

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ФІЛОСОФСЬКО-
СВІТОГЛЯДНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ
ЗДОРОВ'Я**

Монографія

Рекомендовано до друку вченою радою
Буковинського державного медичного університету
(Протокол № 2 від 25 вересня 2025 року)

Автори: Алла БОРИСЮК, Марина
ТИМОФІЄВА, Ніна ЗОРІЙ, Ігор СКАКУН, Вікторія
ОСИПЕНКО, Микита ГЛУЩЕНКО, Матвій
ДАРІЙЧУК, Ірина МАРЧУК, Олександр МАРЧУК

Рецензенти:

Рупташ О. – д. філос. н., професор, завідувач
кафедри філософії та культурології Чернівецького
національного університету ім. Ю. Федьковича

Белов О. – д. мед. н., доцент, професор кафедри
медичної психології та психіатрії Вінницького
національного медичного ім. М. Пирогова

Психологічні та філософсько-світоглядні аспекти
збереження здоров'я : колективна монографія
[Електронне видання] / кол. авт.; відп. ред. А.С.
Борисюк. Чернівці, 2025. 138 с.

ISBN: 978-617-519-202-3

Пропонована монографія допоможе в оволодінні теоретично-практичного матеріалу з психології та філософії, формуванню фундаментальних лікарських навичок та соціокультурних гнучких навичок майбутніх фахівців у сфері охорони здоров'я.

Призначена монографія для широкого кола читачів, зокрема для студентів закладів вищої медичної освіти та викладачів психологічних та філософських дисциплін у вищій школі.

ISBN: 978-617-519-202-3

©Борисюк А., Тимофієва М., Зорій Н., Скакун І.,
Осипенко В., Глущенко М., Дарійчук М., Марчук І.,
Марчук О.

ЗМІСТ

Передмова.....	6
РОЗДІЛ 1. СВІТОГЛЯДНО-МЕНТАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОНЦЕПТУ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я	8
1.1. Борисюк А. Психосоціальні та мотиваційні аспекти освітньої діяльності в кризових умовах воєнного часу	8
1.2. Тимофієва М., Марчук І., Марчук О. Професійна підготовка медичних сестер до паліативної допомоги: теоретико-методологічний аспект	25
1.3. Глущенко М. Концептуальні підходи збереження психічного здоров'я вимушених “внутрішніх” переселенців в умовах війни	46
РОЗДІЛ 2. Філософські виміри потенціалу здоров'я людини	73
2.1. Скакун І. Людиновимірність системи охорони здоров'я в сучасній міждисциплінарній науковій парадигмі.....	73
2.2. Зорій Н. Філософсько-методологічний аналіз культури творення здоров'я здобувачів освіти закладів вищої медичної освіти, психолого- педагогічні аспекти	84
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСТАНОВИ СУЧАСНОЇ ПАРАДИГМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	140
3.1. Борисюк А., Тимофієва М., Марчук І. Психологічна підготовка як складова професіоналізації медичних сестер у сфері паліативної та хоспісної допомоги.....	140

3.2. Осипенко В. А. Збереження психічного здоров'я студентської молоді в умовах війни	197
3.3. Дарійчук М. Психологічний портрет студента-медика з високим рівнем тривоги в умовах хронічного стресу	226

ПЕРЕДМОВА

*Коли ти лікуєш хворобу: ти виграєш або
програєш.*

*Коли ти лікуєш людину: ти гарантовано
виграєш..!*

Патч Адамс

У висловлюванні відомого американського лікаря, громадського діяча та популяризатора медицини сконцентровано принцип пацієнтоцентризму, який є фундаментальною ціннісною настановою сучасної парадигми охорони здоров'я. Соціокультурний розвиток цивілізації констатує постійні виклики для стану здоров'я у глобальному, локальному та індивідуальному вимірах. Медицина, у свою чергу, приймає ці виклики, формуючи цілісну систему діагностики, лікування та реабілітації. Задля ефективного функціонування медичного кластеру необхідна концентрація зусиль на інституційному, фаховому, людиноорієнтованому та громадському рівнях.

Медична освіта є етапом становлення як професійних, так і гуманістичних компетентностей. Тому, підготовка майбутнього фахівця медичної сфери повинна ґрунтуватися на психологічних та філософсько-світоглядних настановах збереження здоров'я. Психологічні практики та філософське осмислення постають основою для формування фундаментальних, гнучких, життєвих та креативних навичок у здобувача вищої медичної освіти.

У монографії читачам пропонується погляд на трансформацію принципів пацієнтоцентризму як ціннісно-цільових драйверів розвитку медичної сфери. Основний лейтмотив сучасного світогляду полягає в узгодженні соціокультурних реалій із потребами людини в розрізі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1. СВІТОГЛЯДНО-МЕНТАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОНЦЕПТУ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я

1.1.Борисюк А. Психосоціальні та мотиваційні аспекти освітньої діяльності в кризових умовах воєнного часу

У сучасному світі, що характеризується стрімкими змінами та непередбачуваними викликами, збереження психологічного здоров'я та підтримка мотивації стають ключовими чинниками як для окремої особистості, так і для суспільства в цілому. Особливої актуальності ці питання набувають в контексті освітньої сфери, яка відіграє визначальну роль у формуванні майбутнього покоління та розвитку держави.

Діяльність кожного навчального закладу, зокрема інноваційного, має бути спрямована на забезпечення належного рівня освіти, удосконалення матеріально-технічної бази та розширення інфраструктури. В умовах глобалізаційних процесів і євроінтеграції України освітні інституції відіграють провідну роль у розбудові демократичної держави та формуванні її позитивного міжнародного іміджу.

Державна політика у сфері міжнародного співробітництва в галузі освіти спрямована на розвиток взаємовигідних міжнародних зв'язків, реалізацію спільних проєктів, укладення договорів та здійснення зовнішньоекономічної діяльності закладами загальної середньої освіти відповідно до чинного законодавства України. Такий підхід створює сприятливі умови для вдосконалення національної освітньої системи та її інтеграції в глобальний освітній простір.

Вищі навчальні заклади України протягом останніх років сформувалися як заклади вищої освіти (ЗВО) з унікальною архітектонікою. Сьогодні це освітні установи, що об'єднують сучасні напрямки діяльності в різноманітних сферах, відповідають на виклики часу і надають студентам широкий спектр освітніх послуг [2].

Одним із фундаментальних чинників ефективного функціонування та сталого розвитку закладу вищої освіти є формування його позитивного іміджу. Проблематика іміджу дедалі активніше входить у фокус науково-теоретичних досліджень, а також набуває вагомого значення в організаційно-педагогічному вимірі. Незважаючи на те, що в межах вітчизняної системи професійної освіти спостерігається тенденція

до переходу від аналізу внутрішніх характеристик до осмислення зовнішньої складової іміджевої політики ЗВО, варто констатувати відсутність комплексної концептуальної моделі та стратегічного підходу до розбудови іміджу в структурі життєдіяльності сучасного профільного навчального закладу.

Серед ключових аспектів вивчення іміджу закладу вищої освіти вирізняються методологічні основи його дослідження, структура і зміст цього явища, стратегії формування позитивного іміджу та параметри його впливу на суспільство. Імідж навчального закладу розглядається як емоційно насичений образ, що формується в масовій свідомості та залежить від взаємозв'язку між різними аспектами діяльності закладу, передаючись у зовнішнє середовище [2].

У процесі створення, контролю та підтримки іміджу сучасного університету важливо забезпечити умови для формування іміджу кожного структурного підрозділу, який надає певні послуги споживачам. Такий підхід сприятиме зміцненню загального іміджу університету та підвищить увагу до процесу його формування на рівні окремих підрозділів. Диференціація іміджів дозволяє деталізувати заходи,

врахувати їхню специфіку, підвищити ефективність, формулювати конкретні цілі, визначати критерії, регламентувати посадові обов'язки та відповідальність, а також запроваджувати адміністративне управління іміджевими процесами.

Активне залучення підрозділів, їх керівників і працівників до процесу формування та моніторингу іміджу сприятиме досягненню основної економічної мети, а саме удосконаленню іміджевих характеристик та розвитку комунікацій з метою створення додаткових абстрактних, нематеріальних іміджевих цінностей, що, в підсумку, підвищить цінність освітніх послуг [4].

Відтак, формування іміджу виступає важливою складовою системи управління освітою. Створення позитивного іміджу університету сприяє зміцненню його позицій на ринку освітніх і наукових послуг, що, у свою чергу, позитивно впливає на якість освітнього процесу та конкурентоспроможність його випускників.

Втім, розглядаючи освітню сферу та її поступ, неможливо оминати питання мотивації, яке є визначальним для ефективного навчання та професійного становлення особистості. Як слушно зазначав Еріх Марія Ремарк, мотивація є ключем до

внутрішнього світу людини, формуючи її цінності, світогляд та поведінкові реакції. Мотиваційна сфера особистості характеризується як складна й динамічна система, що визначає вектор її дій та життєвих стратегій. Формування і розвиток цієї сфери залежать від сукупності як зовнішніх, так і внутрішніх чинників [1].

Історично людство розвивалося завдяки спільному прагненню до самореалізації та прогресу. Саме мотивація є рушієм досягнень у різних сферах життєдіяльності. Проте в сучасних українських реаліях мотиваційна структура особистості зазнала істотних трансформацій під впливом воєнного конфлікту. З одного боку, війна консолідувала суспільство, посиливши прагнення громадян до захисту власної держави. З іншого боку, вона стала потужним джерелом психологічного напруження, що негативно позначається на мотиваційній сфері особистості загалом. Серед найбільш виразних негативних наслідків спостерігаються зростання тривожності та депресивних станів, втрата сенсу життя, а також значні зміни в системі цінностей та пріоритетів [3].

Серед позитивних аспектів впливу війни на мотиваційну сферу можна виділити:

1. Посилення національної свідомості та патріотичних почуттів. У багатьох українців зросла мотивація захищати власну державу, її цінності та незалежність.
2. Зростання рівня солідарності та взаємної підтримки. Люди відчували додатковий імпульс допомагати один одному, що призвело до активізації волонтерського руху та громадських ініціатив.
3. Активізація прагнення до самоосвіти та професійного зростання. Усвідомлення необхідності адаптації до нових реалій спонукало багатьох до здобуття нових навичок та освоєння інших професій.
4. Підвищення інтересу до історії та культури України. Це формує більш глибоке розуміння національної ідентичності та власної ролі у її збереженні.
5. Посилення мотивації до економічної та соціальної активності, спрямованої на відбудову країни.

Однак, попри зазначені позитивні зміни, виклики, які постають перед освітньою системою України в умовах війни, залишаються значними. Ці виклики вимагають нових підходів до організації освітнього процесу та забезпечення психологічної підтримки його учасників.

У такому контексті особливо актуальною є концепція резильєнтності (психологічної стійкості) в освіті. Резильєнтність визначається як здатність системи чи окремої особистості успішно адаптуватися до стресових умов і відновлюватися після них. В освітній сфері резильєнтність проявляється у здатності навчальних закладів, викладачів та учнів/студентів ефективно долати труднощі, підтримуючи при цьому високу якість освіти та психологічне здоров'я.

Розвиток резильєнтності в освітньому середовищі передбачає такі ключові напрями:

1. Створення безпечного та підтримуючого освітнього простору. Це стосується як фізичної безпеки (зокрема, наявність укриттів у навчальних закладах), так і психологічної – формування атмосфери довіри й взаємної підтримки.

2. Запровадження гнучких форм навчання. Використання змішаного формату (поєднання очного і дистанційного навчання), а також асинхронних методів, що дозволяють учасникам освітнього процесу навчатися у зручному для них режимі.
3. Формування емоційного інтелекту й навичок саморегуляції. Всі учасники освітнього процесу повинні мати можливість розвивати здатність ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями та підтримувати своє психологічне здоров'я.
4. Інтеграція психосоціальної підтримки у навчальний процес. Це може включати регулярні консультації психологів, групові заняття й тренінги для розвитку стресостійкості.
5. Підтримка мотивації до навчання. Зв'язок навчального матеріалу з реальними життєвими викликами й майбутніми перспективами допомагає

підтримувати зацікавленість і залученість учнів та студентів.

6. Розвиток критичного мислення і медіаграмотності. Особливо актуальною ця потреба стає в умовах інформаційної війни та великого потоку дезінформації.
7. Активна участь учнів та студентів у житті закладу та громади. Це сприяє формуванню почуття приналежності, значущості та відповідальності.

У контексті вищої освіти особливе значення набуває розвиток дослідницьких компетенцій та інноваційного мислення, які підвищують якість навчання та мотивують до постійного професійного зростання.

Окрему увагу слід приділити питанням мотивації студентів і викладачів у воєнних умовах, коли традиційні підходи можуть бути недостатньо ефективними. У зв'язку з цим особливо важливими є:

- створення освітнього середовища, в якому кожен відчуває власну значущість та здатність впливати на спільну мету.

- чітке формування бачення ролі освіти у повоєнному відновленні країни.
- забезпечення умов для професійного й особистісного розвитку навіть за умов обмежених ресурсів.
- визнання та заохочення будь-яких зусиль і досягнень, навіть якщо вони здаються незначними в масштабах глобальних подій.
- створення спільнот підтримки, де учасники освітнього процесу можуть ділитися переживаннями й отримувати психологічну підтримку.

Важливу роль у цьому контексті відіграють цифрові технології, які дозволяють зберегти безперервність освітнього процесу та підтримувати мотивацію в умовах, коли фізична присутність у навчальних закладах є обмеженою або неможливою.

Цифрові технології в освіті в умовах війни не лише забезпечують можливість дистанційного навчання, але й відкривають нові шляхи для підтримки мотивації та резильєнтності. Детальніше їх роль можна розглянути через такі напрями:

1. Адаптивні навчальні платформи: системи, що аналізують успішність і адаптують матеріал до потреб кожного студента, підвищуючи ефективність навчання.
2. Віртуальна та доповнена реальність: створення імерсивного навчального досвіду, що особливо цінно для практичних занять в умовах обмежень воєнного часу.
3. Гейміфікація: впровадження ігрових елементів у навчальний процес для підвищення залученості та зниження стресу.
4. Онлайн-спільноти та форуми: забезпечення цифрових просторів для взаємодії учасників освітнього процесу, що допомагає подолати ізоляцію.
5. Інструменти для колаборативної роботи: платформи для спільних проєктів, що підтримують командну взаємодію та соціальні зв'язки.

6. Системи раннього попередження: аналітичні інструменти для виявлення студентів, які потребують додаткової підтримки.
7. Мобільні додатки для навчання: забезпечення доступу до освітніх ресурсів за відсутності стабільного інтернету чи комп'ютера.

Важливо зазначити, що впровадження цифрових технологій у навчальний процес потребує не лише технічної підготовки, але й розвитку цифрових компетенцій викладачів та студентів. Тому необхідним компонентом освітнього процесу має стати навчання ефективному використанню цифрових інструментів.

Окрім технологічних аспектів, важливими є також психологічні та соціальні фактори, які визначають мотивацію та резильєнтність в умовах війни:

1. Травмо-інформований підхід: розуміння впливу травматичного досвіду на навчання та розвиток студентів є критично важливим. Це включає:
 - створення безпечного фізичного й емоційного освітнього середовища.

- розвиток навичок саморегуляції та копінг-стратегій.
- інтеграція практик mindfulness та релаксації.
- навчання викладачів розпізнавати ознаки травми та надавати першу психологічну допомогу.

2. Розвиток емоційного інтелекту: в умовах високого стресу здатність розуміти та керувати своїми емоціями стає ключовою для підтримки психологічного здоров'я та ефективного навчання. Програми з розвитку емоційного інтелекту можуть включати:

- вправи на розпізнавання і називання емоцій.
- техніки управління стресом і тривогою.
- практики емпатії та активного слухання.
- розвиток навичок конструктивного вирішення конфліктів.

3. Формування відчуття приналежності: в умовах війни, коли багато людей втрачають свої звичні соціальні зв'язки, створення сильного відчуття

спільноти в освітньому середовищі стає особливо важливим. Це може включати:

- створення студентських груп підтримки.
- організація спільних проектів та ініціатив.
- регулярні онлайн-зустрічі для неформального спілкування.
- залучення студентів до прийняття рішень у навчальному процесі.

4. Критичне мислення та медіаграмотність: в умовах інформаційної війни ці навички стають не просто освітніми цілями, а й інструментами виживання. Навчання повинно включати:

- аналіз і оцінка інформаційних джерел.
- розуміння механізмів пропаганди та маніпуляції.
- навички факт-чекінгу і верифікації інформації.
- етичні аспекти створення та поширення інформації.

5. Підтримка автономії та самоєфективності: в умовах, коли зовнішні обставини часто виходять з-під контролю, важливо розвивати у студентів

відчуття власної спроможності впливати на своє життя та навчання. Це може включати:

- надання студентам вибору в навчальному процесі.
- заохочення самостійного планування й організації навчання.
- визнання навіть незначних досягнень.
- розвиток навичок самоменеджменту і тайм-менеджменту.

6. Позитивна психологія: фокус на сильних сторонах та ресурсах особистості може допомогти підтримати резильєнтність. Це може включати:

- практики вдячності.
- вправи на визначення і розвиток особистих сильних сторін.
- техніки позитивної візуалізації майбутнього.
- розвиток оптимістичного мислення.

Отже, розвиток психологічної стійкості та підтримка мотивації в умовах суспільних змін вимагають комплексного підходу, який інтегрує освітні практики з особистісним розвитком. Це передбачає не

лише адаптацію освітніх систем, але й формування культури безперервного навчання та особистісного зростання. Такий підхід дозволяє індивідам не лише ефективно справлятися з викликами, але й знаходити нові можливості для розвитку та самореалізації в мінливому світі. Зрештою, психологічно стійке та мотивоване суспільство має кращі шанси на подолання кризових ситуацій та побудову більш стійкого і процвітаючого майбутнього.

Використана література

1. Герасимчук О. В. Вплив воєнних дій на психологічний стан та мотиваційну сферу особистості. Науковий вісник Національного університету Острозька академія. №28(2). 2022. С. 33-37.

2. Грицан О. В. Формування позитивного іміджу навчального закладу: методичні рекомендації. Миколаїв: ОІППО, 2016. 44 с.

3. Дмитрук О. В. Психологічні особливості мотивації особистості в умовах війни. Теоретична та практична психологія. №4(2). 2022. С. 22-28

4. Станкова А. О., Холодний Г. О. Особливості формування іміджу закладу вищої освіти. Матеріали III Всеукраїнської наукової Інтернет-конференції

«Освітньо-інноваційна інтерактивна платформа
«Підприємницькі ініціативи»». Харківський
національний економічний університет ім. Семена
Кузнеця, 2018. С. 414-418.

**1.2.Тимофієва М., Марчук І., Марчук О.
Професійна підготовка медичних сестер до
паліативної допомоги: теоретико-
методологічний аспект**

Сучасне суспільство потребує реформ в освіті, а модернізація всіх сфер життя країни вимагає розбудови якісної системи вищої освіти. Це дозволить ефективно готувати майбутніх фахівців. Особливо важливою ця проблема стає у контексті підготовки медичних сестер до надання паліативної та хоспісної допомоги.

Забезпечення високої якості сестринської допомоги є одним зі стратегічних завдань охорони здоров'я. Ключовий напрямок успішного розвитку паліативної допомоги – підвищення якості професійної підготовки медиків у цій сфері. Професійна компетентність медичних сестер є вкрай затребуваною для вирішення проблем, пов'язаних зі здоров'язбережувальними компетенціями як власними, так і пацієнтів. Таким чином, формування паліативної компетентності медичних сестер в умовах сучасних викликів є надзвичайно актуальною задачею.

Метою нашого дослідження є аналіз проблем паліативної компетентності медичних сестер та

теоретичне обґрунтування підходів до вивчення їхньої професійної готовності у паліативній сфері.

Матеріалами для дослідження стали результати аналізу вітчизняного та закордонного досвіду вивчення цієї проблеми. Ми застосовували теоретичні методи, такі як аналіз, порівняння, синтез, систематизація, класифікація та узагальнення. Це включало опрацювання сучасної психолого-педагогічної та медичної літератури для зіставлення різних поглядів на досліджувану проблему, а також аналітико-бібліографічний розгляд теоретичних питань з метою визначення понятійно-категорійного апарату. Ці теоретико-методологічні дослідження покликані максимально якісно розкрити тему та стати базою для подальших наукових розробок у даній галузі.

Наше дослідження заглибилось у ключові аспекти паліативної готовності медичних сестер, їхнє понятійно-категоріальне підґрунтя та структурні компоненти цієї компетенції. Аналіз теоретичних джерел показав, що українські та зарубіжні вчені активно вивчають професійну підготовку медичних бакалаврів.

Зокрема, досліджуються питання психології професійної придатності (В. А. Бодров), професіоналізації фахівців стресогенних професій (О. В. Лазорко) та удосконалення професійної готовності медиків (Л. Білик, Г. Марараш, О. Мороз, В. Пінькас та інші).

Важливі аспекти надання паліативної допомоги представлені у роботах таких науковців, як Л. В. Білик (медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі, категоріальність професійної компетентності медсестер), Л. Андріїшин та І. Кулікова (досвід роботи хоспісів). Проблему формування професійної компетентності медичних сестер та її складових також розглядають у своїх працях Л. Васильєва, С. Левківська, М. Мруга та інші.

Крім того, ми проаналізували зарубіжний досвід професійної підготовки студентів-медиків у сфері паліативної допомоги (Amanda J. Kirkpatrick, Mary Ann Cantrell, Suzanne C. Smeltzer, Kay de Vries, Marek Plaskota та інші), а також вивчили досвід та проблеми медичних сестер та лікарів загальної практики у наданні паліативної допомоги вдома (Britt Viola Danielsen, Anne Marit Sand, Jan Henrik Rosland, Oddvar Forland).

Паліативна допомога – це комплексний підхід, спрямований на покращення якості життя людей з невиліковними захворюваннями, а також їхніх родин. Її головна мета – полегшити страждання та симптоми, які викликає хвороба.

Цей вид допомоги охоплює не тільки медичні аспекти, як-от знеболення чи усунення фізичних проявів недуги. Вона також передбачає надання соціальної, духовної та психологічної підтримки пацієнту та його близьким. Саме тому паліативна допомога виходить за рамки виключно медичної проблеми і вимагає міждисциплінарного підходу. Це, своєю чергою, підкреслює критичну важливість формування паліативних компетентностей у медичних сестер, які відіграють ключову роль у наданні такої всебічної підтримки.

Серед важливих проблем, які виникають під час надання паліативно-хоспісної допомоги (ПХД), можна виокремити низку спільних проблем для країн Східної Європи: недостатні визнання, оцінка і підтримка розвитку системи ПХД з боку урядів, особливо регіональних органів виконавчої влади; недостатня доступність опіоїдних анальгетиків для паліативних

пацієнтів; брак фахівців, які пройшли спеціальну підготовку, і відсутність спеціалізації медичного персоналу з паліативної та хоспісної медицини; нестача обладнання для здійснення паліативного лікування та догляду; недостатні можливості для проведення наукових досліджень; негативні культурні стереотипи і національні традиції; недостатня інформованість населення з питань ПХД; недостатня міжсекторальна співпраця і координація зусиль з розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги; обмеження фінансування з бюджету та відсутність традицій меценатства і благодійництва. Отже, у більшості розвинених країн світу, починаючи з 1960-х років, а в Україні — з 1990-х років і на початку ХХІ ст., розвиток системи ПХД населенню стає однією з найактуальніших медико-соціальних і гуманітарних проблем суспільства. У зв'язку із цим виникла потреба у поглибленому пошуку нових оптимальних моделей, підходів і шляхів міжвідомчої взаємодії, раціональних форм організації системи надання ПХД населенню в Україні, що відповідає принципам реформування системи охорони здоров'я, кращим міжнародним стандартам і практикам,

концепціям гуманізму та забезпечення прав людини на гідне життя і його завершення [2].

Система підготовки медичних кадрів для паліативної та хоспісної допомоги у багатьох країнах світу реалізується за трирівневою моделлю. Цей підхід забезпечує гнучкість та спеціалізацію, відповідаючи різним потребам медичних закладів:

- Базовий рівень орієнтований на всіх медичних працівників, надаючи їм фундаментальні знання та навички у сфері паліативної допомоги.

- Середній рівень призначений для підвищення кваліфікації медиків різних спеціальностей. Він дозволяє їм поглибити розуміння паліативних аспектів та інтегрувати їх у свою поточну практику без зміни основної спеціалізації.

- Вищий (спеціалізований) рівень орієнтований на фахівців, які прагнуть здобути глибоку спеціалізацію та присвятити свою кар'єру роботі безпосередньо у галузі паліативної та хоспісної допомоги.

Наприклад, в американській системі хоспісної допомоги саме спеціально підготовлені медичні сестри несуть основне навантаження. Аналогічна організація хоспісної допомоги спостерігається в Чехії, Словаччині та низці інших європейських країн, що підкреслює важливість кваліфікованих сестринських кадрів у цій сфері.

Паліативна і хоспісна медицина висуває високі вимоги до формування паліативної компетентності середніх медичних працівників, які повинні мати глибокі знання в різних галузях медицини, психології, володіти комунікативною компетентністю, бути милосердними та емпатійними. Медичні працівники, які надають ПХД, повинні бути готовими реалізувати основне завдання паліативної медицини: якщо пацієнта не можна вилікувати, слід зробити все можливе, щоб допомогти та забезпечити гідну якість життя йому і його близьким, полегшити біль і страждання [2].

Паліативна компетентність медичної сестри (МС) — це багатогранне поняття, що охоплює не лише знання та практичні навички, а й глибокі особистісні якості. Вона передбачає здатність ефективно застосовувати професійні знання, вміння та особистісні

характеристики у професійній та особистісній діяльності.

Це інтегративна якість високо мотивованої особистості, що включає:

- Професійні знання, вміння та навички, необхідні для паліативної діяльності.
- Професійно-особистісні якості, такі як милосердя, толерантність, емпатійність.
- Внутрішню готовність надавати допомогу згідно з кваліфікаційними вимогами та деонтологічними нормами.
- Прагнення до безкорисливої допомоги та постійного вдосконалення досвіду.

У структурі паліативної компетентності виділяють кілька ключових компонентів:

- Ціннісно-мотиваційний: відображає особистісні цінності та мотивацію МС.
- Когнітивно-праксіологічний: охоплює професійні знання, вміння та навички для надання паліативної допомоги.
- Соціально-комунікативний: стосується ефективної взаємодії з пацієнтами та їхніми родинами.

- Особистісно-рефлексивний: включає особистісні якості (милосердя, емпатія) та здатність до рефлексії власного досвіду.

Важливість співчутливості, цілісності, уважності, адаптивності, реалістичності, рішучості та моральності як основних компетенцій, що формуються під час навчання, також підкреслюється у дослідженнях.

Особливе місце в паліативній компетентності посідають психологічний супровід та духовна опіка пацієнта. Корейські вчені Kyung-Ah Kang, Youngsim Choi та Shin-Jeong Kim виділяють такі складові:

- Оцінка та рівень знань духовної опіки.
- Професіоналізація та вдосконалення якості духовної опіки.
- Особистісна підтримка та вміння консультувати.
- Впровадження міждисциплінарного підходу та співпраця з іншими фахівцями.
- Значимість особистого рівня духовності та комунікативної компетентності МС.

Дослідження вказують, що особисте духовне здоров'я медичних сестер безпосередньо впливає на їхнє ставлення до пацієнтів та якість допомоги. Таким

чином, паліативна компетентність є комплексним поняттям, що поєднує професіоналізм, емпатію та духовну чутливість.

Медичні сестри часто відчують недостатню підготовку для ведення духовних розмов наприкінці життя пацієнтів, а це є важливою навичкою в розвитку комунікативної компетентності МС. В дослідженні Kyung-Ah Kang, Youngsim Choi, Shin-Jeong Kim розкривається потреба пацієнтів говорити про духовне. Спілкування МС з пацієнтами та їхніми родичами вважається найважливішим аспектом духовної опіки. [8,10,11].

Духовний розвиток людини визначає мету її існування, ідеали і життєві цінності. Духовність окреслює ту частину дійсності, що належить лише до нематеріальної частини людського життя, а численні визначення намагаються охопити різноманітні бачення духовності в сучасному світі, наприклад, у філософському значенні духовність означає «спосіб життя». Духовність – екзистенційний конструкт, який містить різні способи надання, значення та пошуку сенсу свого існування в контексті вірувань, цінностей і стосунків.

Медичні сестри сприймають паліативну допомогу як величезний етичний виклик та емоційне навантаження. Це підкреслює критичну потребу в покращенні освіти та навчання всіх медичних працівників у цій сфері. Як зазначають Крістін Вален, Бенте Хауг, Еллен Каріне Гров, Енн Ліз Холм та Карі Товеруд Єнсен, практичне моделювання є ключовим елементом навчання у вищих медичних закладах [9]. Саме воно допомагає медичній сестрі розвинути професійну ідентичність, навчитися приймати складні ситуації та адаптуватися до образу тяжкохворого пацієнта. Це не просто навички, а глибоке питання професійної компетентності та готовності працювати в паліативі.

Сестринська справа – це професія, попит на яку існує завжди, поки існує людство. Сучасна медична сестра повинна надавати висококваліфікований догляд, досконало володіти методами паліативної допомоги, навчати пацієнтів та їхні родини, проводити первинну медико-санітарну роботу та ефективно організовувати сестринський процес. Для цього необхідний тісний зв'язок між навчальним процесом та практичною

медициною, що забезпечить належну підготовку фахівців до реальних викликів.

Для формування паліативної компетентності медичних сестер у програмах професійної підготовки, орієнтованих на паліативну та хоспісну допомогу (ПХД), недостатньо лише знань та навичок контролю хронічного больового синдрому (ХрБС) та інших симптомів. Програма охоплює значно ширший спектр вмінь.

Майбутні фахівці вивчають методи оцінювання стану паліативних пацієнтів (ПП) за відповідними шкалами, а також правила користування медичним обладнанням та засобами догляду. Важливою складовою є вміння контролювати виконання цих процедур середнім та молодшим медичним персоналом, родичами або доглядальниками. Це включає:

- Догляд за стомами (цисто-, гастро-, трахео-, колостомами).
- Обслуговування центрального венозного катетера та вентрикуло-перітонеального шунта.
- Забезпечення оксигенотерапії або штучної вентиляції легень (використання кисневого концентратора чи апарату ШВЛ).

