування та кодифікації анатомічних термінів, що передбачає ґрунтовний аналіз існуючих номенклатур із врахуванням практики терміновживання у медичній галузі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Міжнародна анатомічна термінологія (латинські, українські, російські та англійські еквіваленти / Черкасов В.Г., Бобрик І.І., Гумінський Ю.Й., Ковальчук О.І.; за ред. В.Г. Черкасова. Вінниця: Нова книга, 2010. 392 с.
2. Ковальчук О.І. Міжнародна анатомічна термінологія (латинська, українська, англійська). Київ: Київ-плюс, 2023. 128 с.
3. Anatom.UA: веб-сайт. URL: <https://anatom.ua/nomina-anatomica/>
4. FIPAT. Terminologia Anatomica. 2nd ed. *FIPAT.library.dal.ca*. Federative International Programme for Anatomical Terminology, 2019. URL: <https://libraries.dal.ca/Fipat/ta2.html>
5. Terminologia anatomica version 1998 – Source version: веб-сайт. URL: <https://ifaa.unifr.ch/Public/EntryPage/TA98Book.html>

*Любарець С.Ф., доктор медичних наук, професор,
професор кафедри дитячої терапевтичної стоматології та
профілактики стоматологічних захворювань
Національний медичний університет імені Олександра Богомольця,
м. Київ*

ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН СТУДЕНТАМ-СТОМАТОЛОГАМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Основним напрямом освітньої діяльності в медичних закладах вищої освіти (МЗВО) є підготовка висококваліфікованих і конкурентоспроможних на ринку праці лікарів [2, с. 109–111]. Клінічні дисципліни студенти опановують на профільних кафедрах МЗВО, у тому числі в Національному медичному університеті (НМУ) імені О.О. Богомольця. Кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань є однією з профільних у вищевказаному закладі.

З введенням в Україні воєнного стану [3] виникла необхідність адаптації освітнього середовища до умов, що виникли, із збереження якості навчання [1, с. 20–21].

Метою даного дослідження є проаналізувати особливості викладання клінічних дисциплін студентам-стоматологам на кафедрі дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань НМУ імені О.О. Богомольця в умовах воєнного стану. Методи – адаптовані методичні підходи до дистанційного та аудиторно-дистанційного навчання студентів-стоматологів з урахуванням законодавчих та нормативно-правових актів Міністерства освіти і науки України та розпорядчих документів НМУ імені О.О. Богомольця.

У 2021/2022 н. р. на кафедрі дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань НМУ студенти-стоматологи 3-го, 4-го, 5-го курсів опановували наступні клінічні дисципліни: «Профілактика стоматологічних захворювань», «Дитяча терапевтична стоматологія» (Модуль 1, Модуль 2).

З моменту введення в Україні воєнного стану науково-педагогічні працівники кафедри відповідно до Наказів від 11.03.2022 р. № 992/л-1 «Про запровадження дистанційного режиму роботи» [4] та від 25.03.2022 р. № 118 «Про коригування графіку навчального процесу для студентів денної (очної) форми навчання в весняно-літньому семестрі 2021/2022 н. р. в умовах воєнного стану» [5] продовжили ви-

кладання клінічних дисциплін у весняно-літньому семестрі 2021/2022 н. р. в режимі “онлайн”. Проведення занять здійснювалось згідно «Алгоритму проведення навчальних занять, який рекомендовано застосувати в період дії воєнного стану на території України в НМУ імені О.О. Богомольця» [6] з використанням університетської навчальної платформи «Лікар». Викладачами кафедри на вищевказану платформу були завантажені тематичні плани лекцій та практичних занять, відеопрезентації лекцій, методичні розробки для самостійної роботи студентів, «Робочі зошити», тестові завдання. Під час навчального процесу використовувались візуальні інтерактивні платформи, наприклад, Zoom, Viber, Skype тощо.

Згідно з наказами студенти, які входили до складу ЗСУ, перебували в теробороні, були волонтерами мали максимальне сприяння від керівництва НМУ. Вони надавали інформацію в деканат та відвідували заняття за індивідуальним графіком. Студенти, які мали проблеми зі зв'язком, отримували завдання для заочного опрацювання. Окремо хотілось би відзначити індивідуальний підхід до студентів, які перебували на тимчасово окупованих територіях. Заняття з ними викладачі проводили у вечірній час, вихідні дні, з урахуванням можливостей і потреб цієї категорії студентів.

У 2021/2022 н. р. студенти 3-го курсу (6 семестр) та 4-го курсу (8 семестр) успішно склали підсумкові контролі з клінічних дисциплін «Профілактика стоматологічних захворювань» та «Дитяча терапевтична стоматологія» (Модуль 1). Студенти 5-го курсу, після складання підсумкового контролю з клінічної дисципліни «Дитяча терапевтична стоматологія» (Модуль 2), згідно Наказу від 12.04.2022 р. № 135 «Про підготовку і проведення дистанційно атестації здобувачів вищої освіти за спеціальностями 221 “Стоматологія”, 222 “Медицина”, 225 “Медицина психологія”, 226 “Фармація”, 227 “Фізична реабілітація, ерготерапія” у 2021/2022 н. р. в умовах воєнного стану» [7], були допущені до атестації та вчасно завершили навчання в університеті.

Слід зазначити, що у зв'язку з подовженням дії воєнного стану науково-педагогічні працівники кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань, як і їхні колеги, продовжують оптимізувати дистанційну (змішану) форму навчання. Про це свідчить виконання ними пункту 1.4 Наказу від 29.01.2025 р. № 58 «Про організацію навчального процесу для вітчизняних студентів 1–6 курсів денної (очної) форми навчання в весняно-літньому семестрі

2024/2025 н. р.» [8]. Відповідно до вищевказаного документу викладачі застосовували дистанційну (змішану) форму навчання для здобувачів вищої освіти, які проходили військову службу в лавах Збройних Сил України та інших формуваннях сил оборони; у разі перебування за кордоном. У 2025/2026 н. р. навчальна робота з такими категоріями студентів на кафедрі продовжується.

Адаптовані на кафедрі дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань НМУ імені О.О. Богомольця методичні підходи до викладання клінічних дисциплін студентам-стоматологам в умовах воєнного стану свідчать про їх ефективність, що підтверджено показниками академічної успішності. Це створює підґрунтя для якісного опанування студентами теоретичних знань та, частково, практичних навичок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богомаз О.В., Дем'яненко Л.П., Омельченко О.Д. Формування позитивної мотивації до навчання здобувачів освіти в надзвичайних умовах. *Актуальні проблеми якісної підготовки медичних кадрів у надзвичайних умовах: Тези доповідей учасників II-ої навчально-методичної конференції* (м. Вінниця, 7 лютого 2024 р.). Вінниця: Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, 2024. С. 20–21.
2. Ковальов О.П., Ляховський В.І., Люлька О.М. та ін. Сучасні підходи до навчання майбутніх лікарів. *Сучасна медична освіта: методологія, теорія, практика*. 2020. С. 109–111.
3. Про введення воєнного стану в Україні: Указ Президента України від 24.02.2022 р. № 64/2022. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/642022-41397>
4. URL: <https://nmuofficial.com/news/pro-zaprovadzhennya-dystantsijnogo-rezhymu-roboty>
5. URL: <https://nmuofficial.com/news/pro-koryguvannya-grafiku-navchalnogo-protsesu-dlya-studentiv-dennoyi-ochnoyi-formy-navchannya-v-vesnyano-litnomu-semestri-2021-2022-n-r-v-umovah-voyennogo-stanu/>
6. URL: <https://drive.google.com/file/d/1p9dqJ0HBs1uognfScclBjFkT-m49GP7r/view>
7. URL: <https://nmuofficial.com/news/pro-pidgotovku-i-provedennya-dystantsijno-atestatsiyi-zdobuvachiv-vyshhoji-osvity-u-2021-2022-n-r-v-umovah-voyennogo-stanu/>
8. URL: https://drive.google.com/file/d/1m35XfhAoVmF7zaFiU8oCeK-ujtjBi_NQ/view

*Любарець Т.Ф., доктор медичних наук, професор,
професор кафедри загальної практики (сімейної медицини)
Національний медичний університет імені Олександра Богомольця,
м. Київ*

ВИКЛАДАННЯ РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Підготовка лікарів-інтернів з профільної дисципліни є невід'ємною складовою роботи кафедри загальної практики (сімейної медицини) (ЗПСМ) Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (НМУ). Враховуючи військовий стан в Україні з 2022 р. і те, що лікарі ЗПСМ є первинною ланкою, яка може бути залучена до надання допомоги у разі ураження мирного населення в ході військових дій, зокрема іонізуючим випромінюванням (ІВ), цим аспектам підготовки інтернів на кафедрі приділяється значна увага. В своїй роботі викладачі кафедри керуються чинними сьогодні нормативними документами, зокрема Законом України «Про вищу освіту» № 1556-VII від 01.07.2014 р., Наказом Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) № 1254 від 22.06.2021 р. «Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію». З урахуванням воєнного стану, дієвими є також: Лист Міністерства освіти і науки України № 1/3315-22 від 01.03.2022 р. «Про функціонування галузі освіти в умовах воєнного стану»; Наказ МОЗ № 493 від 16.03.2022 р. «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22.06.2021 р. № 1254»; Наказ МОЗ № 805 від 13.05.2022 р. «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22.06.2021 р. № 1254»; Наказ МОЗ № 1327 від 26.07.2022 р. «Про особливості проходження інтернатури в умовах воєнного стану»; Наказ МОЗ № 673 від 10.04.2023 р. «Про внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України від 22 червня 2021 р. № 1254 та від 26 липня 2022 р. № 1327» [1–5]. З метою адаптації викладання загальної практики (сімейної медицини) в умовах воєнного стану, керівництво НМУ запровадило ряд нормативних документів, зокрема Наказ № 670 від 17.08.2023 р., який передбачає формат занять в умовах наявності сигналу «Повітряна тривога» [6].

З метою оптимізації підготовки лікарів-інтернів у 2025 р. на кафедрі було оновлено Навчальний план та «Програму освітньої части-

ни інтернатури» за спеціальністю ЗПСМ, для лікарів-інтерів включено додаткову програму «Радіаційна медицина». Дана програма включає чотири години семінарських та дві години практичних занять.

З урахуванням воєнного стану, проведення семінарських занять в рамках додаткової програми «Радіаційна медицина» спрямовані на узагальнення набутих протягом навчання в медичному університеті та поглиблення знань лікарів-інтерів стосовно особливостей дії радіаційного чинника за йовірності масивного ураження мирного населення [7; 8]. Розглядаються основні види ІВ: корпускулярне (альфа-, бета-, нейтронне) випромінювання та гама-випромінювання як різновид електромагнітного (хвильового) випромінювання, що можуть бути потенційними чинниками ураження біологічних об'єктів. Обговорюється фізичні характеристики та особливості біологічної дії ІВ (проникна здатність, особливості взаємодії, залежно від енергії випромінювання, з різними типами тканин та структур біологічних об'єктів). Розглядаються різновиди поглинутих доз (еквівалентна, ефективна та ін.), які враховують як особливості певних видів ІВ, так і чутливість біологічних тканин до дії радіаційного чинника. Аналізуються клінічні прояви локального (променевої опіки) і загального (гостра променева хвороба, ГПХ) опромінення індивідуумів.

В рамках практичних занять передбачено вирішення ситуаційних задач. Розглядаються особливості сортування постраждалих від дії ІВ при масових ураженнях (склад сортувальних бригад, маркування постраждалих, особливості заповнення облікової документації, зокрема «Картки медичного сортування» (форма № 109-2/о)), евакуаційно-транспортні заходи для опромінених з урахуванням ступеня їх тяжкості, об'єм надання медичної допомоги (сортувальний майданчик, етапи евакуаційного транспортування опромінених). Акцентується увага на комплексному підході до терапії радіаційного ураження, з урахуванням поєднання наявності у постраждалих ГПХ і променевих опіків, сучасні заходи щодо лікування цих видів патології в умовах стаціонару, із застосуванням аферезних методів, трансплантації кісткового мозгу тощо. Аналізуються заходи подальшої реабілітації та диспансеризації постраждалих від дії ІВ, що є функцією лікарів первинної ланки (ЗПСМ) і направлені на раннє виявлення стохастичних ефектів опромінення (онкологічної, онкогематологічної патології).

Отже, додаткова програма «Радіаційна медицина» як складова оновленої «Програми освітньої частини інтернатури» за спеціальністю

ЗПСМ дозволяє систематизувати теоретичні та поглибити практичні навички лікарів-інтернів, набуті в медичному університеті, стосовно надання необхідного обсяга медичної допомоги мирному населенню за умови ймовірного масового ураження радіаційним чинником. Диспансеризація постраждалих від дії ІВ, що забезпечується саме лікарями ЗПСМ, дозволить мінімізувати негативні наслідки контакту з радіаційним чинником шляхом раннього виявлення стохастичних ефектів у опромінених осіб.

ЛІТЕРАТУРА

1. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1081-21#Text>
2. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0372-22#n7>
3. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0591-22#n4>
4. URL: https://moz.gov.ua/uploads/7/39132-dn_1327_27_07_2022.pdf
5. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0668-23#Text>
6. URL: <https://nmuofficial.com>
7. Тарасюк В.С., Матвійчук М.В., Паламар І.В., Корольова Н.Д., Кучанська Г.Б., Новицький Н.О. Медицина надзвичайних ситуацій. Організація надання першої медичної допомоги: підруч. Київ: Медицина, 2011. 526 с.
8. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1269 від 05.06.2019 р.

