



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
VII МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ
ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ»

26-27 ЛЮТОГО 2026 РОКУ



м. Запоріжжя

<i>Денисенко В.В.</i> ПРОФЕСІЙНЕ МИСЛЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА: ДЕОНТОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ...	91
<i>Денисенко В.В., Денисенко С.А.</i> МЕДИКАЛІЗАЦІЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ІНСТРУМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ.....	92
<i>Дяченко М.С.</i> ПРОФЕСІЙНИЙ ПОРТРЕТ ЛІКАРЯ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ: ЗНАЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА РІВЕНЬ СУСПІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ.....	94
<i>Єнгалічев Т.Р.</i> ЕВТАНАЗІЯ В СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ: СЛИЗЬКА ДОРІЖКА ЧИ ОБГРУНТОВАНИЙ МЕТОД?.....	95
<i>Карпенко К.І.</i> ЕКОЦИД У КОНТЕКСТІ КОНЦЕПЦІЇ «СПІЛЬНОЇ ВРАЗЛИВОСТІ».....	97
<i>Кравченко В.Ю., Кравченко О.Ю.</i> ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ВИКОРИСТАННЯ ПЛАЦЕБО В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	100
<i>Krawczyk K.M.</i> THE PHILOSOPHY OF PREVENTION IN PARASITOLOGY: OVERCOMING SOCIO-PHILOSOPHICAL BARRIERS AND STIGMA IN PUBLIC HEALTH	102
<i>Пустовіт С.В.</i> СУБ'ЄКТИВНІСТЬ ТВАРИН В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ.....	103
<i>Рохман Б.М., Дойчик М.В., Сініцина А.В.</i> ЕКОЛОГІЧНИЙ СВІТОГЛЯД У СВІТЛІ ВИКЛИКІВ СУЧАСНОСТІ (ЕТИКО-АНТРОПОЛОГІЧНИЙ ВИМІР).....	105
<i>Резанова Н.О., Колебанов Д.С.</i> МІЖ ДЕОНТОЛОГІЄЮ І НЕОБХІДНІСТЮ: ЕТИЧНІ МЕЖІ ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ У ПРОСТОРИ ВІЙНИ.....	108
<i>Рунчева К.А.</i> НЕЙРОСТИМУЛЯЦІЯ ТА ЕТИЧНІ ПИТАННЯ: ПРАВО НА СВІДОМІСТЬ І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПАЦІЄНТА.....	110
<i>Цимбал А.Ю., Котлова Ю.В.</i> ІНСТРУМЕНТИ ЛІКАРЯ У ПОДОЛАННІ СТИГМИ ПЕРЕДЧАСНОГО НАРОДЖЕННЯ: ВІД СІМЕЙНО-ОРІЄНТОВАНОГО ДОГЛЯДУ ДО РАННІХ НЕЙРОРОЗВИТКОВИХ ВТРУЧАНЬ	112
СЕКЦІЯ 4. ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ	
<i>Білай І.М., Білай А.І.</i> ПОКРАЩЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ФАРМАЦЕВТАМ-ІНТЕРНАМ З ВИКОРИСТАННЯМ НАУКОВОЇ ТЕХНОЛОГІЇ «ВІРТУАЛЬНА АПТЕКА».....	114
<i>Vasylenko H.V., Kucher T.V.</i> THE IMPORTANCE OF COGNITIVE-COMMUNICATION TEACHING IN THE STUDY OF PHARMACOLOGY AND PATHOPHYSIOLOGY AS COMPONENTS OF CLINICAL THINKING...	115
<i>Давидова А.Г., Курочкін М.Ю., Капустін С.А.</i> НАВЧАЛЬНІ АСПЕКТИ ВИХОВАННЯ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ МЕДИЦИНИ КРИТИЧНИХ СТАНІВ.....	121
<i>Дейнега В.А.</i> ПРОБЛЕМИ ВІДПРАЦЮВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ ТА МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОЗВІТІВ СТУДЕНТІВ ЯК ФОРМИ ДОМАШНЬОГО ЗАВДАННЯ.....	122
<i>Дуюн І.Ф.</i> МЕДИЧНА ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ.....	124
<i>Зарічна Т.П., Соляненко О.Л.</i> ДІЯЛЬНІСТЬ ВИКЛАДАЧА В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ОСВІТИ.....	125
<i>Земляний Я.В., Земляна Н.А.</i> ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ВІРТУАЛЬНОГО СИМУЛЯТОРА ПАЦІЄНТА BODY INTERACT ПРИ ВИКЛАДАННІ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН.....	127