- Контроль показників сатурації кисню (SaO₂).

- Організація зондового або парентерального харчування та гідратації.

При наданні ПХД вдома, команда (лікар, медична сестра, молодший медичний персонал/доглядальники та члени родини) також повинна вміти забезпечити:

- Належну гігієну тіла ПП.

- Догляд за шкірою та ротовою порожниною.

- Годування хворих через стому або зонд.

- Профілактику та лікування пролежнів.

- Обробку різного виду ран.

- Забезпечення випорожнення кишківника та катетеризацію сечового міхура.

- Обробку стом.

Таким чином, формування паліативної компетентності медичних сестер охоплює широкий спектр клінічних та доглядових навичок, необхідних для надання комплексної допомоги [3,4].

Питання паліативної седації та моральних проблем з якими стикаються медичні працівники, є питанням яке потребує професійної готовності МС.

Власні моральні проблеми під час паліативної седації є перепорою до виконання своїх медичних обов'язків і власного психологічного здоров'я медичних сестер. Паліативна седація – контрольоване введення дій седативних препаратів з метою зменшення свідомості пацієнта до рівня переносимості рефрактерних та нестерпних симптомів. Емоційна неготовність МС може бути пов'язана, перш за все, з попередньою медичною підготовкою, питанням особистісних, релігійних чи духовних переконань медичного працівника [5,7].

Сучасний світ вимагає від медичних сестер у паліативній допомозі значно більше, ніж просто набір технічних навичок. Глобальні зміни у демографії, зростання хронічних захворювань та визнання права кожної людини на гідне життя до останнього подиху, виводять на перший план холістичний, людиноцентричний та інтегративний підхід до паліативної допомоги. Це означає, що паліативна компетентність медичної сестри сьогодні розглядається як багатогранна концепція, що включає не лише знання та вміння, а й глибокі особистісні якості, здатність до адаптації та лідерства.

Традиційно наголошувалося на емпатії, але сучасний погляд розширює це поняття. Медичні сестри мають не лише співчувати, а й володіти емоційним інтелектом, щоб ефективно керувати власними емоціями та розпізнавати емоції пацієнтів та їхніх родин. Це включає:

- Самоусвідомлення: розуміння власних тригерів, страхів (наприклад, страху смерті, безпорадності), професійного вигорання.
- Саморегуляція: здатність керувати стресом, втомою, фрустрацією, не переносячи їх на пацієнта.
- Емпатійна витривалість (Compassion Resilience): це здатність не просто відчувати співчуття, а й підтримувати його в умовах постійного емоційного навантаження, уникаючи вигорання та вторинної травматизації. Сучасні підходи вимагають навчання технік майндфулнес, самодопомоги та підтримки колег.
- Культурна чутливість: здатність розуміти та поважати різні культурні, релігійні та духовні переконання щодо смерті та вмирання, адаптуючи догляд відповідно до них.

Комунікація в паліативній допомозі – це не просто передача інформації, а терапевтичний інструмент. Сучасний підхід вимагає:

- Навичок складних розмов (Difficult Conversations): вміння говорити про прогнози, бажання пацієнта щодо лікування, рішення про відмову від реанімації, а також про біль, страх та смерть – і все це з тактом, співчуттям та повагою.
- Активне та рефлексивне слухання: не просто чути слова, а розуміти невисловлені почуття, страхи та потреби пацієнта та його родини.
- Комунікація з родиною: вміння підтримувати родину, залучати її до процесу догляду, допомагати їй справлятися з горем. Це часто є окремим і надзвичайно складним завданням.

У сучасній паліативній допомозі медична сестра часто виступає не лише виконавцем, а й ключовим координатором між різними фахівцями (лікарями, соціальними працівниками, психологами, капеланами, волонтерами). Це вимагає:

- Міждисциплінарної співпраці: вміння працювати в команді, ефективно обмінюватися інформацією та координувати дії задля цілісного догляду.

- Адвокації пацієнта: відстоювання прав та побажань пацієнта, забезпечення його голосу в процесі прийняття рішень.
- Ініціативності та вирішення проблем: здатність ідентифікувати проблеми та шукати рішення, часто поза стандартними протоколами, щоб задовольнити унікальні потреби пацієнта.

В епоху діджиталізації, медична сестра повинна вільно орієнтуватися в електронних медичних картках, телемедичних консультаціях та системах підтримки прийняття рішень, дотримуючись суворих стандартів інформаційної безпеки та приватності.

Сучасний погляд виходить за рамки стадійних моделей горя і наголошує на індивідуальності переживання втрати. Медична сестра має розуміти:

- Продовжувані зв'язки (Continuing Bonds): допомагати родичам зберігати зв'язок з померлою людиною, а не просто "відпускати" її.
- Передбачуване горе: розпізнавати та підтримувати пацієнтів та родини, які переживають горе ще до самої втрати.
- Роль ритуалів: важливість ритуалів прощання та пам'яті для процесу горювання.

Навчання майбутніх медичних сестер, які працюватимуть у паліативній сфері, має бути сфокусоване не лише на теоретичних знаннях, а й на розвитку цих глибоких особистісних якостей, які дозволять їм надавати дійсно якісну, співчутливу та цілісну допомогу. Це вимагає перегляду освітніх програм, більшого акценту на практичних тренінгах, симуляціях та розвитку навичок рефлексії.

Висновок. Професійна освіта медичних сестер має на меті озброїти їх усіма необхідними компетенціями для ефективної роботи, особливо у сфері паліативної допомоги. Це включає не лише глибокі спеціальні знання та навички для виконання професійних обов'язків на високому рівні, а й здатність до постійного професійного розвитку.

Не менш важливими є соціальні та комунікативні компетенції, які вимагають від медсестер толерантності, вміння ефективно спілкуватися та налагоджувати глибокий духовний контакт з пацієнтами та їхніми родинами.

Сучасна медична сфера також потребує інформаційної компетентності – здатності швидко освоювати нові технології та інтегрувати їх у свою

практику. До цього додаються навчальні компетенції, що забезпечують безперервне самовдосконалення, та здоров'язбережувальні компетенції, що підкреслюють важливість дбайливого ставлення як до власного здоров'я, так і до здоров'я інших.

Перспектива подальших досліджень полягає у детальному вивченні духовного розвитку медичної сестри як невід'ємної складової її професійної готовності до роботи в паліативній сфері. Це дозволить повніше розкрити потенціал медичних працівників у наданні всебічної допомоги.

Використана література

1. Білик Л. В. Формування паліативної компетентності бакалаврів медицини в процесі професійної підготовки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.04 ДВНЗ «Переяслав-Хмельниц. держ. пед. ун-т ім. Григорія Сковороди». Переяслав-Хмельницький, 2015. 20 с.
2. Вороненко Ю. В., Губський Ю. І., Царенко А. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. Наука і практика. 2014. № 1. С. 63-75. URL:

http://nbuv.gov.ua/UJRN/nauipr_2014_1_11 (Дата звернення 30.10.2021р.).

3. Царенко А. В., Гойда Н. Г., Губський Ю. І. Обґрунтування концептуальної моделі системи паліативної і хоспісної допомоги населенню на рівні первинної медичної допомоги. Здоров'я суспільства. 2019. Т. 8. № 2. С. 49-57.

4. Вороненко Ю. В., Шекера О. Г., Губський Ю. І. Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря: навч. посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. Київ, Видавець Заславський О.Ю., 2017. 208 с.

5. Kirkpatrick, A., Mary Ann Cantrell, Suzanne C. Smeltzer. A Concept Analysis of Palliative Care Nursing Advancing Nursing Theory. *Advances in Nursing Science* Vol. 40, No. 2017. 4, pp. 356-369.

6. Mary Ann Cantrell, Suzanne C. Smeltzer. A Concept Analysis of Palliative Care Nursing Advancing Nursing Theory. *Advances in Nursing Science* Vol. 40, No. 2017. 4, pp. 356-369.

7. Bruce S. D. Palliative Sedation in End-of-Life Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2006; 8 (6): 320-327.
8. Gillett K, Neill B, Bloomfield JG. Factors influencing the development of end-of-life communication skills: a focus group study of nursing and medical students. *Nurse Educ Today*. 2016; 36: 395-400.
9. Kristin Valen, Bente Haug, Anne Lise Holm, Kari Toverud Jensen, Ellen Karine Grov. From Palliative Care Developed During Simulation, to Performance in Clinical Practice – Descriptions From Nursing Students. Vol. 22, Number 3, June 2020.
10. Kyung-Ah Kang, Youngsim Choi, Shin-Jeong Kim. Validation of a Korean Version of the Spiritual Care Competence Scale Focused on the Hospice and Palliative Care Setting. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. Vol. 21, № 5, October 2019. P.453-462.
11. Ferrell BR. Spiritual care in hospice and palliative care. *Korean J Hosp Palliat Care*. 2017; 20: 215-220.

1.3.Глущенко М. Концептуальні підходи збереження психічного здоров'я вимушених “внутрішніх” переселенців в умовах війни

Зміни, що відбуваються у суспільстві, такі як екологічні проблеми, економічні кризи та проблеми безпеки, мають значний вплив на психічне здоров'я людини та є важливим завданням на даному етапі розвитку українського суспільства. Повномасштабне вторгнення Російської Федерації проти України 24 лютого 2022 року спричинило потрясіння та зміни у багатьох сферах нашого життя: економічній, політичній, соціально-психологічній тощо. В умовах десятирічної війни виникає соціальне явище як біженство та переселення: люди часто змушені залишати свої будинки, свій сталий звичний спосіб життя та бігти у пошуках безпеки. Досвід внутрішнього переселення в умовах війни має багато специфічних особливостей, які виражені складним стресовим або травматичним досвідом: переживання окупації, втрати житла, перебування довготривалий час у підвалах та укриттях поки здійснюється ракетний обстріл, втрата значущих людей тощо. Особистість як соціальна істота, не може не реагувати на зміни, оскільки вони зачіпають її

потреби, інтереси та переконання і мають вплив на її душевне, моральне, матеріальне та фізичне благополуччя, а в кінцевому рахунку - на її психологічне здоров'я.

У сучасних психологічних дослідженнях проблему впливу внутрішнього переміщення на психічне здоров'я особистості вивчали: Т. Алексеєнко [3], О. Богучарова [4], В. Кердивар [10], Т. Колотій [12], Л. Міхеєва [14], Т. Титаренко [20] та інші. Особливості впливу війни та внутрішнього переміщення на психічне здоров'я дітей досліджували: Г. Даниленко [6], Ю. Жданович [7], Ю. Максименко [13], О. Морозова-Йоханнессен [13], Л. Міхеєва [14], Н. Отрощенко [15], Н. Савелюк [16], В. Педоренко [17] та ін.

У концептуальному звернені до розуміння психологічного здоров'я визначається, що в науці не існує єдиного погляду на те, що означають терміни «психічне здоров'я» та «психологічне здоров'я». Іноді ці поняття вважаються ідентичними, а іноді наголошують на їх відмінностях, тому здійснено короткий огляд цих термінів. Згідно вченням Т. Колотій психологічне здоров'я відноситься до стану ментального благополуччя та відсутності психічних розладів.

Індикаторами психічного здоров'я є відсутність психічних захворювань, придатний розвиток психіки відповідно до віку та відповідний функціональний стан центральної нервової системи. Психічні відхилення та психічні захворювання є протилежністю психологічного здоров'я [12].

Наукові розвідки Т. Колотій вказують, що психологічне здоров'я людини пов'язане з її загальним психологічним благополуччям та якістю життя. Людина має уявлення про своє «актуальне» та «ідеальне» психологічне благополуччя, а вивчення зв'язку між ними та особистісними характеристиками та соціальними умовами допомагає розробляти інструментарій для вимірювання психологічного благополуччя. Зокрема, на сучасному етапі значно зростає значення вивчення психологічного здоров'я та благополуччя в екстремальних умовах, внаслідок збільшення кількості екстремальних впливів на людину [12].

На думку дослідниці О. Завгородньої, психологічне здоров'я особистості проявляється через її внутрішню зацікавленість у житті, здатність мислити незалежно й приймати ініціативу, виявляти активність,

приймати рішення самостійно, а також нести відповідальність за власні вчинки. Водночас вчена підкреслює важливість віри у власні сили, поваги до інших, здатності до глибоких емоційних переживань, усвідомлення своєї унікальності та реалізації творчого потенціалу в різних сферах життєдіяльності. Основою психологічного здоров'я виступає здатність особистості інтегрувати протиріччя між зовнішньою та внутрішньою реальністю. Науковиця пов'язує цю здатність з високим рівнем свідомої саморегуляції та раціонально-вольової сфери, які дозволяють людині адаптуватись до соціального середовища, а також з вільним становленням емоційної сфери, активністю неусвідомлюваних психічних процесів, що дозволяє досягати глибоких переживань та інтуїції. Таким чином, психологічне здоров'я, у трактуванні О. Завгородньої, постає як інтегральний показник особистісної зрілості, який включає не лише емоційно-вольовий та когнітивний рівні, а й морально-ціннісне ставлення до себе та соціального оточення і виражається ступінню психологічного благополуччя [9].

Визначення І. Толкунової та О. Гринь доповнюють і уточнюють визначення психологічного здоров'я,

запропоноване О. Завгородньою. Вони зазначають, що психологічне здоров'я полягає не тільки в відсутності психічних розладів, а й у здатності людини до гармонійних стосунків з оточуючими, до повноцінного функціонування в різних сферах життя, до високого рівня соціально-психологічної адаптації, до суб'єктивного відчуття психологічного комфорту та досягнення благополуччя в житті. В цілому, психологічне здоров'я є комплексним поняттям, яке включає в себе різноманітні аспекти психічного функціонування людини [22].

У науковій парадигмі Т. Титаренко проблема психологічного здоров'я набуває особливої глибини у зв'язку з дослідженням суб'єктивної реальності особистості як базової основи її внутрішньої рівноваги та життєстійкості. Вчена вважає, що повноцінне психологічне здоров'я формується внаслідок гармонійного розвитку особистісного досвіду, настанов, цінностей і смислів, які людина приписує власному існуванню. Згідно з її підходом, поняття «психологічне здоров'я» має інтегральний характер і базується на поєднанні двох основних площин - психології здоров'я як галузі, що вивчає вплив психічних факторів на

збереження добробуту, і психології особистості, яка аналізує механізми внутрішнього зростання, адаптації та самореалізації [20].

У емпіричних дослідженнях Т. Титаренко розглядала феномен психологічного благополуччя крізь призму конструювання життєвого світу особистості. Вчена наголошує, що важливою умовою збереження психічного здоров'я є здатність особистості долати критичні життєві події через активне смислоутворення, а також формування позитивного життєвого сценарію, навіть попри досвід травми чи соціального стресу [20].

Значущою ідеєю у дослідженнях Т. Титаренко виступає обґрунтування поняття життєстійкості (резильєнтності) як психологічного ресурсу, що дозволяє особистості не тільки адаптуватися до несприятливих обставин, а й виявляти потенціал для зростання на тлі кризи. Зокрема, Т. Титаренко описує типологію життєвих стратегій особистості в умовах екзистенційної невизначеності, підкреслюючи значення рефлексії, смислової цілісності та автономії у подоланні травматичних впливів. Дослідниця показує, що люди, які зберігають відчуття внутрішнього контролю, мають вищий рівень психологічного благополуччя і здатні до

конструктивної саморегуляції в умовах соціальних змін. Таким чином, у підході Т. Титаренко психологічне здоров'я не зводиться лише до відсутності дистресу, а осмислюється як динамічний процес, пов'язаний із вмінням жити усвідомлено, стійко переносити життєві виклики та формувати нові смисли, що інтегруються в особистісну ідентичність [20].

У зверненні до вивчення аспектів передумов постановки життєвих завдань стосовно психічного здоров'я Ж. Сидоренко [18] зазначено, що досягнення психологічного здоров'я передбачає активну й свідому позицію особистості, оскільки це – складна мета, що не формується автоматично, а вимагає цілеспрямованих зусиль і самовизначення. Вчена виділяє базові передумови, необхідні для формулювання особистих життєвих завдань у сфері психологічного здоров'я:

1. Мотиваційно-сміслові фактори – чітка усвідомленість цінностей і життєвих сенсів, які стають драйвом для самовдосконалення й підтримки здоров'я. Особливо важливо, щоби людина мала внутрішню стійкість щодо власних мотивів і цілей, що визначають її життєвий курс.

2. Міжособистісні фактори – система підтримки від близьких, доступ до конструктивного соціального середовища, що сприяє розвитку довіри, співпраці та емоційної підтримки, необхідних для реалізації психологічних завдань.

3. Життєво-дослідницькі фактори – здатність до рефлексії, аналізу власного життєвого досвіду та експериментів з формуванням життєвих завдань. Це передбачає здатність особистості ставити питання, шукати відповіді та застосовувати нові підходи до саморозвитку [18].

Ж. Сидоренко підкреслює значущість соціально-психологічних характеристик особистості, зокрема рівня самоконтролю, самосвідомості, реалістичного ставлення до себе й світу, які визначають здатність трансформувати мотиваційно-сміслові установки та зовнішню підтримку в конкретні життєві цілі та дії [18].

У науковій літературі психологічне здоров'я трактується як багатоаспектне і багаторівневе явище, що має динамічний характер. На думку В. Педоренко, цей феномен можна охарактеризувати як стан внутрішньої гармонії, який є виразом глибинної сутності особистості. Така внутрішня узгодженість не є сталою

— вона змінюється відповідно до етапів онтогенезу, активізуючи вікові та індивідуальні психологічні ресурси людини. Вчений підкреслює, що психологічне здоров'я інтегрує як особистісні, так і індивідуально-психологічні компоненти, і є важливим чинником у розумінні самовідношення особистості. Саме через ставлення до власного стану, зокрема до психічного і фізичного здоров'я, можливо виявити потенційні труднощі в особистісному розвитку та спрогнозувати шляхи їх конструктивного подолання [16].

Ознаками психологічного здоров'я за О. Богучаровою виступають критерії небайдужості, наявності інтересу до різних виявів життя, зацікавленого ставлення до власного життя та інших. Зворотно, пасивність, байдужість, страх самовиявлення, деструктивність та руйнівний вплив на оточення є ознаками психологічного нездоров'я. Таким чином зацентруємо, що у дослідженні психологічного здоров'я важливо звертати увагу на ці критерії, які можуть допомогти у прогнозуванні та виявленні можливих проблем у поведінці людини [4].

О. Туриніна вважає, що психологічне здоров'я можна оцінити за шістьма критеріями:

– Перший критерій - це позитивна установка по відношенню до власної особистості, коли людина задоволена своїм життям і має достатню самооцінку.

– Другий критерій - це духовне зростання і самоактуалізація, коли людина розвивається як особистість і досягає своїх цілей.

– Третій критерій - інтегрована особистість, коли всі аспекти особистості гармонійно поєднуються між собою.

– Четвертий критерій - це автономія і самодостатність, коли людина може діяти незалежно і приймати власні рішення.

– П'ятий критерій - це адекватність сприйняття реальності, коли людина має правильне розуміння того, що відбувається навколо неї.

– Шостий критерій - це компетентність у подоланні вимог оточуючого світу, коли людина має необхідні знання та навички для успішної взаємодії зі світом [23].

Умови війни, в яких опинилося українське суспільство, як зазначає Л. Міхеєва, спричинили велику невпевненість та збентеженість серед людей. Невизначеність щодо майбутнього, неможливість

планувати та здійснювати свої плани, а також руйнування життєвих перспектив призвели до зростаючого емоційного напруження, підвищеної тривожності, страхів, негативних думок та постійних переживань. Описані психологічні фактори значно впливають на психологічну рівновагу та психічне здоров'я особистості [14].

Аналіз матеріалів дослідницьких проєктів Ради Європи засвідчує, що протягом останнього десятиліття Україна переживає масштабну соціальну кризу, що супроводжується численними надзвичайними й екстремальними подіями. Такі події є джерелом психологічної травматизації для широких верств населення, особливо вразливими у цьому контексті виступають діти. Психотравмуючі впливи, яких зазнають діти в умовах збройного конфлікту, залишають тривалий слід у їхньому психічному стані, поведінковій регуляції та здатності до формування здорових міжособистісних відносин.

У цьому контексті М. Слюсаревський [19] виокремлює два рівні загроз психологічному благополуччю дітей, які постраждали від внутрішнього переміщення та наслідків повномасштабної війни,

розв'язаної росією проти України. Дослідник розрізняє первинні виклики, що мають безпосередньо мілітарний характер, і вторинні, зумовлені соціальними чинниками. Первинні виклики пов'язані з прямим фізичним впливом воєнних подій або інтенсивним інформаційним тиском, що негативно позначається на психічному стані дитини. Вони проявляються у формі стресових реакцій, емоційної нестабільності, порушень поведінки, зниження пізнавальної активності, що серйозно ускладнює освітній процес. Вторинні виклики, у свою чергу, зумовлені соціальною дезорганізацією – руйнуванням звичних для дитини комунікативних зв'язків, дестабілізацією важливих фігур дорослого середовища та трансформацією життєвого й навчального простору. Таким чином, травматичний вплив війни має як прямий, так і опосередкований характер, що посилює потребу у системній психологічній підтримці дітей з досвідом переміщення та втрат [19].

У процесі вивчення впливу психологічного здоров'я на особистісний розвиток підлітків Н. Колотій встановила, що значущість цього впливу зумовлена рівнем розвитку психічних властивостей, якістю

соціально-психологічної адаптації, прагненням до задоволення базових і вищих потреб, а також здатністю до саморозвитку. Н. Колотій підкреслює, що психологічне здоров'я не лише визначає поточний емоційний стан підлітка, а й впливає на здатність реалізовувати себе в соціальному середовищі, підтримувати мотивацію та здійснювати особистісне зростання. Особливої ваги ці чинники набувають у кризових і нестабільних умовах, таких як збройний конфлікт чи внутрішнє переміщення [12].

Сучасні дослідження останніх років в Україні підтверджують актуальність зазначених положень. Так, відповідно до результатів масштабного опитування, проведеного у 2024 році R. Goto [1] та співавторами визначено, що серед підлітків було виявлено високі показники психологічного дистресу: 32 % мали симптоми депресії, 17,9% – тривожні розлади, 35% – ознаки психотравматизації, а майже третина – прояви розладів харчової поведінки та залежностей. Ці дані свідчать, що психологічне здоров'я підлітків істотно впливає на емоційну стабільність, поведінкову регуляцію та здатність до адаптації.

У дослідженні І. Пипенко [2], проведеному серед української молоді, що зазнала впливу бойових дій, було виявлено, що одними з основних копінг-стратегій стали когнітивне переосмислення подій, а також пошук соціальної підтримки. Респонденти з розвиненими механізмами емоційної саморегуляції та схильністю до рефлексії виявилися більш стійкими до психологічного виснаження. Це узгоджується з положенням Н. Колотій про важливість саморозвитку та усвідомленого задоволення потреб для збереження психічного здоров'я [2; 12].

У свою чергу, дослідження Г. Даниленка [6], спрямоване на вивчення психічного стану підлітків із числа внутрішньо переміщених осіб, виявило, що понад половина опитаних зазнавали почуття безпорадності, тривоги, емоційного спустошення, а близько 20% мали досвід панічних атак. При цьому більшість респондентів демонстрували збережену віру у майбутнє, що виступало психологічним ресурсом підтримки. Це свідчить про значущу роль соціального контексту, зокрема - колективної надії та впевненості у стабілізації ситуації, у формуванні емоційної стійкості підлітків. Таким чином, сучасні українські дослідження

поглиблюють розуміння впливу психологічного здоров'я на особистість підлітка, що було започатковано в працях Н. Колотій. Встановлено, що емоційна стабільність, розвиток когнітивних стратегій подолання, адекватна соціальна підтримка та відчуття сенсу майбутнього є вирішальними чинниками, що визначають рівень психічного здоров'я та адаптаційної спроможності підлітків в умовах соціальних потрясінь [6].

К. Журба доводить, що підлітки, які переживають війну та досвід внутрішнього переміщення страждають від надмірного стресу, гострих реакцій на стрес, депресій, тривожності, ПТСР, втрати ідентичності, частіше обирають добровільну соціальну ізоляцію та асоціальну поведінку. Н. Шиліна доповнює попереднє тим, що такі стани можуть призвести до проблем зі здоров'ям як фізичним, так і психічним, вплинути на адаптацію до нових умов життя [8; 24].

Опираючись на власні дослідження К. Журба [8] зазначає, що для формування стресостійкості та збереження психологічного здоров'я підліткам у період війни, необхідно враховувати особливості цього вікового періоду, а також фактори, що впливають на

розвиток психологічної стійкості. Для досягнення цієї мети можуть бути використані наступні підходи:

- Формування навичок самоконтролю та здатності до адекватної оцінки ситуації. Це можна досягти через тренування підлітків у різних ситуаціях, які викликають стрес, і навчання їх способів розслаблення та концентрації уваги.

- Підтримка родини та психолого-педагогічна допомога. Родина може стати головним джерелом підтримки для підлітків, особливо під час військових конфліктів. Психологічна підтримка з боку педагогів і фахівців у галузі психології також може бути корисною для підлітків у період війни.

- Розвиток емоційної стійкості. Важливо вчити підлітків контролювати свої емоції і використовувати позитивні стратегії для їх регулювання.

- Врахування досвіду виживання минулих поколінь. Навчання історії війни та розповіді про власний досвід виживання можуть допомогти підліткам зрозуміти, що вони не одні в своїй ситуації та що є шляхи виходу з неї.

- Створення власного досвіду подолання труднощів. Важливо дати можливість підліткам

досвідчувати труднощі та вчити їх шукати рішення проблем самостійно [5; 8].

Психологічні наслідки досвіду внутрішнього переміщення аналізуються В. Кердивар крізь призму формування у внутрішньо переміщених осіб специфічного психоемоційного стану, який він окреслює як "синдром жертви". Науковець розглядає цей синдром як індивідуально-психологічну характеристику особистості, яка виникає внаслідок травматичного досвіду переміщення та виражається у зростанні агресивності, переважно спрямованої на державні інституції, в тотальному негативізмі щодо власної життєвої ситуації, а також у формуванні стійкого відчуття набутої безпорадності, переконання, що особа не здатна вплинути на обставини чи змінити ситуацію на краще [10].

Згідно вченню В. Кердивара, зазначений синдром зазвичай набуває вираженості після приблизно шести місяців перебування особи у статусі ВПО, особливо за умов, коли базові потреби у безпеці, житлі, матеріальному забезпеченні та стабільній зайнятості залишаються незадоволеними. Вчений наголошує, що розвиток цього синдрому супроводжується зростанням

тривожності, що в подальшому ускладнює адаптацію особистості до нових життєвих реалій. Унаслідок цього внутрішньо переміщені особи часто демонструють знижену життєву задоволеність, труднощі у соціалізації, емоційне виснаження та стійку дезадаптацію в новому соціальному середовищі [10].

У контексті війни особливої актуальності набуває питання збереження психологічного благополуччя дітей, що, на думку М. Козак, неможливе без цілеспрямованого формування стресостійкості. Вона розглядає цю якість як критичну умову адаптивного функціонування дитини в умовах тривалого впливу стресогенних чинників. Дослідниця акцентує, що здатність особистості протистояти стресу залежить від її вміння реалістично оцінювати життєві обставини й особисті ресурси, від рівня самоконтролю, мотиваційної зрілості, а також уміння ухвалювати ефективні рішення у кризових ситуаціях без надмірного занурення в емоційне збудження [11].

Окрему увагу М. Козак приділяє віковій категорії підлітків, стверджуючи, що їх стресостійкість значною мірою залежить від стабільної підтримки з боку родини та наявності кваліфікованої психолого-педагогічної

допомоги. Така допомога сприяє розвитку емоційної врівноваженості, самостійності у плануванні та організації повсякденного життя, а також підвищує здатність долати труднощі у складних умовах. У своїх емпіричних спостереженнях дослідниця виявила, що юнаки та дівчата підліткового віку демонструють різні мотиваційні акценти у процесі формування життєвих цінностей: хлопці частіше орієнтуються на самореалізацію та суперництво, тоді як дівчата на досягнення конкретного результату. Відповідно, у хлопців переважає потреба в досягненнях, а у дівчат у емоційному прийнятті та підтримці. Козак також звертає увагу на особливості поведінкових стратегій: дівчата більш схильні уникати невдач, натомість хлопці виявляють схильність до ризику в досягненні значущих цілей [11].

У сучасних дослідженнях, присвячених психологічному стану внутрішньо переміщених осіб, зокрема Ю. Максименка та О. Морозової-Йоханнессен, акцент зроблено на ролі емпатії як важливого особистісного ресурсу, що впливає на процес адаптації переселенців до нових умов життя. Автори відзначають, що в осіб із досвідом міграції спостерігається тенденція

до зниженого рівня емпатійного реагування, що поєднується з низькою толерантністю до невизначеності, схильністю до негативного емоційного сприйняття дійсності, станами песимізму та вираженого емоційного дискомфорту. Такі характеристики, як правило, ускладнюють процеси адаптації та інтеграції у нове соціальне середовище [13].

У свою чергу, Н. Отрощенко акцентує увагу на необхідності створення стабільного життєвого середовища для дітей, які перебувають у статусі внутрішньо переміщених осіб. Дослідниця підкреслює, що основою психологічного відновлення дитини є відчуття передбачуваності та повторюваності життєвих подій, що проявляється у постійності місця проживання, сталій соціальній взаємодії та повторюваних побутових або культурних практиках. Концепт "константності", запропонований науковицею, передбачає створення таких умов, у яких дитина зустрічається з одними й тими ж людьми, виконує знайомі дії, бере участь у ритуалах, які підтримують її відчуття безпеки. Окрім цього, важливу роль відіграє "ритмічність" - дотримання зрозумілих і простих щоденних дій, таких як прогулянки, прийом їжі, режим сну та фізична

активність. На думку Н. Отрощенко, саме такі структуровані та стабільні умови сприяють зниженню, стресу та полегшують процес адаптації дітей-переселенців до нових умов життя [15].