*Майкіна О., здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Согуйко Ю.Р., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри клінічного медсестринства та невідкладних станів
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів*

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Цукровий діабет – це глобальний виклик для людей, їхніх родин та цілих держав. За даними останнього Атласу діабету Міжнародної діабетичної федерації (IDF, 2025), із цим захворюванням живе 11,1 % дорослого населення світу віком 20–79 років, тобто кожний дев'ятий. У той же час понад 40 % хворих навіть не знають про свій діагноз, що підвищує ризик розвитку тяжких ускладнень [1].

Прогнози вражають: до 2050 р. із діабетом житиме вже кожний восьмий дорослий, тобто близько 853 мільйонів людей, що означає зростання на 46 % у порівнянні з нинішніми показниками [1].

Понад 90 % випадків припадає на діабет другого типу, що формується під впливом комплексу соціально-економічних, демографічних, екологічних та генетичних чинників. Серед основних рушіїв поширення діабету другого типу [1] є: стрімка урбанізація; старіння населення; зниження рівня фізичної активності; зростання поширеності надмірної маси тіла й ожиріння та ін.

Разом із тим, ситуація не є безнадійною. Профілактика діабету другого типу, рання діагностика та якісна медична допомога для всіх людей із діабетом здатні істотно зменшити тягар хвороби. Своєчасне втручання допомагає уникнути або принаймні відтермінувати розвиток ускладнень, зберегти активність і якість життя, а також знизити витрати системи охорони здоров'я [1].

Цукровий діабет належить до хронічних неінфекційних захворювань, які створюють значний тягар для системи охорони здоров'я, сімей та окремих пацієнтів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, діабет асоціюється з високим ризиком розвитку серцево-судинних патологій, хронічної хвороби нирок, ретинопатії та нейропатії, що призводять до інвалідизації та передчасної смертності [2]. Ефективний догляд за такими пацієнтами передбачає комплекс заходів – регулярний контроль глікемії, артеріального тиску та ліпідного профі-

лю; скринінг і своєчасне виявлення ускладнень; а також якісну про-світу самих пацієнтів і їхніх родин щодо навичок самоконтролю та профілактики ризиків. Особливого значення набуває людський підхід у комунікації – адже від готовності людини зрозуміти власну хворобу та брати активну участь у догляді залежить успіх лікування [2].

В українських реаліях ці виклики загострилися в умовах повно-масштабної війни. Порушені логістичні маршрути постачання ліків і витратних матеріалів, кадровий дефіцит, фінансові труднощі та виму-шене переміщення людей суттєво ускладнюють лікування хронічних захворювань, що висуває особливі вимоги до організації медсестрин-ського догляду: забезпечення безперервності спостереження навіть у кри-зових умовах, впровадження телемедицини технологій, адаптованих освітніх програм, а також взаємодії між медичними, соціальними та волонтерськими структурами [3]. Так, медсестринський догляд стає не лише медичною, а й соціальною опорою для пацієнтів з діабетом, допомагаючи їм зберігати якість життя попри зовнішні виклики.

Мета даного дослідження – сформулювати організаційні підхо-ди до медсестринського догляду пацієнтів із цукровим діабетом (1-го і 2-го типів), які забезпечують пацієнт-орієнтованість, безперервність, міжпрофесійну координацію, DSMES-послуги (освіта та підтримка самоконтролю), профілактику ускладнень і врахування соціальних детермінант здоров'я та умов воєнного часу.

Сучасні клінічні стандарти, зокрема [4], визначають провідну роль програм Diabetes Self-Management Education and Support (DSMES) у догляді за всіма людьми з цукровим діабетом. У центрі цих програм стоїть партнерська комунікація без стигматизуючих висловів, викорис-тання технічних засобів (мобільні застосунки, дистанційний коучинг), а також врахування соціальних детермінант здоров'я. Для медсестер це означає впровадження структурованого навчання, використання моти-ваційних інтерв'ю та практику спільного прийняття рішень разом із пацієнтом та його родиною. Доказова база [5] свідчить, що участь ме-дсестер-лідерів у програмах DSME дозволяє знизити рівень HbA1c на 0,5–0,9 % у середньо- і довгостроковій перспективі, підвищити кон-троль глікемії та прихильність до лікування. Важливим компонентом програм є профілактика діабетичної стопи: щоденний огляд, належ-ний догляд за шкірою й нігтями, вибір адекватного взуття та раннє скерування до хірурга [6].

Національні та північноамериканські стандарти DSMES (CDC /

ADCES) [7] акцентують на вимогах до якості послуг, міжпрофесійних командних моделях, акредитації програм та забезпеченні доступності, включно з телемедициною.

Для систематизації процесу догляду доцільно використовувати медсестринські діагнози NANDA-I (наприклад, Risk for Unstable Blood Glucose) [8], які структурують планування та роблять його прозорим для всієї мультидисциплінарної команди.

В Україні організація догляду має узгоджуватися з уніфікованим клінічним протоколом Міністерства охорони здоров'я України (2024) [9] щодо цукрового діабету другого типу, що визначає маршрути пацієнта, цілі терапії та алгоритми скринінгу ускладнень.

Важливо також інтегрувати «людяний вимір»: психологічну підтримку, емпатичне ставлення, підхід trauma-informed care, особливо актуальний у контексті війни, коли пацієнти стикаються зі стресом, втратою доступу до ліків чи засобів самоконтролю [10].

Як бачимо, сучасні стандарти поєднують наукову доказовість і гуманістичну орієнтацію, що забезпечує підвищення ефективності та якості життя людей із діабетом.

Ключові організаційні кроки для медсестер в догляді за пацієнтами з цукровим діабетом охоплюють декілька взаємопов'язаних напрямів.

По-перше, важливо стандартизувати надання послуг DSMES (Diabetes Self-Management Education and Support), включаючи розробку структурованих програм, використання чек-листів, внутрішніх аудитів та, за можливості, акредитацію за міжнародними стандартами, що забезпечить єдність підходів і прогнозовану якість допомоги, що особливо важливо в умовах великої кількості пацієнтів та різних рівнів підготовки медичних кадрів [7].

По-друге, необхідно гарантувати безперервність догляду. Вона може реалізовуватися через чітке планування календаря візитів, телефонних чи відеоконсультацій, використання телемоніторингу рівня глюкози. Запровадження системи «червоних прапорців» дозволить швидко виявляти загрозливі зміни (гіпер- чи гіпоглікемії, симптоми інфекцій або ускладнень) та вчасно скеровувати пацієнта до лікаря [10]. Вважаємо, що такий підхід мінімізує ризики і знижує кількість невідкладних госпіталізацій.

По-третє, у кожен контакт медсестри з пацієнтом слід вбудовувати профілактику ускладнень, перш за все діабетичної стопи, нефро-

патії та ретинопатії. Це означає не лише проведення огляду чи тестів, а й фіксацію навчання пацієнта у медичній документації: від нагадувань про щоденний догляд за стопами до рекомендацій щодо планових оглядів у нефролога чи офтальмолога. Така рутинна інтеграція профілактики у щоденний догляд має доведену ефективність у зниженні рівня ампутацій та інвалідизації [2].

По-четверте, необхідно враховувати потреби вразливих груп: внутрішньо переміщених осіб, літніх людей, пацієнтів з інвалідністю. Для них слід готувати доступні та прості освітні матеріали, використовувати різні канали комунікації (друковані пам'ятки, телефони довіри, мобільні додатки), а також допомагати з отриманням витратних матеріалів та ліків [11].

Зазначимо, що дієвий догляд неможливий без командної взаємодії: лікар, медсестра, фармацевт, психолог і соціальний працівник мають працювати разом, координуючи свої зусилля. Важливо залучати самого пацієнта і його родину до спільного прийняття рішень, формування цілей та вибору індивідуальних стратегій лікування. Партнерський підхід підвищує прихильність до терапії та якість життя [10].

На підставі проаналізованих джерел можна стверджувати, що організаційні кроки медсестринської служби мають поєднувати доказову базу клінічних стандартів і людський, пацієнт-орієнтований вимір, що особливо актуально для України в умовах воєнних і соціальних викликів.

Цукровий діабет – глобальна й національна проблема, яка вимагає системного підходу до догляду. В Україні складність посилюється умовами війни, що знижує доступність медичної допомоги й підвищує потребу у професійно організованому медсестринському супроводі. Ключова роль медсестри полягає у забезпеченні безперервності допомоги: від моніторингу стану та профілактики ускладнень до навчання пацієнтів і родин самоконтролю.

DSMES-програми довели ефективність у зниженні HbA1c і ризику ускладнень. Їх упровадження потребує структурованої організації, регулярного оновлення знань медсестер та адаптації освітніх матеріалів під конкретні потреби пацієнтів.

Організаційними пріоритетами є: стандартизація планів догляду; інтеграція телемедичних інструментів; мультидисциплінарна взаємодія; орієнтація на вразливі групи (внутрішньо переміщені особи, літні люди, особи з інвалідністю та ін.).

Людяність і партнерство з пацієнтом є основою ефективності: емпатична комунікація, уникання стигматизації та спільне визначення цілей підвищують прихильність і якість життя.

Отже, організаційні підходи до медсестринського догляду за пацієнтами з діабетом мають бути комплексними, науково обґрунтованими й пацієнт-орієнтованими. Вони не лише покращують клінічні показники, а й зменшують тягар хвороби для суспільства, що набуває особливої значущості для України в умовах сучасних викликів, зокрема повномасштабної війни.

ЛІТЕРАТУРА

1. Facts & figures. *International Diabetes Federation*. URL: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
2. Diabetes. *World Health Organization (WHO)*. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. WHO's response to health emergencies in Ukraine: annual report 2024. *IRIS Home*. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381942/WHO-EURO-2025-12500-52274-80390-eng.pdf?sequence=1>
4. Wisconsin Academy of Family Physicians. 210 Green Bay Road. *Thiensville, WI*. Article e53092. URL: https://www.wafp.org/assets/files/2025_ADA_Updates_All_Sections_95.pdf
5. Sun J., Fan Z., Kou M., Wang X., Yue Z. & Zhang M. Impact of nurse-led self-management education on type 2 diabetes: a meta-analysis. *Frontiers in public health*. 2025. Vol. 13. Article e1622988. URL: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1622988>
6. Drovandi A., Seng L. & Golledge J. Effectiveness of educational interventions for diabetes-related foot disease: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes. Metabolism Research and Reviews*. 2024. Vol. 40 (3). Article e3746.
7. National Standards for DSMES. Diabetes Self-Management Education and Support (DSMES) Toolkit. URL: <https://www.cdc.gov/diabetes-toolkit/php/about-dsmes/national-standards-dsmes.html>
8. Teixeira A.M., Tsukamoto R., Lopes C.T. & Silva R.C.G.E. Risk factors for unstable blood glucose level: integrative review of the risk factors related to the nursing diagnosis. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2017. Vol. 25. Article e2893. URL: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1688.2893>
9. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 2-го типу у дорослих»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.07.2024 р. № 1300. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-24-07-2024-1300-pro-zatverdzhennya-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoyi-ta-specializovanoyi-medichnoyi-dopomogi-cukrovij-diabet-2-tipu-u-doroslih>

10. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes – 2025. *Diabetes Care* 1 January 2025. Vol. 48 (Supplement_1): P. 86–127. URL: <https://doi.org/10.2337/dc25-S005>
11. World Health Organization (WHO). URL: https://www.who.int/docs/libraries/provider2/default-document-library/2024-fr-factsheet_feb26_v2.pdf?download=true&sfvrsn=4d1472e3_1&

*Маліновська Н.М., асистент кафедри описової та клінічної анатомії
Національний медичний університет імені Олександра Богомольця,
м. Київ*

СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ У ПЕРІОД ВІЙНИ

Війна в Україні стала безпрецедентним викликом для всієї системи освіти, зокрема медичної, адже саме якісна підготовка фахівців визначає ефективність медичної допомоги у кризових умовах. Забезпечення якості медичної освіти вимагає не лише дотримання стандартів, але й гнучкості в адаптації освітнього процесу до умов воєнного часу.

Метою даного дослідження є аналіз сучасних механізмів забезпечення якості медичної освіти в Україні у період війни та окреслення перспектив їх вдосконалення. Методологічною основою стали порівняльний аналіз нормативних документів, вивчення практичного досвіду закладів вищої медичної освіти, а також системний підхід до оцінки освітніх реформ.

Основні виклики глобальних змін у медичній освіті України на часі обертаються навколо трьох осей, які необхідно адаптувати до викликів сучасності: збереження кваліфікованого професорсько-викладацького складу; розвиток клінічних кафедр; фінансування та відбудова закладів вищої медичної освіти та клінічних кафедр [1, с. 4].

По-перше, якість освіти безпосередньо залежить від кадрового потенціалу. Війна спричинила відтік спеціалістів, мобілізацію та ризик кадрового виснаження. Система забезпечення якості повинна передбачати механізми підтримки науково-педагогічних працівників: гнучкі умови праці, дистанційне викладання, програми академічної мобільності та залучення міжнародних партнерств. Це дозволить не лише утримати фахівців, а й інтегрувати українську медичну освіту у глобальний простір. Як бачимо, важливим викликом стає формування кадрового резерву, що передбачає підготовку молодих науковців та стимулювання їхнього професійного зростання через грантові програми, аспірантські школи та наставництво з боку досвідчених викладачів.

По-друге, розвиток клінічних кафедр є невід'ємним елементом якісної медичної освіти. У воєнних умовах виникає потреба у посиленні практичної підготовки майбутніх лікарів, зокрема у сфері військової медицини, екстреної допомоги, реабілітації та психічного здоров'я.