В практичній діяльності лікаря цей феномен ми бачимо в збільшенні кількості невірних діагнозів щодо окремих категорій пацієнтів у порівнянні із загальними показниками. Так, наприклад, це актуально для пацієнтів із зайвою вагою або з підтвердженими онкологічними діагнозами.

Іншу сторону професійної стереотипізації представлено в дослідженнях німецького психолога Карла Дункера [2, 3]. Він працював над «теорією продуктивного мислення»: вивчення когнітивних механізмів, які застосовує людина при вирішенні певного завдання. К. Дункер збагатив когнітивну психологію такими термінами як «ментальна ригідність» та «функціональна фіксованість». Типові проблеми ми вирішуємо типовим способом: мозок не здатний кожного разу вдаватися до творчого натхнення. Люди розв'язують проблеми не так, як слід, а як вони можуть, виходячи не з потреби завдання, а спираючись на власний досвід. Іншими словами, вирішуючи задачу, ми думаємо не про те, як зробити це найефективнішим чином і отримати найкращий результат, а про те, як ми можемо свій власний досвід, свої навички і вміння застосувати до цієї ситуації. В результаті ми бачимо приклади, коли методика лікування використовується не тому, що вона дає потрібний ефект, а тому, що вона знайома лікарю, він вже має досвід роботи з цією методикою.

Описаний вище ефект професійного мислення є об'єктивно обумовленим, пов'язаний з особливостями роботи людського мозку, з так званими «когнітивними упередженнями» – систематичними помилками, що виникають через необхідність швидкого аналізу даних. Розуміння причини і механізмів їх появи дозволяє попередити негативні наслідки, знизити ризик лікарської помилки. Це актуалізує включення до освітніх програм підготовки медичних працівників поряд зі спеціальними освітніми компонентами також дисциплін, спрямованих на формування когнітивних, аналітичних, комунікативних компетентностей студентів-медиків.

Список використаних джерел

1. Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. New York, 2011. 533 p. URL: <https://dn790002.ca.archive.org/0/items/DanielKahnemanThinkingFastAndSlow/Daniel%20Kahneman-Thinking%2C%20Fast%20and%20Slow%20%20.pdf>
2. Duncker K. The Influence of Past Experience upon Perceptual Properties. *The American Journal of Psychology*. 1939. Vol. 52. №2. P. 255–265. URL: <https://www.jstor.org/stable/1416111>
3. Simon Herbert A. Karl Duncker and Cognitive Science. *Thinking in Psychological Science*. New York: Routledge, 2017. 345 p.

МЕДИКАЛІЗАЦІЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ІНСТРУМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ

Денисенко Вікторія Володимирівна,
к. іст. н., старший викладач кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет;
Денисенко Світлана Андріївна, студентка 3 курсу,
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Медикалізація – це процес, під час якого медичні визначення та практики починають застосовуватись до моделей поведінки, психологічних феноменів та фізичних станів, які раніше не вважались патологічними [2]. Дж. Піттс, один з найперших соціологів, який звернув увагу на це явище, ще у сімдесятих роках минулого століття висунув тезу, що медикалізація є одним з найбільш ефективних засобів соціального контролю. Підтвердженням цього є числені приклади псевдонаукових діагнозів, які у різні історичні періоди приписували певним маргіналізованим групам з метою корекції їхньої поведінки.