Отже, в умовах пролонгованого десятиліття війни в Україні виникає соціальне явище як біженство та переселення: люди часто змушені залишати свої будинки, свій сталий звичний спосіб життя та бігти у пошуках безпеки. Досвід внутрішнього переселення в умовах війни має багато специфічних особливостей, які виражені складним стресовим або травматичним досвідом: переживання окупації, втрати житла, перебування довготривалий час у підвалах та укриттях поки здійснюється ракетний обстріл, втрата значущих людей тощо.

У ході теоретичного аналізу виявлено, що умови війни, в яких опинилося українське суспільство, спричинили велику невпевненість та збентеженість серед людей. Невизначеність щодо майбутнього, неможливість планувати та здійснювати свої плани, а також руйнування життєвих перспектив призвели до зростаючого емоційного напруження, підвищеної тривожності, страхів, негативних думок та постійних

переживань, особливо серед осіб, які є внутрішньо переміщеними особами. Ці фактори значно впливають на психологічну рівновагу та психічне здоров'я особистості. Науковці доводять, що особи, які переживають війну та досвід внутрішнього переміщення страждають від надмірного стресу, гострих реакцій на стрес, депресій, тривожності, ПТСР, втрати ідентичності, частіше обирають добровільну соціальну ізоляцію та асоціальну поведінку. Такі стани можуть призвести до проблем зі здоров'ям як фізичним, так і психічним, погіршують процеси адаптації до нових умов життя. У свою чергу досвід внутрішнього переміщення може викликати синдром жертви, що проявляється у людини відчуттям низького рівня задоволеності життям, підвищеною агресивністю, набутою беспорядністю, труднощами у ефективній адаптації та соціалізації на новому місці проживання.

Використана література

1. Goto R., Pinchuk I., Kolodezhny O., Pimenova N., Kano Y., Skokauskas N. Mental Health of Adolescents Exposed to the War in Ukraine. *JAMA pediatrics*, 2024. №178(5). P. 480–488.

2. Pypenko, I. S., Stadnik, A. V., Melnyk, Yu. B., Mykhaylyshyn, U. B. The impact of the war in Ukraine on the psychological well-being of students. *International Journal of Science Annals*. 2023, №6(2). С. 20–31.
3. Алексєєнко Т.Ф. Вимушені переселенці: соціально-педагогічні проблеми і досвід підтримки: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 240 с.
4. Богучарова О. І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі: монографія/ Луган. держ. ун-т внутр. справ. ім. Е. О. Дідоренка. Луганськ, 2011. 410 с.
5. Внутрішньо переміщені особи: від подолання перешкод до стратегії успіху: монографія / О.Ф. Новікова, О.І. Амоша, В.П. Антонюк та ін.; НАН України, Ін-т економіки пром-сті. Київ, 2016. 448 с
6. Даниленко Г., Страшок Л., Завеля Е., Ісакова М. Медико-соціальні аспекти стану здоров'я підлітків-внутрішньо переміщених осіб. Охорона здоров'я дітей та підлітків. №2, 2022. С.8-12.
7. Жданович Ю. М. Соціально-педагогічна підтримка дітей вимушених переселенців як наукова проблема. Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді. 2015. Вип. 19(1). С. 204-213

8. Журба К. Війна як чинник впливу на смисложиттєву сферу сучасних підлітків. Нова педагогічна думка. 2022, №2 (110). С. 105-109.
9. Завгородня О. В., Курганська Л. О. Психологічне здоров'я людини: теоретичні аспекти та прикладні аспекти: монографія. Київ: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2008. С. 43–50.
10. Кердивар В. В., Христенко В. Є. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного: монографія. Харків: Національний університет цивільного захисту. 2021. 143 с.
11. Козак М. Психологічна допомога дітям з тимчасово переселених родин. Природничі та гуманітарні науки. Актуальні питання. 2019. №1(2). С. 252-254.
12. Колотій Т. М. Психологічне здоров'я підлітків та його оцінка: дис....канд. псих. н.: 19.00.07. Харків, 2003. 203 с.
13. Максименко Ю., Морозова-Йоханнессен О. Психологічні особливості особистісних змін переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Норвегії). Вісник Національного університету оборони України. Питання психології. №5 (69). 2022. С. 90-97

14. Міхеєва Л. В. Психічне здоров'я дітей в умовах війни. Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 24 черв. 2022 р.) / Нац. ун-т «Одес. Юрид. Акад.» Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. С.152-156.

15. Отрощенко Н. Л. Соціально-педагогічна та психологічна підтримка дітей та молоді у стресових ситуаціях на депресивній території. Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. №1(29), 2016. С. 257-263.

16. Педоренко В. М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. № 5. 2022. С. 5–10.

17. Савелюк Н. М. Переживання стресу в умовах війни: досвід українського студентства. Психологія: реальність і перспективи : збірник наукових праць РДГУ. 2022. Вип. 18. С. 141–152.

18. Сидоренко Ж. В. Соціально-психологічні передумови постановки життєвих завдань стосовно

психологічного здоров'я. Соціальна психологія. 2010. №2. С. 85–93.

19. Слюсаревський М. Соціально-психологічна проблематика дитинства в умовах війни: виклики і відповіді. Проблеми політичної психології, №12 (26). 2022. С. 9-30.

20. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

21. Толкунова І.В. Психологія здоров'я людини /за ред. І.В. Толкунової. Київ, – 2018. – 156 с.

22. Трубавіна І. М. Проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні як основа соціально-педагогічної роботи з ними. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. №8, 2015. С. 434-446.

23. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій. Київ: ДП «Вид. Дім “Персонал”», 2017. 160 с.

24. Шиліна Н.Є. Проблема емоційного стану біженців та переселенців за умов військового конфлікту

в Україні. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського.
Серія: Психологія. 2023. Том 34 (73) № 2. С. 30-36.

РОЗДІЛ 2. ФІЛОСОФСЬКІ ВИМІРИ ПОТЕНЦІАЛУ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

2.1. Скакун І. Людиновимірність системи охорони здоров'я в сучасній міждисциплінарній науковій парадигмі

Концепція людиновимірності в загальній соціокультурній парадигмі та в системі охорони здоров'я є ключовим складником сучасної наукової картини світу. Традиційний медико-біологічний підхід поступово трансформувався в біопсихосоціальну модель, яка відповідає вимогам часу, дозволяючи повноцінно реагувати на соціокультурні виклики. Людина постає цілісною константою, яка позиціонується не як формальний носій хвороби, а динамічний суб'єкт з комплексом фізичних, психологічних, соціальних та духовних потреб та цінностей.

Система охорони здоров'я покликана забезпечити механізми задля ефективної діагностики, лікування, відновлення людини в розрізі медичного кластеру. Водночас, проблема здоров'я та, відповідно, шляхів його збереження, повинна позиціонуватися в контексті ментально-світоглядної парадигми.

Основні аспекти людиновимірності в контексті сучасної системи охорони здоров'я полягають в забезпеченні ціннісно-цільового балансу в процесі подолання хвороби. Людина не повинна відчувати беззахисність в контексті втручання механізму охорони здоров'я, а розуміти всі елементи впливу. Узгодження потенціалу людини та системи охорони здоров'я виражається у кількох ключових настановах.

По-перше, пацієнтоорієнтований підхід, який фокусує основну увагу на людині з її потребами, викликаними змінами, пов'язаними зі станом здоров'я. Важливо зберігати належний рівень автономності пацієнта, який стикається з втручанням, зумовленим потребою в подоланні хвороби чи її наслідків.

По-друге, біопсихосоціальна модель забезпечує надійний та прогнозований взаємозв'язок між біологічними факторами (якими безумовно вважають фізичне здоров'я), психологічними аспектами (які складаються з емоцій, ідей, стресових станів, ментальних характеристик) та соціальним середовищем (нація, сім'я та родина, професійна чи побутова спільнота, соціальний статус та економічна активність).

Застосування цієї моделі в системі охорони здоров'я дозволяє лікарям та медичній службі загалом реагувати не лише на симптоми захворювання, а й виявляти глибинні причини хвороби, її позиціонування в життєвій активності пацієнта та моделювати ситуації виходу з кризових станів.

Зрештою, ключовим фіналізуючим показником стану здоров'я людини є якість життя. Людяновимірність у контексті якості життя передбачає регулювання впливу лікування, яке повинно орієнтуватися не лише на подолання хвороби, але й цілісно сприяти розвитку людини (навіть з симптомами та наслідками хвороби):

- фізичне функціонування;
- емоційний стан;
- соціальна активність;
- загальне благополуччя.

Основною метою діяльності системи охорони здоров'я загалом та медичної допомоги зокрема є не лише продовження життя, але й його покращення усіма можливими ресурсами, які можна задіяти в процесі діагностики, лікування чи реабілітації.

Мета поточної наукової розвідки передбачає висвітлення особливостей філософсько-методологічного забезпечення синергійної парадигми в сучасному науково-медичному дискурсі.

Майбутнє синергійного підходу в системі охорони здоров'я асоціюється з принципами прагматизму та функціональності. Дихотомія та протистояння поступаються принципам взаємодії та кореляції в сучасному глобальному світі, в якому переважна більшість проблем вирішується шляхом узгодження та співпраці. Завданням сучасної медичної та наукової спільноти є визначення настанов синергійного кластеру в контексті інноваційних характеристик розвитку суспільства:

- універсальності;
- прагматичності;
- динамічності;
- технологічності;
- міждисциплінарності;
- плюралізму (мультикультурності).

Філософське осмислення збереження здоров'я асоціюється з моделлю розвитку функціональності синергії в науково-медичній картині світу:

- у методологічному вимірі;
- у гносеологічному розрізі;
- в аксіологічних характеристиках.

Методологія дослідження дюдиновимірності системи охорони здоров'я

в сучасній міждисциплінарній науковій парадигмі має дещо незвичний характер, оскільки зосереджена навколо принципу синергії (який є філософсько-методологічним підходом). У цьому випадку актуалізується формат «метод про метод», який активно використовується у філософії та сучасній науці і полягає у визначенні домінуючих складників в окремо взятій методології або ж виокремлення пріоритетних методів в методологічній парадигмі.

У поточному дослідженні висвітлюються ключові проблеми гуманітарно-наукового дискурсу, характерні для сучасного соціокультурного середовища в сегменті охорони здоров'я. Реалії сьогодення диктують нові правила та умови розвитку усіх сфер суспільної активності. Не є виключенням і науково-медичний дискурс, який, зазвичай, зберігає високий рівень автономності у період перманентних змін (на відміну

від політичних, економічних чи культурних характеристик).

Глобалізація нинішнього цивілізаційного поступу постає стратегічною константою та диктує вектори розвитку медицини. Важливими є впливи короткострокових але суттєвих факторів (до прикладу, пандемія COVID-19), які безпосередньо вплинули на науково-медичну парадигму. Загалом, форс-мажорні виміри розкривають глибинні проблеми усієї сфери діяльності в системному розумінні.

Сучасна соціокультурна ситуація ознаменувалася актуалізацією тенденції інтеграції для досягнення сталого розвитку в соціокультурному розвитку людства. Цьому сприяло створення цілісних міжнародних інституцій, прагматична орієнтація на соціально-економічний прогрес на основі синергії.

Відповідно до тенденцій розвитку суспільства сформувалася ціннісна парадигма, в якій за орієнтири визначено такі константи:

- демократичність
- гуманізм
- прагматизм
- ефективність

- інноваційність
- стійкість
- динамічність
- гнучкість.

На основі цих концепцій була сформована міжнародна система нормативно-ціннісних засад, яка стала орієнтиром цивілізаційного розвитку. Орієнтованість на вказані константи ціннісних принципів посилило подолання світової фінансової кризи 2008 року. Міжнародна співпраця та взаємодія дозволила уникнути потенційно руйнівних наслідків для світової економіки, а з ними й загальмувати загально цивілізаційний поступ.

Історична традиція показує, що ціннісні орієнтації виступали мірилом стабілізації соціокультурної ситуації в часи невизначеності та забезпечували інноваційний розвиток в часи консервативності. Ціннісні константи мають два шляхи формування в суспільній свідомості:

- активний, коли цінності активно впливають на тип нового суспільного ладу – формуючи інноваційні трансформації у всіх сферах суспільного життя;

- пасивний, у результаті якого цінності забезпечують практично-функціональні характеристики розвитку суспільного ладу.

Активна модель утвердження цінностей у соціальній парадигмі дозволяє формувати цілісне суспільство з ідеалами, які сприймаються спільнотою та визначають нормативна база життя. Цінності є непохитною основою соціальних процесів і формують інституційне розуміння держави, нації, суспільства, сім'ї тощо.

Активна модель ціннісного позиціонування формує концептуальну сутність аксіології. Реалії пасивного формування цінностей визначають супутній характер їх статус у цивілізаційному розвитку. Така модель цінностей породжує протиріччя на горизонтальному рівні, оскільки на вертикальному (між державою та особою, суспільством та особистістю) ці протиріччя узгоджуються концептуальними імперативними нормами, які не мають альтернативи.

З одного боку, фундаментальна зміна ціннісних вимірів на глобальному цивілізаційному рівні призводить до радикальних трансформацій існуючого світопорядку. Іншим варіантом є трансформація

ціннісних констант – коливань рівня сприйняття та прихильності до ідеалів і еталонів духовної та матеріальної культури. У суспільній свідомості існує хибний стереотип про завдання філософії в аксіологічному вимірі.

Зазвичай вважається, що філософія покликана обґрунтувати вибір, зроблений на користь одного з форматів системи цінностей. Натомість філософсько-аксіологічна діяльність спрямована на визначення найкращого способу встановлення ціннісних констант. Філософія керується концепціями, а не соціокультурними реаліями, тому людиновимірність постає продуктом теоретико-світоглядної затребуваності.

Аналізуючи дієвість людиномірної концепції, відзначимо, що одне з основних тверджень синергетики вказує на конструювання бажаного майбутнього. Шлях до майбутнього для складних систем, що нелінійно розвиваються, завжди багатofакторний. Людина може вибирати доцільний шлях розвитку, враховуючи внутрішні русла складних систем. Можливості індивідуальної людської дії невпинно зростають поблизу моментів нестабільності (в точках біфуркації чи

поблизу моменту загострення), водночас зростає і відповідальність, яка лягає на плечі кожного.

Згідно з конструктивістським філософським підходом людина своїм сприйняттям, мисленням і діяльністю не відображає світ, а конструює його. Цей підхід розвивається на базі різних дисциплінарних галузей: генетичної епістемології, психології розвитку, системної теорії та кібернетики, антропології, психології сприйняття, психотерапії, нейробіології, когнітивної науки тощо.

Отже, людиновимірність – одна з провідних філософських концепцій сучасності. Антропоцентризм разом із прагматизмом утворюють ефективну світоглядну модель сучасної науки та медицини. Науково-медичний дискурс та практична медицина, в свою чергу, формують фундаментальні елементи, що забезпечують її ефективність. Біопсихосоціальна модель охорони здоров'я висуває в якості домінуючих – потенціал людини. Картина світу повністю охоплює медичний арсенал нашої цивілізації, аналізуючи минуле, регулюючи сьогодення та прогнозуючи майбутнє для ефективного управління існуючими парадигмами науки та медицини.

Використана література

1. Benedikter, R. Artificial Intelligence, New Human Technologies, and the Future of Mankind. Challenge, v. 66, n. 3–4, p. 79–100, 2023. Available at: <https://doi.org/10.1080/05775132.2023.2223061>
2. Cinar, A. The language of the law vs. the language of the computer: a bilingual model of legal education in the age of technology and artificial intelligence. Law, Innovation and Technology, v. 16, n. 2, p. 558–598, 2024. Available at: <https://doi.org/10.1080/17579961.2024.2392938>
3. Skakun, I. Values and Ideals in Modern Philosophy: A Bibliometric Study. Futurity Philosophy, v. 2, n. 4, p. 75–86, 2023. Available at: <https://doi.org/10.57125/FP.2023.12.30.05>
4. Tan, C. Digital Confucius? Exploring the implications of artificial intelligence in spiritual education. Connection Science, v. 32, n. 3, p. 280–291, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1080/09540091.2019.1709045>

2.2. Зорій Н. Філософсько-методологічний аналіз культури творення здоров'я здобувачів освіти закладів вищої медичної освіти, психолого-педагогічні аспекти

В умовах війни збереження здоров'я людини є однією з пріоритетних в Україні, особливої актуальності та новизни вищезгадане питання набуває в закладах вищої освіти. Здоров'я студентської молоді з огляду на реальність набуває важливого значення, оскільки формується нове покоління української нації, яке буде захищати та розбудовувати Україну. У зв'язку з цим необхідно формувати у здобувачів освіти культуру здоров'я як важливу особистісну цінність особистості.

Питання культури здоров'я аналізуються в багатьох сферах наукового знання, насамперед у філософії, соціології, психології, педагогіці тощо, тому універсального визначення даного поняття не має.

З поміж компетентностей ХХІ століття, які визначені в контексті потреб сучасного світу та викликів, з якими стикається людство у глобалізованому середовищі: громадянські компетентності, комунікативність, критичне мислення, креативність, уміння працювати в команді, цифрова

грамотність, уміння розв'язувати проблеми, виокремлено компетентності особистісного та соціального розвитку, що своєю чергою включає також формування навичок здорового способу життя та збереження здоров'я. В загальному розвитку людини ці компетентності спрямовані на загальний розвиток особистості, яка спроможна адаптуватися до сучасних змін, ефективно взаємодіяти з іншими учасниками спільноти, відповідально ставитися до суспільства і природи, а також продовжувати навчання протягом усього життя[22].

З огляду на розвиток компетентностей особистості, що включає широкий спектр не тільки знань, умінь і навичок, але й формування системи цінностей, зокрема цінності збереження здоров'я. Актуальність проведення філософсько-методологічного аналізу культури творення здоров'я пов'язана із дослідження глибоких, смислових, ціннісних і методологічних основ підходу до здоров'я як культурного, соціального і духовного явища. Поняття «культура творення здоров'я» визначає цілісність показників фізичного, психічного, соціального й духовного буття людини; формування практичного

досвіду, норм, цінностей, що сприяють збереженню і зміцненню здоров'я людини, а також усвідомлення власної відповідальності за його збереження.

В науковій невизначеності психологічних та педагогічних понять та категорій методологічний аналіз категоріального апарату в психології необхідно здійснювати в контексті філософського знання. Безперечним є той факт, що соціальні зміни, які відбуваються в суспільстві відображаються і на розвитку наукового знання. На жаль, психологія і навіть академічна філософія на даний момент попадає в таке число наук, основні постулати якої догматизуються і подаються в якості непохитних істин. Навіть в нашій буденності з'явився вираз «з точки зору психології..., така філософія життя...». Суперечності в процесах соціально-політичної, економічної та духовно-культурної переорієнтації в нашій країні обумовлюють необхідність переходу до нового типу гносеології та онтології людини, яка б забезпечувала цілісність та неперервність людського існування. Недостатня опрацьованість відповідних філософсько-методологічних засад в психології та педагогіці не забезпечує комплексного теоретичного обґрунтування

даної проблеми. Людина реалізуючи основні потреби ставить закономірне питання: в чому сенс існування? Де межа самоудосконалення? Чи можливо в екстремальних умовах війни удосконалити своє «Я»? Інтуїція людини веде її до творчого внутрішнього духовного самовдосконалення, що ховається у реальності і яке пристрасно сповідується нею у взаємодії із зовнішнім світом як результат боротьби за цілісність свого існування. З іншого боку, ідеалізуючи життя людина споглядає його фрагментарно, апріорі, очікуючи перспективи та «подарунку долі», який мелодраматично протікає в її буденності життя, і який ймовірно може привести до духовного катаклізму, оскільки втрата цілісності – це хаос, що призводить до непорозумінь духу та тіла. Виникають суперечливі ціннісні орієнтації, викликані кризою суспільства у всіх його основних сферах: економічній, соціально-політичній, духовній і безперечно в цьому конфлікті знижуються показники здоров'я людини і не тільки тому, що відсутні засоби повноцінного його забезпечення, але й тому, що у людини не сформована цінність здоров'я.

Основні рівні філософської методології: загальнофілософський рівень формує онтологічні, гносеологічні, аксіологічні засади пізнання, надає методологічні орієнтири для окремих галузей науки, узагальнює підходи, спільні для багатьох наук (в тому числі психології, педагогіці, медицині тощо), формує уявлення про структуру наукового знання, методи дослідження, критерії істинності; спеціально-науковий рівень включає методи конкретних наук, зокрема психології, медицини, педагогіки тощо. Опирається на результати загальнофілософського та загальнонаукового рівнів, але фокусується на емпіричному пізнанні. Методичний рівень, пов'язаний з конкретними прийомами, методиками та інструментами дослідження або практичної діяльності і має прикладний характер. Ці рівні філософської методології не існують ізольовано, вони взаємопов'язані: філософський рівень формує світоглядне бачення для всієї методології, загальнонауковий рівень забезпечує функціонування уніфікованих технологій мислення, спеціально-науковий рівень адаптує ці технології в контексті того чи іншого наукового знання, методичний рівень реалізує їх на практиці.

Однією з кардинальних методологічних проблем, що виникають у цьому зв'язку, є визначення специфіки різних сфер пізнання, особливо специфіки гуманітарного пізнання в порівнянні з природничо-науковим. Вона визначається, зокрема, фактом особистої участі в пізнанні дослідника, його ціннісних орієнтацій, а також необхідністю враховувати і давати відповідну інтерпретацію складній структурі специфічної людської діяльності та її результатів. Імовірно, однією з причин втрати інтересу до методології в сучасній вітчизняній психології кінця ХХ – початку ХХІ століття полягає в тому, що методологія для багатьох асоціюється саме з філософським рівнем. Шлях розвитку наукової психології свідчить, що їй потрібно торувати свій шлях, який би визначав загальнонауковий напрямок основних галузей психології, в тому числі і психології здоров'я. Наукова психологія – дотепер намагалася йти «шляхом ембріона», тобто відтворюючи логіку розвитку природничих наук, що виділилися з філософії раніше всіх наук, а потім намагаючись піти по шляху, зазначеному історичними науками. В певній мірі цей період і проходила психологія, адаптуючи на етапах

емпіричного дослідження методи математичної статистики, кореляційного та факторного аналізу тощо. Методологія психології, як уже відзначалося, набуває певного нового специфічного розвитку. Це відбувається незважаючи на те, що наприкінці ХХ століття в психології наявність гострої методологічної кризи є очевидною. Шляхи певного методологічного оновлення різноманітні. Не припиняються спроби «звести» методологію до сукупності «технічних» процедур, пов'язаних із плануванням, організацією, проведенням і обробкою результатів експериментального (квазіекспериментального) дослідження. З іншого боку, помітна тенденція обмежити методологічні питання психології аналізом формальних схем тлумачення. Крім того, досить часто зустрічається спрощене, примітивне трактування методології психологічної науки, що зводить методологію до кількох принципів. Такий підхід до розуміння ролі методології в психології, на наш погляд, зовсім неприпустимий, оскільки позбавляє її можливості стати робочим інструментом дослідника, що дозволяє аналізувати, зіставляти, співвідносити психологічні концепції (що є однією з основних завдань методології). У зв'язку з цим приведемо

розповсюджене визначення методології. Традиційний підхід визначає методологію як систему «принципів і способів організації і побудови теоретичної і практичної діяльності, а також вчення про цю систему». Це ж визначення відтворюється в багатьох сучасних психологічних словниках. Принциповим моментом становлення будь-якої методології є її абсолютний і тотальний зв'язок із практикою. Розрив теорії і практики є свідченням практичного розриву самої соціальної дійсності. Для нашого суспільства даний розрив, як би він не декларувався і не виправдувався б – розвиток демократичних цінностей, в лоно цивілізації, до істинних цінностей – є ні чим іншим, коли практики не слухають теоретиків, коли формою надання допомоги є не співробітництво, а експлуатація, заробітчанство. Дане протиріччя обумовлює в суспільстві наукову кризу, у якій теорія не формує практику, що є парадоксальним з огляду на розвиток науки різних галузей знань. В останні роки в нашій країні спостерігається інтенсивний розвиток практичної психології. Виникає величезна кількість психопрактик, психотехнік, психотехнологій, практично орієнтованих підходів. Природно, що це не може не породити великої

кількості проблем. Численні психологічні практики повинні бути проаналізовані, класифіковані з точки зору методології науки та наукового психологічного знання, з метою виявлення їхніх реальних можливостей. Ґрунтовний теоретико-методологічний аналіз численних практик дотепер не здійснений. Більш того, не виконана навіть попередня робота з розробки засобів методологічного аналізу психологічної практики. Таким чином є потреба в теоретико-методологічному дослідженню проблем сучасних філософсько-психологічної теорії та практики з відповідним уточненням категорії культури здоров'я. Актуальність теми обумовлена різноманітними соціально-психологічними чинниками і не в останню чергу пов'язана з розмаїттям підходів щодо трактування психологічних феноменів як всередині психологічної науки, так і при їхній реалізації на практиці. Одним з основних завдань з огляду на дану проблему є вироблення загальнозначущих критеріїв для аналізу змісту різних соціально-психологічних теорій, їхні порівняння й оцінки. Це завдання реалізується через розробку теоретичної моделі психологічної теорії і з'ясування механізмів формування певних філософсько-

психологічних теорій та концепцій, що може слугувати методологічною основою для співвіднесення між собою концептуального, методичного й іншого змісту психологічної теорії, психотехнологій та психотехнік.

Якщо розгорнути певне методологічне міркування у напрямку співвідношення психологічних теорій і психологічних практик, то можна спостерігати методологічну несумісність теорії з практикою. Достатньо привести в приклад ситуацію, що склалася в психотерапії. Однак психологи, що іменують себе психотерапевтами, не відносять себе до лікарів і, як правило, не мають сертифікатів медичної кваліфікації. Справа не стільки в найменуванні і навіть не у визнанні професійної відповідальності. Вся справа в методологічному підґрунті (онтологічному, гносеологічному, логічному і етичному), на яких вибудовується професійна самосвідомість того чи іншого практика, так чи інакше пов'язаного з конкретною людською психікою. Проблема в тому, що психотерапевти як і лікарі вже вийшли з системи моральної відповідальності, оскільки їхня професійна діяльність обумовлена заробітчанством. Отже вплинути на дану ситуацію можна через систему психологічної

освіти. За кожним напрямком «практичної психології», за кожною конкретною технологією психологічного консультування, тренінгу, корекції, психотерапії лежить психологічна теорія і, більше того, філософське підґрунтя. Часто теоретична основа соціально-психологічної теорії та практики залишаються нерозкритими, а іноді і мало усвідомлюваними самими носіями. Усі ці обставини створюють безліч проблем міжпрофесійної взаємодії у середовищі психологів. В Україні у зв'язку з воєнним станом набула популярності професія практичного психолога. Відповідно ще більш відчутним є прірва між психологічною наукою і психологічною практикою. Практична психологія найчастіше знаходиться в автономному плаванні, ніяк не залежному від теорії, і вільно визначає свої шляхи в концептуальному і методологічному просторі науково-психологічного чи псевдонаукового знання. Дана ситуація ставить ряд важливих теоретичних, методологічних і практичних питань, у тому числі про зв'язок, взаємодію і взаємне обумовлення соціально-психологічної науки і психологічної практики. У той же час не можна сказати, що зазначений поділ має самодостатній статус і дивергенція психологічного

знання привела до остаточного розчленовування психології на суверенні території науки і практики. Це було б великим перебільшенням. В Україні є фахівці безперечно, які мають достатній академічний багаж знань і одночасно практичний з надання психологічної допомоги. З іншого боку, багато професіоналів-практиків, що не мають достатньої теоретичної підготовки, прагнуть заповнити цю прогалину. Але в принциповому відношенні, незважаючи на окремі могутні фігури, що поєднують життя і науку, академічна психологія та практика ведуть незалежне існування, немовби не підозрюючи про існування один одного. В період воєнного стану в психології масовим є захоплення різними нетрадиційними практиками і навіть окультними, що своєю чергою нівелює не тільки науковий статус психології, але й її прикладне значення. Сьогодні в психології існують десятки різних наукових течій і напрямків, у вітчизняній психології є чимало оцінок поліморфності психологічної науки: від визнання її перманентної кризи, одним з ознак якої розглядається відсутність єдиної парадигми в психології, до повного заперечення кризи і проголошення «лібералізму в психології» з її

специфічною нормою. Проте, сьогодні в психології, зокрема, не існує наукової методології, яка б дозволила сприймати різнобарвність простору психологічного знання через призму універсальних і загальнозначущих принципів. Відповідно і психологічна практика, якій найчастіше властиво нехтувати теоретичними конструктами та ігнорувати їх, розглядати теорію як ефемерну, що не відноситься до суті справи, насторожено сприймає, губиться і намагається об'єктивно виправдати застосування методик, аргументуючи першоджерелами тих же практиків, наприклад гештальт-психологія як напрямок припинила свій академічний розвиток, натомість гештальттерапія є дуже популярною в сучасній психотерапевтичній практиці. Чи можуть наукові джерела початку XX ст. слугувати науковою основою для розвитку психологічної практики гештальттерапій XXI століття? Наукові коментарі безперечно є, але вони ґрунтуються на суб'єктивному сприйнятті переповідавних першоджерел, формуючи власні рефлексивні, але не завжди об'єктивні тлумачення. Психологічна практика дозволяє собі існування незалежно від теорії, розширює свою експансію на нові соціальні сфери та інститути, в

тому числі і медицину. Важко сьогодні назвати яку-небудь галузь суспільного життя, де б не застосовувалися і не використовувалися, грамотно чи безграмотно, формально чи змістовно, ефективно чи безуспішно, ті чи інші психологічні прийоми, методики, техніки, технології, тренінги тощо. Це соціальна сфера, політика, бізнес, виробництво, реклама, наука, релігії, окультизм, медицина, військова справа, засоби масової інформації, мистецтво, особистісний розвиток, система психологічної допомоги у всіх її видах тощо. При цьому використовувані практичні методи кожен автор кваліфікує по-своєму, не співвідносячи із загальними психологічними термінами та поняттями, виходячи з тільки з йому одному відомих критеріїв, найчастіше зовсім довільно, суб'єктивно визначаючи психологічні способи роботи з людьми: психотехніки, психотехнології, психотерапію, психологічну корекцію, особистісне зростання, тренінги, цілительство тощо. Зовсім не досліджуються, методологічні, логічні, гносеологічні, культурні й інші передумови і підстави цих прийомів і технік, їхні онтологічні взаємозв'язки і значення для загальнотеоретичних уявлень. В

В контексті формування здоров'я варто зазначити, що сучасна медицина ґрунтується на активному використанні цифрових технологій, штучного інтелекту, телемедицини; розвитку біотехнологій, молекулярної діагностики, генетики; алгоритму лікування; опорі на доказову медицину. Безперечно це сприяє ефективній діагностиці, оперативності надання медичної допомоги, доступу до лікування тощо. Але разом з перевагами в сучасній медицині спостерігається тенденція до дегуманізації та комерціалізації медицини, що своєю чергою поступово виключає пацієнта із системи комунікації «лікар-пацієнт». При цьому профілактика здоров'я ґрунтується на певних письмових рекомендаціях та застереженнях. У зв'язку з цим сучасна медицина все більше орієнтується на індивідуальність пацієнта, його потреб та прав. Сучасні лікарі все більше орієнтуються на співпрацю з психологами, соціологами, філософами, іншими фахівцями з метою проведення просвітницьких та профілактичних заходів щодо збереження здоров'я, а також усвідомлення соціально-філософських проблем, що є в основі розвитку багатьох хвороб в контексті пандемії, різноманітних сучасних досліджень в галузі

медицини тощо. Таким чином, гуманістичні цінності були і є основою сучасної медицини, не зважаючи на впровадження нових технологій. Людина та її здоров'я – основне завдання сучасної медицини.