Системи забезпечення якості мають враховувати необхідність оновлення навчально-клінічної бази, розширення симуляційних центрів та впровадження міжнародних протоколів. Важливим напрямом стає співпраця з військово-медичними установами та міжнародними гуманітарними організаціями, що дозволяє формувати у студентів практичні навички на основі реального досвіду та забезпечує швидке впровадження нових стандартів лікування.

По-третє, якість медичної освіти неможливо підтримати без належного фінансування. Руйнування інфраструктури та дефіцит ресурсів потребують комплексних рішень: залучення міжнародних грантів, партнерських проєктів, розвитку державно-приватного партнерства. Саме фінансова сталість гарантує збереження та розвиток освітнього процесу, що є основою системи забезпечення якості. У цьому контексті особливе значення має цифровізація освітнього процесу та інвестиції в онлайн-платформи, які стають альтернативою зруйнованим аудиторіям і водночас відкривають шлях до інтеграції українських студентів у міжнародні навчальні спільноти.

Крім того, аналіз нормативно-правової бази України показав, що навіть у період війни продовжується реалізація стандартів вищої освіти та акредитаційних вимог, орієнтованих на європейські практики. Зокрема, ключову роль у системі забезпечення якості відіграють стандарти вищої освіти за спеціальністю 222 «Медицина» (Наказ Міністерства освіти і науки України № 977 від 24.07.2019 р.) [2], а також нормативні акти, що регламентують акредитацію освітніх програм і особливості організації освітнього процесу в умовах воєнного стану (Наказ Міністерства освіти і науки України № 1036 від 28.09.2022 р.) [3]. Це створює підґрунтя для збереження академічних стандартів, забезпечення гнучкості навчання та інтеграції української медичної освіти у європейський освітній простір.

Окремо варто відзначити роль Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти, яке, адаптуючи свої підходи до воєнних реалій, забезпечує баланс між вимогливістю до освітніх програм та підтримкою закладів, що працюють в екстремальних умовах [4]. Такий підхід сприяє збереженню довіри до українських дипломів на міжнародному рівні.

Система забезпечення якості медичної освіти в Україні у період війни продемонструвала здатність до адаптації та стійкості, незважаючи на масштабні виклики. Визначальними чинниками є збереження

професорсько-викладацького складу, розвиток клінічних кафедр із посиленням практичної підготовки та забезпечення стабільного фінансування й відбудови інфраструктури. Аналіз нормативно-правової бази свідчить, що навіть в умовах воєнного стану зберігається орієнтація на європейські стандарти якості та гнучкість освітнього процесу. Це створює передумови не лише для підтримки освітнього потенціалу у кризовий період, а й для подальшої модернізації та інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір.

ЛІТЕРАТУРА

1. Білик Л.В., Камінський В.В., Башкірова Л.М. Адаптація до глобальних змін і викликів часу медичної освіти України. *Академічні візії*. 2023. № 25. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/731>
2. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 222 “Медицина” для другого (магістерського) рівня вищої освіти: Наказ Міністерства освіти і науки України від 24.07.2019 р. № 977. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0977729-19>
3. Про особливості організації освітнього процесу в умовах воєнного стану: Наказ Міністерства освіти і науки України від 28.09.2022 р. № 1036. URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-osoblivosti-organizaciyi-osvitnogo-procesu-v-umovah-voyennogo-stanu>
4. Шкарлет С. та ін. Освіта України в умовах воєнного стану: інформаційно-аналітичний збірник. Київ, 2022. URL: https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/zagalna%20serednya/serpneva-konferencia/2022/Mizhn.serpn.ped.nauk-prakt.konferentsiya/Inform-analityc.zbirn-Osvita.Ukrayiny.v.umovakh.voyennoho-stanu.22.08.2022.pdf?utm_source=chatgpt.com

*Менів Н.П., викладач кафедри лабораторної медицини
Федорович У.М., завідувач кафедри лабораторної медицини
Вінярська М.С., викладач кафедри лабораторної медицини
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів*

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІМУНІЗАЦІЇ ПРОТИ COVID-19: АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДАНИХ

Від початку пандемії COVID-19 вакцини відіграли критично важливу роль у зменшенні тяжкості захворювання та запобіганні смертності. За останні роки розроблено кілька типів вакцин, серед яких: мРНК-вакцини (Pfizer-BioNTech, Moderna), векторні вакцини (Astra Zeneca, Johnson&Johnson) та інактивовані вакцини (CoronaVac, Sinopharm). Ефективність кожного типу вакцин варіюється залежно від мутацій вірусу, індивідуальних характеристик імунної відповіді та необхідності ревакцинації [1].

Незважаючи на значні успіхи, наукова актуальність у сфері вакцин проти COVID-19 не зникає, а навпаки, набуває нових напрямків:

— адаптація до нових штамів. Зважаючи на постійну еволюцію вірусу SARS-CoV-2 та появу нових варіантів (наприклад, Омикрон та його підвиди), триває розробка бівалентних та полівалентних вакцин. Ці вакцини містять компоненти, що забезпечують захист як від оригінального штаму, так і від новітніх мутацій, що дозволяє підтримувати високий рівень ефективності;

— розробка вакцин тривалої дії. Дослідники шукають шляхи створення вакцин, які б забезпечували стійкий імунний захист на довший період, що зменшило б необхідність у частих бустерних дозах. Це включає вдосконалення технологій доставки антигенів та використання нових ад'ювантів, що стимулюють більш потужну і довготривалу імунну відповідь;

— назальні та пероральні вакцини. Значний науковий інтерес викликає розробка альтернативних форм вакцин, які вводяться не ін'єкційно. Назальні спреї та таблетки можуть забезпечувати місцевий імунний захист на слизових оболонках дихальних шляхів, що є першим бар'єром для вірусу. Це може ефективніше запобігати інфікуванню та подальшій передачі вірусу;

— персоналізована медицина. Дослідження імунної відповіді на

вакцини допомагають зрозуміти, чому деякі люди мають сильнішу реакцію, а інші – слабшу. Цей напрямок відкриває шлях до персоналізованої вакцинації, де дозування або тип вакцини може бути адаптований до індивідуальних особливостей імунної системи людини.

Ці наукові напрямки мають потенціал не лише для боротьби з COVID-19, але й для швидкої розробки вакцин у відповідь на майбутні пандемічні загрози.

У цьому дослідженні розглядається ефективність вакцинації з урахуванням останніх наукових даних, також в контексті різноманітних варіантів SARS-CoV-2, таких як Омикрон [2].

Для оцінки ефективності імунізації проти COVID-19 використано аналіз наукових джерел, що досліджують: антитільну відповідь після вакцинації, вплив бустерної вакцинації на тривалість імунітету, ефективність вакцин щодо нових варіантів вірусу, молекулярну епідеміологію варіанту Омикрон.

Вакцинація сприяє розвитку імунної відповіді, включаючи гуморальний (антитільний) та клітинний імунітет. Дослідження Dasetal. (2025) свідчить, що рівень антитіл досягає максимуму через 2–4 тижні після другої дози, але поступово знижується протягом 6 місяців [1].

Вакциновані особи мають значно вищий рівень нейтралізуючих антитіл порівняно з тими, хто переніс COVID-19 без вакцинації. Однак, рівень імунного захисту залежить від віку, стану здоров'я та типу вакцини.

Поява нових варіантів SARS-CoV-2 зменшила ефективність вакцинації. Mahmoud et al. (2025) встановили, що дві дози вакцини лише частково захищають від симптоматичного захворювання, тоді як бустерна доза значно покращує імунний захист [2]. Особливо важливими є мРНК-вакцини, які швидко адаптуються до нових варіантів вірусу.

Омикрон має понад 30 мутацій у S-білку, що дозволяє йому частково ухилятися від імунної відповіді [3]. Аналіз СН.1.1 варіанту показав, що він містить рекомбінантні мутації, що ускладнює прогнозування ефективності вакцин.

Бустерна вакцинація значно покращує тривалість імунного захисту. Mahmoud et al. (2025) продемонстрували, що ревакцинація збільшує рівень антитіл у 3–5 разів і знижує ризик госпіталізації на 80 % [2]. Це особливо важливо для осіб із груп ризику.

Отже, вакцинація залишається критично важливим інструментом у боротьбі з пандемією COVID-19. Хоча ефективність вакцин мо-

же знижуватися з появою нових варіантів вірусу, бустерна імунізація значно покращує рівень захисту. Подальші дослідження необхідні для розробки адаптованих вакцин, що нейтралізують нові штами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Das M., Bhuiyan A.F.M.T., Karim M.H., Hossain M.A., Rob M.A., Khan S. & Mannan A. Antibody responses after COVID-19 vaccination: a cross sectional study among the Bangladesh population. *Reviews and Research in Medical Microbiology*. 2025. URL: DOI:10.1097/MRM.0000000000000380
2. Mahmoud Y., Hathout A., Amen R.A., Desouky S., Shady R.M. & Fahmy H.M. COVID-19 Omicron variant: variation from other variants, immune response, and vaccination against this rapid spreading pandemic. *Journal of Infection and Public Health*. 2022. URL: DOI:10.1016/j.jiph.2022.03.022
3. Qurashi Y., Alansari M., Almutiri R., Alabbasi R. & Ali R.A. Molecular epidemiology of Omicron's CH.1.1 line age: evidence of recombination event. *Reviews and Research in Medical Microbiology*. 2025. URL: DOI:10.1097/MRM.0000000000000405

*Моргунцов В.О., аспірант 3-го року навчання
Люлько О.О., доктор медичних наук, професор,
професор кафедри урології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
м. Запоріжжя*

РОЛЬ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА МЕДИЧНОГО ОБЛАДНАННЯ У ФОРМУВАННІ ЯКІСНОГО ОБСЯГУ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИХ ДАНИХ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ УРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ У РОЗРІЗІ ОПРАЦЮВАННЯ ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ ЩОДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Необхідність якісної підготовки фахівців галузі охорони здоров'я є питанням, що знаходиться на постійному державному контролі та врегулюванні відповідних державних органів та Міністерства охорони здоров'я України зокрема.

Значущим аспектом є вирішення комплексу заходів щодо широкого використання сучасних технологій та медичного обладнання при підготовці фахівців галузі охорона здоров'я і при системному формуванні ними персоналізованого навчально-наукового контенту професійних знань та вмінь. Загальнодержавний підхід є професійним та високоефективним, структурованим за рівнями функціональних обов'язків та підпорядкованості інноваційній системі звітності, що чітко врегульована чинною нормативно-правовою базою.

Урологічна практика є елементом цілісної системи охорони здоров'я, її якісна організація обумовлює виконання загальновизначених критеріїв організації діяльності. Використання сучасних технологій дозволяє забезпечувати індивідуальний комплексний підхід при лікуванні урологічних хворих, враховувати фактори ризику, застосовувати профілактичні методи, уникати чи мінімізувати потенційні ускладнення [1].

Як типовий приклад-нівелювання чи зменшення перспективи запальних процесів у післяопераційний період після проведеної контактної лазерної літотрипсії.

Досягнення якісних показників у наданні високопрофесійної медичної допомоги пацієнтам із застосуванням сучасних технологій та обладнання є прерогативою якісного менеджменту за всіма рівнями діяльності. Використання в медичній освіті та практиці інноваційних ме-

тодів та обладнання дозволяє реалізувати ефективну індивідуалізацію у визначених практичних аспектах, зокрема – при діагностуванні та лікуванні запальних процесів у післяопераційний період після проведеної контактної лазерної літотрипсії [2; 3].

З метою поширення досвіду використання сучасних технологій та медичного обладнання при наданні медичних послуг і в ході навчання фахівців галузі, забезпечення формування якісного обсягу навчально-наукових даних, приведено окремі результати зазначених заходів при підготовці фахівців урологічного профілю у розрізі опрацювання проблемних питань щодо оперативного лікування сечокам'яної хвороби.

За всіма напрямками та рівнями професійної і навчальної активності фахівців системи охорони здоров'я, при проведенні наукових досліджень, надзвичайно важливим аспектом є використання сучасних технологій та новітнього медичного обладнання. Даний підхід дозволяє отримувати новітні, об'єктивні високоточні результати досліджень, на основі них формувати цілісну навчально-наукову систему. Медична практика урологічного профілю не є виключенням у освітньо-науковій системі [4; 5].

Індивідуалізація діагностичних, лікувальних заходів в урологічній практиці, зниження ризику запальних процесів у післяопераційний період після проведеної контактної лазерної літотрипсії, є актуальним питанням. Використання сучасних технологій на всіх етапах діагностично-лікувального комплексу створює перспективність зростання ефективності.

Одним з методів якісної діагностики є дослідження сечі методом автоматичної мікроскопії на сучасному аналізаторі Laura XL, що має ряд персональних позитивних технологічних характеристик. Камера аналізатору фіксує 15 знімків для кожного зразка. Організація робочого потоку гарантує високу точність, відтворюваність та архівування результатів кожного тесту. Відсутність етапу центрифугування запобігає пошкодженню елементів вивчення. Для оцінки отриманих зображень застосовується модель нейронної мережі. Проводиться автоматичне визначення кольору, прозорості. Метод базується за принципом відбивної фотометрії. Визначаються біохімічні параметри: питома вага у відношенні до відносної щільності, лейкоцити, нітрити, рН, білок, глюкоза, кетони, уробіліноген, білірубін, загалом більше 40 показників. Здійснюється автоматичне визначення кольору, каламутності зразка.

