МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ ТА НАУКИ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА РАДА
ДНУ “ІНСТИТУТ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗМІСТУ ОСВІТИ”
КЗВО ЛОР “ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПИНСЬКОГО”

МАТЕРІАЛИ

ІІ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ У ЗВО МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ

2 червня 2023 року

Львів
Видавництво Львівської політехніки
2023

УДК 37.018.43:004
М 34

Оргкомітет конференції:

Голова:
Кривко Ю. Я., ректор КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського», професор.

Заступник голови:
Неділько Р. В., зав. кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського», канд. наук з держ.управління (доктор філософії).

Члени оргкомітету:
Сойка Л. Д., проректор з навчальної роботи, кандидат хімічних наук
Согуйко Ю. Р., проректор з розвитку та міжнародних зав'язків, кандидат медичних наук, доцент.
Яремчук О. В., викладач КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського».
Бялий А. О., викладач КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського».
Жубрид М. Т., викладач КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського».
Кузьменко О. В., викладач КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського».
Фітьо Н. Р., викладач КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського».
Білобривка В. Ю., викладач КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського».

Редколегія:
Стоколос-Ворончук О. О., проректор з наукової роботи КЗВО ЛОР «Львівськоа медична академія ім. А. Крупинського», доцент.
Юристовська Н. Я., проректор з виховної роботи КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського», канд. наук з держ.управління (доктор філософії).
Безкоровайна У. Ю., декан КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського», канд. наук з держ.управління (доктор філософії).
Дуб Н. Є., декан КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського», канд. наук з держ.управління.

Рекомендовано до друку вченою радою КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
(протокол № 10 від 31.05.2023 р.)

Матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції
М 34 (заочна форма) «Актуальні питання запровадження інтерактивно-інноваційних форм навчання у ЗВО медичного профілю» (м. Львів, 2 червня 2023 року). – Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2023. – 124 с.
ISBN 978-966-941-830-2

У збірнику тез вміщено матеріали науково-практичної конференції «Актуальні питання запровадження інтерактивно-інноваційних форм навчання у зво медичного профілю» для студентів, викладачів, магістрів, молодих науковців та практикуючих медичних сестер/братів.

УДК 37.018.43:004

Відповідальність за зміст і оформлення матеріалів несуть автори та наукові керівники.

© КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського», 2023
© Національний університет «Львівська політехніка», 2023

ISBN 978-966-941-830-2

СЕКЦІЯ 1

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА:
СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ

ГВОЗДЕЦЬКА Г.С.,
завідувачка сестринським відділенням,
викладачка – методист,
Івано – Франківський національний
медичний університет,
ГЛОВЯК В.Г.,
завідувач навчально – виробничої практики,
Івано – Франківський національний
медичний університет
ЖУКУЛЯК О.М.,
асистентка кафедри акушерства та
гінекології ім. І.Д.Ланового,
Івано – Франківський національний
медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 223 МЕДСЕСТРИНСТВО ОПП «ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА» ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІН АКУШЕРСЬКО- ПЕДІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Самостійна робота студентів є важливою ланкою освітнього процесу і виконується як під методичним керівництвом викладача, так і без його безпосередньої участі [2,с.13]. Самостійна робота студентів є важливим компонентом освітнього процесу при вивченні дисциплін акушерсько- педіатричного профілю студентами ІІІ курсу спеціальності 223 Медсестринство ОПП «Лікувальна справа» у фаховому медичному коледжі ІФНМУ. Під час виконання самостійної роботи студентами відбувається узагальнення, систематизація отриманих теоретичних знань, закріплення практичних навичок. Цей вид освітньої діяльності розвиває у студентів самостійність, що є необхідним у будь-якій професійній діяльності, сприяє формуванню мотивації до навчання [3, с.22]. Самостійна робота дозволяє знизити аудиторне навантаження як на студента, так і на викладача. При підготовці майбутніх фельдшерів ми використовуємо такі види самостійної роботи студентів: усна – доповідь, повідомлення,

коментар, презентація проблеми; письмова – опорні конспекти, таблиці, схеми, відеопрезентації; конструкторська – моделі, макети, наочність. Основними формами організації самостійної роботи студентів III курсу, є розроблені робочі зошити із наступних ди: «Акушерство», «Гінекологія», «Педіатрія», тематичні завдання з подальшим підсумковим тестовим контролем отриманих знань. Основними принципами відбору матеріалу для самостійного вивчення є наступні: зведення до мінімуму обсягу і складності матеріалу, відведеного для самостійного вивчення студентами з метою відповідності обсягу та рівня складності матеріалу можливостям кожного студента і часового інтервалу, відведеного для засвоєння матеріалу; узгодженість навчальних матеріалів (аудиторної та позааудиторної роботи); дотримання єдиних дидактичних вимог самопідготовки, контролю та оцінки знань, навичок та вмінь.

Одним із видів самостійної роботи студента є оформлення студентської історії хвороби та листа первинного огляду пацієнта, що являється варіантом навчальної роботи студентів і дозволяє закріпити отримані теоретичні знання та практичні навички.

Відповідно до робочих навчальних програм із дисципліни «Акушерство», «Педіатрія», «Гінекологія» нами розроблені методичні вказівки «Навчальна історія хвороби (лист первинного огляду) з акушерства, педіатрії, гінекології» для студентів спеціальності 223 Медсестринство ОПП «Лікувальна справа». Методичні вказівки включають рекомендації щодо оформлення паспортних даних (загальні відомості про пацієнтів та їх родичів), надання невідкладної допомоги, формування попереднього діагнозу, призначення лікування. Для правильного оформлення Історії в кожному розділі методичних вказівок детально описані обов'язкова інформація, наведена методика обстеження хворих. Студентам необхідно чітко зібрати анамнез, провести об'єктивне обстеження, правильно сформулювати попередній діагноз, описати надання невідкладної медичної допомоги.

Оформлення історії хвороби сприяє інтеграції теоретичних знань і практичних навичок студентів у світлі вчення сучасної медицини.

Робочий зошит студента створено для удосконалення організації самостійної роботи студента, а саме більш ефективно використовувати час практичних та індивідуальних занять, стимулювати й активізувати розумову діяльність студентів; підвищення продуктивності навчання з дисциплін акушерсько-педіатричного профілю. За допомогою створення так званого «портфоліо» досягнень студента, надається можливість систематичної та безперервної оцінки, а також оптимізується підготовка та проведення аудиторних занять. До кожної з навчальних тем пропонується студентові вирішити ряд завдань. Завдання можуть бути декількох видів: ланцюгові, в яких одна правильна відповідь на

наступні завдання залежить від попередньої відповіді (створення графологічної структури теми, схем, графіків, кросворди і відповіді до них, формування інформаційного блоку); тематичні, в яких присутня сукупність завдань будь-якої форми для контролю по одній темі (створення опорного конспекту, узагальнюючої таблиці, матеріалів презентації з допомогою мультимедійної комп'ютерної програми Power Point); текстові, в яких представлено сукупність завдань відкритої форми для контролю знань навчального тексту (підготовка інформаційного повідомлення, написання міні-реферату, конспекту першоджерела); ситуаційні, які застосовуються для перевірки знань і умінь діяти в практичних ситуаціях (створення та вирішення проблеми, еталонів відповіді до неї, створення та вирішення ситуаційних задач (кейсів), професійних алгоритмів). До однієї теми запропоновано п`ять завдань різних видів. Завдання повинні виконуватись в тому порядку, в якому вони подані. Кожне завдання теми оцінюється в 1 бал, тому максимальна оцінка самостійної роботи підготовки за темою становить 5 балів. Усі завдання у робочому зошиті виконуються самостійно студентом під час підготовки до заняття, викладення думки у текстових завданнях повинно бути лаконічне, логічне, послідовне. На початку заняття викладач перевіряє робочий зошит кожного студента, тим самим оцінюючи його готовність до заняття, рівень знань і умінь, набутих при самостійній підготовці до даної теми. Тематичні завдання з самостійної роботи студентів складені відповідно до поточних тем занять і включають блок теоретичної інформації і тестові завдання з викладеного матеріалу. Блоки інформації студенти вивчають самостійно в спеціально відведене для цього час на заняттях (аудиторні робота) при методичному сприянні викладача, і без його безпосередньої участі. У якості контролю самостійно отриманих знань та навичок використовуються вхідний і вихідний (підсумковий) тестовий контроль теоретичних знань, поточний і підсумковий контроль (зріз) практичних навичок і умінь.

Нами розроблено методичні вказівки для самостійної роботи студентів використання яких сприяє повноцінному вивченню деяких розділів дисциплін акушерсько- педіатричного профілю. У даному випадку основним методом самостійної роботи студентів є самостійне вивчення змісту навчального питання з подальшим тестовим контролем знань. Використання тестових завдань дозволяє швидко і якісно перевірити отримані студентами знання, охопити опитуванням усіх присутніх на заняттях студентів.

Результативність самостійної роботи студентів визначається наявністю її контролю.

Отже, самостійна робота студентів спеціальності 223 Медсестринство ОПП «Лікувальна справа» у фаховому медичному коледжі ІФНМУ при вивченні

дисциплін акушерсько- педіатричного профілю є важливою ланкою освітнього процесу, дозволяє поглибити теоретичні знання, закріпити практичні навички, сприяє розвитку у студентів мотивації до навчання, сприяє розвитку у студентів комунікативної компетентності , сприяє формуванню особистості фельдшера.

ЛІТЕРАТУРА

1. І.Я.Губенко., І.В.Радзієвська. Галузеві стандарти вищої освіти як складова системи підготовки медичних сестер. // Медсестринство. – 2014. – №1. – С. 14-17
2. Ковальчук Л.Я. Застосування Європейських стандартів і рекомендацій щодо внутрішнього забезпечення якості медсестринської освіти в Тернопільському державному медичному університеті // Медсестринство. – 2011. – №1. – С. 13-16.
3. Реформування системи підготовки медичних сестер в Україні // Медсестринство. – 2014. – №1. – С. 20-24.
4. Р.О.Сабадашин,О.В Маркевич,В.О.Рижковський. Методологія застосування алгоритмів при підготовці майбутньої медичної сестри . // Медсестринство. – 2014. – №2. – С. 18-21.
5. Шегедин М.Б., Окс Н.Л. Навчальному процесу – нові форми організації. Досвід застосування традиційних і активних форм навчання у Львівському державному медичному коледжі імені Андрея Крупинського// Медсестринство. – 2013. – №1. – С. 31-3

НЕДІЛЬКО Р.В.,
канд.держ.упр.
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.,
канд.держ.упр.
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ В КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я: ДОСЛІДЖЕННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ

Створення сучасного освітнього простору вищої школи України, що спостерігається останніми роками, супроводжується зміною традиційних підходів до навчання студентів, зокрема, медичних спеціальностей, відповідно до міжнародних критеріїв організації освітньої діяльності [1]. Цей факт зумовлений значним зростанням вимог до професійної підготовки медичних фахівців, а тому виникає необхідність у зміні сучасної парадигми вищої медичної освіти й формуванні інноваційного мислення в здобувачів освіти шляхом забезпечення високої якості викладання навчального матеріалу з використанням як традиційних, так і сучасних методів навчання [2]. Це вимагає суттєвого вдосконалення практичної підготовки майбутніх медичних фахівців, розроблення нових, більш ефективних форм передачі матеріалу з метою поглибленого вивчення клінічної інформації та засвоєння її значного обсягу на більш високому та якісно новому рівні [3].

Інновації (італ. Innovatione – новизна, нововведення) – нові форми організації діяльності та управління, нові види технологій, які охоплюють різні сфери життєдіяльності людства [4].

Інновація в педагогічному процесі означає введення нових ідей і методів, які дозволяють змінити спосіб навчання та виховання, а також організацію співпраці між учасниками освітнього процесу з метою покращення результатів.

Існує безліч інноваційних форм та методів, які можна використовувати для проведення практичних занять з медсестринства. Деякі з них:

- Симуляційне навчання: це метод, що дозволяє студентам навчатися на живих чи електронних манекенах, що імітують різні клінічні сценарії. Це дозволяє студентам отримувати реальний досвід роботи з пацієнтами та розвивати необхідні навички без ризику неправильного лікування.

- Проблемне навчання: метод, що дозволяє студентам вирішувати реальні клінічні проблеми в малих групах. Це дозволяє студентам розвивати аналітичні та рішення прийняття навички, та сприяє розвитку комунікаційних та соціальних навичок.
- Використання технологій: можна використовувати різні інтерактивні технології, такі як комп'ютерні програми, відео та інтерактивні дошки, для візуалізації матеріалу та покращення засвоєння студентами.
- Самостійна робота студентів: можна пропонувати студентам різні завдання, які вони повинні виконувати самостійно, наприклад, писати наукові статті, робити презентації або дослідження.
- Колективне навчання: метод, що дозволяє студентам навчатися у взаємодії з іншими студентами. Це дозволяє студентам розвивати комунікаційні навички, співпрацювати та вчитися взаємодії з колегами.

Всі ці методи можуть бути застосовані для проведення практичних занять з медсестринства, залежно від конкретної освітньої компоненти освітньо-професійної програми.

Сучасний освітянський простір вимагає кардинальних змін до провадження освітнього процесу у вищих навчальних закладах медичного спрямування. Відповідно, нові завдання сучасної освіти вимагають від викладача виконання багатьох різних ролей, а саме:

1. **Розробник навчальних програм.** Викладач повинен уміти визначати очікувані програмні результати навчання, освітні завдання, які приведуть до досягнення цих результатів, способи перевірки (оцінювання), необхідні ресурси та час.
2. **Фасилітатор.** Роль фасилітатора – допомогти здобувачам освіти досягнути програмних результатів навчання. Тому викладач-фасилітатор скоріше ставить запитання, сприяє, щоб звучали різні думки, точки зору у групі, формує світоглядне бачення. На відміну від презентатора, який є певним чином експертом в інформації, що презентується, фасилітатор пропонує процес, який допомагає учасникам засвоїти знання.
3. **Презентатор.** Під час проведення презентацій викладач інформує, мотивує, описує. Презентація здебільшого – це одностороння комунікація, яка передбачає передачу інформації від викладача до аудиторії та підкріплюється візуальними засобами.
4. **Тренер.** Допомагає іншим в оволодінні новими навичками, знаннями, ставленням.
5. **Наставник.** Допомагає здобувачам переносити здобуті знання у практику. Заохочує рефлективну практику.

6. **Менеджер.** Планує, оцінює, вносить зміни до ОПП для досягнення здобувачами освіти очікуваних програмних результатів навчання. Забезпечує необхідними ресурсами.
7. **Консультант.** Ділиться знаннями, навичками, розвиває спроможності здобувачів освіти, робить внесок в успіх кожного.
8. **Дослідник.** Роль викладача, як дослідника, вимагає від здобувачів освіти нового розуміння освітнього процесу, зміщуючи акцент від «зовнішнього до внутрішнього джерела».
9. **Агент змін.** Заохочує та проводить постійний аналіз і рефлексію. Ініціює різноманітні альтернативні існуючій практиці. Сприяє процесу змін і розвитку групи/Академії.

Для успішної реалізації, вище вказаних ролей, викладачами кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я, застосовуються різноманітні техніки та методи при викладанні фахових освітніх компонент, а саме:

- Методика Мозкового штурму;
- Методика Перевернутого навчання;
- Методика Перевернутого кейс-методу;
- Методика снігової кулі;
- Методика симуляційного навчання;
- Методика роботи у команді, парі;
- 4-ступеневий метод – «метод 4 кроків»;
- Техніка зворотнього зв'язку (рефлексія в кінці пари, метод канапки, метод «валізки»).

Також з метою забезпечення у здобувачів освіти м'яких навичок та розширення світогляду, викладачами кафедри активно впроваджується авторська ідея Софії Янків, викладачки кафедри – методика «5-ти хвилинки самоідентифікації та розширення світогляду».

З метою дослідження впровадження інноваційних методів навчання викладачами кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я та рівня задоволеності здобувачами освіти, нами було розроблено анонімне анкетування. Анонімний опитувальник містив п'ять запитань, які стосувались інноваційних методики та техніки впровадження при викладанні клінічних дисциплін. У даному анкетуванні прийняли участь 84 респонденти. Нами охоплено усі курси (найбільша частка респондентів припала на – II (45,2%), III (20,2%) та IV (20,2%) курсів) та рівні освіти (перший (бакалаврський) рівень освіти – 57,1% та фаховий молодший бакалавр – 39,3%).

З даної стовпчикової діаграми, можна констатувати, що найчастіше викладачами кафедри застосовуються такі інноваційні методики, як: методика реальних ситуацій – 59,5 % респондентів (50 здобувачів), методику роботи у

команді, парі – 48,8% респондентів (41 здобувач), методику мозкового штурму – 46,4% респондентів (39 здобувачів) та техніку зворотнього зв'язку – 41,7% (35 здобувачів). Це свідчить про те, що здобувачі освіти мають змогу оволодівати тематичним матеріалом, опановувати практичні навички без завдавання шкоди пацієнтові.

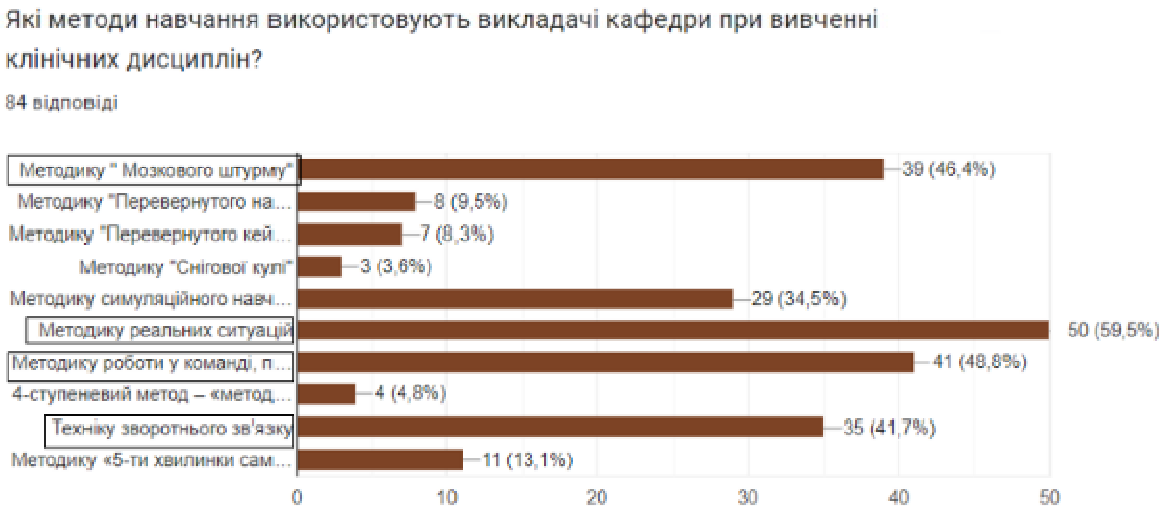

Рис. 1. Інноваційні методи та техніки викладання

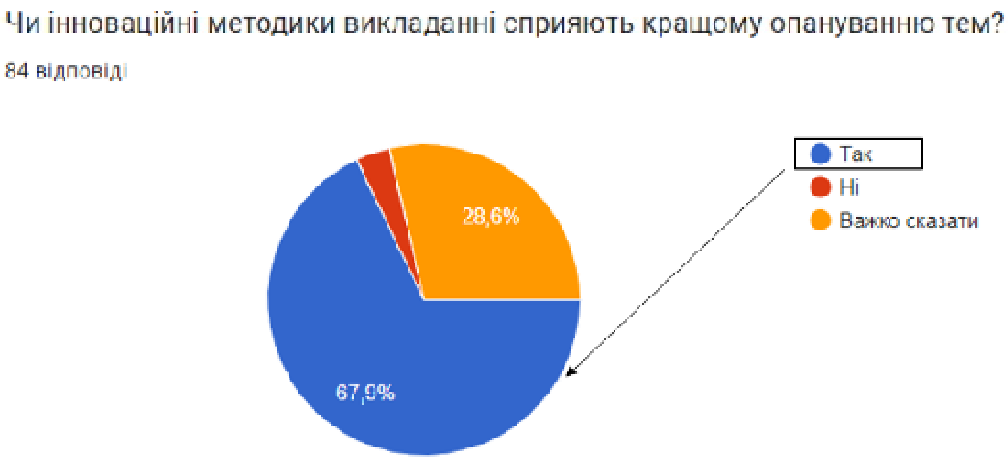

Рис. 2

З даної секторної діаграми, можна зробити висновок, що 67,9% респондентів (57 здобувачів) вважають, що впровадження та застосування інноваційних методик навчання сприяють кращому опануванні тем з клінічного медсестринства. Ці методики покращують процес запам'ятовування, дають можливість розвивати клінічне медсестринське мислення.

З даної секторної діаграми, можна зробити висновок, що інноваційні методи та техніки викладання клінічних освітніх компонент викладачами кафедри імпонують здобувачам освіти – 36,9% () але є такі здобувачі освіти,

які надають перевагу академічному або класичному викладанні – 31% (). Це можна трактувати, як шукати такі методи та техніки викладання викладачам кафедри які би могли поєднувати або міксувати сучасні та класичні підходи у викладанні освітніх компонент.