Так, ще у 1851 році американський лікар Самюел Картрайт висунув ідею існування психічного розладу під назвою «драпетоманія», який сьогодні вважається одним із найяскравіших прикладів наукового расизму. Термін утворений від давньогрецької *δραπέτης* (*drapetes*, «утікач [раб]») та *μανία* (*mania*, «божевілля») і використовувався для пояснення схильності до втечі із плантацій у рабів. Даний розлад діагностували у темношкірих, які

намагались втекти більш ніж два рази [1]. Картрайт стверджував, що «рабство було настільки значним покращенням у житті африканців, що жодна психічно здорова людина не спробувала б втекти». Лікування, запропоноване ним, включало в себе бичування та ампутацію пальців ніг.

Ще одним прикладом медикалізації як соціального контролю можна вважати діагноз, запропонований С. Картрайтом – «дизестезія ефіопів». Вважалося, що цей психічний розлад викликав потьмарення свідомості, змушував рабів нехтувати роботою, спричиняти безлад та виступати проти наглядачів. Картрайт пропонував лікувати це побоями та примусовим перебуванням раба тривалий час на сонці. Він стверджував, що після вдалого лікування раб «має бути вдячний за відновлення потьмареної свідомості», та використовував цей діагноз для підтвердження суспільних переконань, що темношкірі не здатні піклуватись про себе та потребують постійного нагляду з боку білих людей [5].

Особливої уваги в контексті медикалізації девіантної поведінки заслуговує діагноз «істерія» (від гр. *ἰστέρα, hystera* «матка»). Перші згадки про нього датують ще 1850 р. до н.е. у давньоєгипетському гінекологічному папірусі Кахуна, пізніше його описували давні греки, середньовічні лікарі, а також такі відомі спеціалісти як Зигмунд Фройд та Жан-Мартен Шарко. Теорії про етіологію цього захворювання варіювались від «блукання матки по організму» та гінекологічних розладів до пережитого досвіду сексуального насилля, або навіть просто сексуальних фантазій пацієнтки. До симптомів у різні часи відносили: небажання жінки одружуватись, тривогу, іпохондричний стан, плаксивість, небажання розмовляти, імпульсивну сексуальну поведінку і багато іншого. Широке різноманіття спостерігалось і серед запропонованих методів лікування істерії, найчастішими з яких були масажі тазу, кліторальна стимуляція, використання транквілізаторів та нейролептиків, у більш рідкісних випадках – гістеректомія. Лише в 1980 р. істерія була виключена з DSM. Наприкінці ХХ століття цей розлад почали розцінювати як інструмент контролю над жінками та використовувати як символ їх систематичного пригнічення у патріархальному суспільстві [6].

Медикалізація «незручної» поведінки використовувалась не тільки як інструмент утистки маргіналізованих груп, але і як метод репресій. Так у 1970-их роках в СРСР особливої популярності набув діагноз «уповільнена шизофренія». Він характеризувався досить розмитим симптомокомплексом, який включав у себе іпохондрію, депресивний стан, втрату емоційного резонансу, «відчуття неповноти» та розвиток фобій. Не зважаючи на те, що ВООЗ не визнавала даного розладу, у СРСР його часто ставили дисидентам з метою їхньої ізоляції та позбавлення дієздатності. Пізніше дана практика отримала широке засудження на міжнародному рівні.

П. Конрад сформулював такі основні причини використання медикалізації як ефективного засобу соціального контролю [3, 4].

1. Визначення девіантної поведінки як медичної проблеми дозволяє використовувати для її корекції певні засоби, які в іншому випадку б не розглядались, наприклад оперативні втручання або застосування психоактивних речовин. Так лоботомія (лейкотомія) використовувалась на людях, схильних до жорстокості та агресії, за допомогою електросудомної терапії намагались лікувати гомосексуальність, а важкі седативні засоби в другій половині ХХ ст. застосовувались на дітях з гіперактивністю.

2. Індивідуалізація соціальних проблем. Яскравим прикладом цього можна вважати гіперкінетичний розлад у дітей, який був популярний в Америці в середині минулого століття. Його симптоми включали в себе гіперактивність, схильність до порушення правил та низьку самооцінку, а лікування було здебільшого медикаментозне. Це дозволяло симптоматично коригувати девіантну поведінку, не приділяючи увагу соціальним проблемам, які першочергово її викликали: діти тривалий час знаходились наодинці та не отримували належної уваги та виховання від батьків та вчителів.