Аналіз осаду сечі проводиться за параметрами: лейкоцити, лейкоцитарні згустки, еритроцити нормальні та еритроцити змінені, епітелій плоский та перехідний, оксалат кальцію, кристали сечової кислоти, кристали трьохзаміщеного фосфату, бактерії за підгрупами, дріжджові клітини, сперматозоїди, слиз, неklasифіковані елементи та ін. Також є можливість визначення додаткових категорій.

Візуальний контроль результатів аналізу осаду сечі забезпечується на екрані комп'ютера, ємність пристрою для автоматичного опрацювання – 120 зразків, достатньо 2 мл. обсягу зразка, автоматична гомогенізація і дозування, ідентифікація зразка за допомогою зовнішнього сканера штрих-коду, вбудований термопринтер та можливість підключення зовнішнього принтера.

Таким чином, створено можливість для широкого спектру опрацювання масиву даних за допомогою ефективного сучасного підходу з максимальною автоматизацією процесу. Точність результатів, швидкість отримання масиву даних сприяє індивідуалізації лікування для хворих, зокрема у післяопераційний період після проведеної контактної лазерної літотрипсії. Своєчасно визначається наявність існуючих факторів ризику, є час для вжиття профілактичних заходів запальних процесів. Для лікарів урологічної практики наявність даного обладнання є об'єктивно доцільним у комплексі медичного технологічного парку. Також дані можуть використовуватися при формуванні освітньо-наукового комплексу фахівців медичної практики [5].

Наявність сучасного обладнання при забезпеченні та виконанні освітньо-наукового і лікувального комплексу заходів є запорукою ефективності, якості, перспективності використання наукових даних та проектування траєкторії наступних етапів. Сучасне медичне обладнання у структурі діагностичних заходів дає можливість своєчасного виявлення і лікування патологій. Застосування сучасних технологій дозволяє скоротити терміни встановлення діагнозу чи збільшення часового діапазону для вжиття медичних заходів, мінімізувати інвазивність, підвищити рівень безпечності для пацієнта. Враховуючи вищезазначене, маємо переконливе бачення, що розвиток та використання інноваційних методикта сучасного медичного технологічного парку, дозволяє ефективно проводити підготовку медичних кадрів, та є умовою якості професійної медичної допомоги за всіма напрямми вцілому, та щодо продемонстрованого на прикладі урологічного напрямку зокрема.

ЛІТЕРАТУРА

1. Концепція інформатизації в охороні здоров'я. *Міністерство охорони здоров'я України*: офіційний веб-сайт. URL: <http://moz.gov.ua/article/reformplan/jak-bude-rozvivatisja-enealth-v-ukraini-prezentuvali-proekt-koncepciiinformatizacii-ohoroni-zdorovja>
2. Benjamins J.W., Hendriks T., Knuuti J. et al. A primer in artificial intelligence in cardiovascular medicine. *Neth. Heart. J.* 2019. Vol. 27 (9). P. 392–402.
3. Balyen L., Peto T. Promising artificial intelligence-machine learning-deep learning algorithms in ophthalmology. *Asia Pac. J. Ophthalmol.* 2019. Vol. 8 (3). P. 264–272.
4. Хайтович М.В., Потаскалова В.С., Савельєва-Кулик Н.О., Темірова О.А., Скрипник І.М. та ін. Використання дистанційних методів навчання в медичній освіті. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2020. № 3. С. 29–32.
5. Про схвалення Стратегії цифрового розвитку інноваційної діяльності України на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 грудня 2024 р. № 1351-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1351-2024-%D1%80#Text>

Олійник Н.Ю., кандидат політичних наук, доцент,
доцент кафедри фундаментальних та соціальних наук
Стоколос-Ворончук О.О., кандидат філологічних наук, доцент,
доцент кафедри фундаментальних та соціальних наук
Юристовська Н.Я., кандидат наук з державного управління, доцент,
доцент кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрія Крупинського», м. Львів

КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ В КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ

Одним із значних продуктів глобалізації є зростання економічної інтеграції та взаємозалежності держав та регіонів, що призвело до швидкого зростання міжнародного ринку, у тому числі ринку медичних товарів, послуг, а також споживачів. Зокрема, зростає кількість країн, що пропонують медичний туризм. Так, у 2022 р. ринок медичного туризму в усьому світі досяг 4,5 мільярда доларів США і, за прогнозами, досягне 43,7 мільярда доларів США до 2030 р. [6].

У сучасних умовах глобалізації та відкритості кордонів пацієнти дедалі частіше шукають можливість отримати якісне лікування за прийнятною ціною. Україна, маючи високий рівень медичної освіти, кваліфікованих фахівців і природні лікувальні ресурси, має значний потенціал для розвитку цієї галузі.

Розвиток медичного туризму може стати одним із стратегічних напрямів підвищення конкурентоспроможності України на світовому ринку медичних послуг і підвищення міжнародного іміджу, адже країна, яка пропонує не лише якісне лікування, а й людяний догляд, формує довіру іноземних пацієнтів і позитивну репутацію у світі.

Метою дослідження є виявити та структурувати необхідні компетентності сестер/братів медичних для надання якісних послуг в контексті розвитку медичного туризму.

В дослідженні використана методологія систематичного огляду літератури (SLR) для виявлення, перегляду, оцінки та інтерпретації всіх доступних досліджень.

Сучасні дослідження [1; 3] показують, що з точки зору задоволеності медичними послугами, пацієнти вважають кваліфікацію медич-

ного персоналу найважливішим фактором, за яким йдуть надійність медичних закладів та сучасне медичне обладнання.

Сьогоднішня медсестринська справа стає все більш складною і сестри/брати медичні охоплюють багато ролей, включаючи розвиток практики, освіти пацієнтів та їхніх родин, консультації та адміністрування [2]. Важливо визнати, що сучасні ролі, а відтак, компетентності сестер/братів медичних є динамічними та продовжують розширюватися. Зокрема, пацієнти, які подорожують для отримання лікування, очікують не лише високого професіоналізму, а й уважного, культурно-чутливого та сервісно-орієнтованого догляду.

Оскільки медичний туризм є унікальною галуззю та сильно залежить від культурних факторів, тож культурні компетентності займають унікальне місце як фундаментальна частина професіоналізму завдяки культурному різноманіттю пацієнтів [4]. Культурні компетентності можна визначити, як сукупність відповідних знань, ставлень та моделей поведінки, які дозволяють сестрі/братові медичним ефективно працювати в різних культурних умовах. Тому вивчення аспектів культурно-чутливого догляду буде ефективним у підвищенні якості догляду в медичному туризмі. Адже це покращує якість послуг, зменшуючи напругу медичних туристів, які є вразливими через свої стани здоров'я та стикаються з додатковим стресом через культурні відмінності [5].

Також, щоби забезпечити якісний догляд у медичному туризмі, важливо медсестринським закладам вищої освіти формувати та розвивати у сестер/братів медичних:

- професійно-клінічні компетентності: досконале знання сучасних протоколів догляду, стандартів безпеки пацієнтів і вміння працювати в мультидисциплінарній команді;

- комунікативні та сервісні компетентності: вміння спілкуватися іноземними мовами, підтримувати доброзичливість і спокій у стресових ситуаціях, формувати у пацієнтів відчуття довіри й безпеки, а також мати навички високої культури медичного сервісу, бути готовими допомогти та бути уважними до деталей;

- організаційно-логістичні та цифрові компетентності: навички орієнтування в логістиці лікувального маршруту пацієнта, вміння координувати між службами закладу охорони здоров'я, працювати з електронними медичними записами, дотримуючись конфіденційності;

- управлінські компетентності: здатність планувати, організову-

вати, контролювати й оцінювати процеси догляду, приймати рішення та ефективно керувати ресурсами;

— етичні та психологічні компетентності: навички збереження професійних кордонів, емпатії, вміння підтримати пацієнта емоційно.

Формування у сестер/братів медичних таких компетентностей не лише підготує їх до роботи в міжнародному середовищі, а й підвищить якість національної системи охорони здоров'я і сформує нову модель професійної поведінки сестер/братів медичних – як координаторів догляду, лідерів та ефективних комунікаторів, а не просто виконавців процедур.

Міжнародна співпраця відкриє можливості для обміну досвідом, участі у спільних програмах, впровадження передових технологій і методів догляду.

Підготовлені сестри/брати медичні, які володітимуть іноземними мовами, цифровими навичками та етичними стандартами, можуть стати агентами змін та амбасадорами української медицини у світі.

Таким чином, розвиток медичного туризму в Україні – це не лише економічно вигідно, а це й інвестиція у людський потенціал і майбутнє національної медицини. Навчання медичних сестер/братів надавати якісні, культурно-чутливі та сервісно-орієнтовані послуги є ключем до створення сучасної системи охорони здоров'я, що відповідає європейським і світовим стандартам.

ЛІТЕРАТУРА

1. Batbaatar E., Dorjdagva J., Luvsannyam A., Savino M.M., Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in public health*. 2017. № 137 (2). P. 89–101.
2. Furlong E., Smith R. Advanced nursing practice: policy, education and role development. *Journal of clinical nursing*. 2005. № 14 (9). P. 1059–1066.
3. Hamzehpour H., Ashktorab T., Esmaeili M. Safe acceptance in the nurses' cultural care of medical tourists in Iran: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2023. № 23 (1). Article e399. URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-023-09378-8>
4. Oikarainen A., Mikkonen K., Kenny A., Tomietto M., Tuomikoski A.M., Meriläinen M., Kääriäinen, M. Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: A systematic review. *International journal of nursing studies*. 2019. № 98. P. 75–86.
5. Rokni L., Sam-Hun P.A.R.K., Turgay A.V.C.I. Improving medical tourism services through human behaviour and cultural competence. *Iranian journal of public health*. 2019. № 48 (11). Article e1988. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih>

- gov/articles/PMC6961201/
6. Yıldız M., Aydın M.A., Gökçay G., Kizilarslan V., Yaman U. The effect of intercultural sensitivity and ethnocentrism on health tourism awareness level in nurses: Analysis with machine learning approach. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2023. № 46. P. 40–50.

*Паранька Н., здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Дуб Н.Є., кандидат наук з державного управління, доцент,
доцент кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крутинського», м. Львів*

СВІТОВІ ПІДХОДИ ДО РОЗВИТКУ УПРАВЛІНСЬКИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У МЕДСЕСТЕР

У сучасній системі охорони здоров'я медична сестра відіграє дедалі ширшу роль, яка виходить за межі традиційного клінічного догляду. Вона стає не лише виконавцем процедур, а й активним учасником управління процесами, лідером команди та агентом змін, здатним забезпечити ефективність медичних послуг в умовах зростаючих викликів.

Глобальні трансформації – старіння населення, збільшення хронічних захворювань, цифровізація охорони здоров'я, а також зростання потреби у міжпрофесійному співробітництві роблять розвиток управлінських компетентностей медсестер ключовим завданням сучасної медичної освіти та практики [1].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, чисельність медсестер у світі становить близько 27,9 мільйона (включно з професійними та асоційованими медсестрами) станом на 2018 р., саме вони складають близько 59 % усіх медичних працівників – тобто найбільшу групу за чисельністю у системі охорони здоров'я [2]. Відповідно, їхні управлінські навички безпосередньо впливають на якість медичної допомоги, задоволеність пацієнтів, ефективність роботи команд та загальну стійкість систем охорони здоров'я. Високий рівень управлінських компетентностей корелює зі зниженням плинності кадрів, підвищенням безпеки пацієнтів і зростанням організаційної ефективності [3].

Світовий досвід демонструє різноманітність підходів до формування управлінських компетентностей у медсестер. Так, у країнах Північної Європи (Данія, Фінляндія, Ісландія, Норвегія, Швеція) акцент робиться на розвиток стратегічного лідерства, інновацій та міжпрофесійної співпраці [4]; у США і Канаді широко застосовуються моделі, що інтегрують цифрову грамотність та evidence-based management [5]; у країнах Латинської Америки значна увага приділяється розвитку автономії й комунікаційних навичок [6]. Водночас результати дослідже-

нь свідчать, що найбільш ефективними є інтегровані підходи, які поєднують формальну освіту, практико-орієнтоване навчання, симуляційні методи та наставництво [7].

Разом з тим, попри очевидні успіхи, існують виклики: недостатня уніфікація рамок компетентностей у глобальному масштабі, різний рівень доступу до освітніх програм, обмежені ресурси на розвиток лідерських навичок у низько- та середньо-доходних країнах, що зумовлює потребу у систематизації світових підходів до розвитку управлінських компетентностей у медсестер, а також у порівнянні їхнього впливу на якість медичних послуг і кадрову стабільність у системі охорони здоров'я.

Відповідно, актуальність полягає в необхідності узагальнення та критичного аналізу світових практик формування управлінських компетентностей медичних сестер, що дозволить визначити найбільш ефективні моделі, адаптовані до сучасних викликів охорони здоров'я.

Метою дослідження є систематизація існуючих світових практик у розвитку управлінських компетентностей медсестер та оцінка їхнього впливу на якість догляду, задоволеність персоналу й ефективність організацій.