Рис. 3

Отже, підсумовуючи вище написане, можна констатувати, що впровадження інноваційних методів навчання в медсестринстві мають значний вплив на якість підготовки здобувачів освіти і на подальші результати їх роботи в закладах охорони здоров'я. А також підвищують мотивацію здобувачів до освітнього процесу, опануванням практичних навичок та формують правильне ставлення до пацієнта, медичного колективу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гилюн О.В. Освітні мотивації студентської молоді. Грані : наук.- теорет. і громад.-політ. альманах / Дніпропетр. нац. ун-т ім. О. Гончара ; Центр соц.-політ. дослідж. Дніпропетровськ, 2012. № 1 (81). С. 102–104.
2. Гордійчук С.В. Забезпечення якості освітньої діяльності на інституційному рівні. Педагогічні науки : збірник наукових праць. Київ, 2017. С. 139–144.
3. Ольшевська О.В., Ольшевський В.С. Інноваційні методи підготовки фахівців з акушерства та гінекології за освітньої-науковим рівнем. Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні : матеріали XIV Всеукраїнської науковопрактичної конференції з міжнародною участю (18–19 травня 2017 року, м. Тернопіль). Тернопіль, 2017. Т. 1. С. 231–232.
4. Буга Н. Ю. Становлення наукової та інноваційної діяльності у вищих навчальних закладах / Н. Ю. Буга // Економіст. – 2006. – № 9. – С. 60–64.

ЩЕРБИНА М.О.,
д.мед.н., професор,
зав. кафедри акушерства та гінекології №1,
Харківський національний медичний
університет
СКОРБАЧ О. І.,
к.мед.н.,
ас. кафедри акушерства та гінекології №1,
Харківський національний медичний
університет

ДІЄВІ МЕТОДИ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ОСВІТИ

Вступ. Сьогодення вимагає від здобувачів медичної освіти бути конкуретноспроможними на ринку освіти та швидко адаптуватися до змін у глобальному світі. Ці зміни потребують від майбутніх фахівців якісного володіння професійними знаннями, зокрема інтерактивними технологіями навчання.

На жаль, педагогічний процес сьогодення відбувається в надзвичайно складних умовах воєнного часу. За будь-яких обставин, визначальною є безперервність надання освітніх послуг. І використання альтернативних методів є важливим, бо мінімізує переривання навчання та може забезпечувати щоденну підтримку, що допомагає студентам долати психологічний стрес або травми [3, с. 5–18].

Дослідники Гай Л.А, Венгер В, Ф., Сердюк В. В., Сухін Ю.В. до інтерактивних методів викладання медичних дисциплін у вищому навчальному закладі відносять: навчальну дискусію, метод мозкового штурму, семінар «запитання-відповідь», метод «Case Studies» (метод конкретних ситуацій), коли необхідно дати рекомендації конкретній клінічній ситуації чи проблемі [2, с.13].

Основна частина. Навчання здобувачів освіти Харківського національного медичного університету (ХНМУ) відбувається на платформі Google Meet та Moodle, що орієнтовані насамперед на організацію взаємодії між викладачем та здобувачами освіти, тому вони комфортні для всіх. На наш погляд, зацікавити здобувачів освіти допомагають проєктні, пошукові дослідницькі завдання. Основна частина таких завдань виконується здобувачами освіти в асинхронному режимі.

При вивченні медичних дисциплін використовується велика кількість новітніх методів і технологій – симуляційне, дистанційне навчання, рольова гра, кейс-методика та ін. [1, с. 8].

Викладачі кафедри акушерства та гінекології №1 ХНМУ поєднують традиційні методи навчання з інноваційними, і це, безперечно, підвищує рівень позитивної мотивації в здобувачів освіти. Маючи високий рівень мотивації, можна досягти успіхів у процесі підготовки майбутнього лікаря, який буде застосовувати свої знання на практиці. На наш погляд, дієвим методом інтерактивного навчання є рольова гра, що реалізується за допомогою рольової імітації студентами реальної професійної діяльності. Ігрові технології є однією з унікальних форм навчання, яка дозволяє зробити цікавим й захоплюючим вивчення предметів, активізує увагу, підвищує інтерес до навчання. Відомий педагог Сухомлинський В. О. наголошував, що «гра – це іскра, що засвічує вогник допитливості».

Таким чином, ми занурюємо студентів в атмосферу діяльності максимально близьку до практичної роботи лікаря акушера-гінеколога; створюємо динамічно мінливу картину залежно від правильних і помилкових дій і рішень; формуємо вміння проводити діагностику, призначати оптимальну тактику лікування; формуємо досвід спілкування з хворими й колегами. Викладач доручає кожному здобувачу освіти виступити в ролі пацієнта з тим чи іншим поширеним гінекологічним захворюванням. Удома студент самостійно розробляє сценарій хвороби, що містить характерні скарги, типовий анамнез, а також дані фізикального обстеження. Зокрема, інші здобувачі освіти групи не повинні знати запропоновані один одному діагнози [3, с. 9].

Також важливим є розбір клінічних задач і клінічних випадків, протоколів.

Метод “питання-відповідь” і використання клінічних “кейс стаді” при проведенні практичних занять сприяють появі професійної компетентності здобувачів і значно підвищують ефективність сприйняття ними академічного матеріалу. У центрі уваги знаходиться процес отримання інформації здобувачем. Це допомагає виявляти головне та другорядне й прогнозувати рішення. Використання кейсів у навчанні розвиває аналітичні здібності, припускає дискусію в середовищі здобувачів освіти, оскільки вони виступають у ролі дослідників.

Відсутність можливості для студентів проводити огляд хворого та відпрацьовувати практичні навички безпосередньо біля ліжка хворого замінюють кейс-методи, оскільки використання конкретних клінічних ситуацій, наближених до реального хворого, надають підстави для спільного аналізу, обговорення та вирішення завдання студентами окремо чи колегіально під контролем

викладача. Кейси базуються на реальному фактичному матеріалі, або ж наближені до реальної ситуації [4, с. 68].

Викладачі, у випадку збою інтернету, відсутністю можливості працювати за стаціонарним комп'ютером чи ноутбуком, можуть зайти до мобільного пристрою і там проводити навчальне заняття в Google Meet, завантаживши попередньо підготовлені презентаційні матеріали безпосередньо на занятті.

З впровадженням у навчально-виховний процес сучасних технологій викладач усе більше набуває функції консультанта, фасилітатора, наставника [1, с. 9].

Саме при таких формах навчання здобувачі освіти, зокрема, коли вони працюють самостійно, хоча й під керівництвом викладача, відбувається ефективне засвоєння ними знань та навичок при вивченні складних клінічних дисциплін.

Висновки. Отже, сучасні стандарти в галузі освіти передбачають підготовку висококваліфікованих спеціалістів, здатних інтегрувати теоретичні знання й практичні вміння в майбутню професійну діяльність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андрущенко В. Європейський педагогічний досвід та національні традиції: гармонізація пріоритетів. *Вища освіта України.* 2014. № 3. – С. 5-11.
2. Гай Л. А., Сухін Ю. В., Венгер В. Ф. та ін. Сучасні методи викладання медичних дисциплін у вищій школі. *Медична освіта.* 2016. № 1. С. 15-18.
3. Локшина, О., Глушко, О., Джурило, А., Кравченко, С. та ін. Організація освіти в умовах війни: рекомендації міжнародних організацій. *Український педагогічний журнал*. 2022. №2. С. 5–18.
4. Lopina N., Zhuravlyova L. Practically-oriented case-teaching methods in continuing medical education based on information web technologies. *Continuing Professional Education: Theory and Practice (series: pedagogical sciences)*. 2018. No. 3–4, P. 67–73.

СОКОЛОВА І.
доктор педагогічних наук,
професор кафедри організації
вищої освіти,
охорони здоров'я та гігієни
Донецький національний
медичний університет

ІНТЕРАКТИВНІ ЛЕКЦІЇ У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ: СУЧАСНІ СМИСЛИ І ПРАКТИКИ

Вступ. Сучасні моделі компетентностей (WHO Global competency model, 2016; WHO Enhanced WHO global competency model, 2016; Global competency framework for universal health coverage, 2022; WHO-ASPHER Competency Framework, 2020) орієнтують на розвиток у медичних працівників здатності здійснювати активну комунікацію і обмін інформацією з різними групами стейкголдерів, демонструючи системне мислення, культуру спілкування і співпраці [3;4;5].

Стандарти вищої освіти України у галузі «Охорона здоров'я» також визначають нормативний перелік загальних і професійних компетентностей випускників освітніх програм, які є важливими для успішної професійної та соціальної діяльності медичних працівників.

У контексті студентоцентрованого підходу до навчання у вищій медичній школі цілком логічним є посилення інтересу до інтерактивних технологій, які активізують пізнавальну діяльність здобувачів медичної освіти, сприяють створенню комфортних психологічних умов, атмосфери співробітництва і партнерства, спрямовують на формування у майбутніх лікарів соціальних навичок.

Інтерактивну лекцію логічно розглядати у різних контекстах: як частину освітнього процесу у ЗВО; як практичну реальність, що здійснюється у формі навчальних занять та практичної підготовки у форматі клінічних практик або самостійної роботи студентів; як метод активізації навчально-пізнавальної діяльності майбутніх лікарів з використанням навчальних платформ та сервісів дистанційного навчання.

Основна частина. Навчання клінічним дисциплінам через дослідження на основі запитів (Inquiry-based learning) є процесом конструювання знань у процесі аналізу проблемної ситуації шляхом формулювання власних (уточнювальних) запитань стосовно певного об'єкта пізнання та пошуку відповідей на них (Schäfer, 2019).

У нашому дослідженні ми спираємося на принципи доказової медицини (Evidence-Based Medicine), сутність яких полягає у такому: конкретне клінічне питання (клінічну ситуацію) ми розглядаємо як певну невизначеність, що потребує доказовості у процесі навчання; студенти залучаються до пошуку доказових даних з використанням інформаційно-освітніх веб-технологій, використовуючи теоретичні знання для аргументованого пояснення клінічного випадку і прийняття рішень у клінічній практиці.

Враховуючи дослідження [1, с.12; 2] ми визначили *основні етапи* проведення інтерактивних лекцій з клінічних дисциплін на принципах доказової медицини із використанням навчальної платформи, наприклад Moodle.

- *Перший. Формулювання невизначеності* у вигляді опису конкретної клінічної ситуації або клінічного випадку. У вступній частині лекції визначено проблему, розв'язання якої потребує від викладача – інтерактивних методів навчання, а від здобувачів певних дослідницьких дій. Визначені результати навчання є об'єктами контролю і оцінювання набутих знань і сформованих умінь.
- *Другий. Пошук* на занятті найбільш значущих доказових даних. Здобувачі разом із викладачем визначають стратегію пошуку відповідей на проблемне питання і реалізують її, виконуючі низку завдань. Стратегія має бути повною й ефективною, аби можна було отримати всю доказову інформацію з цього питання. З цією метою теоретичне навчання в режимі он-лайн підкріплюється практичними завданнями із залученням різних джерел інформації.

На цьому етапі здобувачам пропонуються тексти до 5000 друк. знаків для самостійного опрацювання протягом 15-20 хвилин з наступною бесідою за змістом, додатковими поясненнями і коментарями. Систематизована викладачем наукова інформація (у текстах) вимагає попереднього вивчення можливості її екстраполяції на даний клінічний випадок і конкретизації відповідно до можливих труднощів, з якими стикаються здобувачі. Завдяки інтерактивним можливостям платформи студент має можливість неодноразово перечитувати кожну смислову частину лекції (фрагменти тексту) для усвідомленого сприйняття змісту.

Далі здобувачам пропонується подивитися відеофрагмент за темою і виконати завдання, які спрямовують на розвиток клінічного мислення. У такий спосіб візуалізація клінічного випадку або методів дослідження створює передумови для подальщої дискусії, аналізу дій і побудові алгоритму ведення пацієнта. Викладач готує низку питань стосовно клінічного випадку, які, у разі потреби, спрямовують пошукову активність здобувачів. Поєднання коментарів лектора з відео інформацією та анімацією значно посилює увагу здобувачів до конкретної теми/ клінічного випадку.

- *Третій. Оцінювання достовірності* доказових даних, їхньої клінічної вагомості та можливості застосування для розв'язання проблеми. З цією метою наступним етапом є лікарський консиліум (форум) для обговорення клінічного випадку, уточнення симптомів, проведення додаткових досліджень та постановки остаточного діагнозу. Проміжні висновки, узагальнення, які роблять здобувачі під керівництвом викладача, є важливою умовою розвитку клінічного мислення.
- *Четвертий. Використання результатів* на практиці. Спільне узагальнення результатів консиліуму і перенесення нових знань на нову ситуацію. Приклади включають використання підібраної з даного питання наукової інформації, що посилюють аргументацію для обговорення клінічної ситуації з можливими перебігами для визначення схеми лікування.
- *П'ятий. Оцінювання* досягнутих результатів, а саме набутих здобувачами нових знань і сформованих навичок. Проміжне тестування (10 завдань за типом «Multichoice») проводиться після опрацювання теми або її частини. Підсумкове комплексне тестування є перевіркою досягнення результатів. Рефлексія (обговорення результатів) спрямовує на оцінювання інтерактивних лекцій за визначеними критеріями.

У процесі дослідження визначено *організаційні умови* проведення інтерактивних лекцій з клінічних дисциплін. Це:

1. навчальні ресурси платформи Moodle (або іншої): «текстова сторінка», «веб-сторінка», яка відображає текст, зображення, звук, відео; посилання на файл або веб-сторінку для використання ресурсів Інтернету. За допомогою ресурсу «пояснення» здобувачам дається додаткова інформація про актуальність теми, завдання, клінічні ситуації; ресурс «оцінки» використовують для фіксації поточних результатів;

2. активні, інтерактивні елементи навчальної платформи («завдання», «тест», «форум», «чат», «анкета») актуалізують навчальну інформацію, дозволяють організувати спілкування в синхронному або асинхронному режимі, підвищують мотивацію, забезпечують контроль знань, дають можливість оцінити ефективність інтерактивних методів;

3. гнучка структура лекції зі змістовими елементами і встановленими логічними зв'язками між компонентами, інтерактивні методи навчання;

4. визначені критерії ефективності інтерактивної лекції.

За допомогою навчальних ресурсів і інтерактивних елементів створюється інформаційно-комунікативне середовище самостійної роботи здобува-

чів; професійна спрямованість змісту лекцій забезпечує розвиток пізнавальної активності майбутніх лікарів.

Дидактичні принципи проведення інтерактивних лекцій з клінічних дисциплін (науковості, безперервності набуття наукових знань і формування клінічного досвіду, активності і самостійності здобувачів вищої освіти, інтерактивності навчання) і тьюторський супровід процесу навчання у медичному університеті ми розглядаємо в якості *дидактичних умов.*

Дидактичні принципи скеровані на формування ефективної комунікації, особливостями якої є такі: мінімум монологу викладача, перевага діалогічного спілкування викладача зі здобувачами; здебільшого проблемно-пошуковий, а не суто інформаційний характер матеріалу; переважають завдань, що спрямовують на самостійність навчання; постійна взаємодія викладача і студентів; можливість опрацювання великого масиву інформації у зручному і комфортному для здобувача режимі.

Модерація педагогічної комунікації під час проведення інтерактивної лекції передбачає послідовні дії викладача: з моделювання майбутнього спілкування на занятті, організації безпосереднього спілкування, управління спілкуванням під час освітнього процесу, з аналізу досягнення програмних результатів і рефлексії ефективності інтерактивної лекції для моделювання подальшого спілкування.

Висновки. Інтерактивна лекція як одна іх форм навчання клінічних дисциплін у медичному університеті має відповідати принципам науковості, безперервності набуття наукових знань і формування клінічного досвіду, активності і самостійності здобувачів вищої освіти, інтерактивності навчання. Навчання на основі запитів та принципи доказової медицини посилюють конверсію пасивної презентації навчального матеріалу в комунікаційні практики для набуття майбутніми лікарями клінічного досвіду. Розвиток мотивації здобувачів здійснюється через застосування окремих елементів платформи і інтерактивних методів навчання або завдяки залученню здобувачів до постійної інтерактивної практики з вивчення клінічних випадків і проведення лікарського консиліуму.

ЛІТЕРАТУРА

1. Величко В. І., Лагода Д. О., Венгер Я.І. Впровадження доказової медицини у навчання студентів-медиків. *Медична освіта*. 2021. № 2. С. 11-16.
2. Albarqouni L., Hoffmann, P. Glasziou. Evidence-based practice educational intervention studies: A systematic review of what is taught and how it is measured. *BMC medical education*. 2018. Vol. 18. P. 177. DOI 10.1186/s12909-018-1284-1.

3. WHO. Enhanced WHO global competency model. 2016. URL: https://www.who.int/publications/m/item/enhanced-who-global-competency-model. (дата звернення: 15.04.2023).
4. WHO. Global competency framework for universal health coverage. 2022. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240034686. (дата звернення: 25.04.2023).
5. WHO. WHO-ASPHER competency framework for the public health workforce in the European Region. 2020. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/347866. (дата звернення: 05.05.2023).

НАЛИВАЙКО Л. М.
викладач кафедри клінічного
медсестринства,
акушерства та гінекології
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ЗДОБУВАННЯ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ АБІТУРІЄНТАМИ.

Сестри /брати медичні— це середня ланка медичного персоналу закладів охорони здоров'я. До недавнього часу для того, щоб працювати сестрою/братом медичними було достатньо отримати середню спеціальну освіту. Сучасні трансформації, які відбуваються в системі охорони здоров'я України не оминули і середню медичну ланку, тому у сучасному класифікаторі цей середньо-спеціальний рівень освіти вважається «початковим рівнем (коротким циклом) вищої освіти», про це свідчить диплом молодшого спеціаліста. У законі «Про фахову передвищу освіту» який вступив в дію у 2019 році, де зазначається, що базова освіта медичних сестер стане «фаховою передвищою освітою» (окремою ланкою освіти між середньою і вищою) та підтверджується дипломом фахового молодшого бакалавра. Дану спеціальність за освітнім ступенем молодшого спеціаліста, на даний час можна здобувати в медичних училища та коледжах. Але сучасні тенденції розвитку трансформації системи охорони здоров'я потребують висококваліфікованих кадрів з відповідним рівнем освіти, тому сучасні заклади вищої освіти надають ступеневі освітні послуги. Дані послуги можна отримати на базі університетів, академій та інститутів. На навчання можна вступати на основі як базової (після 9 класу), так і повної (після 11 класу) загальної середньої освіти, а також на базі отриманої освіти молодшого бакалавра. Підготовка сестер/братів медичних, за різними ступенями освіти, проводиться тільки за денною або вечірньою формою навчання. Тривалість підготовки становить:

для фахового молодшого бакалавра:

- на основі 9 класу – 4 роки;
- на основі 11 класу – 3 роки.

для освітнього ступеня бакалавр:

1. на основі 11 класу —4 роки;
2. на основі фахового молодшого бакалавра – 1 рік (денна форма навчання) та 1,3 рік (вечірня форма навчання).

для освітнього ступеня магістр:

1. на базі освітнього ступеня бакалавр- 2 роки

для освітнього ступеня PhD медсестринства

1. на базі освітнього ступеня магістр -1 рік 6 місяців

Нами досліджено питання щодо забезпечення випускниками ринку праці в системі охорони здоров'я України за спеціальністю 223 Медсестринство, освітнім ступенем бакалавр та магістр та проаналізували дані ЄДБО з 2017 по 2021 роки [1].