3. Прибирання моральної складової девіантної поведінки. Якщо розглядати девіацію як медичну проблему, а не особистісну, а корекцію цієї поведінки – як лікування, а не покарання, то люди більш схильні звертатись по допомогу та приймати поради та терапію. Цей принцип

і дотепер часто використовується для осіб, що мають схильності до агресії і жорстокості, та до осіб з наркотичною або алкогольною залежністю.

Таким чином, ми можемо дійти висновку, що патологізація девіантної поведінки була і лишається одним із найефективніших засобів контролю за суспільством, який дозволяє не тільки симптоматично корегувати дану поведінку, але і стимулює представників маргіналізованої групи самих звертатись по допомогу.

Список використаних джерел

1. Сепетий Д. П. Поняття здоров'я та хвороби: натуралізм, нормативізм та аргументи від драпетоманії. *Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу*: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького). К.: НМУ ім. О. О. Богомольця, ВР ІФ ім. Г. С. Сковороди НАНУ, 2021. С.131–134.

2. Ballard K., Elston M. A. Medicalisation: A Multi-dimensional Concept. *Social Theory & Health*. 2005. № 3. P. 228–241.

3. Conrad P. The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems*. 1975. Vol. 23, № 1. (Oct., 1975). P. 12-21.

4. Conrad P., Schneider J. W., 2002 Medicine as an institution of social control. *Deviance and social control*. McGraw-Hill, 2002. P. 196–204. URL: <https://www.studocu.com/en-us/document/university-of-colorado-boulder/deviance-in-us-society/medicine-as-social-control/41558194>

5. Devis J. E. Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering. *Medical sociology*. Wiley-Blackwell, 2010. P. 211–241. URL: <https://mysocialbliss.com/wp-content/uploads/2025/05/William-C.-Cockerham-The-New-Blackwell-Companion-to-Medical-Sociology-Blackwell-Companions-to-Sociology-20091.pdf#page=231>

6. Tasca C. at al. Women And Hysteria In The History Of Mental Health. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2012. Oct 19, 8. P.110–119. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3480686/>

ПРОФЕСІЙНИЙ ПОРТРЕТ ЛІКАРЯ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ: ЗНАЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА РІВЕНЬ СУСПІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Дяченко Марина Сергіївна,
PhD, доцент кафедри педіатрії №2,
Харківський національний медичний університет

У сучасному глобалізованому світі роль лікаря зазнає суттєвих трансформацій, виходячи за межі суто клінічного фахівця. Сьогодні лікар сприймається суспільством як агент соціальних змін, чия діяльність базується на засадах гуманізму, інклюзивності та високої етичної відповідальності. У контексті українських реалій, де медична система перебуває на стадії активного реформування та інтеграції в європейський простір, особливої актуальності набуває питання гендерної компетентності як одного з ключових показників професіоналізму та цінності медичного персоналу.

Гендерна компетентність є суттєвою складовою сучасної медичної практики, яка відображає інтегровану сукупність знань, навичок і професійних установок, необхідних для забезпечення високоякісної та недискримінаційної медичної допомоги. Вона передбачає здатність до аналізу того, як біологічна стать (sex) та соціальний гендер (gender) впливають на показники здоров'я, перебіг захворювань та ефективність лікування [2, с. 5]. Для сучасного суспільства значення лікаря визначається його здатністю бачити пацієнта через призму індивідуальних особливостей, відмовляючись від застарілих стереотипів.

Рівень відповідальності лікаря в умовах глобалізації зростає пропорційно до появи нових наукових даних про відмінності в симптоматиці та лікуванні пацієнтів різних гендерних груп. Ігнорування цих факторів може призвести до неправильної діагностики та погіршення загального стану здоров'я. Наприклад, симптоматика серцевого нападу у жінок часто