Мета дослідження: проведення методологічного аналізу в контексті культури творення здоров'я, аналіз філософських проблем медицини, основних сучасних моделей лікування, визначення критеріїв культури творення здоров'я здобувачів освіти закладів вищої медичної освіти; обґрунтування психолого-педагогічних особливостей формування культури здоров'я здобувачів закладів вищої медичної освіти.

Методи дослідження. Аналіз філософської, педагогічної, психологічної літератури, узагальнення. Теоретичні (аналіз, порівняння, синтез, систематизація, класифікація, узагальнення) – опрацювання філософських та психолого-педагогічних першоджерел.

Завдання дослідження: проведення філософсько-методологічного аналізу професійної діяльності медиків та визначення особливостей проведення освітнього процесу в системі закладів вищої медичної освіти з огляду на оволодіння певними професійними комунікативними вміннями і навичками; аналіз

специфіки розвитку вольових якостей та визначення взаємозв'язку емоцій та волі у професії лікаря та медичної сестри; обґрунтування специфіки професійного спілкування лікаря та медичної сестри, визначення умов ефективного формування комунікативних навичок професійного спілкування в системі «лікар-медична сестра».

Результати дослідження та їх обговорення. Насамперед, філософія медицини розглядає питання здоров'я як цінності, формування культури здоров'я, а також спектр філософських методів проведення методологічного аналізу поняття. Педагоги свою увагу зосереджують на питанні вивчення здорового способу життя, психологія безперечно виокремлює збереження психічного здоров'я людини. Поняття «культура здоров'я» є невід'ємною складовою загальної культури особистості, що своєю чергою передбачає певний рівень знань, умінь, навичок з питань формування, здоров'я й характеризується високим рівнем культури поведінки стосовно власного здоров'я і здоров'я оточуючих(В. Оржеховська) [7]. «Головною проблемою сучасної педагогіки залишається питання формування особистісного здорового ставлення до свого життя,

тобто ціннісного відношення дитини до власного фізичного стану, що своєю чергою приведе і до дбайливого ставлення до здоров'я оточуючих»[10]. Авторка Замрозович-Шадріна С. узагальнюючи питання культури здоров'я на основі аналізу багато чисельних наукових джерел зазначила, що культура здоров'я є складовою загальної культури особистості, інтегративною якістю, що акумулює систему знань про здоров'я як соціально-культурне явище, компонентом здорового способу життя, системою ціннісних орієнтацій, усвідомленням особистісної значущості цінності здоров'я як необхідності особистісного саморозвитку, здатністю усвідомленого вироблення індивідуальної стратегії збереження й розвитку здоров'я, що виявляється у здоров'язбережувальній поведінці[7]. Більшість авторів в дослідженні культури здоров'я, під час аналізу теоретичних понять, зосереджують свою увагу насамперед на історико-філософському значенні «понять культура та здоров'я» і в такий спосіб намагаються побудувати методологію дослідження, як особливе цілісне явище (Ю. Б. Мельник, С. В. Кириленко). Культура здоров'я, є сукупністю знань філософського, педагогічного,

психологічного, медичного спрямувань, що збагачує духовне, психічне, фізичне життя індивіда, формує особисте ставлення до здоров'я та життєдіяльності, допомагає людині осмислювати парадигми буття (Ю. Б. Мельник) [11]; «формування культури здоров'я є окремою міждисциплінарною науковою проблемою, від розв'язання якої залежить майбутній прогрес суспільства» (Гаврилькевич В. К., Крук С. Л.) - [5].

Таке тлумачення має відношення до моделей розвитку хвороби, оскільки як не парадоксально, але лікувати людину без концепцій, теоретичних схем, які описують виникнення, розвиток та протікання хвороби на тлі факторів впливу та взаємодії людини із середовищем не можливо якісно. Класичною, традиційною моделлю медицини є біомедична модель з її тлумаченням хвороби як порушення в діяльності певного органу чи системи і причинами, зосереджених на інфекції, травмах тощо і власне лікування спрямоване на нейтралізацію симптому. Але в даній моделі не має місця аналізу психологічних, соціально-культурних факторів, які сприяють формуванню здоров'я чи навпаки нездоров'я людини.

Біопсихосоціальна модель Дж. Енджела розглядає хворобу як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, відповідно пацієнт уже активно включений в процес лікування, при цьому аналізуються його емоційний стан, стиль життя, соціальне оточення, інтереси, потреби, світогляд. Біопсихосоціальна модель є теоретичною основою сучасної доказової медицини та психосоматики [23].

Соціокультурна модель вивчає хворобу як соціальне явище, тобто зосередженість на економічних, культурних, правових аспектах здоров'я і активно застосовується і соціології медицини, теоретичних аспектах громадського здоров'я. У сучасній медицині найефективнішим є комплексний підхід, що поєднує біологічні, психологічні, соціальні й екологічні чинники виникнення хвороби.

Лікар виступає як партнер, а не як «носій здоров'я», тобто пацієнт завдяки цьому має можливість усвідомити показники «нездоров'я» і пройшовши процес лікування надалі переосмислити свій спосіб життя з метою підвищити його якість.

Ще однією біоетичною проблемою є те, що сучасна медицина, генетика, біологія та різноманітні

біомедичні технології вже впливають на спадковість людини, мають арсенал засобів щодо контролю та продовження життя людини на клітинному рівні. А це все вимагає усвідомлення пацієнтом не тільки інформації, а саме забезпечення умов, в яких він має можливість прийняти рішення.

Впродовж всієї історії розвитку медицини формувалися і розвивалися моделі лікування. Сучасна етика визначається кількома моделями лікування в основі якої лежить найдавніша модель Гіппократа, яка вже стала риторичною з огляду на основний принцип «Не нашкодь». Мабуть не має такої людини, котра звертається до лікаря і не апелює у своїх вимогах до Клятви Гіппократа, яка лежить в основі, в тому числі і сучасної лікарської етики. В часи Середньовіччя, утвердився патерналізм, основні принципи якого сформував Парацельс. В своїй основі даний принцип передбачав насамперед духовний і емоційний зв'язок лікаря з пацієнтом. Великий вплив християнства визначив духовні пріоритети в лікуванні хворого. Деонтологічна модель надалі передбачала виконання лікарського обов'язку в першу чергу, який має ґрунтуватися на високій моралі та дотриманню суворих

правил, що встановлюється медичною спільнотою. В подальшому кожна лікувальна спеціальність встановлювала свій кодекс моралі, відповідно недотримання якого призводило на осуду і до виключення із співтовариства однодумців.

Сучасна медицина характеризується високим технологічним розвитком і потребує наукового супроводу в наданні медичних послуг, а також застосуванні новітніх фармацевтичних засобів у лікуванні хворих. Парадокс в розвитку сучасної медицини полягає в тому, що сучасне обладнання, розвиток суміжних з медициною галузей знань не створює умови гуманізації медицини, а навпаки створює сприятливі умови щодо її дегуманізації. Зокрема, якщо розглянути відомі науковій та медичній спільноті моделі лікаря, можна відзначити, що в сучасному суспільстві відображаються всі моделі за класифікацією американського дослідника Р. Вітча[2,4], зокрема: патерналістська модель, коли лікар все вирішує одноосібно, послуговуючись власним професіоналізмом та компетенцією щодо здоров'я та лікування пацієнта; інженерна модель, в якій лікар є носієм інформації, а пацієнт приймає рішення;

колегіальна модель за якої лікар і пацієнт виступають як рівноправні партнери у лікуванні; контрактна модель, коли лікар і пацієнт укладають угоду, де обидві сторони мають права та обов'язки[24].

В медицині найбільш поширеними є інженерно-технічна, колегіальна та контрактна моделі лікування. В кожній моделі є свої специфічні особливості, які інколи нехтують моральними якостями та цінностями пацієнта, але як показує історичний досвід, лікар не може бути поза мораллю, інакше він перетворюється на злочинця. З іншої сторони, коли обговорюється питання здоров'я нації, основна відповідальність, в тому числі і моральна, покладається на медиків, що призводить до тотального критиканства лікарської професії та особистості лікаря і медичного персоналу. Відсутність відповідальності кожного громадянина країни за власне здоров'я призводить до нівелювання професії лікаря та рівня його компетентності в наданні якісних медичних послуг. Кожна соціальна напруга, зокрема в українському суспільстві виокремлює безліч негараздів, пов'язаних не скільки з кваліфікацією медиків, а скільки в окремих випадках з їхньою аморальністю. Дані випадки пов'язані не тільки з показниками низької

оплати праці медиків, а й з низьким рівнем морального розвитку в суспільстві. Безперечно, що найкращою моделлю з огляду на загальнолюдські цінності є колегіальна модель, коли лікар і пацієнт є колегами, що спільно долають хворобу на основі довіри. Дана модель є ідеальною в тому відношенні, що колегіальність забезпечується і матеріально-економічно, без упередження на етнічні, національно-культурні та інші особливості. Сучасні моделі лікаря так само асимілюються в медицині і на практиці поєднуються, однозначним є те, що домінуючою моделлю є колегіальна, оскільки виклики сучасного суспільства вимагають взаємної відповідальності за здоров'я як лікаря так і пацієнта. Формування культури здоров'я пацієнта залежить також від особистості лікаря та його світоглядних позицій щодо феномену «здоров'я», проведення профілактичних заходів та практичних рекомендацій.

Високі технології не завжди сприяють прояву творчого мислення в системі «лікар-пацієнт». Творчість сприяє гуманізації медицини, оскільки застосування нестандартних шляхів лікування формує індивідуальний стиль здійснення лікарської діяльності та стиль самого

лікаря як індивідуальності, лікування, що своєю чергою утворює в медицині основні етичні принципи. Нестандартність клінічних ситуацій, специфіка як хвороби, так і самого хворого перетворює лікаря у своєрідного першовідкривача; надмірність інформаційних ресурсів, доступу до них тощо неможливо аналізувати без креативного підходу. Відповідно саме у цьому інформаційно-насиченому просторі у професійній діяльності лікаря важливою є етика, оскільки відсутність її сприяє дегуманізації в медицині та сферах її діяльності. «Клінічна творчість – це активна діяльність лікаря, спрямована на пізнання й відкриття нових явищ і фактів (симптомів), розкриття нових зв'язків у життєдіяльності здорового або хворого індивіда, на створення нових методів і засобів лікування, на відкриття індивідуальних особливостей організму та особистості людини з метою її вдосконалення і всебічного розвитку» [16, с. 87-88, 89-90].

Медицина ХХІ століття перебуває під потужним впливом технічного прогресу: досягнення в галузі біотехнологій, телемедицини, штучного інтелекту, молекулярної діагностики значно розширили

можливості лікування, діагностики та профілактики захворювань. Однак разом із безсумнівними перевагами виникає загроза втрати гуманістичних основ медицини – співчуття, турботи, довіри, емпатії. Ця проблема викликає широку дискусію в галузі філософії медицини, етики, біоетики та соціології медицини.

Основними наслідками технічного прогресу у медицини є:

1. Дегуманізація лікарської практики – це насамперед витіснення людини з медичного процесу як основного споживача медичних послуг. Технології спонукають лікарів більше працювати з медичним обладнанням, пристроями, діагностичною апаратурою тощо, ніж із пацієнтами, що своєю чергою витісняє вербальне спілкування із пацієнтом і він уже сприймається як об'єкт діагностики, а не як особистість; не відбувається конструктивний діалог між пацієнтом та лікарем в умовах клінічної установи, відповідно лікар не може завоювати довіру пацієнта, відчути його емоції, зазвичай під час спілкування з пацієнтом лікар може заглибитися в складні філософські питання, зокрема питання життя і смерті, сенсу страждання тощо, що сприяє обґрунтуванню багатьох показників якості

життя, розкриттю психічного стану тощо. Не може медицина бути «ремеслом», оскільки при цьому вона втрачає гуманність, а це суперечливо з огляду на основне призначення медицини. Емпатія має бути розвинена у всіх фахівців, які працюють з людьми, для лікаря це є обов'язковою умовою виконання професійної діяльності як і його моральна відповідальність перед людьми і суспільством..

2. Залежність від технологій і обмеження розвитку клінічного мислення сприяє тому, що лікарі часто покладаються на стандартний алгоритм дій, штучний інтелект, цифрові технології. Мисленнєва діяльність лікаря зводиться до виконання протоколу, без рефлексії та об'єктивного аналізу, технології визначають логіку прийняття рішень. У випадку технічного збою, лікар втрачає орієнтири, помилкові дані в електронній медичній системі можуть визначити неправильне лікування, оскільки ступінь довіри лікаря до неї більший, ніж до власного клінічного досвіду.

3. Комерціалізація та нерівність доступу до надання медичних послуг сприяє тому, що технічні інновації, особливо високовартісні, породжують нерівність щодо надання кваліфікованої медичної

допомоги. Елітна медицина, як система надання медичних послуг, орієнтована на забезпечення високоякісного, індивідуального та комфортного медичного обслуговування для заможних пацієнтів, зазвичай передбачає високу оплату, ексклюзивний доступ до найновіших технологій, професійних фахівців, а також якісний сервіс. Пацієнти, які не платоспроможні обслуговується за стандартними схемами, таким чином якість лікування залежить від платоспроможності, а не від потреб у лікуванні пацієнта. На думку Пола Фармера, «глобальна медицина не може бути справедливою, якщо вона недоступна бідним» [25].

4. Етичні дилеми сучасної медицини полягає в тому, що технічний прогрес порушує глибокі онтологічні та моральні питання: редагування геному: де межа між лікуванням і втручанням у природу людини? ШІ в діагностиці: хто несе відповідальність за помилки — людина чи машина? Телемедицина: як забезпечити етичний стандарт взаємодії на відстані? Філософія наполягає на тому, що людина має послуговуватися технікою, а не замінювати її в рішенні питань життя і смерті.

5. Втрата особистісних цінностей здоров'я відбувається тому, що технологічна медицина часто ігнорує екзистенційний та духовний вимір здоров'я, лікується тіло, але не зіцілюється душевний біль, відчуття самотності, втрата сенсу існування. Формування культури збереження здоров'я в даній ситуації не відбувається, оскільки пацієнт стає пасивним споживачем медичних послуг, а не партнером з лікарем на шляху до одужання. Технічний прогрес у медицині відкриває нові горизонти, але й створює ризик перетворення медицини на технократичну систему, де втрачається емпатія, милосердя, моральна відповідальність. У зв'язку з цим необхідно поєднувати інновації з етичними нормами; розвивати біоетику та філософію здоров'я; системно навчати лікарів критично та креативно мислити, формувати навички емпатійності.

Реалізація даних принципів неможлива без ефективного переведення на сучасні рейки новітніх медичних технологій, передусім, впровадженням принципів трансляційної медицини в систему охорони здоров'я. Трансляційна медицина – новий науковий напрямок, в її основі полягає процес, покликаний скоротити час передачі багаторічних досягнень

фундаментальних наукових досліджень у розробку інноваційних продуктів застосування, передбачаючи перенесення теоретичних розробок у сферу практичної діяльності, й систему навчання для роботи на стику «наука – медицина»[2,с.46]

З метою забезпечення високої якості обслуговування та своєчасного надання медичної допомоги, попередження захворювання на ранній стадії, надання комфортних умов для лікування та формування культури здоров'я є ключовими з огляду на сьогодення. «Проблеми медицини в Україні полягають не тільки в недостатньому фінансуванні установ охорони здоров'я та їх стрімке скорочення, а й в повній байдужості деяких лікарів до пацієнтів. На жаль, в сучасній медицині спостерігається тенденція до монетизації життя. Саме тому багато фахівців вважають, що зміни потрібно розпочинати саме з освіти» [17].

У закладах вищої медичної освіти студентцентрований підхід у викладанні теоретичних та прикладних навчальних дисциплін дасть можливість підготувати компетентного, відповідального фахівця, який здатний критично мислити, адаптуватися до змін, навчатися впродовж життя, дотримуватись етичних

стандартів, успішно взаємодіяти з пацієнтами та колегами. Ґрунтовне вивчення блоку суспільно-гуманітарних дисциплін: філософії, психології, соціології медицини тощо сприятиме формуванню цінності здоров'я людини як основної і пріоритетної, розвитку логічного та креативного мислення. «Формування професійних якостей передбачає також розвиток індивідуальних особливостей пізнавальних процесів психіки людини, індивідуально-типологічних властивостей особистості, розвиток мотиваційно-вольової сфери, що своєю чергою дає можливість розвитку професійної інтуїції» [16, с.94-95]. Таким чином, майбутні лікарі зможуть сформувати науковий світогляд на до дипломному рівні з перспективою успішної кар'єри практичного лікаря з високими моральними якостями в пріоритеті якого людина та її здоров'я.

Пріоритетом в педагогіці вищої школи є виховання здорового способу життя, профілактика вживання тютюнокуріння, алкоголю, наркотичних речовин тощо. Проблемним питанням у даному контексті є відсутність ґрунтовних емпіричних досліджень, пов'язаних з вивченням впливу на розвиток

особистості багато чисельних просвітницьких заходів та рекламних кампаній з формування здорового способу життя, тобто декларативність здорового способу життя не сприяє формуванню конкретних умінь і навичок культури здоров'я.

Досліджуючи феномен «культура здоров'я» автори Гаврилькевич В. К., Крук С. Л. визначили, що «культура здоров'я – це складне явище, що відображає певний рівень розвитку людської свідомості у галузі формування, збереження, зміцнення здоров'я і включає філософію здоров'я, науку здоров'я і мистецтво здоров'я. Культура здоров'я окремої людини своєю чергою включає культуру духовного, душевного та тілесного здоров'я. Подальші дослідження культури здоров'я можна здійснювати, вивчаючи кожну із трьох зазначених вище її складових на духовному, душевному і тілесному рівнях» [5]. Автором Федько А. проведено аналіз поняття культура здорового способу життя в контексті чотирьох компонентів здоров'я: духовний, фізичний, психологічний та соціальний компоненти. «Поняття «здоровий спосіб життя» – це частина загальної культури людини, що характеризується високим рівнем спеціальних знань і мотиваційно-

ціннісних орієнтації, набутих у результаті виховання»[18].

Безперечно, що культура здоров'я передбачає насамперед реалізацію державної політики, яка формується на основі факторів, «що визначають спосіб життя людини: рівень загальної культури, освіченість; матеріальні умови життя; статеві, вікові та конституційні особливості; стан здоров'я; екологія; професійна діяльність; сім'я; уміння і навички; можливості задоволення матеріальних та біологічних потреб» (Осик С.В.) [18].

Віднедавна в освітньому середовищі популярним став термін «безпечне освітнє середовище», який передбачає насамперед медичний та соціально-психологічний супровід здобувачів освіти з метою уникнення різноманітних негативних впливів (цькування, психологічне насильство тощо), а також набуття навичок культури здоров'я. «Створення безпечного та здорового освітнього середовища, формування навичок цифрової грамотності та поведінки здобувачів освіти у Всесвітній мережі, соціально-емоційна грамотність, відповідальне ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих, використання

інформаційно-цифрових технологій є важливими завданнями для всього суспільства» (Завалевський Ю. І.) -[14]. Останнім часом вченими в галузі педагогіки та психології активно вивчається здоров'язбережувальна компетентність здобувачів освіти. Відповідно необхідно підвищувати кваліфікацію вчителів, викладачів закладів вищої освіти з метою цілеспрямованого формування організаційно-педагогічної культури збереження здоров'я учасників освітнього процесу, передбачає оволодіння педагогічними технологіями з метою збереження здоров'я здобувачів освіти [12].

Актуальними є дослідження феномену «культура професійного здоров'я студента-медика як цілісного, особистісного утворення, що ґрунтується на усвідомленні цінності здоров'я, стійкій мотивації до здоров'ятворчої життєдіяльності, дотримання режиму праці та відпочинку; дотримання правильного, збалансованого і здорового харчування, повноцінний сон; фізична активність; відмова від шкідливих звичок (вживання алкогольних напоїв, паління); дотримання правил особистої гігієни; цікаве дозвілля, профілактика шкідливих звичок, створення сприятливого психологічного клімату в колективі; активна участь у

культурно масових подіях. Автори вважають, що необхідна цілеспрямована підготовка студентів-медиків до здоров'я - збережувальної діяльності та створення системи формування культури професійного здоров'я у закладах вищої медичної освіти» (Ільницька О.М., Попович З.Б., Ярмошук І.Р.) [8].

У зв'язку з війною в Україні надзвичайно важливою стала проблема підтримки психічного здоров'я людини, оскільки «за оцінками експертів, 40–50 % населення потребуватимуть психологічної допомоги. У певних групах населення кількість таких людей буде становити: з-поміж військових та ветеранів – 1,8 млн; серед людей старшого віку – 7 млн; близько 4 млн – дітей та підлітків. Прогнозована потреба в допомозі з питань психічного здоров'я на первинній ланці медицини – 27 млн звернень. Водночас близько 3–4 млн українців матимуть певний розлад психічного здоров'я – помірної або тяжкої форми[15]. Дружина Президента України О. Зеленська ініціювала Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки»[6].

Питання збереження психічного здоров'я стало затребуваним в українському суспільстві і широко

обговорюється практичними психологами і вони своєю чергою намагаються дати поради з надання психологічної допомоги і державна політика цьому сприяє. Наукова проблема в даному аспекті полягає в тому, що практика в психології випереджає теорію і у зв'язку з цим необхідні ініціативи та дослідження спрямовані на реальність та перспективу щодо збереження психічного здоров'я, особливо військовослужбовців, які найбільш гостро цього потребують.

У Буковинському державному медичному університеті проведена VIII Міжнародна науково-практична конференція студентів і молодих учених з науковими керівниками «Вектори діяльності студентського самоврядування в системі вищої освіти», яка відбулася 27-28 квітня 2023 року. Найбільша кількість учасників конференції (41) презентувала свої доповіді на секції «Психологія воєнного часу». Науковці кафедри психології та філософії Буковинського державного медичного університету представили наукові розвідки, які вони проводили зі студентами на теми: профілактика синдрому емоційного вигорання медичної сестри у часи війни; психологічна адаптація

дружин військових; дослідження розладів харчової поведінки у студентів в умовах війни; психологія воєнного часу: що робити з війною всередині нас (Осипенко В.А.), психологічна значущість самодопомоги під час військових дій; психічне здоров'я: як його зберегти у кризових ситуаціях; особливості толерантності під час війни; психологічна значущість адаптивних можливостей особистості в умовах воєнного часу (Борисюк А.С.), синдром емоційного вигорання студентів під час війни; анімалотерапія – засіб реабілітації в психологічній практиці; дослідження стресостійкості студентів-медиків у воєнний час (Тимофієва М.П.), особливості надання психологічної допомоги студентам в умовах воєнного часу; психологічні особливості комунікації з родинами військовослужбовців (Зорій Н.І.), теоретичні аспекти особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців (Глуценко М.О.), оцінка рівня толерантності до стресу у студентів закладів вищої освіти в умовах війни; вплив воєнних умов на психологічний стан студентів-медиків; резильєнтність як умова ефективної діяльності медичного працівника під час воєнного стану (Дарійчук

М.Д.) тощо[3]. Результати конференції засвідчили науковий інтерес до проблематики психології війни та відкрили нові аспекти перспективних досліджень з даного питання.

З метою вивчення емоційного компоненту ментального здоров'я у Буковинському державному медичному університеті у 2024 році проведено дослідження на основі методик: «Шкала позитивного ментального здоров'я» (positive mental health scale (pmh-scale)) (j. lukat, j.margraf, r. lutz, w. m. van der veld, & e. s. becker), адаптація Л. М. Карамушки, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, 2022», тесту «Стійкість до стресу» (Максименко, С. Д., Карамушка, Л. М., & Зайчикова, Т. В. (Ред.) – (2006). Вибірка складала 85 студентів різних факультетів та спеціальностей [19]. Результати дослідження показали, що рівень позитивного ментального здоров'я складає 47,1 %, що є свідченням низьких показників ментального здоров'я здобувачів вищої освіти і вимагає психологічного супроводу та застосування соціально-психологічних тренінгів, а також індивідуальних консультацій психологів, при показниках середнього рівня стресостійкості (67,1%). У зв'язку з цим психологи

рекомендують технології покращання життя на тлі неприємних подій, стресів тощо, зокрема Мартін Селігман, автор теорії набутої (навченої) безпорадності, «сенс якої полягає в тому, що людина, потрапляючи у неприємний стан і маючи можливості щодо його уникнення, не робить жодної спроби для цього. У людей це супроводжується втратою почуття свободи і контролю, зневірою у можливість змін і у власні сили, пригніченістю, депресією і навіть прискоренням смерті. Психологи радять кілька простих кроків: 1.Робіть хоч щось, щоб повернути контроль над власним життям. Проблемою часто стає не ситуація, а втрата волі та віри в те, що ти робиш. 2. Просувайтесь маленькими кроками. Замість того, щоб згадувати свої невдачі і провали, замість таврування себе словами «я нікчема», «у мене нічого не вийде», «я ні на що не здатний», краще спробувати згадати ситуацію, коли у вас виходило. І плануйте маленькі справи, які приносять швидкі і позитивні результати. 3. Подивіться на себе по-іншому. Варто не повторювати, що з вами весь час відбуваються погані речі. Варто зрозуміти, що погане може статися, але це не ваша вина. Таке буває. І навіть погане має властивість закінчуватися» [21,3].

Сучасна педагогіка вищої школи визначає поняття професійної компетентності викладача. Професійна компетентність викладача вищої школи – це інтегрована характеристика особистості, що відображає здатність ефективно реалізовувати педагогічну діяльність у закладі вищої освіти на основі поєднання фахових знань, педагогічних умінь, цінностей, етики та постійного саморозвитку. Основні складові професійної компетентності викладача ЗВО: фахова компетентність: глибокі знання ключових теорій, понять, методів аналізу, моделей тощо; системне бачення сучасних наукових тенденцій; уміння оновлювати знання відповідно до розвитку науки, вміння інтегрувати знання, методику різних навчальних дисциплін з метою більш фундаментального, цілісного розуміння складних явищ або проблем. Фахово компетентний викладач має постійно удосконалювати наукові знання з огляду на сучасний розвиток науки та інтегрувати сучасні дослідження у зміст навчальних дисциплін. Уміння транслювати теоретичні знання у практику, володіючи сучасними практичними методиками та технологіями необхідна складова фахової компетентності. Викладач вищої школи має брати участь у наукових

дослідженнях, проєктах, конференціях, готувати наукові публікації у фахових наукових виданнях та залучати здобувачів освіти до наукової діяльності. В процесі педагогічної діяльності викладач має володіти компетентністю щодо створення освітніх програм, силабусів, методичних матеріалів відповідно до спеціальностей та освітнього ступеня здобувачів освіти.

Педагогічна компетентність: знання методики викладання та форм організації навчання, уміння розробляти освітні програми, плани, завдання, тести; використання інноваційних технологій; уміння забезпечити студентоцентризований підхід. Комунікативна компетентність: ефективна взаємодія зі студентами, колегами; володіння техніками педагогічного спілкування; вміння створювати позитивне навчальне середовище. Цифрова компетентність: вміння використовувати цифрові платформи (Moodle, Zoom, Google Workspace тощо); інтеграція ІІІ у освітній процес; розуміння цифрової безпеки й авторського права. Етична та аксіологічна компетентність: дотримання принципів академічної доброчесності; повага до особистості студента; висока моральна культура, педагогічна відповідальність.

Рефлексивна та саморозвивальна компетентність: здатність до самоаналізу, самокритики; визначення шляхів удосконалення власної педагогічної діяльності; безперервне навчання, підвищення кваліфікації. Таким чином, професійна компетентність викладача вищої школи – це здатність реалізовувати освітню, наукову та виховну діяльність на високому рівні, спираючись на спеціальні знання, педагогічні технології, морально-етичні норми, комунікаційні навички та потребу в постійному розвитку.

Педагог, який працює у сфері вищої освіти, має також вибудовувати продуктивну взаємодію в студентській групі, направлену на опанування знань, діагностувати систему взаємодії студентів у групі з метою встановлення факторів успішної та непродуктивної комунікації; формувати педагогічне завдання в тій чи іншій ситуації під час проведення практичного заняття чи лекції на тлі успішної взаємодії зі студентами; передбачати результати педагогічного впливу на здобувача освіти та регулювати його з огляду на форми і методи педагогічної взаємодії; планувати застосування інноваційних педагогічних технологій; застосовувати методи навчання з врахуванням вікових

властивостей студентів та профілю навчальної дисципліни, а також найновіших наукових відкриттів в галузі наук, які викладаються в системі вищої освіти.