Таблиця 1

2017 рік випуску – освітня програма бакалавр на базі молодшого спеціаліста

Назва закладу освіти	Денна (бюдже	Денна (контра	Заочна (бюдже	Заочна (контра	Вечірня (бюдже	Вечірня (контра
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради	11	39	0	0	0	0
Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівська медична академія імені Андрея Крупинського"	12	17	0	0	10	28
Миколаївський базовий медичний фаховий коледж Миколаївської обласної ради	10	5	0	0	0	0
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров`я України	0	7	0	44	0	0
Харківський національний медичний університет	5	21	0	0	0	8
Черкаська медична академія	12	15	0	0	0	0
Буковинський державний медичний університет	0	45	0	0	0	0

*Таблиця **2***

2018 рік випуску – освітня програма бакалавр на базі молодшого спеціаліста

Назва закладу освіти	Денна (бюдже	Денна (контра	Заочна (бюдже	Заочна (контра	Вечірня (бюдже	Вечірня (контра
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради	19	46	0	0	0	0
Державний вищий навчальний заклад "Ужгородський національний університет"	21	3	0	0	0	0
Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівська медична академія імені Андрея Крупинського"	20	9	0	0	10	46
Миколаївський базовий медичний фаховий коледж Миколаївської обласної ради	8	9	0	0	0	0
Комунальний заклад вищої освіти "Рівненська медична академія" Рівненської обласної ради	0	0	0	0	0	59
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров`я України	0	6	0	214	0	0
Приватний фаховий навчальний заклад «Медичний коледж»	0	10	0	0	0	0
Харківський національний медичний університет	5	14	0	0	0	4
Черкаська медична академія	16	18	0	0	5	7
Буковинський державний медичний університет	0	35	0	0	0	0

Таблиця 3

2019 рік випуску – освітня програма бакалавр на базі молодшого спеціаліста

Назва закладу освіти	Денна (бюдже	Денна (контра	Заочна (бюдже	Заочна (контра	Вечірня (бюдже	Вечірня (контра
Комунальний заклад вищої освіти "Волинський медичний інститут" Волинської обласної ради	19	0	0	0	17	0
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради	19	26	0	0	0	0
Державний вищий навчальний заклад "Ужгородський національний університет"	11	5	0	0	0	0
Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівська медична академія імені Андрея Крупинського"	19	9	0	0	15	30
Миколаївський базовий медичний фаховий коледж Миколаївської обласної ради	20	27	0	0	0	0
Приватний заклад вищої освіти "Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика"	0	5	0	0	0	3
Комунальний заклад вищої освіти "Рівненська медична академія" Рівненської обласної ради	0	0	0	0	0	48
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України	0	6	0	170	0	0
Приватний фаховий навчальний заклад «Медичний коледж»	0	14	0	0	0	0
Харківський національний медичний університет	5	7	0	11	0	4
Черкаська медична академія	20	20	0	0	8	13
Буковинський державний медичний університет	0	28	0	0	0	0

Таблиця 4

2020 рік випуску – освітня програма бакалавр на базі молодшого спеціаліста

Назва закладу освіти	Денна (бюдже	Денна (контра	Заочна (бюдже	Заочна (контра	Вечірня (бюдже	Вечірня (контра
Комунальний заклад вищої освіти "Волинський медичний інститут" Волинської обласної ради	12	0	0	0	12	0
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара	1	112	0	0	0	0
Комунальний заклад вищої освіти "Кам'янський медичний коледж" Дніпропетровської обласної ради"	0	40	0	0	0	0
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради	14	40	0	0	0	0
Державний вищий навчальний заклад "Ужгородський національний університет"	8	1	0	6	0	0
Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівська медична академія імені Андрея Крупинського"	10	9	0	0	15	36
Миколаївський базовий медичний фаховий коледж Миколаївської обласної ради	19	10	0	0	0	0
Приватний заклад вищої освіти "Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика"	0	1	0	0	0	14
Приватний вищий навчальний заклад "Медико-Природничий Університет"	0	3	0	0	0	36
Українська медична стоматологічна академія	0	0	0	8	0	0
Комунальний заклад вищої освіти "Рівненська медична академія" Рівненської обласної ради	0	0	0	0	0	62
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України	0	7	1	228	0	0
Приватний фаховий навчальний заклад «Медичний коледж»	0	9	0	0	0	0
Харківський національний медичний університет	5	1	0	44	0	2
Черкаська медична академія	19	21	0	0	9	20
Буковинський державний медичний університет	0	16	0	0	0	0
Чернівецький медичний фаховий коледж	0	22	0	0	0	0
Вищий навчальний заклад "Університет економіки та права "КРОК"	0	0	0	27	0	0

Таблиця 5

2021 рік випуску- освітня програма бакалавр
на базі молодшого спеціаліста

Назва закладу освіти	Денна (бюдже	Денна (контрак	Заочна (бюдже	Заочна (контрак	Вечірня (бюдже	Вечірня (контрак
Вінницький медичний фаховий коледж ім. акад. Д.К. Заболотного	34	0	0	0	0	0
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара	27	33	0	0	0	0
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради	164	5	0	0	0	0
Державний вищий навчальний заклад "Ужгородський національний університет"	5	35	0	0	0	0
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради "Львівська медична академія імені Андрея Крупинського"	70	44	0	0	0	0
Приватний заклад вищої освіти "Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика"	0	6	0	0	0	3
Приватний вищий навчальний заклад "Медико-Природничий Університет"	0	6	0	0	0	12
Міжнародний гуманітарний університет	4	25	0	0	0	0
Полтавський державний медичний університет	0	44	0	0	0	0
Комунальний заклад вищої освіти "Рівненська медична академія" Рівненської обласної ради	82	3	0	0	0	0
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України	65	109	0	0	0	0
Харківський національний медичний університет	0	7	0	0	0	0
Черкаська медична академія	27	18	0	0	0	0
Чернівецький медичний фаховий коледж	9	0	0	0	0	0
Вищий навчальний заклад "Університет економіки та права "КРОК"	0	17	0	6	0	0
Приватний заклад вищої освіти "Київський міжнародний університет"	0	27	0	0	0	0

В 2017 році в українських закладах освіти не було випусків здобувачів вищої освіти магістерського рівня спеціальності 223 Медсестринство.

Ми можемо припустити, що на навчання рівнів бакалавра і магістра за спеціальністю 223 Медсестринство вступають та завершують навчання більш мотивовані студенти, оскільки більшість з них мають базову освіту- молодшого спеціаліста. Та з огляду на проведення реформування галузі диплом бакалавра та магістра дасть змогу обіймати керуючі посади в медсестринстві. Оскільки ці дві ОПП дають можливість удосконалити медсестринські фахові компетентності , а також вивчити та опанувати вкрай важливими освітніми компонентами менеджмент та лідерство в медсестринстві, управлінські дисципліни, котрі потрібні для підготовки керівної ланки сестер/ братів медичних. Отже, фактично в одному фаху мають поєднуватися дві складні спеціальності. Вкрай позитивним та важливим фактором є те, що здобувачі

вищої освіти здебільшого мають можливість оплатити самостійно своє навчання і це дає можливість навчатись за контрактною формою навчання.

Таблиця 6

2018 рік випуску – освітній ступінь магістр на базі бакалаврського рівня освіти

Назва закладу освіти	Денна (бюдже	Денна (контра	Заочна (бюдже	Заочна (контра	Вечірня (бюдже	Вечірня (контра
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради	13	1	0	0	0	0
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України	0	0	0	68	0	0
Харківський національний медичний університет	0	5	0	0	0	0
Буковинський державний медичний університет	0	3	0	0	0	0

Таблиця 7

2019 рік випуску – освітній ступінь магістр на базі бакалаврського рівня освіти

Назва закладу освіти	Денна (бюдже	Денна (контра	Заочна (бюдже	Заочна (контра	Вечірня (бюдже	Вечірня (контра
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради	11	4	0	0	0	0
Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівська медична академія імені Андрея Крупинського"	0	7	0	0	0	0
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України	0	1	0	66	0	0
Харківський національний медичний університет	0	2	0	0	0	0
Черкаська медична академія	14	6	0	0	0	0
Буковинський державний медичний університет	0	4	0	0	0	0

Таблиця 8

2020 рік випуску – освітній ступінь магістр на базі бакалаврського рівня освіти

Назва закладу освіти	Денна (бюдже	Денна (контра	Заочна (бюдже	Заочна (контра	Вечірня (бюдже	Вечірня (контра
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради	11	1	0	0	0	0
Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівська медична академія імені Андрея Крупинського"	9	4	0	0	0	0
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України	0	0	0	67	0	0
Харківський національний медичний університет	0	0	0	7	0	0
Черкаська медична академія	5	5	0	0	0	0
Буковинський державний медичний університет	0	2	0	0	0	0

Таблиця 9

2021 рік випуску – освітній ступінь магістр
на базі бакалаврського рівня освіти

Назва закладу освіти	Денна (Бюдже	Денна (контракт)	Заочна (Бюдже	Заочна (контра	Вечірня (Бюдже	Вечірня (контра
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара	4	1	0	8	0	0
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради	2	0	0	6	0	0
Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради "Львівська медична академія імені Андрея Крупинського"	11	3	0	0	0	0
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України	0	0	0	114	0	0
Харківський національний медичний університет	0	0	0	11	0	0
Черкаська медична академія	9	1	0	0	0	0
Буковинський державний медичний університет	0	2	0	0	0	0

ЛІТЕРАТУРА

1. Сайт ЄДБО, URL//https://registry.edbo.gov.ua/vishcha-osvita/46/

СЕМИДОЦЬКА Ж.Д.
д.мед.н., професор,
Харківський національний
медичний університет
ЧЕРНЯКОВА І.О.
к.мед.н., доцент,
Харківський національний
медичний університет
КРАСОВСЬКА К.О.
к.мед.н., доцент,
Харківський національний
медичний університет

ДУХОВНІ АСПЕКТИ ТАЄМНИЦІ ЛІКУВАННЯ Й ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Вступ. Початок ХХ1 століття характеризується феноменально швидким зростанням матеріальних знань і можливостей. Життя на Землі приймає нові риси. Змінюється не тільки образ життя людей, змінюються самі люди. Велике наукове відкриття сучасності полягає в тому, що людині було надано повне партнерство і повна відповідальність співучасника у власній еволюції. При тому матеріальне збагачення людини спричиняє зубожіння духа, втрачаються духовні цінності людини. Духовність розглядається як притаманна людині властивість прагнути до справедливості, моральності, прав на життя, здоров'я, свободу вибору, волі, віри з позицій позитивних цінностей [1,2,3] . Проявами духовності є також здатність до співпереживання, доброчесність, великодушність, гідність, прагнення добра, пошуки істини, сенсу життя і смерті. Духовність це те, що робить нас людьми. У духовності є два основних прояви: потреба щось створювати і потреба до самопізнання. Певною мірою інтерес до проблем духовності у вищій освіті є парадоксально пов'язаним з новим революційним етапом розвитку цивілізації людства, наук про життя, системної біології, інформаційних технологій, нанотехнологій, когнітивних наук, біомедичних технологій.

Біомедичні технології (клітинна терапія, трансплантація органів і тканин, генна інженерія і генна терапія, біоінформатика, біоінженерія) відкривають нові перспективи у збереженні здоров'я людини, лікуванні і профілактиці захворювань, продовженні тривалості активного життя, підвищенні економічного і соціального стану суспільства. Розвиток комп'ютерних наук стимулює

дослідження в галузі створення штучного інтелекту. Всі ці здобутки сучасної цивілізації несуть певні загрози людству.

Стрімкий розвиток біотехнологій призводить до того, що людство не встигає швидко реагувати на потенційну небезпеку, загрози і ризики, які несуть біотехнології, оцінити їх вплив на сутність людини і перш за все, на її духовність. Особливо вразливим є молоде покоління, яке прийшло у світ в ХХ1 столітті, живе у цифровому світі, смартфонах, інтернеті, спілкуванні у розвинених соціальних мережах, яке витісняє особистісне спілкування.

Сучасна медична освіта є постійним процесом залучання студента до знань, цінностей, досвіду, ідеалів людства, тобто спрямованим до її духовності. З часів Гіппократу загальноприйнятим і безперечним є міркування про те, що духовні якості лікаря визначають його професіоналізм. Загальна тенденція сучасного освітнього процесу полягає в збільшенні гуманітарної складової, впровадженні інноваційних освітніх технологій – проблемного, особистісного, компетентнісного, симуляційного, дистанційного навчання, безперервної самостійної роботи над підвищенням свого професійного рівня [4,5,6]. При тому зростає розуміння необхідності внесення духовно – орієнтованої освіти до інноваційних освітніх технологій. Особливого значення набуває збереження і розвиток духовності майбутнього лікаря в умовах сучасних біомедичних технологій, орієнтація його не тільки на знання, але й на пізнання самого себе, пошуки істини, добра, доброчесність, справедливість, милосердя, визнання автономії пацієнта, його гідності, права на партнерську участь у вирішенні проблем діагностики, лікування, профілактики, благоговіння перед життям, природою.

Основна частина. Цей шлях починається на першому курсі навчання майбутнього лікаря у медичному університеті дисципліною «Безпека життєдіяльності, основи біоетики та біобезпеки». На семінарських заняттях у дискусійному форматі здобувачі вищої медичної освіти обговорюють аспекти проблем здоров'я людини – фізичних, психічних, соціальних, інтелектуальних і духовних. Наголошується необхідність вивчати особливості духовного стану пацієнта, його цінності, сподівання, духовні потреби, які можуть допомогти пацієнту у сприйнятті своєї хвороби, оптимізувати підходи до лікування, покращення якості життя. Викладач виконує при тому роль модератора семінару, підтримує «мозковий штурм» при обговоренні проблем. Студенти демонструють свої презентації з теми заняття, які відбивають і обгрунтовують їх ставлення до проблеми, обмінюються думками, знаннями, в тому числі, щодо ролі духовності у підтримці здоров'я, лікуванні, профілактики хвороби, переживання і поведінки пацієнта в умовах захворювання. Обговорюється також значення довкілля для підтримки здоров'я як рівноправного морального

партнера людини, виходячи з принципів «не нашкодити», «робити добро», компенсування нанесеної довкіллю шкоди, благоговіння перед життям в усіх його проявах.

Жваві дискусії виникають при обговоренні проблем морального статусу плода, який полягає у правах зародка, ембріона, плода, потенційної людини на життя і захист, штучного переривання вагітності з точки зору духовності людини; етичних і духовних проблем трансплантації органів від живого і посмертного донора, презумпції згоди та незгоди; проблем болю, страждання, активної та пасивної евтаназії, права людини на своє тіло після смерті. При вирішенні цих проблем наголошується важливість духовності лікаря і пацієнта: повага до гідності людини, автономії пацієнта, увага до його цінностей, право на свободу вибору, пріоритети справедливості, добра, милосердя, співчуття, співпереживання.

Натепер у світі спостерігається зростання інтересу до викладання паліативно-хоспісної медицини (ПХМ). Цей інтерес обумовлений двома планетарними проблемами: старінням населення і зростанням коморбідності захворювань. Своєрідність ПХМ полягає у тому, що її складовими є не тільки медичні технології, але й питання психологічної, духовної, соціальної підтримки хворого з невиліковною хворобою та його родичів. Все це визначає паліативну допомогу як підхід, що покращує якість життя пацієнтів та їх родин. І це є однією з найважливіших задач сучасної охорони здоров'я [7,8,9]. На кафедру пропедевтики внутрішньої медицини для проходження циклу занять з ПХМ студенти приходять на шостому курсі. У цьому циклі обговорюється філософія паліативної медицини, яка включає перш за все автономію пацієнта, зберігання його гідності до останніх днів життя, партнерські відносини між паліативним хворим і лікарем. Паліативна медицина стверджує життя і вважає смерть природним процесом.

Студенту дуже важливо розуміти, що пацієнт з невиліковною хворобою останніми днями свого життя починає думати про сенс життя, сенс страждань, цінність взаємовідносин, розлуки, що наближається, безнадії, безглуздості існування, тощо. Для більшості людей найважчим періодом життя є переддвер'я смерті – останній фінальний період, коли велику роль, крім клінічних симптомів, мають духовні, психологічні, соціальні проблеми.

На заняттях у дистанційному режимі обговорюються питання, які пов'язані з невиліковною хворобою. Хвороба є найсильнішим емоційним ударом, що докорінно змінює звичну життєву ситуацію і до котрої хвора людина має адаптуватися. Хвороба – це проблема усієї особистості людини, яка складається не тільки з його тіла, але й розуму та емоцій. У той же час хвороба відкриває нові можливості на духовному і психологічному рівні. Хвороба

може стати трампліном для глибокого самовдосконалення. Студент має розуміти, що у цей період у духовному стані хворого можуть відбуватися різні зміни: усвідомлення цінності життя, трансформація життєвих пріоритетів, перегляд і зміцнення міжособистісних відносин. Студенти дискутують з приводу усвідомлення хворим того, що і життя, і смерть надають людині можливості для особистого росту і самореалізації. Якщо пацієнт усвідомлює психологічні причини свого захворювання, починає займатися самопізнанням, змінює своє життя, у нього з'являються великі шанси досягти психологічної й духовної трансформації, яка активізує природні захисні сили організму, що відновлюють імунну систему. І це може привести до сталої ремісії хвороби. При тому духовна підтримка має бути орієнтованою на особистість, і це обговорюється під час занять.

До практичних занять з цих тем студенти самостійно готують презентації, демонструють їх на заняттях, відповідають на питання. Виникає жвава дискусія, яка сприяє розвитку комунікативних, аналітичних характеристик, роботи у команді, формуванню власного ставлення до тієї або іншої проблеми. При тому, викладач виступає як модератор, він також задає питання доповідачам, направляє хід дискусії, приймає участь в обговоренні проблем, з повагою ставиться до думок студентів. Майбутній лікар має розуміти, що для віруючої людини духовність зв'язана з релігією. Релігія не дає відповіді на усі питання, які встають перед людиною наприкінці життя, але може наповнити сенсом і життя, і смерть.

Безумовно, сучасні інноваційні технології в умовах дистанційного навчання не можуть замінити роботу з пацієнтом, засвоєння методів обстеження біля ліжка хворого. Обмеженим є духовний контакт між викладачем і студентом. Дистанційне навчання вимагає відповідального ставлення здобувачів вищої освіти під час самостійної роботи, активної участі у обговоренні проблем на практичних і семінарських заняттях.

Важливість викладання ПХМ полягає в тому, що майбутній лікар має бути орієнтованим на те, що головним принципом надання паліативно-хоспісної допомоги є духовно – моральнісна підтримка хворого. Пацієнт не може бути безпомічною жертвою. Йому необхідна підтримка, опора, які він шукає у лікаря, медичної сестри, родичів, друзів. У студента має бути чітко сформоване усвідомлення того, що до вмираючої людини не можна ставитися як до померлої.

Не дивлячись на всі складнощі дистанційного навчання, які надалі можуть призвести до зниження компетенцій студентів і лікарів, здобувачі вищої освіти мають усвідомити, що у будь-яких ситуаціях необхідно виходити з інтересів пацієнта, його позитивних цінностей, поважати гідність пацієнта,

його автономію, право приймати участь у обговоренні діагностики, лікування своєї хвороби.

Майбутній лікар має розуміти, що його високе призначення передбачає здатність залишатися духовною людиною при всіх обставинах, лікувати не тільки тіло, але й душу пацієнта, зберігати його духовність, людську природу. Лікар має бути готовим нести цей тягар, аби зберігати духовність пацієнта і свою духовність.

Під час самостійної роботи студенти, багато з яких працюють у лікувальних закладах, пишуть листи психологічної та духовної підтримки віртуального або реального паліативного хворого під час усіх етапів надання паліативної та хоспісної допомоги.

Піклування про духовно – моральнісний стан хворого з невиліковною хворобою – це істотне право кожної людини. Цивілізоване суспільство має включати до своїх пріоритетів піклування про кожного пацієнта, який потребує паліативної допомоги.

Висновки.

1. Під час дистанційного навчання в робочих програмах кафедр медичних університетів належна увага має приділятися духовним аспектам здоров'я і хвороби.

2. В умовах застосування сучасних медичних технологій, інноваційних технологій вищої медичної освіти важливим завданням викладання є збереігання і розвиток духовності майбутнього лікаря .

ЛІТЕРАТУРА

1. Бойчук Ю.Д. Загальна теорія здоров'я і здоров'я збереження: колективна монографія / за заг. ред. проф.Ю.Д. Бойчука. – Харків: Вид.Рожко С.Г.- 2017.- 488с.
2. Бех І.Д. Особистість на шляху до духовних цінностей: монографія. Київ-Чернівці, Букрек.- 2018. 320с.
3. Олас К. Духовні цінності як чинник розвитку перехідного періоду українського суспільства. // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Політологія, Соціологія. Філософія. Вип.14, 2010. С.208-2011.1
4. Наконечна О.П. Духовні цінності. // Велика українська енциклопедія. URL: https; / vue.gov.ua/ Духовні цінності. 30.01 2021.
5. Дистанційне та змішане навчання як засіб реалізації індивідуальної траєкторії професійного зростання педагога: монографія/ за наук. ред. І.П.Воротнікової. Автори: Ірина Воротнікова, Ольга Третяк, Ірина Сапсай, Олена Олексюк. Мау 2022. Київ. Ун-т ім.Б. Грінченка. Ед.: Воротнікова І.

6. Олійник Ю.О. Особливості впровадження технологій дистанційного навчання в медичних закладах вищої освіти /Ю.О.Олійник, Н.А.Лопіна, В.Г.Нестеренко // Екстрене дистанційне навчання в Україні: монографія / за ред. В.М. Кухаренка, В.В. Бондаренка.- Харків: Вид-во КП. «Міська друкарня». 2020.
7. Боришевський М., Шевченко О. Володарська Н. Психологічні закономірності розвитку духовної особистості: монографія Київ: Педагогічна думка, 200с.
8. Тарасюк,В.С., Кучанська Г.Б. Паліативно-хоспісна допомога. Медицина 2021, 332с.
9. Шатило В.Й., Яворський П.В. Паліативна Медицина 2010, 200с.

ТИМЧЕНКО Т.М.,
директор КЗ «Кам'янський фаховий
медичний коледж» ДОР»

ОРГАНІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Фахова передвища освіта, як і всі сфери життя в Україні, зазнала сильних змін в умовах воєнного стану [1]. Війна загострила основні проблеми, обмежила можливості. Одне з нагальних – це об'єм поставлених завдань і мінімум відведеного на їх вирішення часу.

Частина студентів і викладачів перебуває в небезпечних зонах і не завжди має змогу брати участь в освітньому процесі. Студенти та викладачі, які перебувають у відносній безпеці, також не завжди мають доступ до інтернет-покриття. Повітряна тривога, яка оголошується по декілька разів на день, теж впливає на організацію освітнього процесу та його переривання [1]. Додалися проблеми у зв'язку із широкою хвилею міграції студентів до інших регіонів та за кордон. Є ризик, що більшість з випускників та фахівців-медиків залишаться працювати за кордоном.

Проблемою закладів фахової передвищої медичної освіти є підсумкова атестація здобувачів освіти у формі ліцензійного інтегрованого іспиту Крок М та єдиного державного кваліфікаційного іспиту. Проведення його в очному форматі наражає студентів на небезпеку і в умовах воєнного стану посилює рівень тривожності студентів.

Загальна мотивація до навчання та викладання не є стійкою через постійне перебування в напруженому стані як викладачів, так і студентів. У часи війни психологічне здоров'я піддається ще більшому негативному впливу. До того ж існує реальна загроза життю всіх учасників освітнього процесу, тому загалом безпека людини стає основним аспектом [1].

Головне завдання педагогічної спільноти – формування якісного фахівця навіть в умовах воєнного стану, а це потребує від кожного з нас максимальної активізації своїх професійних і людських якостей [2].