У сучасних дослідженнях підкреслюється, що управлінські компетентності медсестер мають багатовимірний характер і формуються через поєднання цифрової грамотності, лідерства, культурної чутливості та освітніх програм. Так, інформатика і цифрові навички визнаються критично важливими: у США і Канаді для медичних лідерів передбачені окремі модулі з e-health та інформаційних технологій, тоді як у країнах Північної Європи ці компетентності інтегруються у загальні рамки якості й безпеки догляду [8]. У Нідерландах у межах моделі *Buurtzorg* наголос робиться на підтримці самоменеджменту пацієнтів, що сприяє їхній автономії та безперервності догляду [9]. Значну увагу приділяють і розвитку лідерських й комунікаційних навичок: наприклад, в Іспанії управлінська модель акцентує на трьох кластерах – комунікації (включно з управлінням конфліктами), лідерстві та етичному прийнятті рішень, що доведено підвищує ефективність менеджменту [10]. Освітні інтервенції підтверджують ефективність формального та практикоорієнтованого навчання: у Об'єднаних Арабських Еміратах після триденної програми відзначено статистично значиме покращення навичок планування ресурсів, бюджетування та мотивації персоналу [11], а в Бразилії безперервні освітні програми сприяють роз-

витуку автономії, комунікації та відповідальності [12]. Впровадження симуляційних методів і case-study також довело свою ефективність у формуванні критичного мислення та лідерських навичок студентів-медсестер [13].

Окремо наголошується на важливості культурної компетентності: у мультикультурних колективах саме трансформаційне лідерство, емоційний інтелект і міжкультурна комунікація визначають згуртованість команд та якість догляду. Дослідження також показують, що управлінські компетентності медсестер середньої ланки, зокрема командна співпраця, розвиток персоналу та моніторинг якості – позитивно корелюють із задоволеністю роботою та зниженням намірів звільнення [14]. Оцінка компетентностей менеджерів у фінських лікарнях виявила, що найвищі показники отримали професійна компетентність та якість догляду, тоді як інноваційність і розвиток нових послуг залишаються на нижчому рівні [15].

У контексті культурно та мовно різноманітних колективів компетентнісний підхід у менеджменті демонструє позитивний вплив на мотивацію персоналу, кар'єрний розвиток і якість догляду. Зокрема, дослідження Нуркäs та ін. [16] показало, що клінічний догляд має позитивні довгострокові ефекти на лідерські та комунікаційні навички медсестер, а також на їхнє бажання до саморозвитку та здатність до самопізнання. Це підкреслює важливість підтримки та розвитку менеджерських компетентностей у багатокультурних командах для забезпечення високої якості медичної допомоги.

Таким чином, відображені результати показують, що сучасні підходи до розвитку управлінських компетентностей медсестер мають чіткий мультидисциплінарний характер: вони охоплюють цифрову грамотність, етику, лідерство, міжкультурну компетентність, комунікацію, оновлені освітні методи та менеджмент як ключовий фактор кадрового й організаційного добробуту. На основі отриманих результатів доцільним є формулювання практичних рекомендацій, які дозволять ефективно впроваджувати та розвивати управлінські компетентності медсестер в Україні.

Рекомендації: інтегрувати міжнародні рамки – зокрема, e-health, самоменеджмент пацієнта, етичні принципи в освітніх програмах; впроваджувати трансформаційне лідерство й культурну компетентність як ключові елементи навчання менеджерів; використовувати практико-орієнтовані методи (casestudies, симуляції, групові обговорення) для

розвитку менеджерських компетентностей; регулярно оцінювати менеджерські компетентності через зворотний зв'язок персоналу та моніторинг результатів (задоволеність, плинність кадрів, якість); застосовувати моделі безперервної освіти, які стимулюють розвиток лідерства, автономії та управлінської відповідальності, особливо в умовах високої цифровізації та культурного розмаїття.

Як бачимо, світові підходи до розвитку управлінських компетентностей у медсестер демонструють, що успішний сучасний менеджер – це поєднання технічних, лідерських, етичних, комунікативних і цифрових компетентностей, доповнених культурною спроможністю. Використання інтерактивного навчання, світових моделей і програм професійного розвитку підтверджено як ефективні для покращення результатів як персоналу, так і пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Груздова Т.В. Адаптація міжнародних індикаторів публічних послуг у системі охорони здоров'я України: проблеми та перспективи. *Наука, технології, інновації*. 2019.
2. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Mirzaei A., Imashi R., Saghezchi R.Y., Jafari M.J. & Nemati-Vakilabad R. The relation ship of perceived nurse manager competence with job satisfaction and turnover intention among clinical nurses: an analytical cross-sectional study. *BMC nursing*. 2024. Vol. 23 (1). P. 528. URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02203-5>
4. Eronen L, Strandell-Laine C, Wangensteen S, et al. A qualitative document analysis of national guidelines in Nordic nursing education using the European Federation of Nurses Associations Competency Framework. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2023. Vol. 43 (2). URL: [doi:10.1177/20571585231169241](https://doi.org/10.1177/20571585231169241)
5. Leadership in Nursing: Experiences from the European Nordic Countries. Wolters Kluwer – Combining Domain Expertise With Advanced Technology. URL: <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/leadership-in-nursing-experiences-from-the-european-nordic-countries-15286>
6. Cassiani S.H.B., Wilson L.L., Mikael S.S.E., Peña L.M., Grajales R.A.Z., McCreary L.L., Theus L., Agudelo M.D.C.G., Felix A.D.S., Uriza J.M. & Gutierrez N.R. The situation of nursing education in Latin America and the Caribbean towards universal health. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2017. Vol. 25. Article e2913. URL: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2232.2913>
7. Pérez-Martín A.M., García Madrid M.G.D.P., Ruiz-Moral R., Crespo-Cañizares A., Mena C.G.L. & Caballero-Martínez F. Ibero-American

- Consensus on Communication Skills for Nursing Degree students. Consenso Ibero-americanos sobre Habilidades de Comunicación para Estudiantes de Graduación en Enfermería. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2022. Vol. 30. Article e3565. URL: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5653.3565>
8. Canadian Association of Schools of Nursing. Association canadienne des écoles de sciences infirmières (CASN / ACESI). URL: https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/Informatics-Entry-to-Practice-Competencies_2025_EN.pdf
 9. DeBruin J., Doodkorte R., Sinervo T. & Clemens T. The implementation and outcomes of self-managing team in elder care: A scoping review. *Journal of nursing management*. 2022. Vol. 30 (8). P. 4549–4559. URL: <https://doi.org/10.1111/jonm.13836>
 10. García A.G., Pinto-Carral A., Villorejo J.S. & Marqués-Sánchez P. Nurse Manager Core Competencies: A Proposal in the Spanish Health System. *International journal of environmental research and public health*. 2020. Vol. 17 (9). P. 3173. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093173>
 11. Esquisabel-Soteras B., Robert G., Acilu-Fernández A., González-García A., Neddermann-Carrillo S., Vázquez-Calatayud M. & Pardavila-Belio M.I. The Journey to First-Line Nursing Management: A Qualitative Study in a Spanish University Hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2025.
 12. DeOliveira I.B., Peres A.M., Almeida Bastos R., Casey M. & Timmins F. Managerial Competencies Engaged in Innovative Actions in Primary Health Care: A Qualitative Study of Brazilian Nurses. *Journal of nursing management*. 2023. 8746398. URL: <https://doi.org/10.1155/2023/8746398>
 13. Nagle Lynn & Manal Kleib & Furlong Karen. Digital Health in Canadian Schools of Nursing Part A: Nurse Educators' Perspectives. *Quality Advances in Nursing Education – Advanced Information in Nursing*. 2020. № 6. URL: <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1229>
 14. Burelli A., Perri G. & Marchegiani G. Correction to: More is More? Total Pancreaticoduodenectomy for Peripapillary Cancer as an Alternative in Patients with High-Risk Pancreatic Anastomosis: A Propensity Score-Matched Analysis. *Annals of surgical oncology*. 2022. Vol. 29 (8). P. 50–55. URL: <https://doi.org/10.1245/s10434-022-11751-6>
 15. Lehtonen M.R., Roos M., Kantanen K. & Suominen T. International Nursing: Nurse Managers' Leadership and Management Competencies Assessed by Nursing Personnel in a Finnish Hospital. *Nursing administration quarterly*. 2018. Vol. 42 (2). P. 164–174. URL: <https://doi.org/10.1097/NAQ.00000000000000279>
 16. Hyrkäs K., Appelqvist-Schmidlechner K. & Kivimäki K. First-line managers' views of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in health care?. *Journal of nursing management*. 2005. Vol. 13 (3). P. 209–220. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00522.x>

*Семененко О.Я., викладач кафедри фундаментальних та соціальних наук вищої кваліфікаційної категорії, викладач-методист
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів*

МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ СТУДЕНТАМ-МЕДИКАМ

У сучасних умовах модернізації освіти відбувається зміщення акцентів із простого засвоєння матеріалу на формування певних компетентностей та практичне застосування результатів навчання. Це призвело до необхідності використання різноманітних прийомів навчання поряд з класичними інноваційними методами, що сприяють всебічному розвитку студентів, активізують навчально-пізнавальну діяльність, різні типи мислення. Навчання нового покоління здійснюється в насиченому інформацією середовищі, що призводить до необхідності ставити завдання, що відповідають новим потребам.

Сьогодні латинська мова зберігає своє значення як професійна мова медиків. Проте латинські слова, словосполучення і висловлювання цілком звичайні у мові будь-якої освіченої людини. Латинська мова є для студентів першокурсників абсолютно новою дисципліною, що раніше не вивчалася, тому викликає певні труднощі в засвоєнні. Успіх навчання залежить від методики роботи викладача латинської мови, від вміння користуватися різними сучасними методами в контексті вирішення конкретних освітніх завдань [1, с. 73].

Актуальність розгляду викладання латинської мови для студентів медичних закладів вищої освіти очевидна через кілька ключових моментів. По-перше, медична індустрія постійно розвивається, і потреба у висококваліфікованих медичних фахівцях, які володіють не лише клінічними навичками, але й розуміють медичну термінологію, залишається високою. Розуміння латинської мови допомагає студентам медичних спеціальностей краще засвоювати та запам'ятовувати навчальний матеріал, що сприяє їхньому професійному успіху. По-друге, з урахуванням швидкого темпу розвитку медичної науки та технологій, розуміння особливостей викладання латинської мови є корисним для викладачів, які прагнуть оптимізувати свої методи навчання та підготувати студентів до викликів медичної практики. По-третє, враховуючи сучасні тенденції у медичній освіті, постає необхід-

ність в оновленні навчальних програм для відповідності потребам сучасного медичного середовища. Отже, особливості викладання латинської мови для студентів медичних закладів вищої освіти мають вище зазначену актуальність, оскільки вона відповідає потребам медичної освіти та сприяє підготовці майбутніх медичних фахівців [2, с. 6].

Латинська мова є обов'язковою дисципліною у системі підготовки медичного працівника, поряд з вивченням таких дисциплін, як анатомія, гістологія, фармакологія, біохімія, мікробіологія та ін. Успішне засвоєння цих предметів безпосередньо пов'язане зі знанням латинської термінології. Метою вивчення латинської мови є підготовка спеціаліста, який вміє грамотно використати отримані знання з анатомічної, клінічної та фармацевтичної термінології у подальшій практичній діяльності.

У процесі викладання латинської мови викладач повинен не допустити зниження мотивації студентів, що зумовлене відсутністю практичної користі предмета. Це потребує реформування методик, поєднання різних прийомів викладання. Для активізації пізнавальної діяльності студентів на практичних заняттях з латинської мови є доцільними використовувати різноманітні методи навчання, що будуть сприяти засвоєнню матеріалу. Головні проблеми, пов'язані з викладанням та навчанням латинської мови, є її обмежене вживання, тобто вживання лише специфічних термінів у професійному мовленні майбутніх медичних працівників. Проблемою методики викладання латинської мови займалися українські та іноземні вчені, зокрема Н. Кацман, А. Мусорін, В. Тучина, О. Вишневський, В. Мілерян, Н. Малинауske-не, Л. Леушину та ін. [5, с. 75].

Сучасна медична освіта пов'язана із знанням та розумінням великої кількості термінів, створених на основі латинських слів та словотвірних елементів. Той факт, що більшість студентів освоює латинську мову з нульового рівня, вимагає додаткових зусиль як від викладача, так і від тих, хто навчається. Заучування слів – невід'ємна частина занять з латинської мови. Слова заучуються у словниковій формі, що допомагає під час виконання граматичних вправ. Студенти повинні активно засвоювати 20 – 30 термінів до кожного заняття. З іншого боку, факт початкового рівня у переважній більшості студентів, які починають вивчати латинську мову дозволяє студентам відчувати впевненість у власних силах. Вихід на рівність знань усіх учасників освітнього процесу, чіткість фонетичних, граматичних та синтаксич-

них правил у латинській мові, паралельне вивчення анатомічних термінів у рамках курсу анатомії, лікарських рослин у рамках курсу фармакології та клінічних термінів у рамках програми спеціальних дисциплін, стимулюють високий ступінь зацікавленості та націленість на серйозну роботу з боку тих, хто навчається [4, с. 76].

Здобувачі вищої освіти повинні знати та розуміти, що володіння медичною термінологією та вміння користуватися нею є невід'ємною частиною професійної компетенції майбутнього медичного працівника. При цьому перед викладачем стоїть завдання допомогти студентам розібратися в структурі термінів та їх складових, навчити самостійно будувати та розуміти їхнє значення. На кожному занятті запроваджуються нові елементи, що входять до складу термінів. Численні тренувальні вправи дозволяють закріпити їх функціонування та полегшити запам'ятовування. Запам'ятовування лексичних мінімумів – це частина домашнього завдання. Домашнє завдання – це форма самостійної роботи студента, яка характеризується виконанням вправ, спрямованих на закріплення граматичних знань, отриманих на практичному занятті. Лексичний матеріал завдань містить терміни, які входять до складу лексичного мінімуму теми. Таким чином, виконання лексико-граматичних вправ є обов'язковою умовою засвоєння дисципліни [6, с. 45].