Педагог вищої школи, застосовуючи комунікативні та організаторські вміння має формувати у здобувачів освіти культуру здоров'я та здорового способу життя.

Актуальною проблемою сьогодення є підвищення ефективності та якості медичного обслуговування населення. Основним завданням, яке визначено законодавством України та нормативними документами закладів вищої медичної освіти, є якісна професійна підготовка медичних фахівців, зокрема лікарів, медичних сестер та фармацевтів. У зв'язку з цим у системі підготовки медиків у закладах вищої медичної освіти передбачені навчальні психологічні дисципліни, з метою формування комунікативних навичок ефективної взаємодії лікарів, медичних сестер з пацієнтами та їхніми родичами. Психолого-педагогічна освіта майбутнього медичного та фармацевтичного працівника сприяє удосконаленню стандартів освіти підготовки фахівців за спеціальностями «Медицина», «Стоматологія», «Медсестринство», «Фармація»,

«Медична психологія». Відповідно психолого-педагогічні знання сприяють формуванню навичок здорового способу життя та є одним з важливих складників культури здоров'я, оскільки передбачає формування цілісного уявлення про людину – як біологічну, психічну, соціальну та духовну істоту в контексті поєднання знань з медицини філософії та етики. Психолого-педагогічна підготовка формує емпатію, повагу до гідності пацієнта, сприяє визначенню ролі лікаря, медичної сестри, фармацевта в психологічному супроводі пацієнта. Розвиток комунікативної компетентності неможливий без знань та вмінь психології та педагогіки, медик має вміти встановити контакт із пацієнтом, вислухати його, пояснити процес лікування, переконати пацієнта у застосуванні певних лікувальних засобів чи процедур. Під час вивчення психолого-педагогічних дисциплін необхідно включати проведення психологічних тренінгів на тему діалогічного спілкування з хворими, активного слухання тощо, тобто все те, що сприятиме ефективній партнерській взаємодії з пацієнтом та усвідомленням мети лікувального процесу і позитивного налаштування на результат його одужання,

підвищення якості життя та формування культури здоров'я. Знання з психології та педагогіки сприяють формуванню емоційної стійкості медиків та фармацевтів, оскільки стресостійкість, саморегуляція, рефлексія — необхідні якості для роботи в напружених умовах. Важливо пропонувати підчас вивчення психології методики профілактики професійного вигорання. Знання з педагогіки дають можливість обґрунтувати мотивацію щодо бажання хворого бути здоровим, а методи педагогіки допомагають медикам вчити хворих бути здоровим. Психолого-педагогічна підготовка майбутніх медиків — це не допоміжна, а ключова частина їхньої професійної освіти. Вона забезпечує формування не лише психолого-педагогічних знань і вмінь та навичок, а й високого рівня культури здоров'я, моральної відповідальності та гуманного ставлення до людини.

Необхідність підвищення рівня психологічної підготовки є характерною ознакою сьогодення в професійній діяльності медиків та фармацевтів. Насамперед зміст професійної соціалізації має забезпечити розвиток особистості лікарів, медичних сестер та фармацевтів, адже умови реального життя

вносять свої корективи (воєнний стан, фінансове забезпечення, місцеперебування тощо), водночас вони мають бути самодостатніми людьми та гідно виконувати професійні обов'язки. Сучасне українське суспільство зацікавлене не тільки в фахівцях високого рівня, а й в активних громадянах, патріотах, здатних приймати рішення та критично мислити, гнучко реагувати на умови життя у період війни.

Все вищесказане дозволяє зробити висновок, що психолого-педагогічні знання відіграють важливу роль у підготовці здобувачів освіти спеціальностей «Медицина», «Сестринська справа», «Фармація», «Стоматологія» сприяють:

- «підвищенню загальної і психологічної культури;
- вмінню краще розуміти інших людей (пацієнтів та їхніх родичів) і співіснувати з ними;
- вмінню критично мислити та прогнозувати наслідки власних дій;
- формуванню навичок пізнавальної діяльності в організації самоосвіти та оцінювання власного потенціалу;

- самотійному пошуку розв'язання професійних проблем з урахуванням індивідуально-психологічних властивостей пацієнта та його емоційного стану;
- здійсненню профілактичних заходів щодо професійного вигорання»[1].

Таким чином, на підставі проведеного теоретичного аналізу культуру здоров'я варто розглядати як нове, якісне утворення особистості, що акумулює її ставлення до власного здоров'я, здорового способу життя, що спонукає до свідомого прагнення людини удосконалювати фізичну, психічну і духовну сферу своєї життєдіяльності на основі самопізнання та адекватної самооцінки стану здоров'я. Поняття «культура здоров'я» є інтегративним утворенням, яке включає також творчу активність щодо збереження та зміцнення свого організму та свідому соціальну відповідальність[5, 7,8]. Аналіз філософських джерел з питань культури здоров'я визначив, що насамперед є потреба у оновленні тлумачення принципів здорового способу життя, які дають можливість формувати цінність здоров'я в умовах інформаційного суспільства, а в Україні екстремальних умовах війни. Підтримка психічного здоров'я людини стала одним з

пріоритетних завдань державної політики та відкриває новий спектр в проведенні наукових досліджень в галузі психології та психології воєнного часу зокрема. Педагогічна практика потребує проведення методологічного аналізу здоров'язбережувальної компетентності здобувачів освіти з метою якісного проведення просвітницьких та профілактичних заходів.

Лікар, медична сестра та фармацевт – це професіонали емоційно витримані, які спроможні самостійно мислити, виконувати професійні дії спокійно, рішуче і впевнено, викликати симпатію у хворого. Цілком очевидно, що все це вимагає від особистості медика постійної копіткої роботи щодо розвитку вольових якостей.

Якість професійного спілкування у лікувальних установах, в системі «лікар-медична сестра» має велике значення, оскільки злагоджена, безконфліктна робота лікаря та медичної сестри зменшує емоційну напругу та підвищує показники ефективності роботи відділення. З цієї метою корисним є проведення профілактичних, практичних педагогічних, соціально-психологічних заходів щодо ефективного професійного спілкування з метою уникнення в подальшому професійного

вигорання. Відповідно в кожному закладі вищої медичної освіти мають бути розроблені методичні рекомендації для викладачів закладів вищої медичної освіти з теми «Культура здоров'я: соціально психологічний аспект та засоби комунікації», які мають включати інформацію як працювати з різними цільовими групами (студенти, ветерани, волонтери); методику використання офлайн та онлайн інструментів; засоби психогігієни, засоби підтримки психічного здоров'я в умовах війни. Рекомендовано адаптувати психологічні методики до студентів медиків як групи підвищеної стресостійкості та її готовності до кризових ситуацій. Відповідно має бути запропонований перелік тем філософсько-психологічних лекцій з метою формування здоров'я як цінності людини. Основним розділом методичних рекомендацій є формування комунікативної компетентності в контексті застосування засобів вербальної та невербальної комунікації, методик розвитку емпатії, толерантності, застосування психогігієнічних вправ. Ці вправи варто адаптувати для навчального процесу медиків: групові заняття, самостійні вправи.

Рекомендації до реалізації

1. Інтеграція в навчальні дисципліни вивчення теоретичних та практичних дисциплін з медицини.
2. Практичний фокус – більше кейсів, тренінгів, студентських проектів.
3. Оцінювання – письмові рефлексії, зворотній зв'язок, оцінка задоволеності аудиторії.
4. Міжкафедральна співпраця – залучення психологів, науковців, фахівців з якості життя та digital-комунікацій.

Таким чином, комплексний підхід до тематики культура творення здоров'я передбачає: формування цінності здоров'я, як складової філософського світогляду; глибоке розуміння філософського-психологічного підходу щодо показників якості життя та здоров'я; розвиток комунікативних навичок, усвідомленої, емпатійної взаємодії; психогігієнічні практики для підтримки викладача та студентів; залучення сучасних комунікаційних каналів.

Використана література

1. Абдяхімова Ц, Мухаровська І, Клебан К, Сапон Д, Калачов О. Особливості комунікації у медичному середовищі (методичні рекомендації).

Електронний ресурс // Режим доступу: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/212#title-16>

2. Боброва О.В., Міхановська Н. Г., Кривонос К.А. Трансляційна медицина: шляхи розвитку в сучасних умовах, проблеми та перспективи в Україні. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2022;9:45–55. DOI: 10.26565/2617-409X-2022-9-06

Електронний ресурс // Режим доступу: <file:///C:/Users/Admin/Desktop/1223-1976-PB.pdf>

3. Вектори діяльності студентського самоврядування в системі вищої освіти: Матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції студентів і молодих учених 2023 року, Буковинський державний медичний університет. – Чернівці, БДМУ, 2023. – 169 с. Електронний ресурс//Режим доступу: <https://www.bsmu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/04/konferencziya-2023.pdf>

4. Вітч Р. Моделі моральної медицини в епоху революційних змін // Питання філософії. 1994. № 3. С. 67-72.

5. Гаврилькевич В. К., Крук С. Л. Три складові культури здоров'я // Збірник наукових праць. – № 34, ч. II. – Хмельницький: Видавництво Національної

академії Державної прикордонної служби, 2006. – С. 16-20. Електронний ресурс// Режим доступу: https://roerich-podillya.com/index.php?dep=1&dep_up=120&dep_cur=127

6. Довідник безбар'єрності. Електронний ресурс // Режим доступу: <https://bf.in.ua/>

7. Замрозевич-Шадріна С. Феномен «культура здоров'я» як наукова проблема//Режим доступу: <https://pedscience.sspu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/10/12.pdf>

8. Ільницька О.М., Попович З.Б., Ярмошук І.Р. Формування культури професійного здоров'я майбутніх медичних працівників Електронний ресурс// Режим доступу: <file:///C:/Users/Admin/Desktop/402-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-786-1-10-20210415.pdf>

9. Ковальова О. М. Деонтологія в медицині : підручник / О. М. Ковальова, Н. А. Сафаргаліна-Корнілова, Н. М. Герасимчук. – Київ : Медицина, 2015. – 240 с.

10. Козерук Ю.В., Горбань А.В., Нестеров О.С., Артеменко В.В., Кваша Н.М. Формування основ культури здоров'я як сучасна педагогічна проблема:

історіографічний аналіз. Електронний ресурс // Режим доступу:

<http://elar.tsatu.edu.ua/bitstream/123456789/3360/1/1.pdf>

11. Мельник Ю. Б. Формування культури здоров'я студентів у ВНЗ Електронний ресурс// Режим доступу:

file:///C:/Users/Admin/Desktop/Formuvanna_kulturi_zdoro_v_a_studentiv_u_VNZ.pdf

12. Онаць О. М. Організаційно-педагогічна культура збереження здоров'я у закладі освіти: методологічний аспект Електронний ресурс // Режим доступу:

https://lib.iitta.gov.ua/710402/1/%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%A2%D0%AF_%D0%9E%D0%9D%D0%90%D0%A6%D0%AC_%D0%9E%D0%9C.pdf

13. Осик С.В. Формування та виховання культури здоров'я молоді в Україні як науковий дискурс Електронний ресурс// Режим доступу: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2018/3_2018/16.pdf

14. Освіта України в умовах воєнного стану. Інноваційна та проєктна діяльність: Науково-методичний збірник/ за загальною ред. С. М. Шкарлета.

Київ-Чернівці «Букрек». 2022. 140 с. Електронний ресурс // Режим доступу: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/zagalna%20serednya/serpneva-konferencia/2022/Mizhn.serp.n.ped.nauk-prakt.konferentsiya/Nauk-metod.zbirnyk-Osv.Ukrayiny.v.umovakh.voyennoho.stanu-%20Innovatsiyna.ta.proyektna.diyalnist.pdf>

15. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. Електронний ресурс // Режим доступу: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny>

16. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини: Навч. посібник /За заг. ред. А. П. Алексеєнко, В. М. Лісового. — Харків: Колегіум, 2010. —340 с.

17. Рубан В.М. Сучасний стан медицини в Україні: соціальний аспект. Електронний ресурс// Режим доступу <https://www.cuspu.edu.ua/ua/mizhnarodna-naukovo-praktychna-internet-konferentsiia-strategii-innovatsiinoho-rozvytku-prirodnychkh-dystsyplin-dosvid-problemy-ta-perspektyvy/seksiia-4-sotsialna-medytsyna-hromadske->

zdorovia-ta-hihiiena/10915-suchasnyi-stan-medytsyny-v-ukraini-sotsialnyi-aspekt

18. Федько А. Основні принципи забезпечення здорового способу життя Електронний ресурс//Режим доступу:

<http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=134>

19. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук ; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

20. Розуміння ментального здоров'я: Шлях до збалансованого життя// Електронний ресурс. Режим доступу: <https://galaktica.io/blog/rozuminnya-mentalnoho-zdorovya/>.

21. Мартін Селігман //Електронний ресурс. Режим доступу:

<https://depaul.org.ua/blog/%D0%BC%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%96%D0%BD-%D1%81%D0%B5%D0%BB%D1%96%D0%B3%D0%BC%D0%B0%D0%BD/>

22. UNESCO Bangkok – ERI Net framework for transversal competencies (Asia Pacific)// Электронный ресурс. Режим доступа: https://openspace.etf.europa.eu/content/71-competences-frameworks?utm_source=chatgpt.com

23. The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments// Электронный ресурс. Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552030/?utm_source=chatgpt.com

24. Doctor Patient Relationship, Part II: Theoretical Models and Clinical Reality// Электронный ресурс. Режим доступа: https://www.sju.edu/centers/icb/blog/doctor-patient-relationship-part-ii-theoretical-models-and-clinical-reality?utm_source=chatgpt.com

25. Paul E. Farmer. «The major infectious diseases in the world – to treat or not to treat?» N. Engl. J. Med. 19 липня 2001 р.; 345(3): 208–210

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСТАНОВИ СУЧАСНОЇ ПАРАДИГМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Борисюк А., Тимофієва М., Марчук І. Психологічна підготовка як складова професіоналізації медичних сестер у сфері паліативної та хоспісної допомоги

ВООЗ ще у 1989 році рекомендувала впровадити основоположні принципи паліативної допомоги, зокрема лікування хронічного больового синдрому, у програми підготовки усіх фахівців у галузі охорони здоров'я включно у процесі додипломної і на рівні післядипломної підготовки [4].

Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України “Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні” від 01 липня 2020 року паліативна допомога визначається як комплекс заходів, спрямованих на покращення якості життя пацієнта з захворюваннями, що обмежують життя або з захворюваннями, що загрожують життю, відповідно до критеріїв визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги, шляхом запобігання та полегшення фізичних, психологічних, духовних

страждань і допомоги членам його сім'ї, іншим особам, що здійснюють за ним догляд [6].

Сучасний етап суспільного розвитку супроводжується масштабними трансформаційними процесами в освітній сфері, що зумовлено потребою модернізації усіх складових соціального життя. Одним із ключових векторів таких змін є оновлення системи вищої медичної освіти, орієнтованої на підготовку висококваліфікованих фахівців, здатних ефективно діяти в умовах динамічних соціальних викликів. Особливої ваги в цьому контексті набуває проблема формування професійної готовності медичних сестер до здійснення паліативної та хоспісної допомоги. До пріоритетних завдань галузі охорони здоров'я віднесено забезпечення якісної та гуманістично орієнтованої сестринської допомоги, що вимагає відповідного рівня професійної компетентності. Підвищення якості підготовки медичних працівників, зокрема у сфері паліативної медицини, розглядається як стратегічно важливий напрямок розвитку сучасної системи охорони здоров'я. Професійна компетентність медичної сестри виступає не лише необхідною умовою ефективного функціонування паліативної служби, але й ключовим

чинником реалізації здоров'язбережувальної парадигми, що охоплює як власну ресурсність фахівця, так і забезпечення якості життя пацієнта. Отже, проблема психологічної підготовки медичних сестер до виконання професійних обов'язків у сфері паліативної допомоги набуває особливої актуальності в умовах сучасних медико-соціальних викликів і потребує всебічного теоретико-практичного осмислення.

Професійна діяльність сестри медичної у сфері паліативної допомоги є настільки специфічною, що передбачає наявність нестандартного для цієї категорії медичних працівників спектра компетенцій. Ці компетенції реалізуються через різноманітні стратегії, спрямовані на забезпечення високоякісного догляду, в основі якого лежить принцип пацієнтоцентризму, а саме орієнтації всіх втручань на потреби пацієнта в умовах стаціонарного, амбулаторного чи домашнього догляду [20]. А. Alvariza та співавт. (2020), досліджуючи особливості роботи медичної сестри в контексті догляду за інкурабельними пацієнтами в умовах їхнього приватного житла, окреслили конкретні стратегії, що застосовуються в паліативній практиці [10]. Особлива увага в цих стратегіях приділяється індивідуалізованому

підходу, підтриманню максимальної самостійності та активності пацієнта, адаптації середовища відповідно до його потреб, а також самопомозі та збереженню психоемоційного ресурсу самої медичної сестри.

Згідно з дослідженням R. Crimmins та співавт. (2020), у сфері первинної медичної допомоги найсуттєвішою перешкодою для ефективної комунікації між пацієнтом і сестрою медичною залишається дефіцит змістовного спілкування, обмеженість часу та недостатній рівень професійної обізнаності медичних працівників щодо основ паліативної допомоги [13].

У свою чергу, A. Sorensen зі співавторами підкреслюють, що, попри загальну підтримку ідеї раннього впровадження паліативної опіки, як серед вузькопрофільних спеціалістів, так і серед медиків первинної ланки, значним бар'єром залишається нестача відповідних ресурсів (кадрових, часових і організаційних) [26]. Зокрема, заслуговує на увагу виявлена тенденція: багато медичних працівників первинного рівня вважають, що зміна терміна "паліативна допомога" на "підтримуюча терапія" може зменшити тривожність пацієнтів і полегшити процес їх раннього залучення до відповідних програм догляду.

У цьому контексті постає нагальна потреба в ґрунтовній професійній підготовці медичних сестер до надання паліативної та хоспісної допомоги ще на етапі додипломного навчання у вищих медичних навчальних закладах. Така підготовка має включати не лише фахові знання, а й розвиток психологічної стійкості та емпатійного мислення, що є критично важливими в умовах роботи з невиліковно хворими пацієнтами.

Аналіз сучасної наукової літератури засвідчує активізацію теоретико-методологічних пошуків як вітчизняних, так і зарубіжних учених у сфері професійної підготовки бакалаврів медицини. Зокрема, вивчаються різноманітні аспекти цього процесу, зокрема: психологічні засади професійної придатності [Бодров В. А.]; проблематика професіоналізації фахівців, діяльність яких відбувається в умовах підвищеної психоемоційної напруги (Лазорко О. В.); шляхи удосконалення професійної готовності працівників медичної галузі (Л. Білик, Г. Марараш, О. Мороз, В. Пінькас та ін.).

Особливу увагу у науковому дискурсі приділено питанням, пов'язаним із наданням паліативної допомоги. Зокрема, у працях Л. В. Білик висвітлено

особливості медсестринства в паліативній та хоспісній практиці, а також проаналізовано категоріальний апарат професійної компетентності медичних сестер (Білик Л. В.). Досвід функціонування хоспісних установ досліджено у роботах Л. Андріїшиної та І. Кулікової. Проблема формування професійної компетентності медичних сестер та її структурних компонентів стала предметом вивчення також у працях Л. Васильєвої, С. Левківської, М. Мруги та інших учених.

Аналіз зарубіжного досвіду професійної підготовки студентів-медиків у сфері паліативної допомоги (Amanda J. Kirkpatrick, Mary Ann Cantrell, Suzanne C. Smeltzer, Kay de Vries , Marek Plaskota та ін.); досвід та проблеми медичних сестер на дому та лікарів загальної практики у сфері паліативної допомоги на дому (Britt Viola Danielsen¹, Anne Marit Sand, Jan Henrik Rosland, Oddvar Forland).

Паліативна допомога розглядається як особливий вид медичної діяльності, спрямований на забезпечення належної якості життя пацієнтів з невиліковними, прогресуючими або загрозливими для життя захворюваннями. Її головним завданням є полегшення симптоматики, зменшення фізичних, емоційних і

духовних страждань пацієнта, а також надання всебічної підтримки його родині. Вона є інтегрованим комплексом медичних, психологічних, соціальних і духовних заходів, реалізація яких потребує міждисциплінарного підходу.

У цьому контексті постає потреба у формуванні відповідних професійних компетенцій у середніх медичних працівників, зокрема медичних сестер, які є ключовою ланкою в системі надання паліативної допомоги. Їхня фахова підготовка має охоплювати не лише медичний аспект, а й психологічні, соціальні та етичні складові догляду за пацієнтом, орієнтованого на гуманістичні цінності та принципи гідного завершення життя.

Разом з тим, практика надання паліативної та хоспісної допомоги в країнах Східної Європи, зокрема в Україні, супроводжується низкою системних труднощів. Серед найбільш актуальних проблем виокремлюють: недостатню підтримку з боку державної політики (особливо на рівні регіональних органів виконавчої влади), обмежений доступ до опіоїдних анальгетиків, відсутність спеціалізованої підготовки медичних працівників у сфері ПХД, дефіцит необхідного

обладнання та технічних ресурсів, слабкий розвиток міжсекторальної співпраці, а також низький рівень поінформованості населення щодо можливостей паліативного супроводу.

Додатковими стримувальними чинниками залишаються обмежене бюджетне фінансування, відсутність традицій благодійництва й меценатства, негативні культурні стереотипи, що супроводжують тему смерті та невиліковної хвороби. Ці обставини суттєво ускладнюють розвиток якісної паліативної служби, що відповідає міжнародним стандартам, принципам гуманізму й прав людини на гідне життя та достойне його завершення [9].

Варто зазначити, що в багатьох країнах світу, починаючи з 1960-х років, а в Україні – з 1990-х років, розбудова системи паліативної та хоспісної допомоги розглядається як одне з найважливіших медико-соціальних завдань. Це зумовлює необхідність пошуку оптимальних моделей міжвідомчої взаємодії, впровадження сучасних механізмів професійної підготовки кадрів, а також структурної інтеграції паліативної допомоги в систему охорони здоров'я.

У світовій практиці підготовка фахівців для медичних закладів, зокрема у сфері паліативної та хоспісної допомоги, здійснюється за трирівневою моделлю. Вона охоплює:

- базовий рівень, який передбачає ознайомлення всіх медичних працівників із засадами паліативної допомоги в межах загальної медичної освіти;

- середній рівень, орієнтований на підвищення кваліфікації фахівців різних спеціальностей, які у своїй подальшій професійній діяльності стикаються з потребою надання паліативної допомоги;

- вищий (спеціалізований) рівень, призначений для осіб, що обирають паліативну чи хоспісну медицину як основну сферу професійної реалізації й бажають здобути відповідну спеціалізацію.

Прикладом ефективної реалізації цієї моделі є система хоспісної допомоги США, де значна частина навантаження покладається на спеціально підготовлених медичних сестер. Подібні організаційні підходи успішно впроваджуються також у країнах Центральної Європи, зокрема Чехії та Словаччини.

Паліативна та хоспісна медицина висуває підвищені вимоги до професійної підготовки середнього

медичного персоналу. Медична сестра, залучена до надання паліативної допомоги, має не лише володіти фаховими знаннями в галузях медицини, психології, геронтології, а й демонструвати високий рівень розвитку комунікативної компетентності, емпатійності та моральної зрілості [3]. Основне завдання такого фахівця полягає у забезпеченні гідної якості життя невиліковно хворих пацієнтів через полегшення фізичних та емоційних страждань і надання підтримки їхнім родинам .

Структурна основа паліативної компетентності медичної сестри включає три ключові компоненти: систему професійних знань, необхідний обсяг практичних навичок, а також обізнаність у правових і деонтологічних засадах діяльності. У загальному значенні компетентність трактується як підтверджена здатність особи використовувати набуті знання, вміння, особистісні й соціальні якості для вирішення професійних завдань та подальшого розвитку.

Паліативна компетентність медичної сестри розглядається як інтегративна характеристика особистості фахівця, яка відображає високий рівень професійної мотивації та готовності до реалізації

функцій у сфері паліативної та хоспісної допомоги. Вона охоплює сукупність спеціальних знань, умінь і практичних навичок, професійно значущих особистісних якостей, що забезпечують здатність до ефективного виконання функціональних обов'язків відповідно до кваліфікаційних вимог, етичних норм і принципів деонтології. Наявність такої компетентності свідчить про внутрішню установку на безкорисливу допомогу, співпереживання, дотримання принципів гуманності та постійне прагнення до професійного самовдосконалення.

У наукових працях Л. В. Білик паліативна компетентність майбутніх бакалаврів медицини структурується за кількома ключовими компонентами, кожен із яких відіграє суттєву роль у підготовці фахівців [1]:

- **ціннісно-мотиваційний компонент** — визначає ставлення до професії, гуманістичну орієнтацію та внутрішню готовність до служіння людині;

- **когнітивно-праксіологічний компонент** — охоплює професійні знання, вміння та навички, необхідні для надання паліативної допомоги, та

забезпечує формування академічної й практикоорієнтованої компетентності;

• **соціально-комунікативний компонент**

— відповідає за здатність до ефективної взаємодії з пацієнтами, їхніми родинами та мультидисциплінарною командою;

• **особистісно-рефлексивний компонент**

— передбачає розвиток емпатії, милосердя, толерантності, а також здатності до критичної самооцінки, рефлексії та етичного саморегулювання.

Професійне зростання медичної сестри у сфері паліативної допомоги відбувається під впливом сукупності чинників, серед яких провідну роль відіграють практичний досвід, обізнаність з методами сестринського догляду, а також сформована професійна самосвідомість. Як свідчать сучасні дослідження [11], серед ключових компетентностей, які повинні бути сформовані у процесі фахової підготовки, виокремлюються: співчутливість, цілісність світоглядних установок, уважність до потреб пацієнта, адаптивність до змінних умов праці, реалістичність у прийнятті клінічних рішень, рішучість у кризових

ситуаціях і моральна відповідальність за якість наданої допомоги.

У сучасних дослідженнях, зокрема в роботах корейських науковців Kyung-Ah Kang, Youngsim Choi та Shin-Jeong Kim, поняття паліативної компетентності медичної сестри розширюється за рахунок включення компонентів психологічного супроводу й духовної опіки пацієнтів [17]. Автори акцентують увагу на важливості таких складників, як оцінювання рівня знань у сфері духовної підтримки, професіоналізація підходів до здійснення духовної опіки, особистісна підтримка пацієнтів, консультування в складних емоційних ситуаціях, застосування міждисциплінарного підходу та ефективна командна взаємодія з іншими фахівцями сфери паліативної допомоги.

Однією з визначальних умов надання якісної духовної опіки, згідно з позицією дослідників, є сформованість у медичних сестер власної духовності, що безпосередньо впливає на їхнє ставлення до пацієнтів та якість професійної взаємодії. Особисте духовне благополуччя медичного працівника виступає як ресурс, який формує внутрішню готовність до

надання підтримки пацієнтам, що перебувають на термінальному етапі життя.

Актуальною проблемою, на яку звертають увагу зазначені автори, є недостатня підготовка медичних сестер до ведення духовних бесід із пацієнтами, попри те, що такі бесіди часто виявляються ключовим аспектом паліативного догляду. Пацієнти висловлюють потребу говорити про духовне, сенс життя, смерть і віру, що ставить перед медичними сестрами завдання бути не лише виконавцями догляду, а й уважними співрозмовниками. Ефективна комунікація з пацієнтами та їхніми родичами в цій площині визнається критично важливою складовою духовної підтримки в контексті паліативної допомоги [14, 15, 17].

У ширшому контексті духовний розвиток людини трактується як процес усвідомлення мети життя, формування ідеалів та життєвих цінностей. Духовність, у філософському розумінні, постає як спосіб життя, орієнтований на пошук сенсу існування в контексті переконань, етичних орієнтирів і міжособистісних стосунків. Як екзистенційний конструкт, вона є базовим елементом внутрішнього

світу особистості, що набуває особливого значення в умовах догляду за важкохворими.

Водночас практика надання паліативної допомоги медичними сестрами пов'язана з високим етичним навантаженням і емоційною напруженістю. Це вимагає не лише професійної, але й особистісної зрілості. На думку K. Valen, B. Naug, A. L. Holm, K. T. Jensen та E. K. Grov, одним із ключових етапів підготовки до такої діяльності є моделювання ситуацій у межах навчального процесу у вищому закладі освіти [16]. Саме через практикоорієнтоване навчання формуються здатність до прийняття реальності паліативного пацієнта, внутрішня готовність до роботи з темами втрати, смерті, проживання глибоких емоцій, а також усвідомлення особистої ідентичності в межах фахової ролі. Відтак духовно-психологічний вимір паліативної компетентності є не лише бажаним, а необхідним критерієм професійної готовності медичних сестер до роботи в паліативній сфері.

Сестринська справа належить до переліку фундаментальних професій, потреба в яких зберігається незалежно від історичних чи соціальних змін, оскільки пов'язана з базовими потребами людського життя –

збереженням здоров'я та доглядом за хворими. У контексті сучасних викликів медична сестра повинна забезпечувати висококваліфікований, науково обґрунтований догляд, володіти методами паліативної допомоги, здійснювати навчання пацієнтів та їхніх родин, проводити первинну медико-санітарну роботу та організовувати ефективний і безперервний сестринський процес. Це потребує глибокої інтеграції між теоретичною підготовкою у межах освітніх програм і практичною реалізацією знань у клінічних умовах.

Формування паліативної компетентності медичної сестри в системі професійної підготовки здійснюється шляхом цілеспрямованого засвоєння як теоретичних знань, так і практичних навичок, пов'язаних із доглядом за паліативними пацієнтами. Зокрема, освітні програми включають опанування методів контролю хронічного больового синдрому, оцінювання клінічного стану пацієнта за стандартизованими шкалами, засвоєння технік користування спеціалізованим обладнанням та засобами догляду, а також моніторинг і координацію діяльності середнього та молодшого медичного персоналу, родичів і доглядальників.

Практичні аспекти паліативного догляду охоплюють широкий спектр клінічних процедур, зокрема: догляд за стомами різного типу (цисто-, гастро-, трахео-, колостомами), роботу з центральними венозними катетерами, вентрикуло-перітонеальними шунтами, забезпечення кисневої терапії, контроль насичення крові киснем (SaO_2), організацію зондового або парентерального харчування та гідратації. У разі надання паліативної допомоги в домашніх умовах важливо забезпечити мультидисциплінарну взаємодію між лікарем, медичною сестрою, молодшим медичним персоналом, родичами пацієнта та доглядальниками.