Кам'янський фаховий медичний коледж – це сучасний заклад освіти, який готує медичні кадри для практичної охорони здоров'я понад 90 років. Маємо потужний кадровий склад науково-педагогічних та педагогічних працівників. Розуміємо, яка відповідальність на нас покладена, маємо зробити все можливе, щоб знання дійсно слугували надійним інструментом в руках наших випускників. Це потребує сучасного підходу до освітнього процесу, нових технологій та засобів навчання. Тому почали шукати оптимальні рішення для організації освітнього процесу.

Створили безпечний освітній простір для здобувачів освіти і викладачів. Обладнали укриття в коледжі, що дозволило організувати навчання за змішаною формою. Створили психологічну службу, яка постійно надає необхідну психологічну допомогу всім учасникам освітнього процесу.

Застосовуємо ефективні освітні технології та різноманітні форми навчання. Педагоги мають інформаційні та медійні компетентності. Використовуємо електронні підручники, посібники, презентації лекцій; класруми та власні сайти з дисциплін; онлайн-курси та відео-конференції. Аудиторії оснащенні інтерактивними дошками, комп'ютерною технікою, відеоапаратурою для детального спостереження за маніпуляціями та відпрацювання навичок. Організували роботу бібліотеки в умовах змішаної та дистанційної освіти. Завдяки мультимедійним технологіям створили єдине інформаційно-освітнє середовище по підготовці до занять та іспитів для здобувачів освіти в різних куточках України та за кордоном. Створений корпоративний акаунт дав можливість контролювати освітній процес. Надійним путівником для учасників освітнього процесу є сайт коледжу https://med.cc.ua/.

Максимально оптимізували фахове навчання шляхом оновлення тренажерних кабінетів внутрішньої медицини, хірургії, педіатрії, акушерства та гінекології, основ медсестринства, дисциплін терапевтичного, хірургічного профілю; кабінетів фундаментальних дисциплін та лабораторій зуботехнічних дисциплін. Кабінети доклінічної практики в коледжі імітують структурні підрозділи закладів охорони здоров'я та мають повне сучасне матеріально-технічне оснащення, що забезпечує відпрацювання кожним студентом практичних навичок на фантомах, тренажерах, муляжах та моделях. Ефективним є проведення занять у кабінетах доклінічної практики на базах закладів охорони здоров'я.

Посилили акценти на практичній частині оволодіння фаховими навичками, наблизивши їх до потреб воєнного стану. Залучили стейкхолдерів освітнього процесу до активної участі у діалозі «потреби сучасної медицини», враховуємо думки та відгуки громадськості міста. Дані анкетування здобувачів освіти та їх батьків, обговорення проблемних питань та шляхів їх вирішення на батьківських зборах підтвердили необхідність посилення практичної підготовки. Запровадили систематичне проведення тренінгів для здобувачів освіти всіх освітньо-професійних програм. Залучили досвідчених викладачів коледжу та професіоналів – практиків, в тому числі з Обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, серед яких є і наші випускники. До прикладу, здобувачі освіти опановують медичне сортування постраждалих, відпрацьовують практичні навички при базовій серцево-легеневій реанімації та алгоритми дій при: краш-синдромі; черепно-мозковій травмі; переломах; зупинці кровотеч та інших ситуаціях. Дієвими є тренінги з

вдосконалення медсестринських маніпуляцій. Студенти, які знаходяться за кордоном, приєднуються до тренінгів та практичних занять дистанційно. Викладачі коледжу сумісно з управлінням охорони здоров'я Кам'янської міської ради проводять практичні тренінги з надання першої домедичної допомоги для населення міста Кам'янське. Програми тренінгів включають питання надання медичної допомоги постраждалим при невідкладних станах, в умовах воєнного стану та різних життєвих ситуаціях. Плідно співпрацюємо з базами закладів охорони здоров'я міста та області для проходження студентами навчальної, виробничої та переддипломної практик.

Зміцнюємо співпрацю з науковцями, фахівцями медицини, випускниками коледжу із залученням їх до наукової та педагогічної діяльності; з медичними сестрами – магістрами та бакалаврами; з керівниками закладів охорони здоров'я; з колегами закладів вищої та передвищої фахової освіти області та України. Залучаємо здобувачів освіти до науково-дослідної роботи, творчих конкурсів; до участі в Міжнародних науково-практичних конференціях, Днях науки; до публікацій статей в наукових виданнях.

Розвиваємо напрацьовані можливості інтернаціоналізації та співпрацюємо з міжнародними партнерами. На запрошення польських колег студенти коледжу брали участь у Міжнародній конференції студентських наукових гуртків за темою «Роль медсестри та акушерки у протидії хворобам цивілізації».

Підтримуємо студентське самоврядування, яке створює середовище для розвитку соціально значущих якостей здобувачів освіти та допомагає швидко адаптуватися до сучасних змін у суспільстві та брати в них активну участь. Студенти-волонтери допомагають пораненим військовим в лікарнях, організовують збір необхідних речей, пишуть листи, створюють обереги нашим захисникам, стають донорами, беруть участь в благодійних акціях та соціальних проєктах.

Сподіваємося, що така організація освітнього процесу в умовах воєнного стану допоможе сформувати професійну готовність наших випускників.

В полум'ї сьогодення разом долаємо виклики та загрози. В єдності – наша віра, в невтомній праці – запорука перемоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кузьменко А.Г. Особливості надання освітніх послуг в умовах воєнного стану у закладах фахової передвищої освіти. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, 12 квітня 2023 р., м. Кропивницький. Кіровоградський медичний фаховий коледж ім. Є.Й.Мухіна, 2023, с. 11-151.
2. Жуковська С. Цифрова трансформація освіти: основні тренди науково-методичного центру вищої та фахової передвищої освіти. Фахова передвища освіта, №3, 2022, с. 4-10.

БОГДАН АННА-МАРІЯ
студентка ІІ-го курсу спеціальності
«Стоматологія»
Львівська медична академія ім.А.Кр
упинського
Науковий керівник:
ЗАСАНСЬКА Г.М.
викладач вищої кваліфікаційної
категорії
Львівська медична академія
ім.А.Крупинського

ВАГОМІСТЬ МІЖДИСЦИПЛІНАРНИХ ЗВ'ЯЗКІВ ТА ІНТЕГРОВАНОГО НАВЧАННЯ В ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ «МЕДСЕСТРИНСТВА В ІНФЕКТОЛОГІЇ»

Вступ (актуальність). Для всіх викладачів фахових медичних закладів України без перебільшення є завжди актуальною тема міждисциплінарної інтеграції. Вже досліджено певні зв'язки, проведено та узгоджено всі паралелі з дисциплінами, але постійно хочеться щось вдосконалити.

Здобувачам медичної освіти дуже важливо, отримавши підготовку з тих чи інших предметів, застосовувати знання, уміння і навички при вивченні інших дисциплін на практиці. Часом їм не вистачає самостійності мислення, вміння переносити отримані знання в подібні чи інші ситуації. Створити узгоджену систему застосування знань, умінь і навичок, набутих на заняттях із суміжних дисциплін, неможливо без використання міждисциплінарних та інтегрованих зв'язків.

Основна частина. Слово інтеграція походить від латинського «цілий», у перекладі означає відновлення, відбудова, наповнення. У довідковій літературі цей термін тлумачиться як об'єднання в єдине ціле раніше ізольованих частин, елементів, компонентів, що супроводжується ускладненням і зміцненням зв'язків та відношень між ними.

Під інтеграцією у найширшому розумінні вбачають процеси становлення цілісності, переплетіння, взаємовпливу понять і теорій різних галузей знань. Інтеграція в навчанні передбачає об'єднання узагальнених знань про предмет, поняття, явище та підпорядкування їх цілому на основі міждисциплінарних зв'язків.

Неможливо уявити навчання фахового молодшого бакалавра галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальність 223 «Медсестринство» без системного

підходу та послідовно поєднаних міждисциплінарних зв'язків на основі діючого навчального плану. Забезпечення міждисциплінарних зв'язків – одне з основних завдань освіти, враховуючи затвердження нового Стандарту фахової перед вищої освіти за освітньо-професійним ступенем фаховий молодший бакалавр (Наказ Міністерства освіти і науки України від 08.11.2021р. № 1202).

Поняття міждисциплінарні зв'язки визначається як взаємна узгодженість навчальних програм із різних дисциплін, як один із засобів розв'язання проблем комплексного підходу до навчання та виховання. Міждисциплінарні зв'язки відображають загальне між дисциплінами як у змісті, так і в навчально-виховному процесі. Якщо їх систематично та цілеспрямовано використовувати, то вони перебудовують процес навчання та є дидактичним принципом, що веде до інтеграції. Виділяють попередні міждисциплінарні зв'язки (у процесі навчання використовують матеріал, що вже відомий із попередніх дисциплін), супутні (під час розгляду певного питання залучають матеріал суміжної дисципліни), перспективні (знання, які здобувачі освіти будуть використовувати, вивчаючи новий предмет у майбутньому).

Щодо вдосконалення освітнього процесу, підвищення ефективності та якості, то це вже безпосередньо належить до обов'язків викладача. Він повинен забезпечити максимальне використання навчального часу, науковість і послідовність викладення матеріалу, аби здобувачі освіти усвідомлено його сприймали, вміли аналізувати та робити висновки. Водночас викладач повинен вміти швидко й об'єктивно визначати можливості засвоєння здобувачами освіти нового матеріалу.

З метою посилення взаємозв'язку між загальноосвітніми та спеціальними предметами/дисциплінами, а також для наближення їх до мети та завдань закладу фахової медичної освіти усі дисципліни повинні бути професійно зорієнтованими. Таке викладання сприяє розвитку здобувачів медичної освіти відповідних компетентностей необхідних для оволодіння майбутньою професією.

Визначати професійну спрямованість загальноосвітніх дисциплін повинен зміст професійно-освітньої програми. Виокремлення в курсах загальноосвітніх дисциплін матеріалу, що може бути використаний на заняттях зі спеціальних дисциплін, насичення занять задачами, прикладами, проблемними запитаннями та ситуаціями професійного характеру сприятиме вихованню у здобувачів освіти ціннісного ставлення до своєї професії. Водночас кожен предмет/дисципліна, який пронизує весь освітній процес; він повинен сприяти поглибленню та закріпленню раніше отриманих знань здобувачів освіти, розвитку їх пізнавальних інтересів та активної розумової діяльності, вмінню комплексно застосовувати знання різних предметів/дисциплін [1, с.24].

Необхідно враховувати, що інтеграція не може бути забезпечена лише в одному напрямку, тобто впровадження міждисциплінарної інтеграції повинно бути забезпечене викладачами як загальноосвітніх, так і спеціальних дисциплін.

Вагомо також, щоб з перших кроків навчання здобувачам медичної освіти давали зрозуміти та відчути практичну значимість кожного предмету/дисципліни, що вивчається та тим чи іншим чином працює на формування медичного фахівця.

Під час вивчення однієї дисципліни здобувачі освіти не повинні повторювати те, що ми їм уже відомо, а повинні деталізувати, вдосконалювати раніше сформовані знання [2,с.604]. З метою реалізації міждисциплінарної інтеграції викладач різних дисциплін повинен ознайомлюватися зі змістом програм дисциплін один одного.

У процесі складання навчальних програм усі викладачі повинні працювати в одному напрямку. Мета в усіх повинна бути одна – скласти єдину інтегровану програму з певної спеціальності. Це дозволить посилити поступовість у навчанні, розширити сферу застосування набутих знань; сприятиме набуттю здобувачами освіти глибоких теоретичних і спеціальних професійних знань; дасть можливість усунути непотрібне дублювання навчального матеріалу, тобто економити час на вивчення матеріалу спеціальної дисципліни та зменшити навантаження на здобувача медичної освіти. Виконання усіх цих умов сприятиме підготовці фахівця високої кваліфікації, здатного вміло застосовувати отримані у процесі навчання знання [3].

Вдало підібрані методи, форми і засоби, що використовуються на інтегрованих заняттях з різних предметів/дисциплін також обумовлюють якісні зміни у знаннях здобувачів медичної освіти.

На основі експериментальних даних педагоги дійшли висновку, що систематичне використання міждисциплінарних зв'язків виробляє уміння критично осмислювати матеріал, що вивчається. Новий матеріал порівнюється із тими знаннями, які їм відомі, зіставляють їх, аналізують, додають із відомого раніше, і ця активна розумова діяльність по узагальненню нового під впливом раніше відомого із суміжних дисциплін сприяє більш міцному засвоєнню программного матеріалу. У процесі інтегрованого навчання створюється цілісна система наукових знань, яким притаманний високий ступінь усвідомлення, мобільності та міцності. Всі галузі сучасної науки тісно пов'язані між собою, тому й медичні дисципліни не можуть бути ізольованими один від одного.

В системі медичної освіти ідея міждисциплінарного інтегрування, комплексного підходу є однією з найбільш перспективних та необхідних. Мова

йде про організацію навчального процесу, при якій здобувачі медичної освіти вивчають не окремі дисципліни, щоб вивчити і забути, а для забезпечення навичок згідно кваліфікаційної характеристики. Змістовна інтеграція навчального процесу повинна грунтуватися на цілісному розумінні людини, її життєдіяльності, здоров'я і захворювань з врахуванням наслідків еволюції і сучасного розвитку під впливом фізико- хімічних, екологічних факторів, спричинених виробничою діяльністю суспільства.

Системний міждисциплінарний метод навчання дозволяє підготувати медичного працівника з якісно новим рівнем мисленням, щоб оцінити стан хворого організму, інтегруючи результати даних: анатомічних, фізіологічних, біохімічних, клінічних. Такий підхід в повній мірі відповідає давньому постулату медицини "Лікувати не хворобу, а хворого".

Особливо це характерно при викладанні інфектології, коли потрібно диференціювати інфекційного пацієна від пацієнтів іншого профілю (терапевтичного, хірургічного, гінекологічного тощо). Це потребує логічного і клінічного мислення від середнього медичного працівника. Наприклад: біль в нижній половині живота при деяких кишкових інфекційних хворобах (шигельоз, сальмонельоз) потребує виключення гострого живота (хірургічний профіль), ниркової недостатності (терапевтичний профіль), позаматкової вагітності (гінекологічний профіль). Від поєднання загального клінічного мислення залежить тактика медичного працівника. При вивченні курсу «Медсестринство в інфектології» на спеціальності «сестринська справа» кожний студент повинен володіти сукупністю знань з таких дисциплін як «Медична хімія», «Медична біологія», «Анатомія та фізіологія людини», «Мікробіологія», «Основи сестринської справи», «Фармакологія та медична рецептура». Без відповідних базових знань з цих дисциплін неможливе засвоєння і розуміння студентами програмного матеріалу з дисципліни «Медсестринство в інфектології». Тому на перших заняттях проводимо тестовий контроль вихідного рівня знань студентів з попередніх дисциплін, інтегруємо ці знання відповідно до нашого предмету, розробляємо заходи для усунення недоліків.

Ми використовуємо інтеграцію і при поданні теоретичного матеріалу і при оволодінні майбутніми медсестрами навичками для професійної діяльності під час практичних занять: встановлення сестринського діагнозу, обстеження хворих, виконання маніпуляцій, догляд за хворими, реалізація медсестринської допомоги з лабораторної діагностики, медсестринського спостереження, виконання лікарських призначень з оцінюванням і корекцією медсестринських втручань, і при використанні позааудиторної самостійної роботи.

Організація навчання повинна бути скерована на розвиток клінічного мислення, застосуванні медсестринського процесу до інфекційних пацієнтів,

вміння швидко орієнтуватися в постановці діагнозу та наданні долікарської допомоги при невідкладних станах, коли необхідно своєчасно, правильно і кваліфіковано надати долікарську допомогу, щоби зберегти здоров'я й життя людини.

Важливо розуміти, що інтеграційні теми і міждисциплінарні зв'язки можна використовувати на різних етапах сучасного заняття: актуалізації знань, вивчення нового матеріалу, перевірки і закріплення вивченого матеріалу, домашнього завдання і навіть при контролі знань.

Дієвою формою інтеграції є проведення з суміжними кафедрами та цикловими комісіями науково-медичних конференцій, на яких для підвищення якості освіти та оптимізації процесу навчання через здійснення змістовної і діяльнісної інтеграції навчальних дисциплін вирішуємо наступні задачі: 1) узгодження з викладачами різних дисциплін можливих тем або питань для їх сумісного вивчення; 2) визначення переліку міждисциплінарних зв'язків між навчальними дисциплінами; 3) внесення змін в тематичне планування; 4) вивчення інтересів студентів до предмету, підвищення їх активності в пізнавальній діяльності.

Висновки. Цілеспрямовані та змістовні інтегровані заняття встановлюють міцні зв'язки між навчальними дисциплінами, вносять новизну в традиційну систему навчання, допомагають студентам зрозуміти важливість вивчення основ медицини як єдиної системи знань. Отже, міждисциплінарні зв'язки відіграють вагому роль у підвищенні практичної та науково-теоретичної підготовки здобувачів фахової передвищої медичної освіти, суттєвою особистістю якої є оволодіння ними пізнавальної діяльності узагальненого характеру.

Вся робота викладача з реалізації міждисциплінарної інтеграції повинна бути спрямована на створення у здобувачів медичної освіти продуктивної, єдиної за змістом і структурою системи знань, вмінь, навичок – системи, яка б допомагала здобувачам медичної освіти використовувати увесь обсяг накопичених знань під час вивчення будь-якого теоретичного чи практичного питання та вирішення завдань майбутньої професійної діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Інноваційна педагогіка Міждисциплінарна інтеграція у професійній підготовці майбутніх фахівців медичної галузі. Випуск 18 – Т. 1. – 2019. – С.124. Електронна сторінка видання – www.innovpedagogi.od.ua
2. Микитюк О.Ю. Міжпредметна інтеграція при вивченні медичної і біологічної фізики як фактор формування наукового світогляду майбутнього лікаря /О.Ю.Микитюк, В.Ф. Боєчко, О.І. Опар // Всеукр.навч.-наук. конф.

з міжнар. участю, 18-19 квіт. 2013р. – Тернопіль. ТДМУ, 2013. –Ч. 2. – С.602-604
3. Вдосконалення вищої медичної освіти. Міждисциплінарна інтеграція як фактор удосконалення викладання фармакології у медичному виші. Н.І. Волощук, О.С. Пашинська, А.О. Іваниця, І.В. Таран. – Вінницький національний медичний університет імені М.І Пирогова, https://ojs.tdmu.edu.ua.
4. Дік, Ю.І. Інтеграція навчальних предметів / Ю.І. Дік / / Сучасна педагогіка. – 2008. – № 9. – С. 42-47
5. Глинська, Є. А. Міжпредметні зв'язки в навчанні / Е.А. Глинська, С.В. Титова. – 3-тє вид. – Тула: Інфо, 2007. – 44 с.
6. Короткий термінологічний словник з педагогіки. Укладач С.Г. Мельничук . – Кіровоград, 2004.
7. Кендюхова А.А. Інтеграційні процеси в системі післядипломної педагогічної освіти // Імідж сучасного педагога. – 2003. – №9. – С.20 – 22.
8. Андрейчин М.А., Івахів О.Л.Медсестринство при інфекційних хворобах підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002.
9. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел. – К.: Ірпінь: ВТФ "Перун", 2001. – 1440 с.
10. Гончаренко С.У. Український педагогічний словник. – К.: Либідь, 1997. – 376 с.

ШЕГЕДИН А.С.
студентка IV-го курсу
Спеціальності 223
Медсестринство
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.
канд. наук з держ. управління
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського

ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД, ДОСЯГНЕННЯ ТА ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ

Трансплантологія – це галузь медицини, яка займається пересадкою органів, тканин і клітин з одного організму до іншого [1]. За допомогою трансплантації можна врятувати життя тисяч людей, які страждають від ниркової недостатності, печінкової недостатності, серцево-судинних захворювань і інших хвороб. У цій статті будуть розглянуті сучасні методики, досягнення та юридичні аспекти в галузі трансплантології.

Сьогодні в світі практикується різноманітні види трансплантації. До сучасних методик трансплантації відносять пересадку печінки, нирки, серця та легенів, кісткового мозку, шкіри, рогівки та ін. Найбільш поширеними є пересадка нирок та печінки. Можливості трансплантації серця й легенів зростають з кожним роком. З'явилися можливості пересаджувати кістковий мозок, чи пересадка рогівки та інші тканини [2].

Однак, трансплантологія пов'язана з численними етичними та юридичними питаннями. Для того, щоб трансплантація була можливою, треба мати донорський матеріал. Це може бути добровільний дарувальник, або жорстоко примусове вилучення органа з померлої особи [3].

Від однієї донорської сім'ї може залежати життя людей. Це ще більше підкреслює важливість порозуміння та розуміння між сторонами цієї справи. У багатьох країнах донорська програма функціонує добре, але вона ще потребує постійного розвитку та підтримки з боку держави.

Ще однією проблемою є організація процесу трансплантації. Не завжди можливо забезпечити своєчасний доступ до потрібного донора, підвищити якість зберігання органів, та уникнути гострих та хронічних відторгнень [4].

Однак, не дивлячись на всі виклики, які постають перед трансплантологією, вона залишається важливою галуззю медицини, яка рятує життя багатьох людей. Важливою місією є збільшення кількості донорів і підвищення усвідомленості людей щодо важливості організації процесу трансплантації [5].

Висновок: Трансплантологія – це вища медицина, яка дозволяє врятувати життя тисячам людей, однак вона пов'язана з численними етичними та юридичними проблемами. Забезпечення доступу до донорського матеріалу та організація процесу трансплантації є важливим завданням для подальшого розвитку цієї сфери. Проблема браку органів для трансплантації і їх нерівномірного розподілу в різних країнах світу ще потребує рішучого підходу.