Вивчення фармацевтичної термінології також є важливим для майбутніх медичних працівників. Воно включає номенклатуру лікарських засобів, які використовуються на фармацевтичному ринку. Опанування навичками написання рецептів передбачає знання структури рецепта, стандартних рецептурних формулювань та граматичних форм частин мови, що використовуються [7, с. 19].

Особливу роль у викладанні латинської мови відіграє підвищення мотивації навчально-пізнавальної діяльності студентів. Викладач повинен постійно нагадувати студенту, що знання та вміння, отримані при вивченні латинської мови, широко застосовуватимуться в наступних курсах, під час вивчення спеціальних дисциплін. Цьому сприяє інтеграція між курсом латинської мови, з одного боку, та теоретичними й клінічними дисциплінами, з іншого боку [5, с. 74].

Коли студенти на заняттях з інших дисциплін починають легко розуміти наукову термінологію, побудовану на вже знайомих ним латинському корінні і за правилами латинського словотвору, вони постійно переконуються в користі та необхідності латинської мови для

власної освіти. Студент-медик з гордістю усвідомлює, що опановує спеціальну мову лікарів, недоступних людям інших спеціальностей [3, с. 8].

Отже, існуючі підходи у викладанні латинської мови для студентів медичних спеціальностей можуть бути вдосконалені. Використання різних методик у навчальному процесі сприяє кращому засвоєнню матеріалу, що вивчається, формуванню у студентів професійних та загальнокультурних компетенцій, необхідних майбутньому медику. Творча діяльність викладача полягає у раціональному використанні у процесі навчання різноманітних методів та прийомів, що забезпечують найкраще досягнення поставленої мети.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боднарюк Л.Л. Формування професійно орієнтованого мовлення майбутніх лікарів-інокомунікантів. *Педагогічний альманах*. 2016. № 31. С. 73–78.
2. Beyer A. Sprachbildung im Lateinunterricht – Wie Phönix aus der Asche?! *Forum Classicum* 60,1. Heidelberg: Winter Verlag, 2021. S. 53–67.
3. Вишневський О.І. Методика навчання іноземних мов: навч. посіб. Київ: Знання, 2011. 206 с.
4. Зелінська Н.М., Прищеп О.П., Ліпісовецька О.М. Інструктивно-методичні матеріали до практичних занять із освітньої компоненти «Латинська мова» для здобувачів першого рівня вищої освіти. Житомир: Житомирський державний університет імені Івана Франка, 2023. 56 с.
5. Лебедь Ю.Ф. Мотивація студентів-медиків до вивчення латинської мови. *Методика та специфіка викладання іноземних мов у закладах вищої освіти*: Матеріали Всеукраїнської науково-методичної конференції (м. Харків, 7 грудня 2020 р.). Харків, 2020. С. 73–76.
6. Магдюк О.В. Латинська мова у системі сучасної вищої освіти України. *Український психолого-педагогічний науковий збірник*. 2020. № 20. С. 42–46.
7. Михайлюк Г., Бондар Н. Особливості викладання латинської мови для студентів нефілологічних спеціальностей. Вінниця, 2024. 19 с.

Черкес І., здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Олійник Н.Ю., кандидат політичних наук, доцент,
доцент кафедри фундаментальних та соціальних наук
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів

ТАКТИЧНА МЕДИЦИНА ЯК ДОМЕДИЧНА ПІДГОТОВКА ЦИВІЛЬНИХ У ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ

Умови воєнного стану в Україні супроводжуються значною кількістю поранень серед цивільного населення [4]. За даними ВООЗ, у перші хвилини після поранення саме надання домедичної допомоги до прибуття кваліфікованих медичних працівників є ключовим фактором виживання постраждалих. Відомо, що близько 25 % смертей у зоні бойових дій можна було б уникнути за умови вчасного надання базової допомоги [1; 2; 3].

У цьому контексті курс тактичної медицини, адаптований для цивільних осіб, розглядається як важливий інструмент підвищення рівня індивідуальної та колективної безпеки [1; 2; 3]. Зростає потреба у впровадженні таких програм не лише серед військових чи працівників силових структур, а й серед широких верств населення, включно з волонтерами, журналістами, працівниками критичної інфраструктури, студентами, школярами.

Метою даного дослідження є проаналізувати значення курсу тактичної медицини як складової домедичної підготовки цивільного населення в умовах воєнного стану та визначити його практичну роль у збереженні життя і здоров'я постраждалих.

Вивчення наявних навчальних програм та практичного досвіду показало, що курс тактичної медицини для цивільних охоплює кілька основних напрямів:

— Tactical Combat Casualty Care (TCCC) – адаптована для цивільних версія військового курсу, який включає базові та розширені навички надання допомоги при пораненнях у зоні бойових дій [4];

— Tactical Emergency Casualty Care (TECC) – курс для цивільних, що працюють у надзвичайних умовах (волонтери, працівники Червоного Хреста, журналісти, працівники критичної інфраструктури) [3];

— Civilian Tactical Medical Training (СТМТ) – короткотривалі програми (8–16 годин) від громадських організацій і приватних

інструкторів в Україні [6].

Курс забезпечує формування у слухачів цілісної системи базових та розширених навичок домедичної допомоги, серед яких:

- зупинка масивних кровотеч за допомогою турнікетів, гемостатичних засобів та тиснучих пов'язок;

- забезпечення прохідності дихальних шляхів, контроль за диханням і робота з травмами грудної клітки (наприклад, закриті травми, пневмоторакс);

- стабілізація стану постраждалих до прибуття медиків: профілактика геморагічного шоку, гіпотермії, контроль свідомості та інших травм;

- організація евакуації та передача постраждалих представникам екстрених служб;

- навички комунікації у кризових ситуаціях, що дозволяє знижувати рівень паніки серед цивільного населення;

- використання індивідуальних аптечок IFAK та алгоритм MARCH (Massive bleeding – Airway – Respiration – Circulation – Hypothermia / Head injury) [1; 2; 3].

Аналіз досвіду навчальних центрів та громадських ініціатив свідчить, що навіть короткотривалі курси істотно підвищують готовність цивільних діяти у надзвичайних ситуаціях. Серед основних організаторів навчання в Україні: Український Червоний Хрест (Київ, Львів, Харків); ГО “Тактична медицина України” (Київ, Львів, Дніпро); приватні інструктори та тренінгові компанії, що проводять курси в регіонах (Дніпро, Одеса, Львів, Запоріжжя) [6].

За результатами опитувань учасників тренінгів, проведених у 2022–2024 рр. серед слухачів курсів ТЕСС і СТМТ у Києві, Львові та Харкові, понад 70 % учасників зазначили, що почуваються впевненішими у здатності надати домедичну допомогу [6]. Опитування проводилися у форматі анонімних анкет після завершення курсу та через місяць після практичних занять, що дозволило оцінити збереження навичок на практиці.

Таким чином, систематичне впровадження курсу тактичної медицини у програми громадянської освіти сприяє: зменшенню летальних випадків серед цивільних під час бойових дій; формуванню культури безпеки та взаємодопомоги в суспільстві; підвищенню рівня довіри між цивільним населенням і медичними / рятувальними службами [1; 2; 3; 4; 5; 6].

Отже, курс тактичної медицини є необхідною складовою домедичної підготовки цивільного населення в умовах воєнного стану. Його впровадження: сприяє збереженню життя постраждалих; формує культуру безпеки та відповідальності серед громадян; підвищує довіру до медичних і рятувальних служб; посилює стійкість суспільства до наслідків воєнних дій.

Перспективним напрямом є інтеграція тактичної медицини у систему шкільної та вищої освіти, підготовку працівників державних і комунальних служб, а також створення єдиних державних стандартів домедичної допомоги для цивільного населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Куртяк Б. Домедична допомога у надзвичайних ситуаціях: навч. посіб. Київ, 2020. 248 с.
2. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при невідкладних станах: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.09.2014 р. № 398. Київ, 2014. 12 с.
3. Committee for Tactical Emergency Casualty Care. *TECC Guidelines*. 2022. URL: <https://tecc.org>
4. Butler F. Tactical Combat Casualty Care: Evolution and Battlefield Applications. *Journal of Trauma*. 2017. Vol. 73. P. 13–21.
5. World Health Organization. *Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured*. Geneva: WHO, 2019. 82 p.
6. Звіт щодо підготовки цивільного населення у сфері безпеки: Комітет Верховної Ради України з питань національної безпеки, оборони та розвідки. Київ: ВРУ, 2023. 54 с.

*Шишко В.В., кандидат юридичних наук, доцент,
доцент кафедри загальноправових дисциплін
Львівський державний університет внутрішніх справ, м. Львів*

ЗНАЧЕННЯ ПРАВОВИХ ЗНАНЬ У ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТА-МЕДИКА У ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ

Сучасні збройні конфлікти висувають нові вимоги до професійної підготовки медиків. Система вищої медичної освіти в Україні зазнає значної трансформації під впливом воєнних викликів. Майбутні лікарі повинні володіти не лише клінічними та біологічними знаннями, але й правовою компетентністю. Окрім фахових знань у сфері медицини, сьогодні студенти повинні вивчати основи права, що дозволить їм діяти в умовах підвищеної юридичної відповідальності. Правові знання лягають в основу не лише професійної компетентності, але й виступають гарантією дотримання принципів гуманності, захисту прав пацієнта та самого медичного працівника. Особливої актуальності ці аспекти набувають у період воєнного стану, коли діяльність медиків поєднується з виконанням завдань у сфері цивільного захисту, військової медицини та міжнародного гуманітарного права [1, с. 92].

Формування професійної компетентності медика традиційно асоціюється з оволодінням фундаментальними медико-біологічними дисциплінами. Водночас юридичні дисципліни виступають складовою професійної культури лікаря, оскільки визначають його готовність діяти в правовому полі. Знання основ медичного права, трудового законодавства, прав пацієнта, правил військової служби та норм міжнародного гуманітарного права забезпечують здатність медика приймати рішення в складних умовах.

Юридична компетентність передбачає вміння орієнтуватися в нормативно-правових актах, застосовувати правові знання у сфері медичної практики, дотримуватися етичних стандартів і захищати власні права й права інших. Це набуває особливої ваги в умовах війни, коли лікар може одночасно виступати як цивільний медик і як мобілізований військовослужбовець.

Згідно статті 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу й медичне страхування [2]. Навіть під час воєнного стану держава зобов'язана гарантувати основні права громадян. Медик, який володіє правовими знаннями, здатен забезпечити

реалізацію права пацієнта на доступ до медичної допомоги, дотримання конфіденційності, інформованої згоди на лікування.

Правові знання допомагають уникнути порушення прав людини у кризових умовах: примусових медичних експериментів, недобровільної евтаназії, незаконного обмеження свободи пацієнта тощо. Лікар, обізнаний у правових нормах, здатний не лише надати допомогу, а й виступати гарантом захисту пацієнта від можливих зловживань.

Не можливо також не згадати про етичну відповідальність медичних працівників. У період воєнного стану медики нерідко стикаються з моральними дилемами: надання допомоги пораненим військовополоненим, участь у медичних експертизах, дотримання обов'язків перед військовослужбовцями і цивільними пацієнтами. Юридичні дисципліни сприяють розумінню студентом-медиком взаємозв'язку між законом і професійною мораллю та виступають інструментом формування відповідальної поведінки та професійної стійкості майбутнього лікаря. Наприклад, вивчення курсу «Медичне право» дає змогу зрозуміти правові межі лікарської таємниці, принципи інформованої згоди, юридичні наслідки професійних помилок [3, с. 7].

Особливу увагу необхідно приділити вивченню міжнародного гуманітарного права. Відповідно до Женевських конвенцій 1949 р. та Додаткових протоколів до них, медичний персонал під час збройних конфліктів підлягає особливому захисту [4]. Зокрема: медичні працівники не можуть бути об'єктом нападу; поранені та хворі повинні отримувати допомогу незалежно від їхньої належності; забороняється використання медичних закладів у військових цілях тощо. Знання цих норм є необхідним для кожного медика, який може опинитися у зоні бойових дій.

Таким чином, підготовка студента-медика має включати не лише знання національного законодавства, але й міжнародних правових актів, що регламентують діяльність у воєнний час.

Не менш важливим є аспект правового захисту самого медика. У період воєнного стану лікарі можуть бути мобілізовані, зазнавати підвищеного ризику для життя і здоров'я, працювати в умовах обмежених ресурсів. Юридична підготовка дозволяє медикам відстоювати свої права в галузі трудового права, на безпечні умови праці, соціальні гарантії, страхові виплати у разі поранення чи загибелі тощо [5]. Правові знання також допомагають медичним працівникам захиститися від необґрунтованої кримінальної чи дисциплінарної відповідаль-

ності в процесі їх професійної діяльності в екстремальних обставинах. Це формує правову впевненість і професійну стійкість.

Отже, правові знання у підготовці студента-медика у період воєнного стану забезпечують формування професійної правової компетентності, захист прав пацієнтів, усвідомлення меж етичної відповідальності, знання норм міжнародного гуманітарного права, захист прав і свобод самого медичного працівника. Юридичні дисципліни виступають одним із фундаментальних компонентів підготовки майбутнього медика, особливо у часи воєнних загроз. Їх інтеграція в освітні програми медичних закладів освіти є необхідною умовою формування висококваліфікованого, правосвідомого, соціально відповідального фахівця.