Особливу увагу приділяють таким процедурам, як гігієнічний догляд за тілом пацієнта, догляд за шкірою і слизовими оболонками, харчування через стому або зонд, профілактика і лікування пролежнів, обробка ран, догляд за кишківником і сечовим міхуром, катетеризація, а також належна обробка стом. Сукупність цих дій не лише покликана підтримувати фізичний стан пацієнта, але й значною мірою впливає на його психологічне благополуччя та відчуття гідності в останній період життя [2, 8].

Таким чином, паліативна компетентність медичної сестри є результатом комплексної, міждисциплінарної, практикоорієнтованої підготовки, що інтегрує технічні, клінічні, комунікативні та етичні навички в єдину систему професійної готовності до догляду за паліативним пацієнтом.

Питання паліативної седації належить до числа найбільш складних і чутливих аспектів клінічної практики у сфері паліативної допомоги, що потребує від медичних сестер не лише високого рівня професійної підготовки, але й сформованої моральної готовності. Паліативна седація визначається як контрольоване введення седативних препаратів із метою зниження рівня свідомості пацієнта до стану, що дозволяє переносити рефрактерні, тобто такі, що не піддаються контролю, нестерпні симптоми. Це втручання проводиться виключно у випадках, коли інші методи не є ефективними, і є останнім засобом полегшення страждань пацієнта.

Емоційна неготовність до здійснення паліативної седації може бути обумовлена недостатнім рівнем попередньої професійної підготовки, відсутністю належної психоосвітньої підтримки в освітніх

програмах, а також впливом індивідуального духовного чи культурного контексту [12]. Враховуючи делікатність і глибоку етичну навантаженість цього процесу, надзвичайно важливо інтегрувати у підготовку медичних сестер не лише клінічні алгоритми здійснення паліативної седації, але й модулі з морально-етичної рефлексії, розвитку емоційної стійкості, комунікативної компетентності та здатності приймати виважені рішення в ситуаціях високої етичної напруги.

Метою проведеного дослідження було системне узагальнення рівня психологічної підготовленості сестер медичних до надання паліативної та хоспісної допомоги як одного з ключових чинників формування професійної готовності. Особливу увагу приділено аналізу цієї компоненти на різних етапах професійного становлення – від додипломного навчання в закладах вищої медичної освіти до діяльності медичних сестер із практичним досвідом у відповідній галузі [4].

У дослідженні брали участь фахівці середньої ланки медичної сфери, розподілені на три групи відповідно до рівня професійної підготовки та вікових характеристик (від 19 до 54 років). Перша група – здобувачі вищої медичної освіти (n=100), друга – сестри

медичні загального профілю ($n=25$), третя – сестри медичні паліативного профілю ($n=28$). Середній професійний стаж у другій групі становив 18,24 року, у третій – 17,93 року. Емпірична база дослідження охоплювала Чернівецький медичний фаховий коледж, а також заклади охорони здоров'я міста Чернівці та Чернівецької області (Україна).

Методологічний інструментарій дослідження включав анкетування (використано авторську анкету для вивчення рівня готовності сестер медичних до надання паліативної допомоги) та суб'єктивно-оцінювальні методи, зокрема методику діагностики спрямованості мислення й провідних особистісних мотивів «Книжкова полиця».

Статистичне опрацювання отриманих даних здійснювалося за допомогою програмного забезпечення STATISTICA 12.6. Для аналізу було використано методи описової статистики, кореляційний аналіз за Спірменом, критерій Краскала–Уоллеса для порівняння трьох і більше незалежних вибірок, а також множинний регресійний аналіз із покроковим включенням предикторів.

З огляду на непараметричний характер розподілу деяких вихідних показників, перевірку достовірності різниці між середніми значеннями та частотами прояву досліджуваних ознак здійснювали із застосуванням Н-критерію Краскала–Уолліса. У нашому дослідженні цей критерій було використано для виявлення статистично значущих відмінностей між групами медичних сестер, які перебувають на різних етапах професійної підготовки та реалізації.

Для встановлення взаємозв'язків між окремими досліджуваними показниками обчислювався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r_s), що дозволило кількісно оцінити силу та напрямок кореляційних зв'язків.

Операціоналізація теоретичних понять і перехід до вимірюваних змінних здійснювалися шляхом поетапного включення показників професійної готовності медичних сестер до діяльності у сфері паліативної та хоспісної допомоги. З цією метою було застосовано метод множинного регресійного аналізу для попереднього моделювання структури прогностичних змінних, що впливають на рівень професійної готовності до роботи з інкурабельними пацієнтами [4].

У процесі інтерпретації результатів статистичного аналізу враховувалися лише ті показники, рівень статистичної значущості яких не перевищував значення $p \leq 0,05$.

Оцінювання рівня професійної готовності сестер медичних до надання паліативної допомоги здійснювалося на основі аналізу відповідей, отриманих за допомогою авторської анкети. Описові статистичні характеристики за відповідними параметрами, розподілені за групами досліджуваних згідно з етапами їх професійної підготовки та реалізації, наведено у табл. 1.

Таблиця 1. Дані описової статистики за змінною “рівень професійної готовності до надання паліативної допомоги” у досліджуваних групах

Групи досліджуваних	Основні описові статистичні показники								
	М	Mo	Me	SD	min	max	D	S	K
Здобувачі вищої освіти, n=100	18.26	20	19	3.88	6	26	15.20	-.69	.30
Сестри медичні, n=25	22.48	25	23	3.31	14	27	11.43	-.66	-.15
Сестри медичні, паліатив, n=28	22.75	24	23	2.77	17	27	7.97	-.34	-.73

Примітка: М – середнє арифметичне, Мо – мода, Me – медіана, SD – стандартне відхилення, min – мінімальне значення змінної, max – максимальне

значення змінної, D – дисперсія, S – асиметрія, K – ексцес.

Як бачимо з таблиці вище, показники мір центральної тенденції (середнє, мода і медіана) найнижчі у групі здобувачів вищої освіти ($M_{\text{здобув вищ освіти}}=18.26$, $M_{\text{о здобув вищ освіти}}=20$, $M_{\text{е здобув вищ освіти}}=19$), тоді як у працюючих сестер медичних загального та паліативного профілю вищі і між собою майже ідентичні ($M_{\text{сестри медичні}}=22.48$, $M_{\text{о сестри медичні}}=25$, $M_{\text{е сестри медичні}}=23$; $M_{\text{сестри мед паліатив}}=22.75$, $M_{\text{о сестри мед паліатив}}=24$, $M_{\text{е сестри мед паліатив}}=23$). Від’ємні показники асиметрії як міри мінливості у всіх трьох групах вказують, що графічне відображення розподілу зміщене у сторону менших значень, тобто менші значення змінної “рівень професійної готовності до надання паліативної допомоги” переважають у всіх трьох групах, однак у групі сестер медичних паліативного профілю ця тенденція не така виразна ($S_{\text{здобув вищ освіти}}=-.69$; $S_{\text{сестри медичні}}=-.66$; $S_{\text{сестри мед паліатив}}=-.34$). Дисперсія як міра мінливості найнижча у групі сестер медичних паліативного профілю ($D_{\text{сестри мед паліатив}}=7.97$ проти $D_{\text{сестри мед}}=11.43$ і $D_{\text{здобув вищ освіти}}=15.20$), що свідчить про

найменший у цій групі ступінь коливання вимірюваної ознаки відносно середніх показників, а, отже, про найбільшу однорідність ознак.

Закономірним є той факт, що підсумковий рівень готовності до роботи у сфері паліативної та хоспісної допомоги, оцінений за допомогою авторської анкети, виявився статистично достовірно вищим у сестер медичних загального профілю та працівниць паліативної служби порівняно з респондентами, які є здобувачами вищої медичної освіти ($H(2, N = 153) = 39.78, p \leq .000001$; за критерієм Краскала–Уолліса; див. табл. 2). Ця тенденція, насамперед, проявляється у кращому розумінні ключових понять, зокрема “паліатив” і “паліативна допомога”; наявності практичного досвіду догляду за інкурабельними пацієнтами; вищій готовності до роботи у відповідних відділеннях та більш високій самооцінці власних знань і навичок у сфері паліативної медицини. Цікавим виявилось те, що за останніми двома показниками (оцінка знань та навичок) сестри медичні загального профілю продемонстрували навіть дещо вищі результати, ніж представниці паліативної служби. На нашу думку, це явище можна пояснити психологічним

ефектом, відомим як “ефект Сократа”, тобто усвідомленням меж власного знання: "чим більше я знаю, тим більше розумію, скільки ще не знаю". Так, медичні сестри паліативної служби, маючи глибокий практичний досвід у догляді за невиліковно хворими, значно краще усвідомлюють складність і багатовимірність такої діяльності, зокрема її емоційні, етичні та клінічні аспекти. Часті зустрічі з нестандартними, важкими клінічними ситуаціями, що іноді викликають почуття професійної безпорадності, можуть знижувати суб'єктивну впевненість у власних компетенціях. Натомість медичні сестри загального профілю, хоча й мають достатню теоретичну базу та загальний професійний досвід, однак через відсутність систематичної практики у сфері паліативної допомоги часто сприймають цю галузь поверхово. Через це вони можуть переоцінювати власну обізнаність і демонструвати більшу впевненість у власній готовності до роботи з інкурабельними пацієнтами [4].

Таблиця 2. Результати аналізу за критерієм Краскала-Уоллеса змінної “рівень професійної готовності до надання паліативної допомоги”

Змінна “рівень професійної готовності до надання паліативної допомоги”	df =	$\chi^2 =$	H =	n =	Рангов а сума	Віднос на рангов
Здобувачі вищої освіти	2	28.49	39.78	100	6062.500	60.6250*
Сестри медичні				25	2645.500	105.8200
Сестри медичні, паліатив				28	3073.000	109.7500

Примітка: df – ступінь свободи; χ^2 – міра різниці між спостережуваною та очікуваною частотою результатів набору подій або змінних; H – значення критерію Краскала-Уоллеса; n – кількість респондентів у групі; * $p \leq .000001$ – значення імовірності.

Загалом 66.0% сестер медичних загального профілю і 54.0% сестер медичних паліативної служби виявляють високий, а 70% здобувачів вищої освіти – середній з тенденцією до високого загальний рівень професійної готовності до роботи з інкурабельними хворими і надання паліативної допомоги.

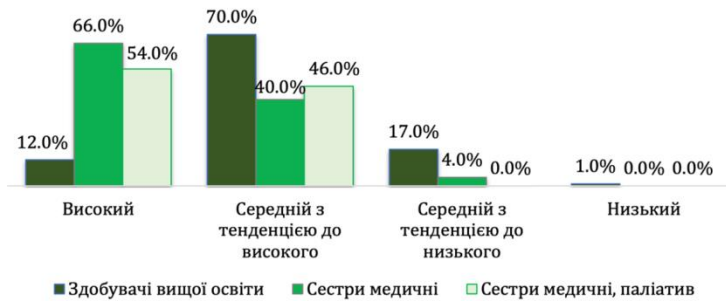


Рис. 1. Розподіл (у %) здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28) відповідно до рівня готовності до діяльності у сфері паліативної допомоги, за результатами анкетування

З віком рівень професійної готовності сестер медичних до надання паліативної допомоги інкурабельним пацієнтам підвищується ($r_s = .42$ при $p \leq .004$, за критерієм рангової кореляції Спірмена).

У контексті аналізу спонукального аспекту професійної готовності сестер медичних до надання паліативної допомоги встановлено домінування дефіцитарних мотивів у всіх трьох досліджуваних групах. Зокрема, цей тип мотивації виявлено у 61,0% здобувачів вищої медичної освіти, 76,0% сестер медичних загального профілю та 50,0% представниць паліативної служби (див. рис. 2). Зазначені мотиви орієнтують мислення особистості переважно на

задоволення власних потреб: фізіологічних, потреб у безпеці, стабільності, любові й приналежності, соціальному схваленні, самоповазі та самоактуалізації. У протизагагу цьому, метамотиви – внутрішні рушії духовного спрямування, що передбачають самоперевищення, служіння іншим, прагнення до моральної досконалості – фіксуються значно рідше. Їх наявність зафіксована у 7,0% здобувачів, 16,0% сестер медичних загального профілю та лише у 25,0% респонденток із паліативної служби. До цієї категорії віднесено такі настанови, як прагнення до духовного самовдосконалення, служіння, праведність, святість і мудрість.

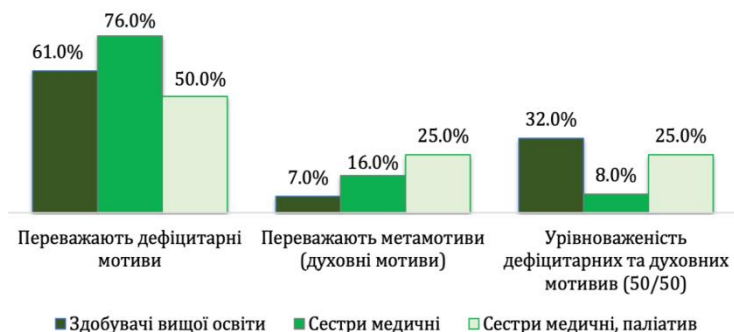


Рис. 2. Розподіл (у %) здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28) відповідно до перевагання у них різних особистісних мотивів і потреб, за методикою “Книжкова полиця”

Переважання дефіцитарних мотивів над метамотивами серед здобувачів вищої освіти та медичних сестер, на нашу думку, обумовлюється специфікою соціально-політичного контексту, в межах якого проводилося дослідження. Життєдіяльність у реаліях війни об'єктивно спричиняє зосередження особистості на задоволенні базових потреб, спрямованих на забезпечення фізичного виживання, безпеки та стабільності. Водночас не слід ігнорувати важливість формування та підтримки духовних компонентів мотиваційної сфери. Розвиток метамотивів, пов'язаних із служінням, осмисленням життя, моральним вдосконаленням та світоглядною зрілістю, сприяє інтегративному зростанню особистості. Це, у свою чергу, забезпечує її стійкість до травматичних впливів, характерних для кризових соціальних періодів, та підвищує здатність до гнучкої адаптації в умовах викликів сучасності.

Описові статистичні дані за окремими вимірюваними ознаками особистісних мотивів і спрямованості мислення так, як вони були представлені

у групах досліджуваних, виділених відповідно до етапу професійної підготовки і реалізації, подано у табл. 3.

Таблиця 3. Дані описової статистики за змінною “особистісні мотиви і спрямованість мислення” у досліджуваних групах

Вимірювані ознаки	Групи досліджуваних	Основні описові статистичні показники								
		M	M _o	M _e	S _D	m _{in}	m _{ax}	D	S	K
Спрямованість на задоволення фізіологічних потреб	1 група	13.04	10	10	7,71	0	40	60.01	1.32	1.59
	2 група	16.28	10	10	10.99	5	45	125.88	.89	-.14
	3 група	10.68	10	10	7.19	0	30	53.63	.66	.26
Мотив безпеки, впевненості	1 група	13.26	10	10	7.31	0	60	53.94	2.82	16.01
	2 група	13.64	10	15	4.77	5	25	23.74	.42	-.38
	3 група	8.43	10	10	4.58	0	20	21.74	-.09	.61
Мотив любові і приналежності	1 група	12.99	10	10	6.29	0	40	39.93	1.17	2.56
	2 група	13.24	10	10	5.97	5	30	37.11	.88	.69
	3 група	12.68	10	10	10.90	0	50	123.12	1.89	4.65
Спрямованість на оцінку і повагу	1 група	10.47	10	10	4.70	0	35	22.27	1.95	8.02
	2 група	12.04	10	10	6.72	5	30	47.04	1.61	2.17

	3 група	13.00	10	10	6.29	0	30	41.04	.44	.80
Спрямова ність на самореалізацію	1 група	9.60	10	10	4.15	0	25	17.39	.72	2.24
	2 група	8.56	10	10	2.90	0	15	8.76	-.95	2.14
	3 група	7.71	10	10	4.82	0	15	24.14	-.29	-.96
Дефіцитарні мотиви	1 група	59.36	50	55	15.46	18	100	241.4	.30	.03
	2 група	63.76	70	66	14.04	42	100	205.36	.57	0.36
	3 група	52.5	50	50	15.53	0	90	250.04	-.82	4.16
Мотив духовного самовдосконалення	1 група	9.36	10	10	4.98	0	30	25.07	.98	2.38
	2 група	9.12	10	10	4.10	0	20	17.53	.92	2.91
	3 група	9.14	10	10	6.70	0	20	46.50	.11	-1.10
Мотив служіння	1 група	5.46	5	5	3.72	0	15	13.95	.07	-.99
	2 група	7.16	10	8	3.67	0	15	14.06	-.20	-.72
	3 група	8.75	10	10	6.72	0	30	46.79	1.09	2.37
Спрямова ність на мудрість	1 група	9.68	10	10	4.72	0	30	22.55	1.08	2.80
	2 група	10.40	10	10	5.46	5	30	31.08	2.18	5.98
	3 група	10.	1	1	7.0	0	30	51.	1.	2.5

		71	0	0	1			03	3 1	2
Мотив праведнос ті	1 група	7.3 7	1 0	9	3.4 6	0	15	12. 13	- .4 9	- .32
	2 група	7.5 6	5	5	3.7 5	0	20	14. 67	1. 1 6	3.5 7
	3 група	10. 17	1 0	1 0	5.7 6	0	20	34. 45	.3 5	- .44
Мотив святості	1 група	5.9 8	1 0	5	3.9 2	0	15	15. 56	- .0 6	- 1.0 2
	2 група	6.4 6	5	5	4.0 2	0	20	16. 87	1. 5 0	3.9 9
	3 група	7.0 0	1 0	5	5.3 0	0	20	29. 19	.6 7	.61
Метамоти ви	1 група	37. 85	5 0	4 0	12. 94	0	60	169 .2	- .7 0	- .29
	2 група	40. 44	3 0	4 0	13. 01	2 3	80	176 .34	1. 0 6	1.7 4
	3 група	45. 79	5 0	4 7. 5	15. 81	1 0	10 0	259 .36	.9 1	4.2 3

Примітка: 1 група – здобувачі вищої освіти (n=100); 2 група – сестри медичні (n=25); 3 група – сестри медичні, паліатив (n=28); М – середнє арифметичне; Мо – мода; Ме – медіана; SD – стандартне відхилення; min – мінімальне значення змінної; max – максимальне значення змінної; D – дисперсія; S – асиметрія; K – ексцес.

Якщо проглянути показники міри мінливості досліджуваних ознак у всіх трьох групах, то можна

побачити, що розподіл результатів у рядах даних відрізняється від нормального. Це стало аргументом для застосування непараметричних критеріїв для порівняння.

Статистичний аналіз показав, що у сестер медичних паліативної служби дефіцитарні мотиви все ж виражені значно слабше, ніж в інших двох досліджуваних групах ($H(2, N=153) = 6.524866$ при $p \leq .04$, за критерієм Краскала-Уоллеса), насамперед за рахунок слабшого вияву мотиву особистої безпеки й упевненості ($H(2, N=153) = 16.66818$ при $p \leq .0002$) та сильнішого метамотиву служіння ($H(2, N=153) = 7.679337$ при $p \leq .02$) – див. табл. 4. За іншими мотивами статистично значущих відмінностей між групами виявлено не було.

Таблиця 4. Результати аналізу за критерієм Краскала-Уоллеса особистісних мотивів та спрямованості мислення у досліджуваних групах

Моти ви і спря мова ність мисле ння	Досліджувані групи						d f	χ^2	H	p≤
	Здобува чі вищої освіти, n=100		Сестри медичні, n =25		Сестри медичні, паліати в, n =28					
	Рангова сума	а рангова	Рангова сума	а рангова	Рангова сума	а рангова				
Дефіц итарні мотив и	790 2.5 00	79. 025 00	221 6.5 00	88. 660 00	166 2.0 00	59. 357 14	2	3. 1 7	6. 5 2	0. 04
Моти в особи стої безпе ки й упевн еності	828 6.5 00	82. 865 00	215 6.5 00	86. 260 00	133 8.0 00	47. 785 71	2	1 2. 9 3	1 6. 6 7	0. 00 02
Моти в служі ння	701 4.0 00	70. 140 00	215 6.5 00	86. 260 00	261 0.5 00	93. 232 14	2	1 0. 6 0	7. 6 8	0. 02

Примітка: df – ступінь свободи; χ^2 – міра різниці між спостережуваною та очікуваною частотою результатів набору подій або змінних; H – значення критерію Краскала-Уоллеса; n – кількість респондентів у групі; p- значення імовірності

Мотив особистої безпеки й упевненості зумовлюється потребою у передбачуваності, стабільності і проявляється через мислення, котре спрямоване на опрацювання тривоги невизначеності. Сестри медичні паліативної служби, які мають досвід близького й частого контакту зі смертю, ймовірно, більш гостро переживають такі особистісні почуття й стани, як краса, добро, істина та любов, що виступають основними смислоутворювальними категоріями духовного розвитку людини, а відтак мотиви безпеки й упевненості певною мірою втрачають для них свою актуальність.

Загалом інтенсивність і дефіцитарних, і духовних (метамотивів) у структурі мотивації сучасних здобувачів вищої освіти, сестер медичних загального профілю та сестер медичних паліативної служби найчастіше сягає середнього рівня (у 65.0% та 74.0% респондентів першої групи; у 92.0% та 84.0% респондентів другої групи і 88.0% та 85.0% у третій групі відповідно – табл. 5).

Таблиця 5. Частота (%) діагностування різних рівнів прояву особистісних мотивів і потреб здобувачів

вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28), за методикою “Книжкова полиця”

Особистісні мотиви й потреби Групи Рівень вияву	Дефіцитарні мотиви			Метамотиви (духовні мотиви)		
	Здобувачі вищої освіти (n=100)	Сестри медичні (n=25)	Сестри медичні, паліатив (n=28)	Здобувачі вищої освіти (n=100)	Сестри медичні (n=25)	Сестри медичні, паліатив (n=28)
Низький	3	-	4	24	12	11
Середній	65	92	88	74	84	85
Високий	32	8	8	2	4	4

Високий рівень інтенсивності впливу дефіцитарних мотивів на спрямованість особистості та характер мислення був зафіксований у 32,0% респондентів першої групи, 8,0% другої групи та аналогічно 8,0% третьої групи. Водночас показники метамотивів на високому рівні виявлено лише у 2,0%, 4,0% та 4,0% відповідно. Це свідчить про те, що в середньому лише 3,0% сестер медичних на різних

етапах професійної підготовки демонструють виражений рівень розвитку духовного потенціалу та його реалізованості. Водночас тривожним є факт, що у середньому 16,0% опитаних виявляють недостатній рівень сформованості цієї складової. Така тенденція може свідчити про дефіцит внутрішньої спрямованості на глибоке емпатійне розуміння потреб і почуттів пацієнтів, що є критично важливим у сфері паліативної допомоги [4].

Множинний регресійний аналіз методом покрокового включення показників був застосований для виявлення наявності чи відсутності впливу незалежних змінних (предикторів – у нашому випадку, віку, стажу професійної діяльності, рівня освіти, окремих особистісних мотивів) на залежну змінну (професійну готовність сестер медичних до діяльності у сфері паліативної допомоги), а також інтенсивність цього впливу. Цей метод аналізу даних дозволяє виявити взаємозв'язок між змінними та пояснити, наскільки точно прогнозовані фактори (предиктори) впливають на об'єкт дослідження [4].

У результаті регресійного аналізу було отримано статистично значущу модель, на що вказує значення

критерію Фішера $F=8.917$ при $p<.00001$ та пояснює 33.0% ($R^2= .33$) дисперсії залежної змінної, що обумовлена мінливістю значень незалежних змінних. Тож приблизно третину випадків професійної готовності сестер медичних до надання паліативної допомоги можливо пояснити зазначеними у моделі предикторами, тоді як інші дві третини (близько 64%) – іншими чинниками [4]. Міра зв'язку ($R=.58$) між залежною змінною та умовною комплексною незалежною змінною (сукупністю предикторів) у нашій моделі може характеризуватися як помітна (за шкалою Чеддока) і теж підтверджує, що дана модель варта уваги і може бути змістовно інтерпретована (табл. 6).

Таблиця 6. Довідка для множинної регресійної моделі предикації професійної готовності сестер медичних до надання паліативної допомоги особистісними мотивами, професійним стажем і рівнем освіти

Залежна змінна	R	R ²	Корекція R ²	F-критерій	p<	Std. Err. оцінки
Рівень професійної готовності сестер медичних до надання паліативної допомоги	.58	.33	.296	8.917	.00001	3.512

Примітка: R – коефіцієнт множинної кореляції – міра зв'язку між залежною змінною та предикторами; R² – коефіцієнт множинної детермінації – частка дисперсії залежної змінної, що обумовлена мінливістю значень незалежних змінних; F-критерій Фішера; p – значення імовірності; Std. Err. – стандартна похибка.

Ефекту мультиколінеарності виявлено не було, оскільки значення критерію VIF за всіма змінними попадають у проміжок $1 < VIF < 10$.

Частка внеску кожної незалежної змінної (предиктора) у розвиток залежної змінної проявляється

у показниках бета-коефіцієнтів, які представлено у табл. 7.

Таблиця 7. Бета-коефіцієнти незалежних змінних у моделі регресійного аналізу

Параметри	Нестандартизовані		Стандартизовані		t	p≤	Кореляції
	β	Std. Err.	B	Std. Err.			
Константа			21.102	1.995	10.576	.0000	
Стаж роботи (років)	.608	.203	.262	.088	2.994	.003	.423
Рівень освіти	.271	.083	1.752	.534	3.280	.001	.370
Мотив безпеки, упевненості	-.153	.071	-.086	.040	-2.151	.033	-.217
Вік (повних років)	-.355	.213	-.140	.084	-1.666	.098	.387
Мотив святості	-.109	.075	-.076	.053	-1.440	.152	-.124
Мотив оцінки, поваги	.084	.077	.050	.045	1.097	.275	-.013

Примітка: β – нестандартизований бета-коефіцієнт регресії; B – стандартизований бета-коефіцієнт регресії; t-критерій Стюдента; p- значення імовірності; Std. Err. – стандартна похибка

Аналіз результатів регресійного моделювання (див. таблицю) засвідчив, що серед усіх досліджуваних змінних ключовими предикторами формування професійної готовності сестер медичних до надання

паліативної та хоспісної допомоги виступають наступні чинники:

- стаж професійної діяльності: значення $\beta = .608$ при $p = .003$ свідчить про вагомий вплив цього показника на рівень сформованості готовності. Іншими словами, із нарощуванням професійного досвіду суттєво підвищується здатність медичних сестер ефективно виконувати обов'язки у сфері паліативної допомоги. У моделі цей фактор визначає близько 60,0% варіативності досліджуваного явища [4].

- рівень освіти: (кваліфікаційні рівні молодший спеціаліст, бакалавр, магістр) також є значущим предиктором ($\beta = .271$ при $p = .001$). Його вплив оцінюється на рівні приблизно 27,0%, що свідчить про позитивну динаміку професійної готовності підвищенням освітнього ступеня [4].

- зниження концентрації на мотивах особистої безпеки й упевненості: індикатори, пов'язані з переживаннями щодо особистої безпеки, потребою у впевненості, відчуттям тривоги та уникненням невизначеності, продемонстрували зворотну, але статистично значущу кореляцію з готовністю до роботи в паліативній сфері ($\beta = -.153$ при $p = .03$). Хоча вагова

частка цього предиктора становить лише 15%, його роль у забезпеченні духовно-мотиваційної складової діяльності медичних сестер не слід недооцінювати [4].

У процесі проведення регресійного аналізу виявлено, що такі змінні, як вік, мотив святості (усвідомлення єдності людства, виконання духовної місії, прагнення до просвітлення, божественної сутності), а також мотив «оцінки і поваги» (потреба в зовнішньому визнанні, повазі, репутації, самоповазі) не виявили статистично значущих коефіцієнтів. Це свідчить про те, що зазначені незалежні змінні не можуть вважатися достовірними предикторами професійної готовності медичних сестер до здійснення паліативної допомоги.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що медичні сестри, як на етапі додипломної підготовки, так і в період здійснення професійної діяльності, демонструють виражене бажання надавати паліативну допомогу. Ця тенденція узгоджується з висновками інших дослідників, які відзначають високу мотиваційну залученість медичних працівників до роботи у сфері паліативної опіки [27]. Як засвідчено в науковій літературі, мотивація до надання паліативної допомоги

позитивно корелює з досвідом проходження відповідного навчання, участю в тематичних лекціях і впевненістю в ефективності самої паліативної практики. Накопичення клінічного досвіду сприяє усвідомленню важливості паліативної допомоги, що, у свою чергу, підвищує внутрішню готовність до її надання.

У межах нашого дослідження було встановлено, що рівень професійної готовності до надання паліативної допомоги прямо залежить від віку, стажу роботи та освітнього рівня медичних сестер. Цей висновок підтверджується результатами дослідження К. Marciniak et al. (2023), які акцентують увагу на важливості безперервного професійного розвитку в контексті паліативної медицини [19]. Проте не всі дослідники поділяють цю думку. Наприклад, М. Sijabat et al. (2019) доводять, що рівень суб'єктивної впевненості у власних знаннях і навичках у сфері паліативної допомоги не завжди прямо корелює з формальним рівнем освіти чи тривалістю стажу [24].

Мотив служіння у медичній професії виявляється через внутрішній пошук особистості, спрямований на усвідомлення власної ролі у наданні допомоги тим, хто її потребує, та на прагнення поширювати добро. Такі

пошуки виражаються в запитаннях: «Як допомогти потребуючим?», «Як примножити добро?» і зумовлюють реалізацію ідеалів альтруїзму, спонукаючи фахівця присвятити себе служінню іншим, шукаючи дієві підходи до підтримки нужденних. У цьому контексті J. Paladino та співавт. (2023) наголошують на важливості переосмислення комунікативної парадигми в межах догляду за пацієнтами з важкими захворюваннями на завершальному етапі життя [21].