Зробимо крок вперед для того, щоб наша громада стала більш свідомою і звернула увагу на необхідність донорства й обліку своєї позиції в цьому питанні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Mahdavi-Mazdeh M. Organ transplantation: a review of the current status // Journal of Renal Injury Prevention. – 2013. – Vol. 2, No. 2.
2. Yan X. et al. Expanded criteria donor in liver transplantation: A review of current challenges and prospects // International Journal of Surgery. – 2018. – Vol. 51.
3. Rady MY, Verheijde JL. Ethical controversies and dilemmas in clinical kidney transplantation // Journal of Intensive Care Medicine. – 2008 – Vol. 23, No. 5.
4. [Losev R. et al. Multilayered cellularized adipose tissue for reconstruction of abdominal wall defects in a rabbit model // International Journal of Surgery. – 2020. – Vol. 75.
5. Saigal S. et al. The impact of meeting donor family on the bereavement of intensive care providers // Journal of Family Healthcare. – 2012. – Vol. 23, No. 5.

ОЛІЙНИК Ю.О.,

к.мед.н., доцент,
Харківський національний
медичний університет

РОЛЬОВА ГРА ЯК СПОСІБ ВІДПРАЦЮВАННЯ НАВИЧОК САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ОБ'ЄКТА СТУДЕНТАМИ ЗАКЛАДІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ.

Від початку активного впровадження дистанційних технологій в навчальний процес закладів вищої медичної освіти України виникає багато суперечок з приводу доцільності такої форми викладання для майбутніх медиків. Адже студенти медичних ВНЗ мають оволодіти низкою обов'язкових практичних навичок. Країни, які почали використовувати дистанційні технології ще до початку карантину і глобального переходу на альтернативні форми навчання, вже мають достатньо напрацювань і сучасних розробок, які дозволяють не тільки зберігати але й підвищувати ефективність навчального процесу в дистанційному форматі.

Платформи дистанційного навчання мають різноманітний набір інструментів, які дозволяють проводити веб-квести, дискусії, вікторини та ін. в режимі онлайн. Найбільш популярними в Україні є платформи Moodle, Google classroom, Coursera та Prometheus. В інших країнах Європи більш поширені Coursera, Udemy, Udacity, LinkedIn Learning, edX та інші [1]. Також в багатьох країнах використовується платформа Brighspace, розроблена канадською корпорацією Desire2Learn ще в 1999 році [2].

Деякі платформи розроблені спеціально для медиків, наприклад, українська платформа Medvoice [3], професійна медична мережа для обміну досвідом MedU, розроблена VUUX Dubai: Creative Agency [4] та іспаномовна платформа Medu з однойменним мобільним додатком [5]. Для відпрацювання практичних навичок під час дистанційного навчання студентів медичних ВНЗ та підвищення кваліфікації лікарів широко використовуються технології симуляційного навчання, відеооперації та інше.

Аналіз наукових джерел вказує на те, що в світі вже розроблено досить багато методів та інструментів для засвоєння практичних навичок студентів-медиків, які навчаються дистанційно, проте більшість з них розроблялися саме для клінічних кафедр. Та не слід забувати і про профілактичну медицину. Вивчення гігієни та екології також включає обов'язкову практичну частину.

Виходячи з аналізу практичного досвіду професійної діяльності фахівця з санітарно-епідемічного нагляду, можна зробити висновок, що засвоєння біль-

шості навичок відбувається безпосередньо на робочому місці і не вимагає багато часу. Це стосується насамперед виконання лабораторних та інструментальних досліджень. Головною умовою для їх успішного та швидкого опанування є добре знання теоретичних основ, методики проведення досліджень та нормативної бази.

Але вивчення одного з основних методів гігієни – санітарно-гігієнічного обстеження, вимагає більш складного підходу. Цей метод подібний до обстеження пацієнта в клінічній медицині (від збору анамнезу та зовнішнього огляду до проведення поглибленого обстеження і встановлення діагнозу). Крім спеціальних знань з гігієни та екології він також вимагає наявності певних соціальних навичок або soft skills, таких як: комунікативні здібності, навички командної роботи, вміння швидко приймати рішення, аналізувати інформацію та робити обґрунтовані висновки, відстоювати власну думку, розв'язувати конфліктні ситуації тощо.

В клінічній медицині для опанування навичок роботи з пацієнтом успішно використовується метод рольової гри, який дозволяє учасникам відтворити реальну ситуацію і виконати роль, яка вимагає від них застосування певних знань і навичок. При цьому в симуляції роль пацієнта можуть грати як спеціально підготовлені актори, так і самі студенти. Аналогічним чином ми пропонуємо відтворити реальну ситуацію на прикладі вигаданої клінічної лікарні. Також для розробки сценарію гри може бути обраний будь-який інший об'єкти, вивчення якого передбачене програмою навчальної дисципліни «Гігієна та екологія». Можлива розробка двох варіантів сценарію, у відповідності з тематичним планом дисципліни. За першим сценарієм учасники гри мають створити власну лікарню, починаючи з розробки проекту будівництва, та пройти всі етапи погодження зі службою санітарно-епідемічного контролю, отримавши в результаті дозвіл на відкриття. За другим сценарієм учасники, які, за умовами гри, є керівниками клініки, що вже функціонує, мають пройти перевірку відповідною службою та уникнути накладення санкцій за порушення санітарно-гігієнічних норм на підпорядкованому об'єкті. Ця гра передбачає три основні ролі: 1) роль проектувальника, 2) роль керівника клініки, 3) роль перевіряючого. Одну з цих ролей може брати на себе викладач, або всі ролі можуть бути розподілені між студентами. Також можливе додаткове введення другорядних ролей, наприклад, незадоволеного пацієнта.

Таку рольову гру можна проводити як в синхронному форматі в режимі відео-конференції, так і в асинхронному – за допомогою чату, що є особливо актуальним в сучасних умовах Української буденності. Учасники навчального процесу не завжди мають можливість підключитися до відео-конференції через різні технічні причини (нестійкий інтернет-зв'язок, вимкнення електро-

постачання, ракетні обстріли тощо). Тому дуже важливо, що у випадку проведення рольової гри в асинхронному форматі, вони можуть зайти в чат в зручний для них час, прочитати завдання та коментарі інших учасників та додати власні.

Крім того для деяких студентів асинхронний формат гри може виявитися більш ефективним для засвоєння спеціальних знань з дисципліни та навичок наукового пошуку, оскільки вони матимуть більше часу на самостійний пошук додаткової інформації, якщо їхніх знань буде недостатньо для миттєвого роз-в'язання проблеми. Проведення ж відео-конференції, в свою чергу, дає більше можливостей для розвитку комунікативних навичок та здатності до швидкого прийняття рішень. А також засвоєння спеціальних знань в деяких випадках може бути ефективнішим, якщо студентом була допущена помилка, яку одразу виправили з наданням відповідних пояснень.

Попередньо на кафедрі гігієни та екології №1 Харківського національного медичного університету вже проводилися схожі ігри, в яких роль перевіряючого грав викладач. Це були імпровізовані ігри, проте, незважаючи на відсутність чіткого сценарію та доволі обмежений сюжет симуляції, більшість студентів зазначили, що така методика є значно цікавішою та ефективнішою за інші.

Враховуючи вищевикладене, ми вважаємо доцільним застосування методу рольової гри для засвоєння методики санітарно-епідемічного обстеження об'єкта, особливо в умовах дистанційного навчання. На нашу думку це допоможе:

2. Закріпити теоретичні знання, здобуті студентами самостійно в ході підготовки до практичного заняття;
3. Оволодіти необхідними професійними навичками;
4. Оволодіти необхідними соціальними навичками.

ЛІТЕРАТУРА

1. Alex Williams. Best Online Learning Platforms (2023). https://hostingdata.co.uk/best-online-learning-platforms
2. D2L Corporation official cite. URL: https://www.d2l.com
3. Платформа для навчання лікарів Medvoice platform, URL: https://platform.medvoice.net
4. MedU. Професійна медична мережа для обміну досвідом. URL: https://play.google.com/store/apps/details?id=app.vuux.medu&hl=uk&gl=US
5. Medu. Освітня платформа. URL: https://medu.red

ШИЙКА Л.Ю.,
викладач педіатрії
ВПНЗ Львівський медичний
фаховий коледж «Монада»
ШИЙКА М.Б.,
студентка І ЛС 3
ВПНЗ Львівський медичний
фаховий коледж «Монада»

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТА В СИСТЕМІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

В умовах реформування вищої освіти і входження України до європейського простору настав якісно новий етап організації самостійної роботи студентів. Зміст процесу навчання у ВНЗ полягає у здобуванні необхідних для професійної діяльності знань, умінь і навичок, а також знань про способи діяльності, які забезпечують одержання і використання цих знань як у практичній роботі за спеціальністю, так і в повсякденному житті[3].

Самостійна робота – навчальна діяльність студента, спрямована на вивчення і оволодіння матеріалом навчального предмету без безпосередньої участі викладача. Вона є невід'ємною частиною і логічним продовженням лекцій та практичного навчання [1]. Самостійна робота є активною розумовою діяльністю студента, пов'язаною з виконанням навчального завдання. Наявність завдання і цільової установки на його виконання вважають характерними ознаками самостійної роботи.

У всіх елементах навчально-виховного процесу, в тому числі і самостійної роботи студентів, відіграє важливу роль інформаційне навчальне середовище.

У ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада» створені умови ефективної реалізації інформаційної підтримки процесу навчання студентів для проведення самостійної роботи, які полягають:

- у навчально-методичному забезпеченні процесу навчання;
- комп'ютерній інформаційній мережі – Інтернеті;
- наявності електронної бібліотеки.

Самостійна робота з виконання навчального завдання охоплює три етапи.

1. Підготовка студента до виконання завдання, теоретичне, психологічне, організаційно-методичне і матеріально-технічне забезпечення самостійної роботи. Теоретична готовність студента виявляється у його здатності застосувати свої знання для виконання завдання.

Практична готовність полягає у здатності оптимально планувати самостійну роботу, вміло використовувати конспект лекцій, підручники, посіб-

ники, комп`ютер, розумові операції (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, класифікацію та ін.).

Психологічна готовність студента передбачає передусім наявність у нього мотивів до виконання конкретного завдання. Для того щоб поставлене перед студентом завдання стало мотивом його розумової, практичної діяльності, воно повинно бути ним сприйняте. Внутрішнє сприйняття завдання починається з актуалізації мотиву, що спонукає студента до виконання поставленого завдання, а відповідно, до організації своєї самостійної роботи [2].

Успіх підготовчого етапу залежить і від організаційного, методичного, матеріально-технічного забезпечення самостійної роботи студента (забезпеченість літературою, методичними рекомендаціями, наочними посібниками, інформаційно-комп'ютерною базою тощо).

2. Безпосереднє виконання навчального завдання. Це найважливіший і найвідповідальніший етап самостійної роботи студента. Оскільки навчальне завдання і найчастіше постає у навчально-пізнавальній формі, то в процесі його виконання беруть участь усі психічні процеси, які забезпечують пізнавальну активність: відчуття, сприйняття, уява, пам'ять, мислення, увага та ін. На ефективність виконання завдання впливають такі особистісні якості студента, як цілеспрямованість, наполегливість та відповідальність

3. Аналіз виконаного завдання є завершальним етапом самостійної роботи. Під час аналізу студент оцінює (шляхом самоконтролю, іноді взаємоконтролю) якість і час виконання завдання, ефективність використаних у процесі самостійної роботи методів і засобів.

Отже, самостійна робота сприяє формуванню у студентів інтелектуальних якостей, необхідних майбутньому спеціалістові. Вона виховує у студентів стійкі навички постійного поповнення своїх знань, самоосвіти, сприяє розвитку працелюбності, організованості й ініціативи, випробовує його сили, перевіряє волю, дисциплінованість.

ЛІТЕРАТУРА

1. Л. Т. Тюптя, І. Б. Іванова // Самостійна робота студентів в умовах інформаційного навчального середовища.-Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. Збірник наукових праць,2011-212
2. Гончаренко С. У., Олійник П. М., Федорченко В. К., Фоменко Н. А., Поважна Л. І. Методика навчання і наукових досліджень у вищій школі: навч. посіб. для студ., магістрів, асп. і викл. вищ. навч. закл. – К : Вища школа, 2003. – 324 с.
3. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології: навч. посіб. – К. : Академвидав, 2004. – 351 с.

КУКСЕНКО І.В.
викладач кафедри клінічного
медсестриства,
акушерства та гінекології
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

ВИВЧЕННЯ ДОСВІДУ РЕФОРМУВАННЯ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ У ВИСОКОРОЗВИНЕНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Гострою проблемою у світі, незважаючи на швидкі темпи розвитку медичної науки та процеси реформування в галузі, актуальними питаннями залишаються ті котрі пов’язані зі здоров’ям сільського населення, а також населення, що проживає у районах віддалених від медичних центрів.

Проводячи наукову розвідку даної тематики нами виявлено, що в наукових джерелах західного світу використовують терміни “сільське здоров’я” або “віддалене здоров'я” для того, щоб відрізнити та підкреслити проблеми медицини у сільській місцевості.

Як вважає кандидат наук з державного управління Юристовська Наталія «… сьогодні концепція дослідження «сільського здоров’я» включає широкий спектр проблем: доставки медичних послуг у село, географію, акушерство, медсестринство, соціологію, економіку та телемедицину. Багато країн збільшили фінансування досліджень щодо здоров'я сільських районів, що стимулювало створення низки відповідних науково-дослідних інститутів, зокрема Центру досліджень охорони здоров'я сільських та північних регіонів Канади, Агентства сільських районів – у Великобританії, Інституту сільського здоров'я – в Нової Зеландії, Інституту сільського здоров'я – в Австралії. Згадані науково-дослідні установи покликані визначити медичні потреби в сільській місцевості та розробити й науково обґрунтувати відповідні політичні рішення з метою задоволення цих потреб.

Вивчаючи досвід реформування сільської медицини у зарубіжних країнах, нами досліджено, що акцент проблеми зосереджений на моніторингу. Зарубіжні науковці наголошують, що моніторинг повинні вирішувати уповноважені органи влади у цій сфері, а також впливати на формування завдань та низки інноваційних підходів. А також зазначають, що має бути розроблений уніфікований вектор визначення специфіки державних програм у сфері охорони здоров’я для сільської місцевості.

Порівнюючи фактори, що впивають на рівень здоров'я сільського та міського населення, дослідження вказують, що рівень сільського здоров'я є значно нищим, оскільки на нього діє низка чинників таких, як:

- низькі соціально-економічні умови життя;
- низький рівень освіти;
- зловживання тютюнопалінням та алкоголем;
- значно вищі показники летальності.

Існують також високі показники бідності серед сільських мешканців у багатьох частинах світу, а бідність є одним з найбільших соціальних детермінантів здоров'я. Австралійський інститут здоров'я та благополуччя повідомляє про низьку якість води та велике фізичне перевантаження працівників домашніх господарств, що впливають на боротьбу з хворобами в сільських та віддалених районах [1].

С. Герберіх, Р. Гібсон, Л. Френч, Т. Лі, В. Кар, Л. Кохевар, К. Ренєр, Й. Шутке також вказують, що сільські райони часто мають менше можливостей для працевлаштування та більш високий рівень безробіття, ніж у містах. Доступні професії часто мають фізичний характер, включаючи сільське господарство, лісове господарство, риболовство, виробництво та видобуток корисних копалин, а ці заняття часто супроводжуються більшою небезпекою для здоров'я через більш жорсткі умови, важку фізичну працю, високі показники травм, використання хімікатів, шумове забруднення тощо. Таким чином, сільські робочі сили повідомляють про, що загрожують життю [1].

У всіх країнах світу, значну частку сільського населення становлять люди похилого віку, а це означає, що громади мають високий рівень соціальної залежності, оскільки на їхній території проживає мала чисельність людей працездатного віку. Це істотно впливає і на рівень формування сільського здоров'я. Люди похилого віку мають більші потреби у медичній допомозі. Тому заклади охорони здоров'я мають знаходитися у доступній географічній локації. А віддалені гірські райони, які мають мати швидку та ефективну комунікацію з медичними працівниками. Внаслідок географічних, демографічних, соціально-економічних та інших чинників сільські райони часто страждають через відсутність доступу до медичних послуг. Так канадські вчені Дж. Роврк, Г. Хальсет і Л. Рисер Р. Вількінс, Дж. Пол, О. Адамс звертають увагу, що люди у сільській місцевості мають менший доступ до спеціалізованих медичних послуг, зокрема стоматологічних, меншу профілактичну допомогу, а у випадку надзвичайних ситуацій їх нерідко із запізненням доставляють до центральних лікарень [2,3,4,5].

Найбільшою проблемою сільської медицини є неналежне обслуговування літніх людей з довготерміновим протіканням хронічних захворювань та груп з

особливими потребами, так вважають канадійські учені Л. Сандерс, М. Ванке, Р. Понг та практикуючі лікарі Б. Монтгомері і К. Маклеллан [6].

Світовий банк та Організація атлантичних філантропів стурбовані низьким рівнем медичного обслуговування сільських районів Африки, де катастрофічно не вистачає кваліфікованих медичних працівників. Тільки в Південній Африці половина їх населення проживає в сільській місцевості, проте практично там практикують лише 12% лікарів. Наприклад, у Малаві 87% населення проживає в сільській місцевості, але 96,6% лікарів знаходяться у міських санаторіях; у Буркіна-Фасо є одна акушерка на 8000 жителів [6].

Вперше на державному рівні проблеми сільської медицини були підняті 1996 р. в Австралії, коли під час проведення міжнародної літньої конференції науковці прийняли резолюцію про підтримку міждисциплінарних досліджень та підходів до проблем охорони здоров'я в сільській місцевості [7].

Конференція стала поштовхом до формування та впровадження ефективної політики надання медичних послуг сільському населенню. Того ж року у п’яти регіонах Автралії (в Брокен-Хілл, Маунт-Іса, Шеппартон, Лонсестон, Уайалла, Аліс-Спрінгс та Джеральдтон) були створені департаменти з питань сільського здоров'я (University Departments of Rural Health), які протягом перших п’яти років фінансувалися спеціальним Фондом Співдружності. Урядом прийнято комплекс заходів, спрямованих на зниження диференціації здоров'я між сільським та міським населенням [8].

На основі моніторингу проблем сільської медицини австралійськими вченими Л. Бурком, Й. Вакерманом, Д. Лайлом, А. Ларсоном, Д. Сіммонсом, Дж. Тейлором, Д. Уілкінсоном, Дж. Уокером, Дж. Хамфрісом, Дж, Е. Чалмерсом, розроблена програма сталого розвитку сільського здоров’я “Національні рамки ефективності”. Ключовим аспектом програми стала співпраця міністерства охорони здоров’я з навчальними медичними закладами, у яких розпочалась підготовка спеціалістів з сільської медицини за спеціальними програмами та курсами [5].

Розрив між містом і селом у сфері медичних послуг, на думку багатьох вчених, пов'язаний з фокусом фінансування на територіях з більшою кількістю населення. С. Брант, М. Гарріс, Е. Окек, Дж. Розенфелд наводять дані, що у 90-хроках XX ст. у Китаї лише 20% державних витрат на охорону здоров'я були спрямовані на сільську систему охорони здоров'я, яка обслуговувала 70% всього населення країни. Навіть у такій високорозвиненій країні, як Сполучені Штати Америки через скорочення фінансування на сільську медицину протягом 1990-2000 рр. було закрито 228 сільських лікарень, що призвело до зменшення 8 288 ліжок [5].

Успішність реформування сільської медицини в Австралії відбулось завдяки перерозподілу фінансування. Це досяглося завдяки так званого «сільського

індексу» – це є науково обґрунтований показник, який додається під час формування бюджетів на охорону здоров'я Австралії до статей на сільську медицину та враховує всі проблеми віддалених регіонів.

Вивчивши успішний та ефективний досвід Австралії, щодо організування та фінансування охорони здоров'я у сільській місцевості, багато країн світу почали використовувати цю модель при реформуванні та впровадженні в охорону здоров'я сільського населення. Наприклад, у деяких провінційних округах Канади, розпочали та провадили децентралізацію первинної медичної допомоги та перейшли до більш регіонального підходу. Вивчаючи досвід Австралії можна констатувати, що Канада успішно запозичила та адаптувала модель реформування сільської медицини до власних національних потреб.

Процес адаптації запозиченої моделі реформування сільської медицини Канади, взявши вектор на свої віддалені райони, такі як північна Канада, з метою покращення та вдосконалення національного збору даних і аналізу здоров'я людей найвіддаленіших своїх районів. З цією метою було створено при Лаурентьєвському університеті Центр охорони здоров'я сільських районів. Діяльність центру спрямована на розробку індикаторів здоров'я сільських громад Канади та вивчення й популяризацію найкращих практик та моделей сільської медицини.

У 2001 р. в Канаді з метою надання консультації федеральному міністру охорони здоров'я була заснована Консультативна рада міністрів з питань сільського здоров'я. На своїй інавгураційній нараді в жовтні 2001 р. Рада визначила чотири пріоритетні напрямки, на яких зосередила свою роботу:

1) здорові сільської громади;

2) здоров'я через інформаційні технології;

3) охорона здоров'я людських ресурсів;

4) здоров'я аборигенів.

Відповідно до чотирьох стратегічних напрямків при Консультативній раді міністрів з питань сільського здоров'я створено чотири робочі групи, які у процесі своєї роботи визначили сім стратегічних напрямків для вирішення проблем медичного обслуговування сільського населення:

1. Зміцнення потенціалу місцевих громад, які б самі були здатні визначити проблеми здоров'я, встановити пріоритети, розробити стратегії та вжити відповідні заходи.