ЛІТЕРАТУРА

1. Нахаєва Я.М., Гуменна І.Р., Шацький В.В. Формування професійної компетентності майбутніх лікарів як педагогічна проблема. *Медична освіта*. 2021. № 3. С. 92–96. URL: <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2021.3.12602>
2. Конституція України від 28 червня 1996 року. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
3. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України: підруч. Київ: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. 508 с.
4. Женевська конвенція про захист цивільного населення під час війни від 12 серпня 1949 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_154#Text
5. Льопко В.І., Кокошко М.В. Права медичних працівників в умовах воєнного стану. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. № 9. С. 254–257. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2022-9/60>

Шустик Р.П., кандидат медичних наук, ректор
Гашинська О.С., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри медико-профілактичних дисциплін
та лабораторної діагностики
Комунальний заклад вищої освіти
«Рівненська медична академія», м. Рівне
Гашинський І.В., завідувач відділу

Комунальне підприємство «Рівненський обласний клінічний
лікувально-діагностичний центр імені В. Поліщука», м. Рівне

МОТИВАЦІЙНІ ЧИННИКИ ВИБОРУ СПЕЦІАЛЬНОСТІ ТА НАВЧАННЯ АСИСТЕНТІВ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ

Одним із ключових завдань медичної освіти є підготовка висококваліфікованих фахівців, які здатні забезпечити потреби суспільства у сфері охорони здоров'я. У цьому контексті актуальним є питання формування та підтримки мотивації студентів до навчання [3, с. 180]. Вибір спеціальності та подальше професійне становлення безпосередньо залежать від мотиваційних чинників, які визначають ставлення до обраної професії, рівень зацікавленості у навчанні й готовність до безперервного професійного розвитку [1, с. 43]. Особливого значення це набуває для студентів спеціальності «Терапія та реабілітація», оскільки їхня майбутня діяльність спрямована на відновлення здоров'я та соціальної активності пацієнтів, що вимагає не лише знань і практичних умінь, а й високої внутрішньої зацікавленості та професійної відповідальності [2, с. 74].

У науковій літературі значна увага зосереджена на вивченні внутрішніх та зовнішніх чинників мотивації студентів медичних спеціальностей. Дослідники акцентують, що провідними факторами є інтерес до професії, соціальна значимість діяльності, престиж, фінансові перспективи та умови навчання [2, с. 76].

Водночас у наукових працях недостатньо висвітлено специфіку мотиваційних чинників саме серед студентів, які здобувають фах асистентів фізичних терапевтів. Невирішеним залишається питання, які внутрішні та зовнішні фактори найбільше впливають на їх професійний вибір і як вони змінюються у процесі навчання.

Мета даного дослідження – виявлення та аналіз мотиваційних чинників вибору спеціальності та навчання студентів, які опановують професію асистента фізичного терапевта, а також визначення шляхів підвищення їх навчальної мотивації.

У дослідженні взяли участь 30 студентів другого курсу першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності «Терапія та реабілітація», які

здобувають освіту в КЗВО «Рівненська медична академія». Застосовано метод анкетування із використанням структурованого опитувальника. Отримані дані статистично опрацьовані.

Проведений аналіз результатів анкетування студентів показав, що серед внутрішніх мотиваційних чинників домінують:

- прагнення допомагати людям і робити внесок у їхнє відновлення після хвороби чи травми;
- інтерес до медицини, фізичної реабілітації й практичної діяльності;
- бажання швидко отримати професію та розпочати трудову діяльність.

Серед зовнішніх чинників студенти найчастіше називають:

- перспективу стабільного працевлаштування у медичних та реабілітаційних закладах;
- престиж професії у суспільстві;
- підтримку батьків та викладачів;
- можливість подальшого навчання з підвищенням кваліфікації до рівня фізичного терапевта.

Близько 65 % респондентів зазначили, що на вибір спеціальності вплинуло саме бажання працювати з людьми та бачити результати своєї праці. Для 20 % важливим аргументом стали перспективи швидкого працевлаштування, ще 15 % орієнтувалися на приклад знайомих чи поради родини.

У процесі навчання мотивація студентів змінюється: на перших курсах переважає зацікавленість новою професією, тоді як у подальшому визначальним стає поєднання теоретичної підготовки з практичними навичками. Надмірне теоретичне навантаження без достатньої кількості практичних занять негативно впливає на мотивацію. Натомість доступ до сучасних технологій, виробничі практики та залучення до роботи в реабілітаційних клініках посилюють інтерес і сприяють професійному самовизначенню студентів, що посилює мотивацію здобувачів освіти.

Отримані результати можуть бути використані для удосконалення навчального процесу. Зокрема:

- допоможуть викладачам краще враховувати потреби студентів і застосовувати активні методи навчання;
- сприятимуть розробці програм підтримки першокурсників у період адаптації;
- стануть підґрунтям для створення консультацій зі стейкхолдерами, що мотивуватимуть студентів до подальшого професійного розвитку;
- можуть бути використані для налагодження партнерства з клінічними базами та забезпечення студентів достатньою практичною підготовкою.

Таким чином, мотиваційні чинники вибору спеціальності та навчання асистентів фізичних терапевтів мають комплексний характер. Провідними є прагнення допомагати людям і швидко отримати конкурентну професію.

Водночас зовнішні фактори, такі як престиж професії та підтримка оточення, відіграють вагомий роль на етапі вибору спеціальності. Подальші дослідження доцільно спрямувати на вивчення динаміки мотивації в процесі навчання та на розробку рекомендацій для підвищення рівня зацікавленості студентів у майбутній професії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коваленко Н.П., Боброва Н.О., Ганчо О.В., Зачепило С.В. Мотивація студентів як запорука успішного професійного розвитку. *Медична освіта*. 2020. № 3. С. 43–48.
2. Попович Д.В., Миндзів К.В., Вайда О.В., Бай А.В., Гевко У.П., Бойко В.І. Формування мотивації у здобувачів вищої освіти, які навчаються за спеціальністю «Фізична терапія». *Медсестринство*. 2024. № 4. С. 74–77.
3. Сікорський П., Красильников Н. Формування мотивації студентів до навчання у закладах професійної освіти під час дистанційного навчання. *Вища освіта України*. 2024. № 1. С. 178–184.
4. Fikrat-Wevers S., De Leng W.E., Van Den Broek W.W., Woltman A.M. & Stegers-Jager K.M. The added value of free preparatory activities for widening access to medical education: a multi-cohort study. *BMC medical education*. 2023. Vol. 23 (1). P. 196. URL: DOI:10.1186/s12909-023-04191-7

*Яворська Ж.Б., кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри фундаментальних та соціальних наук
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів*

РОЗВИТОК КОМПЕТЕНТІСНОЇ МОТИВАЦІЇ В ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

У сучасних умовах реформи системи охорони здоров'я України, зростання вимог до якості медичних послуг та збільшення професійного навантаження на персонал, питання мотивації медичних працівників набуває особливої актуальності. Високий рівень мотивації сприяє не лише покращенню якості надання медичної допомоги, а й збереженню кадрового потенціалу галузі.

Метою даного дослідження є вивчення значення зовнішньої та внутрішньої мотивації медичних працівників; вплив емоційного вигорання на роботу медиків; проаналізувати основні теорії мотивації і сучасний європейський досвід мотивації медичних працівників.

Мотивація – це внутрішній чи зовнішній стимул, що спонукає людину діяти в певному напрямку для досягнення мети. Для медичних працівників мотивація є критично важливою, оскільки їхня професійна діяльність пов'язана з високим рівнем стресу, відповідальності та емоційного вигорання. Для медиків особливо важливі:

- внутрішня мотивація – бажання допомагати, професійне покликання, самореалізація, розвиток, визнання серед колег;
- зовнішня мотивація – зарплата, умови праці, соціальні гарантії, визнання, кар'єрний ріст, підтримка з боку керівництва.

Матеріальне стимулювання часто є ключовим, особливо в умовах обмежених ресурсів, однак воно не є єдиним чинником. Нематеріальні чинники часто мають триваліший ефект на задоволеність працівника, ніж грошові виплати. Серйозний вплив має емоційне вигорання, яке може знизити рівень мотивації навіть у кваліфікованих фахівців.

У сучасному світі охорона здоров'я є однією з ключових сфер функціонування суспільства, що потребує не лише технічного забезпечення, а й висококваліфікованих, мотивованих кадрів. Професія медика – це не просто робота, а покликання, яке вимагає постійного самовдосконалення, самопожертви, витримки та сили духу. Проте навіть

найбільш віддані своїй справі спеціалісти потребують підтримки та заохочення [4, с. 474].

Мотивація медичних працівників – це ключовий фактор якісної роботи системи охорони здоров'я. Вона повинна базуватися не лише на фінансових заохоченнях, але й на створенні сприятливого психоемоційного клімату в колективі. Держава, керівники медичних закладів та суспільство повинні докладати багато зусиль для створення умов, професійного середовища, де лікарі та медсестри відчують себе важливими, підтриманими та професійно реалізованими. Високомотивований медичний працівник: надає якісну допомогу; підтримує високий рівень професійної етики; демонструє готовність до безперервного навчання; залишається лояльним до закладу, де працює.

Тому під час освітньої підготовки студентів-медиків важливим є вивчення менеджменту, теорії мотивації, лідерства та основ психології. Над проблемою професійної мотивації особистості майбутнього фахівця працювали такі відомі вчені як: С. Бобровицький, А. Василькова, А. Гебон, Ф. Герцберг, Є. Ільїн, Г. Крайг, І. Кон, Д. Макгрегор, Ф. Ротлісбергер, Ф. Тейлор, У. Уайт та ін. Науковці Л. Божович, В. Мерліна, К. Платонова та ін. професійну мотивацію характеризують як професійну спрямованість, що характеризує ступінь прояву прагнення до оволодіння професією та бажанням працювати за нею.

Важливість мотиваційних факторів обгрунтував Ф. Герцберг, виділивши успіх, просування по службі, визнання і схвалення результатів роботи, високу ступінь відповідальності, можливості творчого і ділового росту, фактори самовираження та поваги. Прикладне значення теорії Ф. Герцберга ґрунтується на тому, що праця, яка приносить задоволення сприяє забезпеченню психологічного здоров'я людини. Трудові успіхи, визнання заслуг, ступінь відповідальності, службовий та професійний ріст посилюють позитивні мотиви поведінки людини у процесі праці, оскільки ці фактори підвищують задоволеність роботою [3, с. 67].

Професійне вигорання медичних працівників розвивається та формується на основі психотравмуючих чинників щодо незадоволеності умовами праці, великої відповідальності та навантаження, тривалої робочої зміни, агресії від пацієнтів та їх родичів, низької оплати праці тощо. Вирішення проблеми емоційного вигорання потрібно починати з етапу підготовки майбутніх лікарів, медичного середнього персоналу до вибору професії, на етапі навчання, під час виконання

професійних обов'язків. Потрібно оволодіти навичками розуміння інших людей, емоційної стійкості, саморегуляції, соціальної зрілості особистості, оволодіння навичками релаксації, емоційної культури та компетентності.

Мотивація медичних працівників – це комплекс факторів, що спонукають працівників галузі охорони здоров'я ефективно виконувати свої обов'язки, підвищувати якість медичної допомоги та залишатися у професії попри високе емоційне та фізичне навантаження.

Чинники, що впливають на мотивацію [2, с. 32]:

- умови праці: наявність необхідного обладнання, безпечні умови;
- психологічна підтримка: профілактика емоційного вигорання, тренінги зі стресостійкості;
- лідерство та управління: якісний менеджмент, справедливе керівництво;
- соціальна підтримка: відчуття значущості роботи, довіра суспільства;
- освітні можливості: доступ до сучасних знань і технологій.

Європейські країни постійно проводять заходи для покращення мотивації медичних працівників, які працюють в лікувальних та лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я, а саме: аналіз, опитування, тестування, розробляють та впроваджують заходи підвищення рівня задоволеності медичних працівників, підвищують заробітну плату, використовують різні методи заохочення. В європейських країнах існує обов'язкове як медичне, так і пенсійне страхування, тому медичні працівники мають соціальний пакет, в який включено: медичне страхування, страхування від нещасних випадків, оплату професійного навчання, оплату відпочинку та ін. Соціальний пакет медичного працівника в країнах Європейського Союзу має наступні складові: забезпечення здоров'я медичного працівника; мотивація навчання та праці медика; підвищення кваліфікації медичного працівника; соціальна підтримка, відпочинок і розваги тощо. В Україні поширення соціального пакету характерно тільки у працівників великих вітчизняних компаній, які стрімко розвиваються та прагнуть вийти на міжнародні ринки європейських країн, де дотримуються цивілізованих принципів соціальної відповідальності за своїх працівників. У європейських медичних установах використовується система мотивації на зразок «Кафетерію» за різними видами соціальних пільг, так званими «Меню». Така система дозволяє медичному персоналу самостійно об-

рати собі такий вид компенсації за різними типами: «Меню № 1», «Меню № 2», «Меню № 3», за яким він буде досить мотивованим та готовим якісно виконувати свою роботу. Соціальні пільги за системою «Кафетерій» можуть включати оплату за харчування, оплату бензину, оплату за навчання, оплату проїзду на роботу, оплату підвищення кваліфікації, оплату службового автомобіля та медичне страхування [1, с. 64].

У сучасному світі охорона здоров'я є однією з ключових сфер функціонування суспільства, що потребує не лише технічного забезпечення, а й висококваліфікованих, мотивованих кадрів. Професія медика – це не просто робота, а покликання, яке вимагає постійного самовдосконалення, самопожертви, витримки та сили духу. Проте навіть найбільш віддані своїй справі спеціалісти потребують підтримки та заохочення.

Мотивація медичних працівників – це система внутрішніх і зовнішніх стимулів, яка спонукає їх до якісного, сумлінного та відповідального виконання професійних обов'язків. Вона є одним із вирішальних чинників, що впливає на ефективність функціонування системи охорони здоров'я, особливо в умовах соціально-економічної нестабільності, реформ, пандемій та війни.