Як було зазначено раніше, А. Sorensen та ін. (2020) відзначають, що на етапі раннього спрямування пацієнтів на паліативну допомогу термін «підтримуюча терапія» сприймається медичними працівниками первинної ланки як більш прийнятний [26]. У зв'язку з цим доцільним є звернення до етимології терміна. Давньогрецьке слово «θεραπευτής» означає «слуга», «шанувальник», «священнослужитель»; словосполучення «θεραπευτής τῶν καμνόντων» перекладається як «той, хто піклується про хворих», а дієслово «θεραπεύω» — як «прислужувати», «служити», «доглядати», «лікувати» [18]. Таким чином, поняття служіння глибоко закорінене в семантиці професійної діяльності, пов'язаної з лікуванням.

Виходячи з цього, роль медичної сестри набуває двоєдиної природи: з одного боку — це фахівець, що забезпечує високоякісну медичну допомогу, з іншого — людина, яка проявляє високий рівень духовного розвитку, орієнтованого на служіння, моральні цінності, прагнення до мудрості та духовного зростання. Як зазначено у фаховій літературі, мотив служіння формується у процесі духовного самовдосконалення медичної сестри й проявляється у щирому прагненні надавати допомогу пацієнтам, які перебувають на інкурабельній стадії захворювання [7]. Це спонукає фахівця присвятити свою діяльність не лише фізичному здоров'ю, але й моральному та духовному благополуччю пацієнтів і їхніх близьких.

У. Yang та ін. (2023) підкреслюють фундаментальну роль духовного благополуччя (spiritual well-being, SWB) у структурі паліативної допомоги [28]. У цьому аспекті прагнення до служіння корелює з готовністю медичної сестри застосовувати індивідуалізований підхід у роботі з термінальними пацієнтами, охоплюючи як хворих, так і членів їхніх родин.

Результати досліджень А. Sorensen та ін. (2020) підтверджують, що ефективне надання паліативної допомоги на ранньому етапі можливе завдяки командній роботі, що передбачає міжпрофесійну взаємодію [26]. Це актуалізує потребу в мультидисциплінарному підході, який об'єднує не лише лікарів і медичних сестер, а й соціальних працівників, психологів, духовенство та волонтерів [5]. Паліативний догляд, таким чином, реалізується як комплексний процес за участі фахівців різних галузей, основним завданням яких є забезпечення найвищої якості життя пацієнта та його близького оточення [24]. Волонтерська діяльність, у свою чергу, часто ґрунтується саме на мотивації служіння, яка є визначальною для роботи у відділеннях паліативної допомоги [22].

Проведене дослідження засвідчило, що медичні сестри на різних етапах професійного становлення, починаючи з додипломної підготовки, характеризуються вираженим прагненням надавати паліативну допомогу. Виявлено позитивну кореляцію між віком медичних сестер та рівнем готовності до її здійснення. Крім того, сестер медичних паліативної служби відрізняє нижчий рівень дефіцитарних

мотивацій, зокрема, мотиву особистої безпеки й упевненості, на тлі вираженого метамотиву служіння. Останній виявляється у стратегіях мислення, орієнтованих на пошук шляхів допомоги потребуючим.

Серед ключових факторів, що формують професійну готовність до надання паліативної допомоги, визначено стаж роботи, рівень освіти та низьку концентрацію на власній безпеці як мотиваційній домінанті. Це вказує на необхідність розвитку духовного компоненту мотиваційної сфери, зокрема усвідомлення сенсу професійної діяльності в контексті роботи з інкурабельними пацієнтами, рефлексії власного досвіду зіткнення з темами життя, смерті й духовного сенсу буття.

Отже, доцільним є включення до програм професійної підготовки та післядипломного навчання медичних сестер обов'язкових завдань, спрямованих не лише на формування професійної компетентності, а й на розвиток особистісних метамотивів. Особливу увагу варто приділити підтримці балансу між самовіддачею та самотурботою, що є критично важливим для профілактики емоційного вигорання серед працівників паліативної служби.

Виявлено, що сестер медичних паліативної служби відрізняють достовірно слабше виражені дефіцитарні мотиви, ніж в інших двох досліджуваних групах, за рахунок менш проявленого мотиву особистої безпеки й упевненості та сильнішого метамотиву служіння. Мотив служіння проявляється через мислення, котре спрямоване на пошук можливостей і шляхів допомоги потребуючим.

Стаж професійної діяльності та рівень освіти, а також зменшення зосередженості на власній безпеці й упевненості як смислоутворюючих мотивах найбільшою мірою серед інших досліджуваних нами змінних визначають структуру професійної готовності сестри медичної до надання паліативної допомоги. Відповідно, для формування високої готовності необхідною є оптимізація мотиваційної сфери через розвиток її духовного аспекту, усвідомлення сенсу роботи сестри медичної з пацієнтами на інкурабельній стадії захворювання, усвідомлення власного досвіду контакту з темами смертності людини, сенсу її життя, завершення життя тощо.

Такі висновки вказують на необхідність включення до навчальних програм підготовки сестер

медичних із питань паліативної та хоспісної допомоги обов'язкових завдань, спрямованих, окрім підвищення рівня професійної компетентності, ще й на підсилення у них особистісних метамотивів, таких як мотивів служіння, розвиток рефлексивного усвідомлення суб'єктивного значення діяльності у сфері допомоги інкурабельним пацієнтам і власної ролі у цих процесах. Також у процесі підвищення кваліфікації сестер медичних паліативної служби важливо звернути увагу на виявлену тенденцію до зниження у порівнянні з сестрами медичними загального профілю та здобувачами вищої освіти мотивації особистої безпеки й упевненості. Тут варто зосередитися на розвиткові здатності сестер медичних проявляти уважне ставлення до себе і зберігати баланс між служінням іншим та самотурботою для профілактики професійного вигорання.

Одним із пріоритетних завдань сучасної професійної освіти є формування у медичних сестер цілісної системи компетенцій, які забезпечують ефективне виконання професійної діяльності загалом та у сфері паліативної допомоги зокрема. Така підготовка

має бути не лише фаховою, а й ціннісно орієнтованою, із урахуванням міждисциплінарного підходу до догляду за пацієнтами з невиліковними захворюваннями.

Серед ключових компетентностей виділяються:

- спеціальна компетентність, що передбачає здатність до якісного виконання професійних завдань, володіння актуальними знаннями, вміннями та навичками, а також усвідомлену здатність до планування й реалізації власного професійного розвитку;

- соціальні та комунікативні компетентності, які охоплюють вміння ефективно взаємодіяти з пацієнтами, їхніми родинами, членами мультидисциплінарної команди; передбачають розвиток толерантності, емпатійності, а також здатності до духовного діалогу та підтримки;

- інформаційна компетентність, що виражається у здатності працювати з сучасними медичними технологіями, аналітичними інструментами, а також критично осмислювати й застосовувати нову інформацію у професійній практиці;

- навчальна компетентність, яка забезпечує постійне оновлення знань, гнучкість мислення та

здатність до самостійного навчання впродовж усього життя;

– здоров'язберезувальна компетентність, що охоплює як відповідальне ставлення до власного фізичного й психоемоційного стану, так і здатність підтримувати здоров'я пацієнтів через освітню та профілактичну діяльність.

Формування зазначених компетентностей є запорукою не лише професійної ефективності, а й збереження психоемоційної стійкості та гуманістичної орієнтації медичної сестри, що особливо важливо у сфері паліативної допомоги.

Використана література

1. Білик Л. В. Формування паліативної компетентності бакалаврів медицини в процесі професійної підготовки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.04 ДВНЗ «Переяслав-Хмельниц. держ. пед. ун-т ім. Григорія Сковороди». Переяслав-Хмельницький, 2015. 20 с.

2. Вороненко Ю. В., Шекера О. Г., Губський Ю. І. Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря: навч. посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів

(факультетів) післядипломної освіти. Київ, Видавець Заславський О.Ю., 2017. 208 с.

3. Вороненко Ю. В., Губський Ю. І., Царенко А. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. Наука і практика. 2014. № 1. С. 63-75. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/nauipr_2014_1_11 (Дата звернення 30.10.2021р.).

4. Марчук І., Борисюк А., Тимофієва М., Марчук О. Психологічна підготовка сестер медичних до надання паліативної та хоспісної допомоги як фактор їхньої професіоналізації. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2023. № 10. С. 317–337.

5. Марчук О. Т., Марчук І. В. Перспективи практичної реалізації концептів неопатристичного напрямку терапевтичного богослов'я в українському медичному капеланстві. Освітній дискурс: збірник наукових праць. 2022. №42(10–12). С. 98–110. [https://doi.org/10.33930/ed.2019.5007.42\(10-12\)-10](https://doi.org/10.33930/ed.2019.5007.42(10-12)-10)

6. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні: наказ Міністерства

охорони здоров'я України від 01 липня 2020 року № 609/34892. <http://surl.li/jtkxj>

7. Тимофієва М. П., Марчук І. В., Марчук О. Т. Духовно-особистісна орієнтація практичної діяльності сестер медичних у роботі з паліативними пацієнтами. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2022. №7. С. 118–130. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2022-7-9>

8. Царенко А. В., Гойда Н. Г., Губський Ю. І. Обґрунтування концептуальної моделі системи паліативної і хоспісної допомоги населенню на рівні первинної медичної допомоги. Здоров'я суспільства. 2019. Т. 8. № 2. С. 49-57.

9. Чернишенко Т. Підготовка медичних сестер з паліативної допомоги в Україні. Реабілітація та паліативна медицина. 2015. № 2(2). С. 78–83. <http://surl.li/jtlaa>

10. Alvariza A., Mjörnberg M., Goliath I. Palliative Care Nurses' strategies when working in private homes – a photo-elicitation study. Journal of Clinical Nursing. 2020. Vol. 29(1–2). P. 139–151. <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>

11. Amanda J. Kirkpatrick, Mary Ann Cantrell, Suzanne C. Smeltzer. A Concept Analysis of Palliative Care Nursing Advancing Nursing Theory. *Advances in Nursing Science* Vol. 40, No. 2017. 4, pp. 356-369.
12. Bruce S. D. Palliative Sedation in End-of-Life Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2006; 8 (6): 320-327.
13. Crimmins R. M., Elliott L., Absher D. T. Palliative care in a death-denying culture: Exploring barriers to timely palliative efforts for heart failure patients in the primary care setting. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2020. Vol. 38(1), P. 77–83. <https://doi.org/10.1177/1049909120920545>
14. Ferrell BR. Spiritual care in hospice and palliative care. *Korean J Hosp Palliat Care*. 2017; 20: 215-220.
15. Gillett K, Neill B, Bloomfield JG. Factors influencing the development of end-of-life communication skills: a focus group study of nursing and medical students. *Nurse Educ Today*. 2016; 36: 395-400.
16. Kristin Valen, Bente Haug, Anne Lise Holm, Kari Toverud Jensen, Ellen Karine Grov. From Palliative Care Developed During Simulation, to Performance in

Clinical Practice – Descriptions From Nursing Students.
Vol. 22, Number 3, June 2020.

17. Kyung-Ah Kang, Youngsim Choi, Shin-Jeong Kim. Validation of a Korean Version of the Spiritual Care Competence Scale Focused on the Hospice and Palliative Care Setting. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. Vol. 21, № 5, October 2019. P.453-462.

18. Marchuk O. Eastern patristic tradition of interpretation “νοῦς-λόγος”: the sanogenical-therapeutic potential of communicativeness (Part II. Prospects of the practical implementation). *Освітній дискурс: збірник наукових праць*. 2021. № 35(7). С. 86–97.
[https://doi.org/10.33930/ed.2019.5007.35\(7\)-8](https://doi.org/10.33930/ed.2019.5007.35(7)-8)

19. Marciniak K., Scherg A., Paal P., Mason S., Elsner F. The outcomes of postgraduate palliative care education and training: Assessment and comparison of nurses and physicians. *BMC Palliative Care*. 2023. Vol. 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01217-1>

20. Marshall A. P., Tobiano G., Roberts S., Isenring E., Sanmugarajah J., Kiefer D., Fulton R., Cheng H. L., To K. F., Ko P. S., Lam Y. F., Lam W., Molassiotis A. End-user perceptions of a patient- and family-centred intervention to improve nutrition intake among oncology

patients: A descriptive qualitative analysis. BMC Nutrition. 2020. Vol. 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40795-020-00353-8>

21. Paladino J., Sanders J. J., Fromme, E. K., Block S., Jacobsen J. C., Jackson V. A., Ritchie C. S., & Mitchell S. Improving serious illness communication: A qualitative study of clinical culture. BMC Palliative Care. 2023. Vol.22(1). P. 348–353 <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01229-x>

22. Pandya S., Muckaden M. Motivation of volunteers to work in Palliative Care Setting: A qualitative study. Indian Journal of Palliative Care. 2016. Vol. 22(3). P. 348. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.185083>

23. Schroeder K., Lorenz K. Nursing and the future of Palliative Care. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2018. Vol. 5(1). P. 4–8. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_43_17

24. Sijabat M., Dahlia D., Waluyo A. Experiences of palliative care nurses in providing home-based care for patient with advanced cancer. Enfermería Clínica. 2019. Vol. 29. P. 413–417. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.060>

25. Silva T. C., Nietsche E. A., Cogo S. B. Palliative care in primary health care: An integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022. Vol. 75(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1335>
26. Sorensen A., Le L. W., Swami N., Hannon B., Krzyzanowska M. K., Wentlandt K., Rodin G., & Zimmermann C. Readiness for delivering early palliative care: A survey of primary care and specialised physicians. *Palliative Medicine*. 2020. Vol. 34(1). P. 114–125. <https://doi.org/10.1177/0269216319876915>
27. Stenman T., Näppä U., Rönngren Y., Melin-Johansson C. “Daring to deal with the difficult and unexpected” registered nurses’ confidential conversations with patients with palliative care needs: A qualitative interview study. *BMC Palliative Care*. 2023. Vol. 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01228-y>
28. Yang Y., Cui M., Zhao X., Wang S., Wang Y., Wang X. Association of Pain Management and positive expectations with psychological distress and spiritual well being among terminally ill cancer patients admitted to a Palliative Care Unit. *BMC Nursing*. 2023. Vol. 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01259-z>

3.2. Осипенко В. А. Збереження психічного здоров'я студентської молоді в умовах війни

Події за останні три роки в Україні викликають великий інтерес як у психологів-науковців, так і у психологів практиків. Повномасштабне вторгнення на територію України російськими окупантами, яке розпочалось 24 лютого 2022 року і продовжується вже тривалий час є довготривалою кризою і колективною травмою для українців. Відповідно актуалізувалось питання: підтримки й збереження психічного (ментального) здоров'я здобувачів вищої освіти (студентства) в умовах перебігу повномасштабної війни.

Метою нашої роботи є визначення та обґрунтування специфіки збереження психічного здоров'я здобувачів вищої освіти (студентства) в умовах перебігу повномасштабної війни. Для цього спробуємо визначити поняття та чинники, які впливають на психічне здоров'я (ментальне) здоров'я здобувачів вищої освіти (студентства) та охарактеризувати можливі способи його підтримки в умовах перебігу повномасштабної війни.

За визначенням ВООЗ: «психічне (ментальне) здоров'я – це стан добробуту, в якому людина здатна реалізовувати свій потенціал, долати щоденні стреси, ефективно й плідно працювати та здійснювати внесок в життя своєї спільноти». Таким чином, охарактеризувати психічне здоров'я можна як здатність керувати своїм життям, активно долати поточні виклики і отримувати задоволення у повсякденному житті. Варто зазначити, що психічне здоров'я охоплює всю систему почуттів і думок, які виникають у житті людини у відповідь на те, що з нею відбувається. Внаслідок повномасштабної війни в Україні, психічне здоров'я українців є під постійним впливом травмувальних чинників. Однією з основних потреб сучасного українця є сформовані - навички та вміння справлятися зі стресовими - ситуаціями, для того щоб вистояти, бути гнучкими і професійно здійснювати свою діяльність або здобуття освіти, з метою подальшого розвитку. Для необхідного рівня підготовки запобігання ускладненням психологічних наслідків війни, розумінню ситуації надзвичайно важливо формувати комплексне бачення психічного (ментального) здоров'я у здобувачів вищої медичної освіти.

Перебіг війни з її наслідками втрат та руйнувань вимагає посилення уваги до психічного здоров'я, оскільки саме рівень психологічного благополуччя буде основою для збереження не лише життя, а й загального стану здоров'я, економічного відновлення та добробуту країни загалом.

Задля забезпечення додаткових можливостей для розвитку молоді в період проживання колективної травми війни в Україні введено стратегію державної політики й імплементовано нормативну базу, а саме: укази Президента України «про цілі сталого розвитку України на період до 2030 року» № 722/2019 від 30.09.2019 року та «про національну молодіжну стратегію до 2030 року» № 94/2021 від 12.03.2021 року й згідно з «планом заходів на 2024—2026 роки з реалізації концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» (Розпорядження № 572-р Кабінету Міністрів України від 21 червня 2024 р.). Ці заходи передбачають проведення соціально-психологічних інтервенцій різного рівня інтенсивності з ментального (психічного) здоров'я в закладах вищої освіти. Заклади вищої медичної освіти першими почали

впроваджувати програми збереження психічного здоров'я для студентів – майбутніх медичних фахівців.

Період студентства – це період становлення, який потребує безпечних (або відносно безпечних умов) для свого сталого становлення та розвитку, проте сучасні студенти опинились під дією негативного навантаження на психічне здоров'я. Однією з первинних форм втручань є доступно проінформувати молодих людей щодо ризиків порушення психічного здоров'я з метою подальшого збереження відносної психологічної стабільності на раціональному рівні. Психосвіта молоді має бути підґрунтям у формуванні усвідомленого ставлення здобувача освіти до власного психічного здоров'я.

В науковій статті «Збереження психічного здоров'я молоді в умовах повномасштабної війни», науковці І. Пеша та Т. Андрійченко зазначають, способи і форми інформування молоді:

- організація інформаційних заходів: проведення семінарів, лекцій, тренінгів, на яких спеціалісти можуть надавати пояснення молоді щодо впливу війни на психічне здоров'я та необхідності його збереження та зміцнення;

- створення інформаційних ресурсів: розробка брошур, пам'яток, відеоматеріалів, веб-сайтів, які вміщують корисну інформацію та поради молоді щодо збереження психічного здоров'я;
- проведення групових занять: організація групових зустрічей для обговорення аспектів підтримки психічного здоров'я в умовах війни, обміну досвідом та взаємопідтримки;
- соціальні медіа: використання соціальних мереж і інтернет-платформ для поширення корисної інформації та спілкування з молоддю;
- розробка програм навчання: включення курсу з психічного здоров'я у навчальні програми шкіл, вищих навчальних закладів та молодіжних організацій;
- проведення анкетування та досліджень: збір статистичних даних та проведення соціологічних досліджень для більш глибокого розуміння потреб та проблем молоді у воєнний період;
- консультативна підтримка: забезпечення для молоді можливості отримати фахову психологічну або психіатричну консультацію;
- співпраця з медичними установами: взаємодія із медичними закладами, де молоді люди можуть

отримати необхідну медичну допомогу, в разі потреби.
[7]

Для формування доступності інформації та сприяння усвідомленості молоддю проблеми самозбереження необхідно враховувати соціо-культуральні та психологічні особливості раннього юнацького віку.

Здобувачам вищої освіти, в сучасних умовах, необхідно донести важливість психічне здоров'я як складової загального благополуччя на рівні з фізичним здоров'ям. Повномасштабна війна в сукупності з факторами особистого життя формує стан хронічного стресу, тривоги. В майбутньому це збільшує ризики виникнення хронічних станів тривоги, різноманітних розладів, включно з депресією. Усвідомлення цих процесів та розуміння власних емоцій студентською молоддю, своєчасне звернення до фахівця (за необхідності проживання складного періоду) зараз - зменшує ризики для майбутнього життя.

Окрім того, з психофізіологічної точки зору, важливо навчитися збалансовувати своє життя, а саме вводити регулярні фізичні навантаження (ходити пішки, дозовано займатись спортом), підтримувати водний

баланс і слідувати правилам харчування. Доречно підтримувати практики саморелаксації і медитації.

Знання та розуміння про власне психічне здоров'я майбутніх лікарів є особистою відповідальністю студента і ґрунтується на вивченні психологічних основ здорового способу життя з метою збереження та підтримки свого здоров'я. Це охоплює промоцію на охорону здоров'я та профілактику й лікування хвороб, зокрема їхніх чинників, причин та ідентифікаторів психічного походження (етіологічні й діагностичні корелянти).

Оскільки для здобувачів освіти спеціальності Медицина, інтегральною компетентністю є здатність розв'язувати типові та складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми у професійній діяльності у галузі охорони здоров'я, або у процесі навчання, що передбачає проведення досліджень та/або здійснення інновацій та характеризується комплексністю та невизначеністю умов та вимог, важливо сформувати комплексне бачення та навички збереження, підтримки та профілактики власного психічного здоров'я та здоров'я населення в сучасних складних умовах, щоб

зберегти здатність молодих людей до творчого конструювання власного життя.

Дослідниця проблем збереження психічного здоров'я Тетяна Титаренко у своїй роботі «Технології відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах війни: комплексний підхід» вказує: «Основною умовою збереження психологічного здоров'я є готовність особистості до творчого конструювання власного життя. Засобом відновлення психологічного здоров'я має стати соціально-психологічна реабілітація як комплексний процес активізації життєтворення та підвищення суб'єктивного благополуччя. Здатність особистості керувати власним життям базується на відновленні її готовності до самотрансформацій та реалізації оновлених проектів майбутнього в сімейній, особистій, професійній сферах. Реабілітація передбачає варіативність інтервенцій з урахуванням життєвої історії особистості, її ресурсів та характеру травми, можливостей відновлення частково втрачених функцій, запобігання ускладненням». [8]

В нашій роботі вивчення різноманітних аспектів специфіки збереження психічного здоров'я здобувачів вищої освіти (студентської молоді) пов'язано з

успішною адаптацією до середовища освітнього закладу та навчального процесу, як компоненти психічного благополуччя, особистості під час війни. Це питання недостатньо вивчається науковцями-психологами. Звертаючись до наукових джерел, відмічаємо, що проблема соціально-психологічної адаптації з точки зору соціалізації особистості й соціальної адаптації досліджувалась науковцями Т. Кабаченко, В. Кислим, які виділяють у процесі соціально-психологічної адаптації є стадії та притаманні їй фактори. Ю. Бохонкова, Н. Завацька досліджували показники успішності адаптивного процесу.

Загалом питання психічного здоров'я та емоційно-психологічного стану під час війни досліджувалось у наукових роботах Т. Добровольської, В. Климчука, В. Маслюка, Н. Матейчука, В. Стасюка, С. Сєдіна, І. Соловйової, В. Турбан, Т. Титаренко, С. Харченка, О. Хміляр. Аспекти психічного здоров'я розглядалися також С. Братусем, Л. Ф. Бурлачуком, І. В. Дубровіна, Г. В. Ложкіним, М. І. Мушкевич, О. В. Насковою, І. В. Толкуновою, С. Д. Максименко, О. В. Хухлаєвою та іншими. Серед зарубіжних науковців відмічено ґрунтовність наукових праць авторів С. Вільямса, Дж.

Вілсона, Л. Калхуна, Д. Кишбога, Р. Лауфера, Р. Скурфілда, В. Холла та інших. Серед вітчизняних учених, які здійснили внесок у розробку загально-теоретичних аспектів значимими є наукові пошуки.

Щодо тлумачення термінів та понять, необхідних для розгляду теми нашого дослідження, окремо зупинимось на понятті «адаптація». адаптація визначається як формування найбільш адекватних стереотипів поведінки в умовах змінюваного мікросоціального середовища [2, 7]

В такому тлумаченні, важливу роль відіграють як індивідуально-психологічні особливості особистості, так і попередній пережитий життєвий досвід, здобуті знання. Все це в своїй сукупності, відіграє вирішальну роль для моделювання і вироблення ефективних (для конкретної людини) стратегій подолання кризових ситуацій та кризових періодів.

Для подальшого аналізу, необхідно звернутись до розуміння поняття «травмівні (критичні) ситуації» і процесів, які проживає психіка людини в такі періоди. Розуміння цих понять допоможе вивести шляхи збереження психічного здоров'я здобувачів вищої освіти (студентської молоді) в умовах війни. У теоретико-

методологічних джерелах описують велику кількість класифікацій різноманітних ситуацій, які можна охарактеризувати як травмівні (критичні) ситуації, а саме:

- *ситуація психологічної кризи* (А.Г. Амбрумова);
- *напружена ситуація* (М.І. Дьяченко, Л.Н. Кандибовіч, Н.А. Пономаренко, 1985);
- *важка ситуація* (М. Тишкова, Е.Е. Данилова, Н.І. Наєнко, А.Я. Анцупов, А. І. Шипілов);
- *критична ситуація* (Ф.Е. Василюк);
- *емоційно важка ситуація* (А.С. Кочарян);
- *патогенна ситуація* (В.Н. Мясищев);
- *конфліктна ситуація* (К. Левін);
- *афектогенна життєва ситуація* (Ф.В. Бассін);
- *емоціогенна ситуації* (П. Фресс) та ін.
- *проблемна ситуація* (І. Лінгарт, А.М.

Матюшкін). [5]

Якщо проаналізувати значення понять «кризова ситуація» та «емоційно складна життєва ситуація», у роботах дослідників (Ф.Е.Василюк (1994), Т.М.Титаренко (1994), О.П.Саннікова(1995), то встановлюємо, що за умов кризової ситуації система

самоорганізації порушується загалом, а саме та система, яка за інших умов, покликана забезпечувати синхронну роботу психіки - раціонального та ірраціонального (панівними стають емоції – домінує афективне реагування). Відповідно, гальмується пошук основної суперечності в період кризи, що значно ускладнює і затягує процес виходу з неї. Протягом процесу переживання кризи усвідомлений вибір індивіда ускладнюється, за рахунок порушення механізмів саморегуляції. Особистісні реакції-відповіді на подолання запускаються з автоматичної перебудови свідомості та всієї психічної діяльності. Відбувається своєрідний запуск психіки на виживання. Це триває до тих пір, поки не стане можливою аналітична діяльність. Існують сучасні технології, які допомагають свідомості поповнювати та оптимізувати процеси.

Сучасні науковці виводять розподіл процесів в поняттях травматичної ситуації, безпосередньо травми й кризи.

Психотравматична ситуація (ПТС) є сигналом про ймовірність пошкодження життєвого світу, що потребує реагування.

Травма – є наслідком ПТС і означає ушкодження, розрив цілісності (життя або сприйняття).

Криза є травмівною ситуацією, за якої неможливими стають реалізація планів, задуму без зміни самої особистості.

Таким чином, отримуємо наступне співвідношення понять: ПТС може спричинити таке явище як травма. Травма – є кризою для особистості.

Науковці виділяють, що в генезисі травми буде знаходитись психотравмуюча ситуація, в генезисі кризи відповідно травма. Проте не завжди психотравмуюча ситуація призводить до кризи.

Психотравмуюча ситуація – це сигнал про те, що слід звернутися до себе, виявити любов. Для подолання травми треба мати сили, щоб налагодити ушкодження, усунути розрив цілісності.

Криза може сигналізувати про наявність або відсутність додаткових ресурсів для активізації внутрішнього потенціалу особистості, з метою якісних змін подолання кризи.

Психотравмуюча ситуація, сама по собі, є передумовою гіпотетичного розриву, натомість складність переживання цієї ситуації – є травма, яка, в

свою чергу, виступає реальністю розриву. Криза – це може бути усвідомлений вибір шляху переживання травми.

Процеси прийняття травми чи подолання призводять до двох процесів у житті людини – прогресу чи регресу (повернення до попередніх способів реагування та поведінки, активізації негативних переконань та попереднього негативного досвіду особистості). Натомість, прогрес, як травмівне зростання, це складний процес «дорослішання» і здобуття зрілості як якісний перехід з одного стану в інший.

Проживання кризи особистістю можна умовно поділити на кілька важливих етапів, які послідовно (в переважній більшості випадків) зустрічаються при проживанні криз:

1. Етап «первинної напруги» або «прискорення подій» Характеристика етапу – огляд: людина розуміє, що накопичується ряд травмівних подій, своє життя все складніше (або неможливо) контролювати із застосуванням звичних методів та засобів. На цьому етапі

ситуація може вирішитись, якщо людина знає і активізує власні ресурси.

2. Етап «дезорганізації». Характеристика етапу – огляд: почуття тривоги та дискомфорту відчутно збільшуються, зростає внутрішня напруга, виникають складності звичного повсякденного функціонування, особистість змушена використати зовнішні ресурси (друзі та їхній досвід, колеги, знайомі, малознайомі). У випадку неможливості використання цього ресурсу або ж неможливості використання чужого досвіду у своєму житті - наростає відчуття безпорадності/безсилля, виникає відчуття відсутності вибору, з'являється почуття знесиленості, різко знижується самооцінка;

3. Етап «повороту». Характеристика етапу – огляд: якщо людина звертається до соціальних інститутів психосоціальної підтримки, центрів ментального здоров'я, відвідує групи підтримки, індивідуально працює з психологом, психотерапевтом. напруга, спричинена невдалими спробами мобілізації ресурсів, зростає, виникає загроза суїцидальних спроб;

4. Етап «ресоціалізації», за якого особистість дозволяє собі проаналізувати та оцінити наявні ресурси - зовнішні та внутрішні. І згодом, напрацьовується нове розуміння і бачення проблемної ситуації, що призводить до вироблення нових стратегій поведінки і свідомого реагування.

4. Етап «поновленої збалансованості». Характеристика етапу – це «виведення» власного балансу і нормалізація процесів та рівнів функціонування. Повертається стабільний стан і поновлюється креативність.

Застрягання на будь-якому з вищеперерахованих етапі призводить до спотворення або блокування розвитку особистості. Наростає рольова дефіцитарність, закріплюється застрягання на попередніх мисленнєвих конструкціях та поведінці. Людина звужує коло інтересів і соціальної активності, може формуватись тунельне мислення.