2. Створення мережі "Сільських інноваційних центрів здоров'я", інфраструктури яких має бути інтегрована в існуючі провінційні та територіальні структури.

3. Міжсекторальна і міжгалузева співпраця для вирішення складних факторів і умов, що впливають на стан здоров'я сільських канадців.

4. Поглиблення досліджень проблем сільського здоров'я, особливо санітарних досліджень, завдяки яким можна контролювати відповідну сільську політику в галузі охорони здоров'я і можна оцінити ефективність програм охорони здоров'я та послуг.

5. Використання інформаційних та комунікаційних технологій безпосередньо в піклуванні про пацієнта, а побічно – як засіб обміну інформацією про історії успіху і найкращі практики серед сільських, віддалених, північних та корінних громад.

6. Забезпечення сільських, віддалених і північних регіонів висококваліфікованими спеціалістами, які є орієнтованими на громаду, орієнтовані на команду, інноваційні та гнучкі методики лікування. Покращення умов праці та підтримка постачальників медичних послуг у сільській місцевості. Максимізація дистанційної освіти та постійний професійний розвиток.

7. Підтримка аборигенів у співпраці з провінційними та територіальними урядами [6].

З 2008 року у Китаї та Індії почала відбуватися реформа, щодо формування та покращення громадського здоров'я у сільській місцевості. Реформа у цих двох країнах базувалася на засадах міжсекторального партнерства між сільськими громадами та органами державної влади.

Багато інших країн світу переймають досвід Австралії та Канади з метою вдосконалення державної політики і управлінських механізмів в сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг різних категорій населення.

У Сполучених Штатах фінансування сільської медицини здійснюється шляхом проектного менеджменту, який забезпечується відповідною агенцією Міністерства охорони здоров'я та соціальних послуг США – Управлінням медичних ресурсів та послуг (англ.: Health Resources and Services Administration (HRSA). Основною компетенцією Управління є забезпечення лідерства та фінансова підтримка постачальникам медичних послуг робота для людей, які не є застрахованими, ізольованими або вразливими для здоров'я, а також для людей у віддалених сільських громадах [7].

Одним із напрямків роботи HRSA є фінансування проєктів по вдосконаленню ефективності роботи сільських лікарень, особливо малих лікарень з менш ніж 200 ліжками. Окрім того, програмами оздоровчого центру HRSA підтримуються медичні послуги для незастрахованих осіб через загальнонаціональну мережу клінік та мобільних медичних фургонів. Бюджет агентства, який у 2015 р. склав 10 мільярдів доларів США, фінансував майже 1400 грантоотримувачів і був спрямований на забезпечення медичної допомоги 23 мільйонам людей. Основна частка коштів спрямовується на підтримку 10400

малих клінік та мобільних медичних фургонів, які за графіком відвідують малонаселені пункти [7].

Протягом останніх десяти років намітилась тенденція залучення до управління в сфері охорони здоров'я громадського сектора, зокрема різного роду недержавних організацій.

Досліджуючи та вивчаючи проведення реформ в галузі охорони здоров'я закордонних країн можна констатувати, що незважаючи на комплекс вдалих управлінських рішень у сфері організації сільської медицини, майже у всіх країнах світу залишається невирішеною проблема браку медичних кадрів у сільській місцевості. Не тільки у нашій державі ай у інших державах світу молоді випускники медичних ЗВО не мають бажання працювати у сільській місцевості і це в свою чергу стає значною проблематикою.

Від початку століття у багатьох високорозвинутих країнах існував потужний медичний кадровий голод у сільській місцевості. Науковцями та державними установами шукалися шляхи подолання даної проблеми. Задля подолання транспортних комунікацій для пацієнтів та медиків, а також постачальників медичних послуг, у географічно віддалені райони, завдяки розвитку інтернету та різноманітних он-лайн платформ, було запроваджено абсолютно нова форма комунікації – телемедицина. Іншими словами телемедициною називають технологію використання електронних інформаційних та телекомунікаційних технологій для підтримки міжміського медичного обслуговування та клінічних відносин. Телемедецина у розвинутих країнах світу пропонує свої послуги для ряду хронічних захворювань та методів превентивної медицини. Окрім телемедицини альтернативні послуги- телефонна комунікація, оскільки вона є дешевою та доступною для людей котрі живуть у сільській місцевості.

У високорозвинутих країнах світу окрім телемедицини широко застосовується абсолютно нова модель організації медичної допомоги у сільських місцевостях , така як медсестринські кабінети. У цих кабінетах пацієнти сільської місцевості можуть отримувати медичні послуги, які не потребують лікарської кваліфікації, та втручань. Але існує можливість –«хірургія одного дня», яка проводиться в амбулаторних умовах та проводиться кваліфікованими сестрами/братами медичними з відповідним рівнем освіти.

Підводячи підсумки можна констатувати, що зарубіжний досвід організації системи охорони здоров'я у сільській місцевості демонструє, намагання усіх держав вирішувати проблему шляхом перерозподілу коштів з метою встановлення оптимального балансу між доступною широкому загалу недорогою послугою сімейної медицини і якісною високотехнологічною медичною допомогою. З метою розвитку на селі первинної превентивної ланки, в якій найбільше відчувають потребу сільські жителі, держави спрямовують свої

комплексні зусилля на пошуки нових форм медичного обслуговування сільських жителів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Aday, L. A.; Quill, B. E.; Reyes-Gibby, C. C. (2001). Equity in rural health and health care // Handbook of Rural Health / Kluwer Academic-Penum Publishers. – New York City, 2001. P. 45–72.
2. Rural Definitions: Data Documentation and Methods // United-States Department of Agriculture. – 2008. – Retrieved January 31.
3. Humphreys, J; Hegney, D; Lipscombe, J; Gregory, G; Chater, B (February 2002). Whither rural health? Reviewing a decade of progress in rural health // *The Australian Journal of Rural Health*. – 2002. № 10 (1). – P. 2–14.
4. Pitblado, JR. So, what do we mean by "rural," "remote" and "northern"? // *The Canadian Journal of Nursing Research*. – 2005. – March.№ 37 (1).- P. 163–168.
5. Plessis V., Beshiri R., Bollman, R., Clemenson H. (2001). Definitions of Rural // Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin. – 2001. № 3 (3).
6. Юристовська Н.Я. Механізми публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні: дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління: 25.00.02 /Юристовська Наталія Ярославівна.-Л., 2017.-176с.
7. Виноградов О. В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров’я України: дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління: 25.00.02 / Виноградов Олег Всеволодович. – К., 2009. – 196 с.

СЕКЦІЯ 2

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА ТА МЕДСЕСТРИНСТВО

КАЗАКОВА О. А.
здобувачка освіти магістерського рівня
спеціальності 223 «Медсетринство»
Житомирського медичного інституту
ЖОР

ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОДІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ІЗ ПАЦІЄНТАМИ ВІДДІЛЕННЯ ГЕМАТОЛОГІЇ

Основні функції гематологічного відділення – це надання консультативної та лікувально-діагностичної допомоги пацієнтам із захворюваннями системи крові. В більшості – з онкозахворюваннями, динаміка яких серед населення має тенденцію до збільшення [2]. Відповідальну і важливу роль у забезпеченні функцій відділення відіграє медична сестра. Вона не тільки виконує медичні маніпуляції та догляд за пацієнтами, а й проявляє мистецтво турботи про нього, направляє свої дії на полегшення його психічного стану, що також впливає на успішність лікування [3].

Існує безліч наукових праць, як зарубіжних, так і вітчизняних науковців, які висвітлюють різні аспекти професійної діяльності медичної сестри. Разом з тим, етико-деонтологічні аспекти взаємодії медичної сестри з онкохворими є на сьогодні актуальними і потребують подальшого дослідження.

Мета – акцентувати увагу на особливостях спілкування медичної сестри з пацієнтом специфічного відділення, що є відповідальною справою і потребує від неї певних особистісних якостей та поведінки.

Слід зазначити, що онкологічні хворі гематологічного відділення проходять важке та довге лікування: від переливання компонентів крові до декількох курсів хіміотерапії і найважче їм морально. Враховуючи це, медична сестра має, в першу чергу, бачити пацієнта як особистість (орієнтуватися на людину), яка має власні потреби. Тоді готувати його до лікування, переконати у необхідності дотримуватися рекомендацій лікаря задля того, щоб лікування пройшло швидше та легше, заспокоїти або відволікти на певний час, просто бути поряд. Знайти правильний шлях до розуміння і комунікації з пацієнтом допомагає знання етико-деонтологічних принципів. Адже, медична етика

вивчає проблему взаємовідносин, а деонтологія – норми і принципів поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків. Це про привітність, емпатію і терплячість; чуйність, милосердя і толерантність, вміння слухати, жести, міміку та інтонацію; безпеку, принципи «не зашкодь» та конфіденційністості; вміння підбадьорити та вселити надію на перемогу над захворюванням тощо [мед с].

Сучасні науковці Н. Б. Галапац, О. Н. Литвинова підкреслюють, що поведінка медичної сестри повинна викликати повагу до неї, довіру, створювати у хворих впевненість, що вона все знає і все уміє, що їй можна довіряти своє здоров'я і життя. Жодні особисті неприємності не повинні «відбиватися» на її роботі, в її тоні при розмовах із колегами та хворими [1]. Все це зможе допомогти пацієнту почуватися себе морально краще та успішно пройти курс лікування, щоб у майбутньому мати ремісію, або взагалі вилікуватися від хвороби [4].

В той же час, неправильні дії медичної сестри можуть призводити до хворобливого стану пацієнта, спричинити ятрогенію.

Отже, етико-деонтологічні аспекті в роботі медичної сестри є вкрай важливими. Без дотримання цих принципів вчасна і якісна медична допомога неможлива, особливо тоді, коли формується пацієнто-центрована система охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Галацан Н.Б., Литвинова О.Н. Значення етико-деонтологічних аспектів в управлінні якістю роботи медсестринської служби. *Медсестринство.* 2015. №1. С.44-48. URL: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/view/5150 (дата звернення: 14.05.23).
2. Коваль С.В. Родіонова Н.К. Дослідження динаміки онкогематологічних захворювань у дорослого населення України у віддалений період після аварії на ЧАЕС: веб-сайт. URL: https://www.medsprava1.com.ua/article/759-medichna-deontologya-serednogo-medichnogo-personalu-u-zaklad-ohoroni-zdorovya (дата звернення: 14.05.23).
3. Мурдахайчаєва О., Локай Б.А., Креховська-Лепявко О.М. Роль медичної сестри в догляді за пацієнтами із захворюваннями травної системи. *Медсестринство.* 2014. №4. С. 49-52. URL: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/view/13761 (дата звернення: 14.05.23).
4. Рега Н.І., Локай Б.А., Ястремська С О. Оцінка якості роботи медичних сестер з інкурабельними хворими в гематологічному відділенні КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня». *Медсестринство.* 2015. №1. С. 4-8. URL: https://core.ac.uk/download/pdf/276628482.pdf (дата звернення: 14.05.23).

ЖУБРИД М.Т.
викладач
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського
ЯНКІВ С.В.
викладач
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

СТИГМАТИЧНА КОМПОНЕНТА МЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З ФТИЗІАТРИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

«Ярлики діють на нас так само, як пронизливий звук сирени, і ми стаємо глухими до всіх більш тонких звуків, які обов`язково помітили б у спокійній обстановці»

Американський психолог Гордон Олпорт

Проблема туберкульозу залишається актуальною у сучасному світі. Туберкульоз є одним з найпоширеніших і найбільш смертоносних інфекційних захворювань, яке викликається бактерією Mycobacterium tuberculosis.

Туберкульоз є світовою проблемою здоров`я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров`я (ВООЗ), у 2020 році він становив одну з десяти найпоширеніших причин смерті в світі. Орієнтовна кількість нових випадків туберкульозу становить близько 10 мільйонів щороку, а кількість смертей від цієї хвороби перевищує 1,4 мільйона.

Туберкульоз має значний соціально-економічний вплив на індивідів, сім`ї та суспільство загалом. Люди, хворі на туберкульоз, часто не можуть працювати, що призводить до втрати доходу та зниження економічного благополуччя. Крім того, витрати на лікування туберкульозу можуть бути високими, а доступ до адекватної медичної допомоги може бути обмеженим, особливо в країнах з низьким рівнем доходів.

Однією з найбільших загроз в боротьбі з туберкульозом є поширення лікарськорезистентних форм хвороби. Це випадки, коли бактерія Mycobacterium tuberculosis стає стійкою до стандартних протитуберкульозних препаратів, ускладнює лікування та підвищує ризик смерті від туберкульозу.[1]

Пандемія COVID-19 має також вплив на боротьбу з туберкульозом. За час пандемії зосередження ресурсів та уваги багатьох країн були спрямовані на COVID-19, що призвело до зниження доступу до тестування на туберкульоз та лікування для пацієнтів з цією хворобою.

Сьогодні ж основним викликом на шляху до подолання туберкульозу для України є війна. Великі скупчення людей, перебування в погано вентильованих та сирих укриттях, недостатнє харчування, постійні стреси сприяють розвитку захворювання. Через бойові дії та вимушені переміщення хворі несвоєчасно звертаються за медичною допомогою, що призводить до пізнього виявлення захворювання та значно ускладнює лікування.

З початку війни програма боротьби з туберкульозом зіткнулася з труднощами в доступі до послуг та ліків, а також із затримкою початку лікування через пізню діагностику хворих на туберкульоз. Усі ці чинники в комплексі створюють ризик подальшого розповсюдження хвороби в країні.

ВООЗ зазначає, що визначальними чинниками епідемії туберкульозу, поряд із бідністю, нерівністю, нестачею продовольства, несприятливими наслідками міграції населення та складними надзвичайними ситуаціями, є такі перешкоди, зумовлені недотриманням прав людини й гендерною нерівністю, як стигма та дискримінація, які супроводжують туберкульоз. ВООЗ зазначає, що пацієнти можуть піти на все, щоб уникнути стигматизації та ізоляції, «жертвуючи власними стражданнями й часом, протягом якого не будуть отримувати лікування».[2]

Раннє виявлення хворих на туберкульоз, відповідно своєчасний початок та дотримання режиму специфічної терапії хвороби мають вирішальне значення для попередження передачі захворювання та покращення результатів лікування пацієнта. У разі раннього виявлення та правильно проведеного лікування людина швидко припиняє виділяти мікобактерії туберкульозу у навколишнє середовище й стає безпечною для оточення. Ранній початок лікування під час туберкульозу – запорука успішного одужання.

Вкрай важливо донести пацієнту усвідомлення необхідності лікування, дотримання призначеної схеми та своєчасного прийому протитуберкульозних препаратів для його здоров’я, подальшого прогнозу в лікуванні і, зрештою, швидшого одужання.

Зараз весь світ намагається скоротити терміни лікування, зробити його більш доступним, зменшити кількість таблеток у день. Україна активно застосовує передові технології та переймає світовий досвід.

Але стигматизація та дискримінація пацієнтів, які хворіють на туберкульоз, стає одним із суттєвих бар'єрів доступу до медичної допомоги. На шляху боротьби з хворобою, якій можна запобігти, яку можна вилікувати і якою є туберкульоз, не повинно бути бар’єрів.

Однак фахівці розуміють, що зусиль медичних працівників або пацієнтів окремо недостатньо. Потрібна злагоджена, командна робота медиків і пацієнтів під час проходження усього шляху до одужання.

Задля ефективної боротьби з захворюванням важливо усунути всі перешкоди, які виникають у людей, хворих на туберкульоз, на всіх етапах надання послуг – від профілактики та діагностики до лікування й підтримки, нівелювати основні чинники та соціальні детермінанти захворювання.

Подолання стигматизації та дискримінації є одними із найважливіших завдань у цьому контексті.

Стигма відображає упереджене ставлення оточуючих до деяких осіб або груп людей на підставі реальних чи приписуваних їм якостей. Вона визнається одним із фундаментальних соціальних чинників здоров'я населення та є причиною нерівного доступу до послуг у сфері охорони здоров`я. Дискримінація загалом обмежує права і свободи людей.

Хворі на туберкульоз часто стикаються зі стигмою та дискримінацією в різних сферах життя через невірні уявлення, міфи та недостатню освіченість населення.

Ось деякі аспекти стигми та дискримінації, що стосуються хворих на туберкульоз:[3]

- Туберкульоз часто асоціюється з відсутністю гігієни, бідністю та неповноцінністю. Це може вплинути на ставлення оточуючих і спричинити соціальну стигму щодо хворих на туберкульоз. Вони можуть бути виключені, відштовхнуті або відчувати неприйняття в різних сферах життя, включаючи роботу, освіту та міжособистісні відносини.
- Хворі на туберкульоз часто зазнають дискримінацію в медичних установах. Це може включати негативні коментарі з боку медичного персоналу або навіть відмову у наданні адекватної медичної допомоги. Така дискримінація може створити бар`єри для доступу хворих на туберкульоз до необхідного лікування і погіршити їх стан здоров`я.
- Зазвичай, хворі на туберкульоз, особливо ті, які перебувають у вразливих групах, можуть зазнати економічну дискримінацію. Це пов'язано з тим, що хвороба може призвести до втрати працездатності і до зниження доходів хворих та їх сімей. Багато хворих на туберкульоз працюють у секторах з низькою заробітною платою, мають нестабільну роботу або навіть втрачають її через хворобу.
- Економічна дискримінація також може проявлятися в доступі до соціального захисту та фінансової підтримки хворих на туберкульоз. Наприклад, деякі хворі можуть бути виключені з програми соціального страхування або мати обмежений доступ до медичного страхування,

що ускладнює їх можливість отримати необхідне лікування та допомогу. Це може призвести до підвищення соціальної нерівності та поглиблення бідності серед хворих на туберкульоз, створити додаткові труднощі для хворих і їх родини, які вже зазнали вплив самої хвороби.

Стигматизація хворих на туберкульоз з`явилася давно. Ще з того часу, коли стало відомо, що туберкульоз – це інфекційне захворювання. Адже для багатьох людей це є підсвідомою реакцією, яка спрямована на позбавлення від страху та сильної тривоги, що виникають у зв`язку із можливістю зараження в результаті контакту.

З допомогою методів генної діагностики були знайдені залишки перенесеного туберкульозу в мумій єгипетських фараонів. До відкриття антибактеріальних препаратів смертність від туберкульозу була вищою за кількість загиблих у війнах.

Прояви та ступінь стигматизації в різні історичні періоди були не однаковими, проте у суспільстві завжди було упереджене ставлення до тих, у кого виявлено туберкульоз, що нерідко змушувало хворих на цю недугу приховувати її від оточуючих.

Важливо підкреслити, що стигма і дискримінація хворих на туберкульоз є несправедливими і необґрунтованими. Ці негативні стереотипи не тільки шкодять самим хворим, але й перешкоджають ефективній боротьбі з туберкульозом, після чого вони можуть зменшити шанси на вчасну діагностику та лікування, а також сприяти подальшому поширенню хвороби.

Саме брак або неактуальність знань є однією з основних передумов стигматизації туберкульозу. З одного боку, туберкульоз – це інфекційне захворювання, тому необхідно дотримуватися певних заходів безпеки. З іншого – відсутність елементарних знань щодо захворювання робить хворих на цю недугу майже ізгоями в суспільстві.

До того ж все, що не зрозуміле, психіка людини сприймає як потенційну загрозу, тому це посилює емоційні реакції тривоги і страху, які й так виникають стосовно переживань за власне здоров’я. Поєднуючись, страх, недостатність знань та стереотипи призводять до міфів та стигматизації щодо туберкульозу.

Захворювання на туберкульоз слід розглядати як психотравмуючу ситуацію, яка зумовлює специфічні емоційні реакції, поведінку та здатна змінювати світогляд, ставлення людини до дійсності. Стрес в разі повідомлення діагнозу у великій мірі зумовлено соціальною стигматизацією захворювання – розповсюдженими стереотипами асоціації туберкульозу із соціальним неблагополуччям, асоціальним способом життя.

Виникаючий страх за своє здоров'я й здоров'я близьких, у зв`язку з потенційним зараженням, також підсилює психологічну травматизацію. Як наслідок людина:

- змінює самооцінку (людина по-іншому оцінює свої можливості та місце серед інших людей);
- впливає на самоповагу;
- знижує впевненість у собі;
- впливає на самосвідомість (погіршує самосприйняття та ставлення до себе);
- підвищує рівень стресу;
- у деяких випадках може призводити до депресивних станів;
- сприяє втраті інтересу й мотивації до життя;
- призводить до зниження життєвого тонусу й психологічної стійкості.

Замість того, щоб зосередитися на лікуванні та налаштуватися на позитивний його результат, людина постійно думає, як їй жити далі, адже часто під загрозою опиняється кар'єра, особисте життя та стосунки з друзями. Через стигматизацію хворий на туберкульоз відчуває свою провину через те, що він захворів, що може заразити близьких, своїх дітей. Бо навіть сам хворий на туберкульоз часто не має елементарних знань щодо цього захворювання. До того ж хворий зростав у тому ж суспільстві, отже, теж має передумови до стигми.

Без подолання цих бар'єрів, неможливо забезпечити якісні людино-орієнтовані послуги, в основу яких покладені індивідуальні потреби кожного пацієнта. Тому ми мусимо усунути наявні психологічні бар'єри, зупинити поширення хвороби та надати людям, які стикнулися з туберкульозом, необхідний догляд та підтримку.[4] Хворий на туберкульоз має бути для медичного працівника таким же пацієнтом, як пацієнт із гіпертонічною хворобою чи цукровим діабетом, лікар має так само чекати його на медичний огляд.