У контексті медичного працівника мотивація – це бажання якісно виконувати свої обов'язки, надавати професійну допомогу пацієнтам, підвищувати кваліфікацію, залишатися у професії навіть за несприятливих умов. Медик, який почувається цінним, захищеним та визнаним, працює ефективніше, проявляє ініціативу, дотримується етичних норм і прагне до професійного зростання. Також важливу роль відіграє державна політика у сфері охорони здоров'я – саме вона повинна формувати умови для збереження, розвитку і заохочення медичного персоналу.

Отже, мотивація медичних працівників – це не розкіш, а життєво необхідна умова для стабільної, якісної та людиноспрямованої системи охорони здоров'я. Забезпечення як матеріального, так і нематеріального стимулювання сприятиме підвищенню продуктивності праці, задоволеності медиків своєю професією та, як наслідок, покращенню здоров'я нації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баранник Л. Соціальний пакет як атрибут сучасного підприємства. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2011. Вип. 124–125. С. 62–65.
2. Колот А.М. Мотивація персоналу: підруч. Київ: КНЕУ, 2014. 397 с.
3. Скібіцька Л.І., Скібіцький О.М. Менеджмент: навч. посіб. Київ: Центр навчальної літератури, 2007. 416 с.
4. Чорна В.В., Хлестова С.С., Корольова Н.Д., Гуменюк Н.І., Вигівська О.В., Хлестова І.В. Сутність та проблеми системи мотивації на етапі становлення сучасних спеціалістів гуманних професій. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2021. Т. 25, № 3. С. 474–479.

Krap O., student Master's degree program

Scientific Supervisor: **Khmilyar I.R.**, PhD (Education/Pedagogy),

Associate Professor of the Department of Social and Humanitarian Disciplines

Andrey Krupynskyi Lviv Medical Academy, Lviv

PROFESSIONAL EMPATHY AS A KEY TO QUALITY CARE FOR RELEASED FROM RUSSIAN CAPTIVITY

Experiencing captivity is an extraordinarily traumatic event that profoundly affects an individual's psychological state, social interactions, and ability to adapt to daily life. Individuals who have endured captivity often exhibit symptoms of anxiety disorders, depression, panic attacks, and heightened emotional vulnerability. Withdrawal, aggression, or emotional detachment are typical responses to such traumatic experiences and necessitate a sensitive approach from healthcare providers (Voznitsyna & Sirenko, 2023).

In nursing care, empathy serves as a fundamental professional competency that ensures psychological comfort for patients and aids in the restoration of their emotional well-being. Active listening, careful observation of non-verbal cues, and respect for personal boundaries help mitigate the risk of retraumatization and create a safe environment for emotional expression (Hubz.ua, 2024).

Creating a safe space in nursing care is one of the key aspects of empathetic and trauma-informed communication. This involves not only ensuring the patient's physical safety but also providing psychological comfort, where individuals can openly express their emotions, experiences, and needs without fear of judgment or negative reactions. Allowing patients to independently choose the topics for discussion and the pace of communication enables them to feel a sense of control over the interaction process, which is particularly important for those who have experienced captivity, as exposure to violence and helplessness often diminishes their ability to make decisions and trust others (Medialab.online, 2024).

Validating the patient's experiences involves recognizing their feelings and experiences as real and significant. This helps individuals feel heard and understood, while also reducing the internal conflict associated with trauma. Supporting the patient's initiative in interactions with the nurse fosters autonomy, builds confidence in their own decision-making,

and facilitates the restoration of control over their own life (Lisovapoliana.com.ua, 2024).

Such an approach creates an atmosphere of trust, which is fundamental for an effective recovery process. Patients who feel safe and have the opportunity to express their emotions at a comfortable pace are more likely to cooperate during treatment, adhere to medical recommendations, and adapt more easily to new social and healthcare conditions. A safe space also allows the nurse to more accurately observe the patient's emotional state, promptly detect signs of distress, prevent stress-related reactions, and adapt care to the individual needs of the patient (Hostage.org.ua, 2024).

Adaptation following captivity is gradual; therefore, nurses must respect the individual pace of each patient and support their autonomy. Pressuring patients into rapid changes or active social interactions may worsen their psychological state, highlighting the importance of considering their need for gradual recovery (Ishchenko et al., 2023).

A critical component of professional empathy is trauma-sensitive communication. This approach goes beyond simply listening; it requires nurses to be consistently attentive to the patient's language, tone, body language, and other non-verbal signals. By observing subtle cues such as facial expressions, posture, and gestures, nurses can gain insight into the emotional and psychological state of patients who may have difficulty verbalizing their feelings, especially those who have experienced extreme trauma such as captivity (Hostage.org.ua, 2024).

Trauma-sensitive communication also emphasizes supporting patient self-expression. Nurses provide opportunities for patients to share their experiences and emotions at their own pace, without pressure or interruption. This validation allows patients to feel heard and respected, fostering trust and strengthening the therapeutic relationship. Avoiding blame and judgment is essential, as assigning responsibility or expressing disbelief in a patient's account can retraumatize the individual and undermine the care process (Harney, 2022).

Furthermore, trauma-sensitive communication enables nurses to tailor interventions to meet the individual needs of each patient. For instance, some patients may require brief, structured interactions, while others benefit from longer, more open-ended discussions. Nurses can adjust their communication style and approach based on the patient's responses,

gradually encouraging participation in care and promoting autonomy (Medialab.online, 2024).

In addition, implementing trauma-sensitive communication reduces psychological strain not only for patients but also for nurses, as it provides a structured framework for managing challenging interactions. It supports ethical and empathetic decision-making, minimizes misunderstandings, and creates a safe environment conducive to emotional recovery. Ultimately, trauma-sensitive communication is an indispensable skill that enhances the quality of care, improves patient outcomes, and reinforces professional empathy as a core competency in nursing practice (Hubz.ua, 2024).

For the education of future nurses, working with patients who have experienced captivity is crucial. It fosters professional empathy, develops trauma-sensitive communication skills, teaches observation of psychological manifestations, and aids in making ethical decisions in complex situations. Experience with traumatized patients prepares future nurses for work in crisis and conflict settings, building resilience and the ability to collaborate across disciplines (Ishchenko et al., 2023).

Therefore, professional empathy in nursing care for former prisoners of war is not merely a tool for psychological support but a key competency that ensures high-quality, safe, and effective recovery for patients in challenging conditions.

REFERENCES

1. Harney J. (2022). The power of empathy: Experimental evidence of the impact of perspective-focused interventions on support for prison reform. *Frontiers in Psychology*, 13, 9937583. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.9937583>
2. Hostage.org.ua. (2024). *Trauma-sensitive communication in healthcare*. URL: <https://hostage.org.ua>
3. Hubz.ua. (2024). *The importance of empathy in nursing*. URL: <https://hubz.ua>
4. Ishchenko Y., Chystovska Y. & Voshkolup H. (2023). The role of emotional intelligence in the rehabilitation of the former prisoners of war. *International Journal of Social and Management Research*, 11 (2), 45–59. URL: <https://www.lifescienceglobal.com/pms/index.php/ijsmr/article/view/9407>
5. Lisovapoliana.com.ua. (2024). *Supporting patient autonomy in recovery*. URL: <https://lisovapoliana.com.ua>
6. Medialab.online. (2024). *Creating safe spaces in nursing care*. URL: <https://medialab.online>
7. Voznitsyna V. & Sirenko O. (2023). Psychological impact of captivity on individuals. *Psychological Journal*, 9 (1), 33–41. URL: <https://journals.psy.ua>

ЗМІСТ

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ.....	3
ПЕРЕДМОВА.....	4
<i>Андрійчик І., Олійник Н.Ю.</i> ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ ТА ДОГЛЯДІ ЗА ПАЦІЄНТАМИ.....	7
<i>Бобко У., Безкоровайна У.Ю.</i> СУЧАСНИЙ СТАН І ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ.....	11
<i>Бубес С., Яремчук О.В.</i> ЦИФРОВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ СЕСТРИ / БРАТА МЕДИЧНИХ.....	18
<i>Бутіна Л.І.</i> ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	24
<i>Галас У.-О., Дуб Н.Є.</i> ЕТИЧНІ ТА КОМУНІКАТИВНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПРИ СУПРОВОДІ ПАЦІЄНТІВ ПРОГРАМИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ....	28
<i>Гвоздецька Г.С., Біцька І.В.</i> ОСКІ БЕЗ КОРДОНІВ: ДОСВІД ВАРШАВСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ У ПІДГОТОВЦІ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ КАДРІВ.....	32
<i>Германович Г.О., Пукаляк Л.Т.</i> ВИВЧЕННЯ ДИСЦИПЛІНИ «УКРАЇНСЬКА МОВА (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ)» У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ.....	37
<i>Гречишкіна Н.В., Донік О.М., Литвинова Л.О.</i> МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ У ВИКЛАДАННІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	41
<i>Гусєв В.М.</i> ПІДГОТОВКА СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ «АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ» В УМОВАХ ВІЙНИ: ДОСВІД І СУЧАСНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ.....	47
<i>Дзюб Р., Безкоровайна У.Ю.</i> СТРАТЕГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ МЕДСЕСТРИНСТВО: SWOT–МЕТОДОЛОГІЯ В ДІІ.....	51
<i>Дубан С., Яремчук О.В.</i> ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РІВЕНЬ КОМПЛІАЄНТНОСТІ ПАЦІЄНТІВ.....	56

Клебан Л.О., Лозинська С.О. РОЛЬ ГРОМАДЯНСЬКОЇ ОСВІТИ У ФОРМУВАННІ СВІДОМОГО МОЛОДОГО ПОКОЛІННЯ В УКРАЇНІ.....	63
Костик О.П., Піскур З.І., Вольницька Х.І., Чуловська У.Б., Галишич Н.М., Сахелашвілі-Біль О.І. ВИКЛАДАННЯ ФТИ-ЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПРИ ЗМІШАНІЙ ФОРМІ НАВЧАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ.....	68
Лазуренко В.В., Овчаренко О.Б., Лященко О.А. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ПРИФРОНТОВОЇ ЗОНИ.....	73
Литвинова Л.О., Бібик І.Г., Донік О.М. СТАВЛЕННЯ МАЙБУТ-НИХ СТОМАТОЛОГІВ ДО ДИСЦИПЛІНИ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я» В ПРОЦЕСІ ЇЇ ВИКЛАДАННЯ.....	76
Литовська О.В., Колісник М.І. TERMINOLOGIA ANATOMICA (2020) У ВИКЛАДАННІ КУРСУ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ ДЛЯ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ.....	80
Любарець С.Ф. ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН СТУДЕНТАМ-СТОМАТОЛОГАМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ..	83
Любарець Т.Ф. ВИКЛАДАННЯ РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	86
Майкіна О., Согуйко Ю.Р. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ.....	89
Маліновська Н.М. СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ У ПЕРІОД ВІЙНИ.....	95
Менів Н.П., Федорович У.М., Вінярська М.С. ЕФЕКТИВНІСТЬ ІМУНІЗАЦІЇ ПРОТИ COVID-19: АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДАНИХ...	98
Моргунцов В.О., Люлько О.О. РОЛЬ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА МЕДИЧНОГО ОБЛАДНАННЯ У ФОРМУВАННІ ЯКІСНОГО ОБСЯГУ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИХ ДАНИХ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ УРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ У РОЗРІЗІ ОПРАЦЮ-ВАННЯ ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ ЩОДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ.....	101

Олійник Н.Ю., Стоколос-Ворончук О.О., Юристовська Н.Я. КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ В КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ....	105
Паранька Н., Дуб Н.Є. СВІТОВІ ПІДХОДИ ДО РОЗВИТКУ УПРАВЛІНСЬКИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У МЕДСЕСТЕР.....	109
Семененко О.Я. МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ СТУДЕНТАМ-МЕДИКАМ.....	114
Черкес І., Олійник Н.Ю. ТАКТИЧНА МЕДИЦИНА ЯК ДОМЕ- ДИЧНА ПІДГОТОВКА ЦИВІЛЬНИХ У ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ.....	118
Шишко В.В. ЗНАЧЕННЯ ПРАВОВИХ ЗНАНЬ У ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТА-МЕДИКА У ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ.....	121
Шустик Р.П., Гашинська О.С., Гашинський І.В. МОТИВАЦІЙ- НІ ЧИННИКИ ВИБОРУ СПЕЦІАЛЬНОСТІ ТА НАВЧАННЯ АСИСТЕНТІВ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ.....	124
Яворська Ж.Б. РОЗВИТОК КОМПЕТЕНТІСНОЇ МОТИВАЦІЇ В ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ.....	127
Krap O., Khmilyar I.R. PROFESSIONAL EMPATHY AS A KEY TO QUALITY CARE FOR RELEASED FROM RUSSIAN CAPTIVITY...	132
ЗМІСТ	135

Наукове видання

ОСВІТА МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ: РЕАЛІЇ ТА ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

Матеріали

Третьої Всеукраїнської науково-практичної конференції
(м. Львів, 9 жовтня 2025 р.)

Підписано до друку 20.10.2025 р.

Формат 60×84/16. Гарнітура TimesNewRoman.

Друк на різнографі. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 6,82.

Друк КЗВО ЛОР«ЛМА імені АндреяКрупинського».

79000, Україна, м. Львів, вул. Петра Дорошенка, 70.

тел./факс: +38032 2615542, +38032 2615048

e- mail: ldmk@ukr.net

<http://limilm.lviv.ua/>