Середньостатистично визначено, що тривалість кризового стану продовжується від 3-4 тижнів до 2-3 місяців, після чого їх прояви редукуються, і встановлюється новий рівень соціально-психологічної

адаптації, хоча часто і більш низький, аніж передуючий кризі.[5]

Тож яким чином адаптуватися сучасному студенту до кризи? Чи стане для нього війна кризою або травмою? Травматизація буде зоною травматичного згасання чи зоною травматичного зростання? Ці і багато інших питань на сьогоднішній день не мають чіткої відповіді в наукових дослідженнях.

Розглянемо поетапно.

Адаптація студентської молоді до можливого в умовах війни (дистанційного/змішаного) навчання характеризується переведенням освітнього процесу у змішану форму, що мало б зробити можливим і спростити досягнення освітніх цілей для всіх учасників процесу. Здобуття вмінь і навичок протягом вищої освіти (особливо медичної) вимагає великої кількості практики та практичних занять. Необхідним є фактичне відвідування та фізичний доступ студентів-майбутніх лікарів до симуляційних кімнат/центрів (спеціально обладнаних приміщень для практичних тренувань вмінь і навичок). Досвід змішаної освіти протягом трьох останніх років показує, що для формування необхідної

компетентності лікаря потрібно фізичне практичне навчання.

Відбулось виокремлення матеріалу, який студенти-медики мають змогу опрацювати самостійно або в малих групах. Ці знання будуть використані далі, в ході практичних занять. Окрім того, практично всі медичні виші країни зробили доступність навчальних матеріалів для дистанційного опрацювання з виведенням завдань для перевірки засвоєного матеріалу.

Дослідження соціально-психологічної адаптації до навчання в умовах війни методом аналізу документів та зовнішнього спостереження дозволяє припустити, що адаптація зараз – це складний багатомірний процес взаємодії, в результаті якого формується нова позитивна соціальна ідентичність, що адекватна соціальним змінам, які, зокрема, відбуваються внаслідок військового конфлікту. На сьогоднішній день спостерігається інтеграція різних людей у суспільстві, особливо в юнацьких спільнотах. Часто чути: «ми українці», «ми з України» тощо. Саме це дозволяє виробляти нові інтеграційні адаптивні стратегії.

Більш складна конструкція соціально-психологічної адаптації (до умов навчання)

майбутнього лікаря-психолога в умовах суспільства, яке проживає колективну травму війни. Лікар-психолог є фахівцем, який в майбутньому має бути має мати «набір» теоретичних та практичних знань й вмінь та необхідний рівень емпатії до пацієнтів\клієнтів. Фаховими компетентностями лікаря-психолога мають бути, отримані під час здобуття освіти, не лише комунікативні навички, а й високий рівень прогностичних та рефлексивних вмінь. Це забезпечить здатність лікаря-психолога передбачати результати своєї діяльності, що є нагальною потребою задля кваліфікаційної допомоги у збереженні психічного здоров'я.

Для формування професійного світогляду лікаря-психолога важливим є формування професійної ідентичності та розвиток мотивації до особистісного зростання (самоактуалізації). В професійній діяльності це призводить до успішного професійного становлення й самореалізації. Для реалізації вищезазначеного, в сучасних реаліях війни, необхідно використовувати здобутки світового досвіду та формувати стійку систему первинної психологічної допомоги студентам на рівні здобуття вищої освіти.

Наявність стабільної системи первинної психологічної допомоги студентам прискорить вихід з криз и та посилить рівень професійної підготовки, що поєднає взаємопов'язані і взаємозалежні процеси проживання складного досвіду війни і травмівного зростання та цілеспрямованої активної діяльності і самовиховання. Посилення соціально-психологічної підтримки студентів, дасть розширення можливостей самоосвіти як цілеспрямованого процесу щодо розширення і поглиблення знань, навичок і вмінь майбутніх лікарів.

Освітній процес з посиленням соціально-психологічної підтримки студентам сформований в Україні через посилення роботи соціально-психологічних служб вишів, відкриття нових центрів психологічної допомоги студентам, активній діяльності Асоціації психологів вищої школи України та діяльності різних гуманітарних проєктів. Освітній процес з посиленням соціально-психологічної підтримки студентам завдяки індивідуальному підходу дозволяє підтримувати психічне здоров'я здобувачів вищої освіти (студентської молоді) в умовах війни; посилювати попередні та створювати нові умови для

виходу з кризи, саморозвитку та самовдосконалення особистісних якостей майбутніх фахівців.

Освітній процес з посиленням соціально-психологічної підтримки студентам-медикам передбачає (на прикладі досвіду БДМУ) – активна діяльність психологів та волонтерів-психологів для здійснення масштабованої інформованості про психічне здоров'я в студентському середовищі, проведення інформаційних та психодукаційних заходів, надання групового та індивідуального психологічного супроводу під час навчання. Окрім того, адміністрацією університету, для всіх спеціальностей введено наскрізні програми з ментального (психічного) здоров'я. ці програми дозволяють навчити майбутніх лікарів використовувати протоколи діагностики та ведення поширених психічних розладів (елементи програми MhGAP) і надають інші важливі інструменти та знання для майбутньої успішної роботи, а саме:

-  дбати про власне психічне здоров'я;
-  знати способи профілактики професійного вигорання лікарів;
-  користуватись ефективними способами зниження рівня стресу у власному житті;

-  гнучко адаптуватись до нових/змінених умов;
-  вміти кваліфіковано надавати допомогу особам із поширеними психічними розладами (депресія, гостра реакція на стрес, тривога, посттравматичний стресовий розлад, суїцидальна поведінка, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, інші скарги на стан психічного здоров'я);
-  оцінювати пріоритетні розлади;
-  розбудовувати та користуватись мережею надання допомоги пацієнтам із поширеними психічними розладами;
-  якісно доносити інформацію (включно з повідомленням негативних новин) й ефективно комунікувати з пацієнтом та його близькими;
-  для лікарів первинної ланки та окремих вузьких спеціалістів (наприклад, кардіологів) вести такі розлади, якщо вони легкого або помірного ступеня тяжкості, і людина не хоче йти до вузького спеціаліста (психіатра, психотерапевта, психолога);

 перескеровувати, за необхідності, до спеціалістів та відповідних служб (наприклад соціальних служб, реабілітаційних центрів тощо).

Освітній процес з посиленням соціально-психологічної підтримки студентам-медикам дозволяє підтримувати і зберігати психічне здоров'я здобувачів вищої освіти (студентської молоді) в умовах війни, допомагає формувати необхідні компетентності та дбати про себе.

Необхідно також зазначити, що освітній процес з посиленням соціально-психологічної підтримки студентам спрямований також на зниження ризиків невротизації молоді, як наслідку травми війни. Навіть психоедукація, як первинна інтервенція психологічної підтримки, сприяє дестигматизації, підвищує контактність і комунікативну активність здобувача освіти, призводить до зниження відчуття стресу та напруженості.

Таким чином, можна стверджувати про процес формування відносної стійкої системи посилення соціально-психологічної підтримки студентам, що посилює ефективність соціально-психологічної

адаптації і, відповідно, розширить можливості освіти й самоосвіти студентської молоді в Україні в часи війни.

Окрім того, процес позитивного розвитку особи, підвищення її потенціалу при включенні її в систему міжособистісних відносин та знаходження умов для реалізації потреб у самоповазі й самореалізації. На адаптацію можуть позитивно чи негативно впливати різноманітні фактори. Перелік факторів, що спричиняють позитивний або негативний вплив, є різноманітним і стосується усіх сфер життєдіяльності особистості. Фактори першого типу можуть суттєво вплинути на успішність адаптації, полегшити період пристосування до нових правил, укріпити в особистості здорову впевненість та життєстійкість, а також допомагати тримати у фокусі позитивні зміни. Фактори другого типу можуть суттєво ускладнити адаптивний період особистості в умовах бойових дій, посилити негативний погляд на оцінку життєвих ситуацій

Висновки. Отже, ми спробували здійснити огляд і уніфікацію понять психічне здоров'я і адаптація. Адаптація як процес позитивного розвитку особи, підвищує потенціалу особистості при включенні її в

систему міжособистісних відносин та знаходження умов для реалізації потреб у самоповазі й самореалізації. Визначили, що основною необхідною умовою збереження психологічного здоров'я є готовність особистості до творчого конструювання власного життя. Встановили, що дієвим інструментом підтримки і збереження психічного здоров'я є освітній процес з посиленням соціально-психологічної підтримки студентам як комплексний процес активізації внутрішнього ресурсу за рахунок безпечного середовища закладу вищої освіти.

Розглянули взаємозв'язок понять травмівна ситуація, травма і криза та їхнє співвідношення із збереженням психічного здоров'я студентської молоді. Визначили етапи проживання кризи особистістю та охарактеризували їх. Розглянули переваги освітнього процесу з посиленням соціально-психологічної підтримки студентам (на прикладі медико-психологічного центру БДМУ) та описали важливі інструменти та знання для успішної роботи майбутніх фахівців (лікарів), зокрема такі навички як : дбати про власне психічне здоров'я; знати способи профілактики професійного вигорання лікарів; користуватись

ефективними способами зниження рівня стресу у власному житті; гнучко адаптуватись до нових/змінених умов; вміти кваліфіковано надавати допомогу особам із поширеними психічними розладами (депресія, гостра реакція на стрес, тривога, посттравматичний стресовий розлад, суїцидальна поведінка, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, інші скарги на стан психічного здоров'я); оцінювати пріоритетні розлади; розбудовувати та користуватись мережею надання допомоги пацієнтам із поширеними психічними розладами; якісно доносити інформацію (включно з повідомленням негативних новин) й ефективно комунікувати з пацієнтом та його близькими; для лікарів первинної ланки та окремих вузьких спеціалістів (наприклад, кардіологів) вести такі розлади, якщо вони легкого або помірного ступеня тяжкості, і людина не хоче йти до вузького спеціаліста (психіатра, психотерапевта, психолога); перескеровувати, за необхідності, до спеціалістів та відповідних служб (наприклад соціальних служб, реабілітаційних центрів тощо).

Узагальнюючи та структуруючи етапи професійної підготовки майбутніх фахівців (лікарів),

необхідно вводити в освітній процес формування знань, умінь і навичок з діагностики, диференціації, збереження, підтримки та профілактики психічного (ментального) здоров'я та його складових. Завдання вишу, в умовах війни, кристалізувати у свідомості студентській молоді як використовувати адаптаційний ресурс та сформувати стійкий професійний інтерес до обраної спеціальності, ознайомити з ключовими інструментами поетапного підходу до розширення доступності послуг у сфері психічного здоров'я на регіональному, національному та субнаціональному рівнях; як інструменту посилення потенціалу майбутніх медичних працівників.

Використана література

1. Александров Д. Індивідуально-психологічні чинники ризику невротизації підлітків в умовах карантинних заходів. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві : збірник матеріалів VI Всеукраїнської науковопрактичної конференції (22 жовтня 2021 року) / уклад. В. С. Бліхар. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. С. 6-12

2. Безпалько О. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях: навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 134 с
3. Змішане навчання у закладах професійної (професійно-технічної) освіти. Навчально-методичний посібник / Оксана Пасічник, Юлія Єлфімова, Христина Чушак, Олена Шинаровська, Андрій Донець. — К.: 2021. — 92 с.
4. Ткачишина, Оксана Романівна (2021) Особливості соціально-психологічної адаптації особистості в умовах кризових ситуацій Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського, 32(71) (3). с. 93-98. ISSN 2709-3093
5. Психологічна допомога в кризових ситуаціях. Режим доступу: <https://msn.khnu.km.ua/mod/page/view.php?id=77179>
6. Кордунова Н. О. Психологічний супровід в кризових ситуаціях та адаптація в особливих умовах: методичні рекомендації до самостійної роботи. Луцьк: ПП Іванюк В. П., 2021. 60 с. (електронна адреса репозитарію ВНУ ім. Лесі Українки - <https://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/18712>)

7. Пєша Ірина, Андріученко Тетяна
ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В
УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ. - DOI:
[https://doi.org/10.31499/2618-0715.2\(11\).2023.291876](https://doi.org/10.31499/2618-0715.2(11).2023.291876)

Режим доступу:
<http://srso.udpu.edu.ua/article/view/291876>

8. Suprun, D. Griban, G., Nikulochkina, O.,
Varetska O., & Formation of the Primary School Teachers'
Information CompetencФy in Postgraduate Education.
Postmodern Openings, 11(3), 41-72.
<https://doi.org/10.18662/postmodern-openings/11.3/199>
Postmodern Openings ISSN: 2068-0236

3.3. Дарійчук М. Психологічний портрет студента-медика з високим рівнем тривоги в умовах хронічного стресу

В період війни дедалі частіше актуалізовується поняття хронічного стресу. Систематичне незадоволення базових потреб, а саме: повноцінний сон тривалістю 7-8 годин, збалансоване харчування, відчуття безпеки, регулярне фізичне навантаження – це все викликає стан постійної психологічної напруги. Коли ми говоримо про студентів-медиків, то в них подвійний тиск, оскільки з одного боку є досить насичена академічна програма медичних закладів вищої освіти, яка вимагає від студента-медика значних часових інвестицій, з іншого боку цей же студент-медик проживає в умовах війни. Відповідно, перебуваючи в подібному стані впродовж останніх років, цілком ймовірно, що може сформуватися тривожний фон його/її повсякденного функціонування.

Окрім сирен, які сигналізують про початок повітряної тривоги, звуків вибухів, новин про втрату або поранення близьких та рідних, студент-медик ще й переживає з приводу майбутніх умов розподілу після шостого курсу, чи вдасться написати іспит КРОК 1, 2, 3

та чи вдасться працевлаштуватися за тією спеціальністю, про яку студент-медик мріяв впродовж навчання. Подібне поєднання академічного та екзистенційного тиску, де з одного боку є хвилювання про свою академічну, а в майбутньому професійну діяльність, а з іншого боку студент-медик мусить весь час мобілізувати свої ресурси на межі виснаження (оскільки повітряна тривога, звуки вибухів чи переживання про близького, який зараз в лавах війська, не звільняють його від виконання академічної програми), призводить до невизначеності, виснаження, зниження ефективності адаптаційних механізмів та почуття невизначеності як за завтрашній день, так і за горизонт планування свого майбутнього. Це викликає посилення тривожності – як ситуативної, так і фонові.

Ситуативна тривожність є цілком нормальною перед іспитом чи модулем, а фонові тривожність супроводжує студента постійно, навіть у періоди відносного спокою. Подібний стан підвищеної тривожності поступово змінює і сприймання інформації (перцепцію), і способи мислення, і психоемоційний стан, а також впливає на якість міжособистісних взаємин. Саме тому усе це зумовлює потребу у

глибшому аналізі психологічного портрету студента-медика з підвищеним рівнем тривоги, де ми врахували його когнітивні особливості, мотиваційно-вольову сферу та адаптаційний потенціал.

Такий аналіз дає змогу краще збагнути не лише механізми психологічного виснаження, а й сформувати підходи до ефективної психопрофілактики та підтримки студентів-медиків в умовах хронічного стресу.

Мета цього розділу – сформувати цілісний психологічний портрет студента-медика з підвищеним рівнем тривожності в умовах хронічного стресу. Зокрема, в нашому розділі ми виявимо специфіку когнітивних процесів, емоційного стану та адаптаційних механізмів студента закладу вищої медичної освіти. Подібний підхід дозволяє краще осмислити ризики формування психологічного виснаження і можливого подальшого розвитку психологічних та психічних проблем, а також потенційні ресурси та інструменти, які можуть бути задіяні у процесі психопрофілактики та превенції зазначених негативних наслідків.

Завдання нашого дослідження:

- Проаналізувати психосоціальний контекст, у якому функціонує студент закладу вищої медичної

освіти в умовах воєнного часу, з урахуванням хронічного стресу.

- Визначити психологічні особливості студента закладу вищої медичної освіти з підвищеним рівнем тривожності, а саме окреслити характерні риси його/її когнітивної, емоційної та мотиваційної сфер.

- Охарактеризувати специфіку перцептивно-мисленнєвої діяльності у студентів з фоновою тривожністю, а також вплив тривожності на академічну ефективність та успішність.

- Виявити ключові адаптаційні ресурси та копінг-стратегії, які застосовують студенти закладів вищої медичної освіти в умовах хронічної напруги та стресу.

- Окреслити психологічні вразливості, що можуть сприяти формуванню психологічного виснаження або розвитку розладів у здобувачів вищої медичної освіти.

3.3.1. Хронічний стрес як психосоціальне середовище студента-медика

Перш за все, необхідно окреслити та визначити, що таке хронічний стрес. Згідно з визначенням, яке дає American Psychological Association, хронічний стрес – це фізіологічна або психологічна реакція на тривалий внутрішній або зовнішній стресовий фактор. Стресор не

обов'язково повинен бути фізично присутнім, щоб чинити вплив; спогади про нього можуть замінити його присутність і підтримувати хронічний стрес [1].

У психології наголошується, що хронічний стрес має значні наслідки як для соматичного, так і для психічного здоров'я. Хронічний стрес знижує рівень імунної реакції, викликає порушення сну, сприяє розвитку тривожних, депресивних, змішаних розладів, а також призводить до емоційного виснаження. Разом з цим, хронічний стрес впливає на функціонування головного мозку, зокрема на префронтальну кору та гіпокамп, який, своєю чергою, відповідає за пам'ять, емоційну регуляцію та інші функції психіки.

Особливо вразливими до впливу хронічного стресу є молоді люди, зокрема здобувачі вищої медичної освіти, оскільки вони перебувають у стані інтенсивного особистісного та професійного становлення. У студентів-медиків досить обмежена кількість часу на відпочинок, великий обсяг матеріалу, який необхідно опрацювати за короткий період, часто високі очікування з боку родини, особливо якщо в родині є лікарі, які бажають продовжити медичну династію.

В наших українських реаліях хронічний стрес набуває комплексного характеру: він зумовлений як об'єктивними зовнішніми обставинами (небезпека, втрати, повітряні тривоги), так і внутрішніми психологічними чинниками – тривогою за майбутнє, міжособистісними труднощами, втратою відчуття стабільності, проблемами з тим, щоб стійко та впевнено будувати якийсь горизонт планування. Це все створює для здобувачів вищої медичної освіти унікальний психосоціальний контекст, який суттєво впливає на всі сфери їхнього функціонування.

3.3.2. Тривожність у студентів-медиків: психологічна характеристика та форми прояву

У психології розрізняють ситуативну (state) тривожність – це тимчасова реакція на конкретний стресор, та стійку (trait) тривожність – як рису особистості з генетичною та біографічною основою [10]. Обидва її види є суттєвими при оцінці станів студентів-медиків.

Ситуативна (state) тривожність є цілком нормальною. З еволюційної точки зору вона виконувала адаптивну функцію: дозволяла мобілізувати необхідні ресурси в стресовий момент, бути більш пильним,

звертати увагу на деталі і допомагала виживати в складних умовах. У контексті здобувача вищої медичної освіти ситуативна тривожність перед практичним або семінарським заняттям, перед заліком чи модулем або перед КРОК – є типовою емоційною відповіддю/реакцією на значущі події. Для здобувача вищої медичної освіти ці події є важливими, і він/вона хвилюється перед ними.

Однак зовсім інша справа, коли здобувач вищої медичної освіти скаржиться на постійну або стійку (trait) тривожність. Занепокоєння навіть у відносно спокійних умовах, постійне внутрішнє напруження є глибшою психологічною характеристикою і потребує окремої уваги та підтримки. У здобувача вищої медичної освіти, який переживає стійку тривожність, спостерігаються такі тенденції: надмірний аналіз власних дій, постійне очікування загрози, уникання участі в клінічних чи комунікативних ситуаціях. Подібні речі аж ніяк не сприяють професійному становленню в майбутньому, а й ускладнюють академічну діяльність [10].

Вищезгадані зниження адаптивних ресурсів, порушення сну, погіршення міжособистісних взаємин – мають тенденцію до посилення в умовах війни [11].

Отже, розуміння ситуативної та стійкої тривожності в контексті психічного здоров'я здобувачів вищої медичної освіти є вкрай важливим як для діагностики, так і для психологічного супроводу, а також для превенції та подальшого запобігання подібних станів.

Когнітивні та перцептивні особливості тривожного студента

Хронічна тривожність суттєво знижує ефективність робочої пам'яті, зокрема центрального виконавчого компонента, фонетичної петлі та візуально-просторового скетчпаду [6; 7]. Іншими словами, тривожність сприяє зниженню швидкості мислення, збільшенню помилок під час самостійних, контрольних чи модульних робіт. Студент-медик з часом може перестати враховувати важливі деталі та інформацію.

Студенти з високою тривожністю частіше зазнають когнітивних спотворень – наприклад, схильні до катастрофізації, узагальнення, вибіркової абстракції [9]. Когнітивні спотворення також заважають приймати

зважені рішення в контексті академічної діяльності здобувача вищої медичної освіти.

За теорією perseverative cognition люди з підвищеною тривожністю частіше зациклюються на негативних думках, що спричиняє хронічну мобілізацію нервової системи, навіть у периферійній фазі [4]. Хронічна мобілізація нервової системи негативно впливає на зваженість у прийнятті рішень і підсилює фокус уваги на ймовірних помилках у клінічній практиці.

3.3.4. Мотиваційно-вольова сфера тривожного студента-медика

Тривожність, яка супроводжує студента-медика тривалий час, впливає не лише на його пам'ять, увагу та мислення, але й суттєво змінює мотивацію та здатність долати труднощі. В умовах хронічного стресу студенти частіше втрачають внутрішню зацікавленість у навчанні, відчувають брак енергії для досягнення цілей і нерідко відмовляються від викликів, які раніше сприймали як шанс для розвитку. Усе це безпосередньо стосується так званої мотиваційно-вольової сфери – тієї частини психіки, яка відповідає за наполегливість, саморегуляцію й витримку в умовах навантаження.

Якщо здобувач вищої медичної освіти весь час переживає стійку тривожність, то починають домінувати зовнішні мотиви, такі як страх покарання, страх невдачі, тоді як внутрішня мотивація, зацікавленість та інтерес – починають знижуватися.

Або ж студенти-медики з підвищеним рівнем тривоги починають уникати складних завдань, а не долати їх. Це проявляється в прокрастинації, униканні практичних ситуацій, оскільки у здобувача вищої медичної освіти присутній страх, що він/вона помилиться.

Здобувачі вищої медичної освіти стають менш стійкими до фрустрації. В статті “The Confusion Constellation: A New Way of Looking at Confusion and Frustration” автори визначають фрустрацію так: «фрустрація визначається як досвід, який відчуває людина, коли їй заважають досягти мети. Часто такий досвід, коли людина стикається з перешкодами або не може досягти мети, може призвести до почуття роздратування або втрати впевненості в собі» [3].

Отже, зниження толерантності до фрустрації у здобувачів вищої медичної освіти, які мають високий рівень тривоги, може призводити до зниження

академічної ефективності та майбутньої професійної реалізації.

Таким чином, стійка тривожність у студентів-медиків впливає на їхню мотиваційно-вольову сферу: знижується мотивація, підвищується уникання складних завдань, залежність від зовнішніх стимулів і зменшується стійкість до фрустрації.

3.3.5. Адаптаційні ресурси та копінг-стратегії тривожних студентів-медиків

Окремої уваги заслуговує аналіз адаптаційних ресурсів здобувачів вищої медичної освіти, у яких спостерігається підвищений рівень тривожності. Попри високий рівень тривожності, значна частина студентів-медиків зберігає високу функціональність та демонструє академічну успішність за допомогою використання адаптивних стратегій, ресурсів, копінгів.

Адаптаційними ресурсами здобувачів вищої медичної освіти є: друзі, родичі, куратори академічних груп, фахівці з психічного здоров'я університету, особистісна стресостійкість та резильєнтність. Як зазначають в Американській психологічній асоціації, «резильєнтність — це процес і результат успішної адаптації до складних або важких життєвих ситуацій,

особливо за допомогою гнучкості та пристосування на рівні психіки, емоцій та поведінки» [2].

Щодо копінг-стратегій, то здобувачі вищої медичної освіти з високим рівнем тривоги використовують як адаптивні, так і неадаптивні стратегії. До адаптивних відносять: пошук соціальної підтримки, планування, позитивну переоцінку. До неадаптивних стратегій включають: уникнення, самозвинувачення, надмірне осмислення.

В період війни використання емоційно орієнтованих копінг-стратегій спостерігається частіше і, з одного боку, це може стабілізувати, а з іншого – загострити тривожний стан, залежно від глибини особистісної рефлексії.

Також серед типових копінгів виділяють компенсаторну гіперпродуктивність: щоб уникнути негативних переживань, здобувач вищої медичної освіти починає надмірно зосереджуватися на навчанні, ігноруючи інші сфери свого життя, де він/вона відчуває негативні психо-емоційні переживання.

Глибше розуміння того, як тривожні студенти-медики справляються зі щоденними викликами, дає змогу не просто описати їхні труднощі, а й підібрати

більш чутливі, реалістичні та ефективні підходи до психологічної підтримки. Це дозволяє створювати програми у закладах вищої освіти, які враховують їхню вразливість, але водночас і внутрішній потенціал до адаптації.

Студент медичного університету, який навчається в умовах тривалого стресу та підвищеної тривожності, дуже часто залишається наодинці з цілим спектром внутрішніх переживань. Попри щоденні обов'язки, щільний графік і високі очікування, він чи вона нерідко балансує на межі виснаження. І мова не лише про втому чи навантаження. Йдеться про внутрішній стан, коли тривожність стає фоном усього життя: навчання, спілкування, сну, навіть відпочинку. Коли ми говоримо про тривожного студента-медика, варто пам'ятати, що це не просто «проблемний» студент. Це молода людина, яка живе у час війни, має багато запитань про майбутнє і дуже мало відповідей. У когось рідні на фронті, у когось – втрати, у когось – відчуття безпорадності й відсутності опори. І все це – в той самий момент, коли потрібно здавати модулі, чергувати в клініках, готуватись до КРОКів. Такий студент – це не статистика і не абзац у підручнику. Це

той, хто щодня намагається триматися, хоча б іноді почуваючись безпорадним. Проте в цьому портреті є не лише вразливість. Є й опори. Адаптаційні ресурси таких студентів часто надихають. Для когось це – близький друг або подруга, для когось – куратор, група підтримки чи навіть коротка розмова з психологом. Інші знаходять сили у творчості, волонтерстві, вірі. Як вказано в публікації Американської психологічної асоціації, “Resilience is the process and outcome of successfully adapting to difficult or challenging life experiences, especially through mental, emotional, and behavioral flexibility” [2]. Деякі студенти, незважаючи на внутрішню тривогу, залишаються надзвичайно працездатними. Вони щодня «виходять із себе», щоб зібратися і зробити ще один крок вперед. Як вказано в статті I. de Terte та колег, “Resilient individuals use cognitive strategies to reframe adversity and maintain goal-directed behaviour under pressure” [5]. Часто це не про героїство, а про просте «я мушу», «я маю триматись». Вони вміють просити допомогу, хоч іноді це дається важко. Вони вміють бути поруч із іншими, навіть коли самі розгублені. І це неймовірна сила.

Психологічний портрет тривожного студента-медика – це не лише перелік труднощів. Це й нагадування про глибину, щирість і вразливість тих, хто вирішив присвятити життя медицині. Як вказано в дослідженні S. S. Luthar, “Resilience is best understood not as a trait, but as a dynamic process that varies depending on context, time, age, gender, and cultural origin” [8]. А отже, важливо не «виправляти» таких студентів, а чути їх. Розуміти. Створювати простір, де їхня тривога буде не чимось, що треба терміново усунути, а сигналом про глибші потреби – в безпеці, у прийнятті, у стабільності. Підсумовуючи, можна сказати просто: психологічна підтримка студента-медика з тривожністю – це не розкіш і не опція, а етична відповідальність. І якщо ми хочемо бачити в майбутньому не лише професійних лікарів, а й емоційно здорових, живих людей, то саме тут і зараз нам варто бути уважними до кожної тривоги, яку вони в собі несуть.

Використана література

1. American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology: Chronic stress [Електронний ресурс]. URL: <https://dictionary.apa.org/chronic-stress> (дата звернення: 25.06.2025).

2. American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology: Resilience [Электронный ресурс]. URL: <https://dictionary.apa.org/resilience> (дата звернения: 25.06.2025).
3. Baker R. S., Cloude E., Andres J. M. A. L., Wei Z. The Confrustion Constellation: A New Way of Looking at Confusion and Frustration // Cognitive Science. – 2025. – Vol. 49, № 1. – P. e70035. DOI: 10.1111/cogs.70035.
4. Brosschot J. F., Gerin W., Thayer J. F. The perseverative cognition hypothesis: a review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health // Journal of Psychosomatic Research. – 2006. – Vol. 60, № 2. – P. 113–124. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.06.074.
5. de Terte I., Stephens C., Huddleston L. The development of a three-part model of psychological resilience // Stress and Health. – 2014. – Vol. 30, № 5. – P. 416–424. DOI: 10.1002/smi.2625.
6. Eysenck M. W., Calvo M. G. Anxiety and performance: The processing efficiency theory // Cognition and Emotion. – 1992. – Vol. 6, № 6. – P. 409–434.
7. Eysenck M. W., Derakshan N., Santos R., Calvo M. G. Anxiety and cognitive performance: attentional

control theory // *Emotion*. – 2007. – Vol. 7, № 2. – P. 336–353. DOI: 10.1037/1528-3542.7.2.336.

8. Luthar S. S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work // *Child Development*. – 2000. – Vol. 71, № 3. – P. 543–562. DOI: 10.1111/1467-8624.00164.

9. Özdemir İ., Kuru E. Investigation of cognitive distortions in panic disorder, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder // *Journal of Clinical Medicine*. – 2023. – Vol. 12, № 19. – P. 6351. DOI: 10.3390/jcm12196351.

10. Spielberger C. D. (Ed.). *Anxiety: Current trends in theory and research*. – Vol. 1. – New York: Academic Press, 1972.

11. Stadnik A., Melnyk Y., Mykhaylyshyn U., Matos M. Peculiarities of the psychological well-being and social adaptation of young students and cadets in wartime conditions // *International Journal of Science Annals*. – 2023. – Vol. 6, № 1. – (без нумерації сторінок). DOI: 10.26697/ijsa.2023.1.7.

Для нотаток