Згідно з матеріалами дослідження «Оцінювання стигми щодо туберкульозу в Україні» пацієнти розповідають про те, що вони піддавалися стигматизації під час проходження лікування з боку медичних працівників і суспільства загалом.

Часто респонденти розповідали про погану комунікацію з медичними менеджерами, які не тільки не залучають пацієнтів до прийняття рішень щодо власного лікування, але й не інформують пацієнтів про план лікування або призначені препарати, порушують конфіденційність, відмовляють у наданні медичних послуг або необґрунтовано перенаправляють до інших лікувальних закладів.

Підхід, орієнтований на потреби людини, передбачає повагу до пацієнта, спільне вироблення рішення щодо діагностичних чи лікувальних заходів,

бачення потреб особистості загалом, що є найважливішим та найсуттєвішим у досягненні позитивного результату в процесі діагностики та лікування.[5]

Основними принципами побудови стосунків з пацієнтом в процесі лікування є:

- толерантність;
- конфіденційність;
- емпатія;
- розподіл відповідальності;
- пацієнт в центрі уваги.

Компетентність, авторитетність, чесність, поєднана з делікатністю та уважним ставленням, хороші комунікативні якості – це ті особистісні риси медичного працівника, які вибудовують довірливі стосунки між ним і пацієнтом.

Успішна комунікація між медиком і пацієнтом складається з підтримки, поваги, розуміння й співчуття. Без них неможливі хороші відносини загалом між людьми, а тим більше в процесі лікування. Пацієнту важливо відчувати підтримку від медичних працівників, їх небайдужість і бажання допомогти. Вона дає пацієнту відчуття впевненості та бажання брати активну участь в одужанні. Пацієнт, швидше за все, буде дотримуватися плану лікування, якщо він буде розуміти свою хворобу й користь лікування.

Висновки та рекомендації для запобігання та подолання проявів стигматизації та дискримінації людей, які стикаються з туберкульозом:

- Забезпечення широкого доступу до правдивої та науково обґрунтованої інформації про туберкульоз, інфікування, симптоми, діагностику, лікування та профілактику. Інформаційні кампанії можуть проводитися через різні канали, такі як медіа, соціальні мережі, памфлети, семінари та навчальні матеріали. Необхідно сприяти свідомості та освіті в суспільстві, включаючи загальну публіку, медичних працівників, урядових посадовців та громадськість.
- Забезпечення доступу до безкоштовної та якісної медичної діагностики, лікування та підтримки всіх хворих на туберкульоз. Це включає створення мережі спеціалізованих медичних закладів, навчання медичних працівників ефективним методам діагностики та лікування, а також забезпечення медикаментами і засобами.
- Поширення інформації про успішні випадки лікування туберкульозу може допомогти змінити негативне ставлення та стереотипи. Інформація про досвід та перемогу над хворобою може надихати і мотивувати інших хворих на туберкульоз та спонукати суспільство до сприйняття хвороби як чогось, що може бути успішно подолано.
- Забезпечення навчання та інформування медичних працівників щодо туберкульозу та практики догляду за хворими. Медичні працівники

мають мати належні знання про туберкульоз, його передачу, діагностику та лікування, а також бути свідомими про стигматизацію, щоб уникати негативних ставлень і дискримінації.

- Надання психологічної підтримки та консультування для хворих на туберкульоз може допомогти зняти стрес, пов'язаний зі стигмою та дискримінацією. Підтримка соціальної інтеграції хворих на туберкульоз, розширення можливостей працевлаштування та фінансової допомоги також є чинниками.

В подоланні епідемії туберкульозу, а також боротьбі з стигматизацією та дискримінацію хворих на туберкульоз, відведені такі ролі медичним сестрам:

- Медичні сестри можуть проводити профілактичні заходи, такі як скринінг на туберкульоз, вакцинація та навчання профілактичним заходам. Вони можуть працювати в тісній співпраці з громадськістю, проводити інформаційні кампанії, надавати індивідуальні консультації та навчати людей про інфікування туберкульозом та способи його попередження.
- Медичні сестри можуть працювати на місцях з високою захворюваністю і надавати підтримку в діагностиці, лікуванні та клінічному дотриманні терапії. Вони також можуть проводити навчання населення щодо туберкульозу, зменшення стигми та попередження передачі хвороби.
- Медичні сестри можуть надати наочну інформацію про туберкульоз, його причини, інфікування, симптоми, діагностику та лікування. Вони можуть відповідати на запитання та роз`яснювати міфи та неправильні уявлення про хворобу. Це може включати організацію семінарів, конференцій, дискусійних груп та розповідей про позитивні випадки успішного лікування. Чим більше людей мають достовірну інформацію, тим менше поширюють стереотипи і стигму.
- Медичні сестри можуть демонструвати позитивне ставлення до пацієнтів з туберкульозом та проявляти емпатію до них. Вони можуть надати підтримку, розуміння та сприяти збереженню гідності під час лікування, можуть сприяти нерозголошенню статусу хвороби без дозволу пацієнта та забезпечити безпечні умови для отримання лікування. Це зменшить почуття стигми та неприйняття з боку суспільства.
- Медичні сестри можуть виступати в ролі адвокатів для своїх пацієнтів, сприяючи їхньому доступу до якісної медичної допомоги та підтримки. Вони можуть допомогти їм зрозуміти свої права, отримати

належне лікування та необхідну підтримку від систем охорони здоров`я та громадськості.

ЛІТЕРАТУРА

1. Global Tuberculosis Programme https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy
2. Державна стратегія протидії віл-інфекції/сніду, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року https://phc.org.ua/news/derzhavna-strategiya-protidii-vil-infekciisnidu-tuberkulozu-ta-virusnim-gepatitam-do-2030-0
3. Закон України від 5.07.2001 № 2586-III «Про протидію захворюванню на туберкульоз»
4. Розпорядження КМУ від 18.11.2020 р. № 1463-р «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020–2023 роки»
5. Розпорядження КМУ від 27.11.2019 р. № 1415-р «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року»
6. Наказ МОЗ України від 16.02.2022 р. № 302 «Про затвердження порядку організації виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції»

КОЛЬЦУН А.
студентка ІІ курсу, спеціальність
«Сестринська справа»
Керівники :
БЯЛИЙ А.О.
викладач
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського
ТВЕРДА І.І.
викладач
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

ТУБЕРКУЛЬОЗ І СЬОГОДЕННЯ. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ.

"Якщо кількість життів, які збирає хвороба,
є мірою її значущості, тоді всі хвороби особливо
такі найнебезпечніші, як бубонна пропасниця,
азіатська холера тощо, мають стояти далеко
позаду туберкульозу."
Роберт Кох, Берлін, 24 березня 1882 року

Туберкульоз відноситься до соціальної хвороби, яку ми не можемо перемогти, бо в країні з 1995 року оголошено епідемію туберкульозу. Тому ця проблема залишається актуальною і на сьогодні. На жаль, Україна знаходиться серед лідерів за поширенням туберкульозу, який становить небезпеку як для держави та суспільства, так і для інших країн. [1]

За даними ВООЗ кожну секунду одна людина в світі інфікується туберкульозом, кожні 4 секунди – хворіє і кожні 15 секунд від туберкульозу вмирає. 8,4 млн. Щорічно у світі 10 млн осіб вперше хворіють на туберкульоз і 1,5 млн осіб помирає від нього.

Люди з усьому світу щорічно захворюють на відкриту форму туберкульозу. Кожен хворий може сам заразити від 10-15 людей протягом року. [1.2.]

На сьогоднішній день в Україні спостерігається справжня епідемія туберкульозу: кількість хворих перевищує 50 на 100 тисяч населення [3.4.] Згідно зі статистичними даними, за рівнем захворюваності на туберкульоз Україна знаходиться на другому після Росії місці в Європі, а за кількістю хворих полірезистентною формою (найнебезпечнішою для оточуючих) – входить в першу четвірку. [3]

Сьогодні ми добре знаємо, що хвороба – це не метафора, і що причина туберкульозу – не душевний розлад, а туберкульозна паличка. Але доки людство не дізналося цього, воно було схильне шукати причини згасання від сухот в гріхах, божественній карі та інших небіологічних причинах, а разом із тим романтизувати цю хворобу. Хтозна, що означав туберкульоз у давні часи, адже характерні для нього ураження знаходили на єгипетських муміях, а от в 19 столітті сухоти були провідною смертельною хворобою Європи. І той самий туберкульоз, що добряче косив літературних персонажів 19 століття, був також синонімом меланхолії і хворобою доби. Прийнято вважати, що туберкульоз – це хвороба яка вражає виключно представників соціально-дезадаптованих верств населення і що для таких хворих на туберкульоз властиві наступні риси: зниження працездатності, фізичної і соціальної активності, втрата інтенсиву до життя тощо, а складний соціальним характер більшості хворих не сприяє успішному лікуванню, що і є, зрештою, головною причиною невдач у боротьбі із туберкульозом. Це твердження не є правдивим і справедливим повною мірою, адже історія знає надзвичайно багато прикладів коли туберкульоз вражав відомих, талановитих, соціально активних, надзвичайно енергійних і працездатних людей. Ці великі особистості, які страждали від туберкульозу, зробили неоціненний внесок в скарбницю світової культури і розвиток сучасної цивілізації. При цьому немає сумніву, що, попри тяжкі фізичні та душевні страждання, своєї величі вони досягли якраз завдяки високій працездатності, фізичній і соціальній активності.

Було проведено наукове дослідження, яке полягало в опрацюванні та порівняння статистичних даних щодо захворюваності на туберкульоз у Львівській області за період 2020–2022 років, які були люб’язно надані Центром Громадського Здоров’я Львівської області.

У 20020 році відбулося різке зниження захворюваності, що було обумовлено пандемією COVID – 19 та обмеженням доступу населення до медичних послуг.

В 2021 році відбулося зростання захворюваності, що могло обумовити стабілізацією роботи закладів охорони здоров’я в умовах пандемії та поверненням до нормального ритму роботи первинної ланки надання медичної допомоги. У зв’язку із військовою агресією Росії та великої кількості біженців в 2022 році, Львівщина має зростання захворюваності на туберкульоз у порівнянні із 2020 та 2021 роками.

Окрім цього, до Міжнародного дня боротьби з туберкульозом було проведено опитування 354 респондентів з числа школярів ЗОШ м. Львова на предмет знань про туберкульоз, способи його поширення та профілактики.

Статистичні дані щодо захворюваності на туберкульоз Львівській області та Україні.

2020 рік

	Захворюваність на всі форми ТБК	Кількість дітей, які захворіли на ТБК	Кількість медиків, які захворіли на ТБК	Смертність від ТБК
Львівська область	878	20	17	153
Україна	17593	803	160	1429

2021 рік

	Захворюваність на всі форми ТБК	Кількість дітей, які захворіли на ТБК	Кількість медиків, які захворіли на ТБК	Смертність від ТБК
Львівська область	958	5	5	129
Україна	18241	450	154	2090

2022 рік

	Захворюваність на всі форми ТБК	Кількість дітей, які захворіли на ТБК	Кількість медиків, які захворіли на ТБК	Смертність від ТБК
Львівська область	1062	12	16	76
Україна	18510	470	148	

Респонденти поділялися наступним чином : 35% – 123 учні віком від 15-16 років та 65% – учні від 17-18 років. В ході опитувань були сформульовані питання та отримані наступні відповіді :

- Чи знаєте Ви, що таке туберкульоз ?

54,2% – 192 учні дали відповідь ТАК
31,6% – 112 учнів дали відповідь НІ
14,2% – 50 учнів не змогли дати відповідь

- Чи знаєте Ви шлях передачі туберкульозу ?

27,1% – 96 учнів дали відповідь ТАК
68,6% – 243 учні дали відповідь НІ
4,3% – 15 учнів не змогли дати відповідь

- Чи знаєте Ви, як можна вберегтися від захворювання ?

31,6% – 112 учнів дали відповідь ТАК
54,2% – 192 учні дали відповідь НІ
14,2% – 50 учнів не змогли дати відповідь

- Які методи профілактики туберкульозу є доцільними на Вашу думку ?

Захисна маска – 34% або 120 учнів
Антисептика – 23% або 82 учні
Гігієна миття рук – 20% або 70 учнів

Термічна обробка продуктів – 10% або 35 учнів

Своєчасний візит до лікаря – 8% або 28 учнів

Здоровий спосіб життя – 5% або 18 учнів

Боротьба з туберкульозом поки залишається гострою проблемою в нашій державі. Якщо раніше спеціально виділяли величезні кошти для контролю за цим захворюванням, то зараз в Україні ведеться активний пошук технологій, що зберігають ресурси. Не викликає сумнівів, що в нашій країні повинна бути єдина Національна програма з боротьби з туберкульозом, яка фінансується урядом. Безумовно, боротьба з туберкульозом стане особливо успішною, якщо в країні з'являться реальні програми соціального захисту громадян України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фещенко Ю. І. Погляд на проблему боротьби з туберкульозом в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко // Український пульмонологічний журнал. – 2016. – №3.
2. Устінов О. В. МОЗ України повідомляє про розроблення концепції програми протидії туберкульозу [Електронний ресурс] / О. В. Устінов // Український медичний часопис. – 2017. – Режим доступу : http://www.umj.com.ua/article/104403/ moz-ukrayini-povidomlyaye-porozroblennya-kontseptsiyi-programi-protidiyi-tuberkulozu.
3. Статистичні дані [Електронний ресурс] // Центр медичної статистики МОЗ України. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html
4. Туберкулез в Украине [Електронний ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=UA&outtype=html&LAN=RU .

ДУБАС Ю.І.,
студентка І-го курсу, другого
(магістерського) рівня освіти
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія
ім.А.Крупинського
Науковий керівник:
ЯРЕМЧУК О.В.
канд.держ.упр. Львівська медична
академія ім.А.Крупинського

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КОМУНІКАЦІЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ З ГЕРІАТРИЧНИМИ ПАЦІЄНТАМИ

Нині у світі збільшується тривалість життя людей. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2021), у 2030 році люди віком понад 60 років становитимуть одну шосту жителів планети, тобто їх кількість збільшиться з 1 млрд у 2020 році до 1,4 млрд, а до 2050 року вона подвоїться (за оцінками, до 2,1 млрд). Очікується, що з 2020-го по 2050 рік кількість людей віком ≥80 років зросте втричі й досягне 426 млн осіб [1].

Старіння населення є однією з найважливіших проблем сучасності, що набуває величезного значення для економічної і соціальної політики держави. Згідно зі статистичними даними на вересень 2021 року, в Україні відзначається зростання кількості геріатричних пацієнтів. За оцінками, понад 10% населення України є людьми похилого віку (65 років і старше). За даними Державної служби статистики України, кількість осіб віком 65 років і старше у 2021 році становила близько 7,9 мільйона чоловік, а цей показник прогнозується збільшуватися у майбутньому [2]. Також, зростає кількість хвороб, пов`язаних зі старінням, таких як серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, онкологічні захворювання та неврологічні розлади. Це ставить перед системою охорони здоров`я виклики щодо надання якісної медичної допомоги та догляду за геріатричними пацієнтами.

Сімейні сестри/брати медичні постійно комунікують з особами похилого і старечого віку. Знання фізіологічних і психологічних особливостей цієї категорії пацієнтів допоможе їм ефективно здійснювати медсестринський процес, домогтися взаєморозуміння з пацієнтами. Також можуть існувати інші проблеми комунікації медсестринського персоналу з геріатричними пацієнтами, в залежності від конкретних обставин та контексту. Кожен пацієнт має унікальні потреби, особливості та вимоги, які потребують індивідуального підходу до комунікації.

Досліджуючи та аналізуючи наукові джерела, нами виокремлені актуальні проблеми комунікації медсестринського персоналу з геріатричними пацієнтами, які можуть включати наступні аспекти:

1. ***Когнітивні втрати та погіршення зору:*** геріатричні пацієнти можуть мати проблеми з пам'яттю, увагою та зором, що може ускладнити процес комунікації. Сестри/брати медичні повинні бути терплячими, та використовувати просту мову, яка легко сприймається пацієнтом.

2. ***Втрата слуху:*** багато геріатричних пацієнтів мають проблеми зі слухом. Сестри/брати медичні повинні забезпечити належне акустичне середовище, говорити чітко та повільно. Інформувати лікаря про проблеми зі слухом у геріатричного пацієнта для вирішення проблеми. Використання невербальних засобів комунікації, таких як жести та міміка, також може допомогти взаєморозумінню.

3. ***Мовні бар'єри:*** деякі геріатричні пацієнти можуть мати обмеження у вербальному спілкуванні або взагалі не розмовляти. Сестри/брати медичні повинні бути готовими використовувати інтерпретаційні послуги для забезпечення ефективної комунікації.

4. ***Піклування про фізичний комфорт:*** геріатричні пацієнти можуть мати фізичні обмеження, болі та дискомфорт. Сестри/брати медичні повинні проявляти чутливість до їхніх потреб, надавати комфортні позиції та положення під час спілкування, забезпечувати більш м'який підхід при проведенні медсестринських маніпуляцій та забезпечувати адекватну контрольовану анальгезію.

5. ***Сприйнятливість до стресу:*** геріатричні пацієнти можуть бути більш емоційно вразливими та швидко стресувати. Сестри/брати медичні повинні мати навички спілкування, щоб створити спокійну та підтримуючу атмосферу. Емпатія, співчуття та виявлення зацікавленості можуть допомогти зменшити стрес та покращити комунікацію.

6. ***Вплив психологічних станів:*** геріатричні пацієнти можуть мати психологічні стани, такі як депресія, тривога або психоз, які впливають на спосіб сприйняття та комунікації. Сестри/брати медичні повинні мати навички виявлення та розуміння таких станів, встановлювати емоційний контакт з пацієнтом та надавати необхідну підтримку та розуміння.

7. ***Відчуття самостійності та гідності:*** геріатричні пацієнти можуть мати сильне бажання зберігати свою незалежність та гідність. Сестри/брати медичні повинні проявляти повагу до пацієнтів, залучати їх до прийняття рішень щодо їхнього лікування та дбати про збереження їхньої самостійності наскільки це можливо.

8. ***Виклики в організації догляду:*** Геріатричні пацієнти можуть потребувати більш інтенсивного та комплексного догляду, що може впливати на

комунікацію сестер/братів медичних. Недостатні ресурси, перевантаженість персоналу та недостатність часу можуть створювати труднощі у взаємодії з геріатричними пацієнтами.

9. ***Відсутність часу:*** Сестри/брати медичні можуть бути обмежені у часі, що витрачається на кожного пацієнта. Це може призводити до недостатньої комунікації з геріатричними пацієнтами. Важливо знайти баланс між ефективністю і витратою часу, забезпечуючи достатню увагу та спілкування з пацієнтами.

10. ***Недостатня інформованість:*** геріатричні пацієнти можуть бути менш інформованими про свої медичні діагнози та методи лікування. Сестри/брати медичні повинні надавати зрозумілу інформацію про діагноз, план лікування та прогноз, використовуючи просту мову та повторюючи важливі деталі.

11. ***Недостатній доступ до інформації:*** сестри/брати медичні можуть стикатися з викликами, пов`язаними з недостатнім доступом до повної інформації про геріатричних пацієнтів, такої як історія хвороби або ліки, які вони приймають. Це може ускладнити ефективну комунікацію та прийняття рішень щодо догляду.

12. ***Складність мультипрофесійного спілкування:*** у лікуванні геріатричних пацієнтів можуть брати участь різні фахівці, такі як лікарі, фізіотерапевти, соціальні працівники тощо. Важливо забезпечити ефективну комунікацію між всіма членами команди, а також з пацієнтом, для забезпечення збалансованої та координованої опіки.

13. ***Виклики етичного характеру:*** комунікація з геріатричними пацієнтами може включати складні етичні питання, такі як прийняття рішень щодо кінця життя, обмеження медичних втручань або конфіденційність медичної інформації. Сестри/брати медичні повинні мати розуміння етичних принципів та вміти вести такі розмови з чутливістю та повагою.

14. ***Вплив культурних різниць:*** геріатричні пацієнти можуть мати різні культурні погляди та цінності, які впливають на спосіб сприйняття та комунікації. Сестри/брати медичні повинні бути культурно чутливими, усвідомлювати ці різниці та враховувати їх у комунікації з пацієнтами.

15. ***Виклики в спілкуванні з родичами та опікунами:*** геріатричні пацієнти часто мають родичів або опікунів, які беруть активну участь у їхньому догляді. Комунікація з родичами та опікунами може бути складною, особливо у випадках, коли виникають розбіжності у планах лікування або в управлінні потребами пацієнти. Сестри/брати медичні повинні вміти ефективно спілкуватися з родичами та опікунами, вислуховувати їхні побоювання та сприйняття, а також спільно з ними розробляти менеджмент догляду.

16. ***Відсутність навичок комунікації:*** не всі сестри/брати медичні можуть мати достатні навички комунікації з геріатричними пацієнтами. Важливо забезпечити належну підготовку та навчання сестер/братів медичних.

Отже, підводячи підсумок можна констатувати, що вкрай важливо, щоб сестри/брати медичні усвідомлювали актуальні проблеми при комунікації з геріатричними пацієнтами, які включати вище вказані аспекти, розвивали навички ефективної комунікації та враховували особливості кожного геріатричного пацієнта з метою забезпечення якісної та підтримуючої медичної опіки та догляду. А також, приділяти значної уваги розвитку комунікативних умінь і навичок та засвоєння мистецтва індивідуального підходу до пацієнтів ще у закладах освіти медсестринського спрямування та широко пропагувати безперервний професійний розвиток практикуючих сестер/братів медичних.

ЛІТЕРАТУРА

1. Спеціалізований медичний портал HEALTH-ua.com Питання персоніфікованого підходу у веденні пацієнтів старших вікових груп, О.М. Біловол, академік НАМН України, д.м.н., проф.кафедри клінічної фармакології та внутрішньої медицини, І.І. Князькова, д.м.н., професорка, завідувачка кафедри клінічної фармакології та внутрішньої медицини, Харківський національний медичний університет. 08.07.2022. URL: http://surl.li/hiysh
2. URL:https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/10/zb_nas_2019.pdf

МАРЧЕНКО Н. О.
студентка І-го курсу
спеціальності 223 Медсестринство
Львівська медична академія ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.
к. держ. упр.
Львівська медична академія ім. А. Крупинського

СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ТА КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Підвищення якості медичної допомоги є важливою складовою ефективного використання ресурсів у сфері охорони здоров'я. Для забезпечення високої якості медичної допомоги необхідно розробляти та впроваджувати системи управління та контролю якості.

Вертикально організована структурно-функціональна система управління та контролю якості включає у себе всі рівні управління від міністерства до конкретного закладу охорони здоров'я. Така система дозволяє забезпечити збалансовану та інтегровану роботу усіх етапів надання медичної допомоги, від початкової діагностики до реабілітації пацієнтів [1].

Сильні лідери в сестринській справі є життєво важливими для допомоги в постійній еволюції охорони здоров'я. Лідери, сестри/брати медичні роблять більше, ніж балансують витрати, контролюють продуктивність і підтримують задоволеність пацієнтів і персоналу. Вони служать прикладом для наслідування та впливають на організації охорони здоров'я на всіх рівнях. Сильні сестра/брат медичні – лідер, який мотивує своїх колег, задаючи тон для безпечного, цивільного робочого місця з культурою високого морального духу та збереження роботи.

Керівник медичної сестри визначається своїми діями, а не завжди владою. Лідери медсестринства надихають і впливають на інших, щоб досягти максимального потенціалу. Вони використовують прикладне лідерство в сестринській справі, спираючись на навички критичного мислення для управління командою. Лідери сестри/брати медичні широко бачать, які щоденні завдання впливають на загальні цілі організації охорони здоров'я. Вони передають очікування своїй команді та мотивують їх досягати заздалегідь визначених цілей. Медичні сестри/брати можуть керувати різними організаційними сферами, якщо вони демонструють необхідні лідерські якості, щоб впливати на інших.

Роль сестри/брата медичних - лідера в Сполучених Штатах Америки, згідно Американської Асоціації медсестер, поєднує основні медсестринські, ділові та лідерські навички, набуті шляхом постійного навчання. Вони повинні бути достатньо гнучкими, щоб адаптуватися до технологічних змін, методів оплати, що змінюються, нових методів лікування, а також нормативного та законодавчого середовища. Найважливіші навички ефективного медсестринського лідерства включають:

- **Комунікація та співпраця:** ці навички можуть зменшити непорозуміння, сприяти спільному прийняттю рішень і створити відчуття спільної роботи для досягнення спільних цілей.
- **Освіта та якість практики:** це безперервний професійний розвиток дозволяє лідерам медсестринської справи йти в ногу з мінливим середовищем охорони здоров'я, одночасно прагнучи до досконалості, підтримуючи якісну, засновану на доказах практику.
- **Гігієна навколишнього середовища та використання ресурсів:** це лідерство в сестринській справі гарантує, що догляд за пацієнтами може надаватися ефективно в безпечному та здоровому середовищі, одночасно сприяючи здоров'ю всього медичного персоналу.
- **Оцінка етики та професійної практики:** це впливові керівники медичних сестер/братів, які моделюють етичні практики для прийняття рішень, демонструють чесність, відповідаючи за свої дії та оцінюють дотримання стандартів професійної практики.
- **Професіоналізм і лідерство:** це лідери медичних сестер/братів, які будують життєво важливі стосунки та співпрацюють з різними медичними командами з чутливих тем. Використання навичок критичного мислення дозволяє особам, які займають посади медичних сестер\братів, аналізувати рішення, що впливають на організацію. Потім вони чітко пояснюють обґрунтування таким чином, щоб заохочувати підтримку персоналу. Інші навички медсестринського лідерства, такі як прояв співчуття та емпатії, можуть допомогти сестрі/брату медичним – лідеру розвивати міжособистісні стосунки та завоювати повагу до своєї ролі. Стилі керівництва медичних сестер/братів можуть впливати на задоволеність роботою, рівень утримання медичних сестер/братів, якість догляду та результати пацієнтів. Освіта медичного персоналу, особистість і робоче середовище можуть впливати на стиль керівництва сестрами/братами медичними. Кожен тип ролі сестри/брата медичного – лідера може бути цінним, якщо його використовувати в правильних умовах.

Трансформаційний лідер сестер/братів медичних працює над тим, щоб надихнути медичних сестер/братів на досягнення кращого бачення, допома-

гаючи їм розвивати силу. Такий стиль керівництва медсестринством добре поєднується з наставництвом.

Автократичний керівник медичних сестер/братів, швидко приймає рішення без участі співробітників і чудово делегує завдання. Такий стиль керівництва сестринським персоналом може бути найбільш ефективним у надзвичайних ситуаціях.

Стиль керівництва **Laissez-faire** покладає віру в кожен аспект добре змащеної машини. Цей метод може добре працювати з досвідченими командами або самокерованими медсестрами.

Лідер медичної сестри/брата **від Демократичної партії** прагне до співпраці та зосереджується на успіху команди. Цей керівник медичного персоналу може досягти успіху в якості покращення якості, але може бути неефективним у ситуаціях, що вимагають самостійних рішень.

Стиль керівництва медичної сестри/брата – **слуги** зосереджується на розвитку співробітників та індивідуальних потребах. Цей метод добре працює в цілеспрямованих середовищах або, як викладач медичної сестри.

Стиль **ситуаційного** лідерства є найбільш адаптивним, оскільки він аналізує ситуацію та визначає відповідний підхід. Цей лідер медичної сестри/брата є достатньо гнучким, щоб змінити свій підхід відповідно до потреб організації чи окремої людини. Цей стиль добре працює зі студентами медичного спрямування, але може відвернути від довгострокових цілей організації.

Операційна медсестра добре справляється з короткостроковими цілями, зосереджуючись на ефективності та продуктивності. Цей стиль, орієнтований на завдання, зменшує кількість помилок і добре працює з жорсткими дедлайнами.[2]

Система управління та контролю якості медичної допомоги на рівні медичної сестри в Україні має на меті забезпечення високої якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів.

Однією з основних функцій медичної сестри/брата є забезпечення безпечного та ефективного надання медичної допомоги. Для цього необхідно дотримуватись стандартів якості та процедур надання медичної допомоги, контролювати виконання лікарських призначень та регулярно оцінювати результати лікування.

Основні принципи системи управління та контролю якості медичної допомоги на рівні медичної сестри/брата включають:

1. Розроблення стандартів якості медичної допомоги на рівні Міністерства охорони здоров'я.

2. Розроблення процедур та протоколів надання медичної допомоги на рівні лікарні та інших установ охорони здоров'я.

3. Впровадження системи моніторингу та контролю якості надання медичної допомоги на різних етапах лікування.

4. Аналіз результатів моніторингу та контролю якості надання медичної допомоги та внесення коректив до процедур та протоколів надання медичної допомоги.

5. Проведення аудиту якості медичної допомоги на рівні лікарні та інших установ охорони здоров'я.

6. Підвищення кваліфікації медичних працівників та забезпечення їх регулярної перепідготовки.

Отже, можна зробити висновок, що система управління та контролю якості медичної допомоги на рівні медичної сестри/брата є необхідною для забезпечення безпеки та ефективності медичної допомоги. Виконання ключових принципів, таких як забезпечення безпеки пацієнтів, виконання лікарських призначень, підвищення кваліфікації та розвиток професійного підходу до пацієнтів, допомагає забезпечити високу якість медичної допомоги. Реалізація цих принципів допоможе медичній сестрі/брату виконувати свої професійні обов`язки з відповідальністю та дотримуватись стандартів якості та безпеки в процесі надання медичної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Н. Б. Галапац Управління якістю роботи медсестринської служби Львівської області URL:https://svitppt.com.ua/medicina/upravlinnya-yakistyu-roboti-medsestrinskoi-sluzhbi-zakladiv-ohoroni-zdorovya.html
2. Американська асоціація медсестер (ANA) URL:https://www.nursingworld.org/ana-enterprise/

ДУБ Н.Є.
канд. наук. держ. упр.
Львівська медична академія
ім. А.Крупинського
МУЗИКА О.І.
викладач
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
ВІТКОВСЬКА І.В.
студентка ІІ курсу
спеціальності 223 Медсестринство,
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського

ТРЕНІНГИ З РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ ДЛЯ РОБОТИ У НЕВРОЛОГІЧНИХ ТА ПСИХІАТРИЧНИХ СТАЦІОНАРАХ: РОЗРОБКА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ

Вступ. У сучасному світі поняття "компетенція" та "професійна компетенція" здобули все більшої популярності в професійному середовищі. Компетенція – це сукупність знань, умінь та навичок, необхідних для ефективного виконання певної роботи чи завдання, а професійна компетенція передбачає наявність специфічних знань, умінь та досвіду у певній професійній галузі [1]. Розуміння цих понять є важливим для розробки та вдосконалення тренінгів з розвитку професійних компетенцій у різних галузях діяльності. В даній статті ми розглянемо розробку та ефективність тренінгів з розвитку професійних компетенцій сестер/братів медичних для роботи у неврологічних та психіатричних стаціонарах.

Забезпечення якісної медичної допомоги завжди було і залишається головним пріоритетом в будь-якій країні. У цьому процесі велику роль відіграють сестри/брати медичні, які безпосередньо надають медичну допомогу пацієнтам та забезпечують їх комфорт під час перебування у закладі охорони здоров’я. Однак, робота у неврологічних та психіатричних стаціонарах може бути викликом для них, оскільки вимагає специфічних знань та навичок. У даному контексті, розвиток професійних компетенцій у цій галузі стає все більш необхідним, щоб забезпечити високу якість медичної допомоги та безпеку пацієнтів. Тренінгові технології можуть стати корисним інструментом для забез-

печення належного рівня підготовки сестер/братів медичних та успішної роботи з цією важливою категорією пацієнтів.

Основна частина. Для розвитку професійних компетенцій медичних сестер/братів, потрібних для роботи у неврологічних та психіатричних стаціонарах, необхідно мати чітке розуміння потреб та вимог медичної галузі. Щоб дізнатись більше про ці потреби, було проведено анкетування серед медичних працівників, які мають досвід роботи в неврологічних та психіатричних стаціонарах в різних регіонах України (509 осіб), а також студентів закладів фахової передвищої та вищої освіти (689 осіб), для з'ясування потреби у тренінгах та конкретних темах, на які їх необхідно зорієнтувати. Анкетування проводилося за допомогою Google-форм, поширених через соціальну мережу Facebook.

Респонденти

Область:	Львівська область	Одеська область	Житомирська область	Дніпропетровська область	Київська область	Тернопільська область
1	2	3	4	5	6	7
Медичні працівники	***189***	***79***	***31***	***69***	***112***	***29***
Студенти	***254***	***56***	***88***	***92***	***146***	***53***

Результати анкетування надали важливі відомості щодо основних проблем, з якими зіштовхуються медичні сестри/брати у своїй роботі, допомогли зрозуміти потреби та очікування студентів, а також забезпечити якість та ефективність майбутніх тренінгів. У цій статті ми проаналізуємо ці результати та розглянемо розробку та ефективність тренінгів з розвитку професійних компетенцій для медичних сестер/братів у неврологічних та психіатричних стаціонарах.

Зокрема, на основі результатів анкетування, було визначено, що основними потребами медичних сестер/братів у неврологічних та психіатричних стаціонарах є покращення комунікаційних навичок – 64%, збільшення знань з психології, психіатрії, неврології та інших пов’язаних наук – 20%, а також навчання навичкам управління стресом – 15%, інше – 1% (респонденти описали свої варіанти).

Більшість медичних працівників (82%) відзначили потребу в тренінгах з етики, зокрема з етичними проблемами, які виникають у психіатричних стаціонарах.

Студенти, з свого боку, найчастіше вказували на необхідність практичного навчання щодо роботи з пацієнтами з різними захворюваннями, зокрема з психічними та неврологічними розладами (55%). Багато студентів також

відзначили потребу в навчанні зі збереження безпеки у роботі з пацієнтами з психічними захворюваннями (33%) та з використанням медичної техніки 12%.

Рис. 1. Відповіді респондентів з числа медсестер/медбратів, щодо їх основних потреб

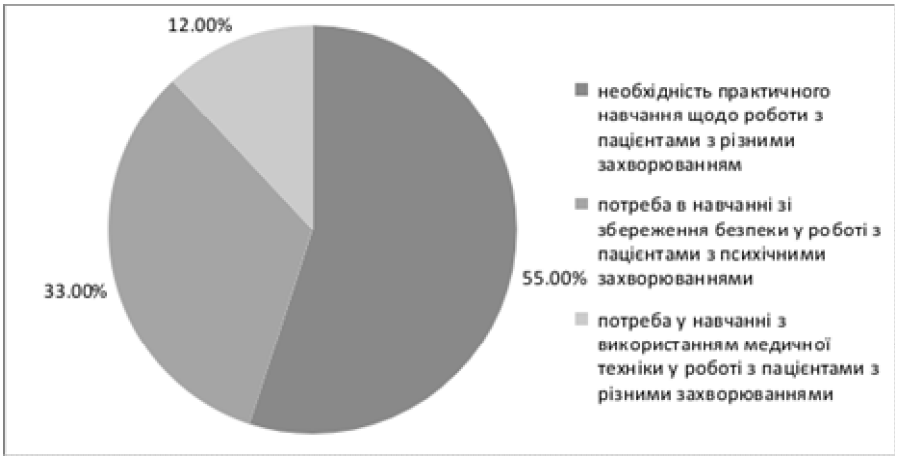

Рис.2. Відповіді студентів, які планують працювати у неврологічних та психіатричних стаціонарах, щодо їх потреб у навчанні

Крім цього, під час проведення анкетування було виявлено, що однією з основних проблем, з якими зіштовхуються медичні сестри/брати у неврологічних та психіатричних стаціонарах, є недостатня підготовка щодо роботи з пацієнтами, які страждають від різних форм психічних порушень (85%). Більшість медичних працівників зазначили, що саме недостатня підготовка щодо роботи з цією категорією пацієнтів може призвести до невдач у лікуванні та неефективності роботи стаціонару в цілому.

Згідно з результатами анкетування, здобувачі медсестринської освіти також вказали на важливість отримання достатньої підготовки для роботи з

пацієнтами з психічними розладами (69%), а також недостатньої кількості практичних занять та стажувань в цій галузі (24%), інші студенти (7%) вказали, що підготовка достатня. Ці результати підтверджують важливість розробки та проведення тренінгів, які будуть спрямовані на підвищення рівня знань та навичок медичних сестер/братів у роботі з цією категорією пацієнтів.

100% респондентів з числа медичних працівників та здобувачів освіти підтвердили необхідність розробки та проведення тренінгів з розвитку професійних компетенцій сестер/братів медичних для роботи у неврологічних та психіатричних стаціонарах.

Наступна група запитань, запропонованих респондентам включала запитання з відкритими відповідями, де вони мали змогу запропонувати власні теми для розробки тренінгів. Узагальнюючи відповіді, нами виявлено, що більшість опитаних зацікавлені у відвідуванні тренінгів з розвитку навичок управління стресом та підтримки психічного здоров`я. Опитані медичні працівники додають такі коментарі: «Неврологічні та психіатричні стаціонари є дуже напруженими місцями роботи, де медсестри часто стикаються з пацієнтами, які потребують підтримки та догляду, і часто мають складні психічні стани. У цих умовах медичні працівники можуть відчувати значний стрес та перевантаження».

Іншою важливою темою для розвитку професійних компетенцій визначено роботу з пацієнтами з різними формами деменції та іншими неврологічними захворюваннями, такими як паркінсонізм або епілепсія. Респонденти коментують: «Ці захворювання можуть вимагати спеціалізованого догляду та лікування, а медичні сестри/брати, які працюють з цими пацієнтами, повинні мати необхідні знання та навички, щоб забезпечити безпеку та ефективність лікування».

Під час анкетування також виявлено потребу у тренінгах з підготовки до використання новітніх медичних технологій (телемедицина). Ці технології можуть допомогти медичним сестрам/братам полегшити свою роботу та підвищити якість догляду за пацієнтами, але для їх ефективного використання необхідна підготовка та навчання.

Ще однією темою, яка була визначена як важлива для медичних сестер/братів, – це етика та права пацієнтів. Було виявлено, що медичні працівники відчувають потребу в підвищенні своїх знань та навичок у цій галузі. Медсестри вважають, що спеціальні тренінги та семінари можуть допомогти їм зрозуміти етичні та правові аспекти своєї роботи, а також вивчити процедури, які допоможуть забезпечити права пацієнтів.

Окрім того, під час розробки тренінгів необхідно враховувати потреби студентів, які збираються працювати в неврологічних та психіатричних стаціонарах. Результати анкетування студентів вказують на необхідність надання практичних навичок та знань, які допоможуть їм ефективно виконувати свої

обов`язки в цих спеціалізованих медичних установах. Зокрема, студенти висловлювали бажання отримати знання про неврологічні та психіатричні захворювання, їх симптоми, діагностику, лікування та особливості догляду за пацієнтами. Також, студенти вказали на необхідність практичної підготовки зі збору анамнезу та планування догляду для конкретного пацієнта. Анкетування студентів також показало, що їхні очікування від тренінгів з розвитку професійних компетенцій медичних сестер/братів в неврологічних та психіатричних стаціонарах дуже відрізняються від реальних потреб медичної галузі. Тому розробка тренінгів має бути націлена на задоволення реальних потреб закладів охорони здоров`я, з урахуванням сучасних стандартів і практик. Також важливо враховувати індивідуальні потреби кожного учасника тренінгу, адже індивідуальний підхід до навчання допомагає забезпечити ефективність тренінгу, кожен учасник може зосередитись на своїх слабких місцях і покращити свої навички в конкретній галузі.

На основі результатів анкетування, нами розроблено план тем тренінгів для медичних сестер/братів, які працюють в неврологічних та психіатричних стаціонарах. Цей план включає різні теми, які були визначені як найважливіші для медичних працівників та студентів. Вважаємо доцільним, в умовах правового режиму воєнного стану проводити дані тренінги у форматі відеолекцій, практичних занять та групових дискусій (наприклад, можна скористатися окремими кімнатами у додатку Zoom), щоб забезпечити максимальну ефективність навчання та сприяти активній участі учасників.

Рис. 3. План тем для розробки тренінгів з розвитку професійних компетенцій сестер/братів медичних для роботи у неврологічних та психіатричних стаціонарах

Крім того, пропонуємо включити у програму тренінгу, враховуючи результати анкетування, наступні аспекти:

- залучення до тренінгу медичних сестер/братів зі значним досвідом практичної діяльності, що дозволить навчитися не тільки теоретичним

аспектам неврології та психіатрії, а й отримати практичний досвід роботи з хворими;

- практичні кейси з догляду за хворими, включаючи інфузійну терапію, піклування за пацієнтами з порушенням руху та поведінки, діагностику та лікування психічних розладів;
- комунікаційні техніки та принципи роботи зі складними пацієнтами;
- практичні тренування та симуляційні ситуації, щоб забезпечити практичний досвід та підвищити впевненість у роботі з пацієнтами;
- регулярні перевірки знань та навичок, щоб переконатись у тому, що наші студенти отримують необхідний рівень знань та компетенцій для ефективної роботи у неврологічних та психіатричних стаціонарах;
- тренінги з управління стресом, які включають в себе техніки релаксації та медитації;
- тренування зі спостереженням та фідбеком, щоб максимально ефективно передавати знання та практичні навички.

Вважаємо, для кожної компетенції потрібно розробити окремий тренінг, що містить теоретичну та практичну частини. У теоретичній частині – надати інформацію щодо теоретичної бази відповідної компетенції, показники, які треба враховувати в процесі роботи, а також кейси для аналізу та розуміння практичного застосування. Практична частина має включати симуляції ситуацій, з якими можна зіткнутися у роботі, вправи для розвитку навичок спілкування з пацієнтами та їх родичами, вивчення методів оцінки стану пацієнтів та роботи з медичною документацією.

Для забезпечення ефективності тренінгів, можна використати інтерактивні методи навчання, такі як рольові ігри, обговорення кейсів та вправи, враховувати індивідуальні потреби учасників, їх рівень підготовки та досвід роботи. Тренінги мають допомогти медичним сестрам/братам підвищити ефективність своєї роботи, покращити якість надання медичних послуг та знизити ризик помилок. Однак, враховуючи те, що медичні сестри/брати працюють з вразливими групами людей, такими як хворі на неврологічні та психічні захворювання, важливо, щоб тренінги були зорієнтовані на етичні аспекти роботи з такими хворими та пов`язаними з цим питаннями конфіденційності та захисту даних [2].

Один із способів застосування тренінгових технологій полягає в створенні віртуальних симуляційних середовищ, які дозволяють медичним працівникам навчитися працювати з різними типами пацієнтів. Існує велика кількість віртуальних симуляторів, за допомогою яких студенти-медики можуть відпрацювати практичні навички [3]. Наприклад: Full Code – Emergency Medicine

Simulation – пропонує вирішити важкі клінічні випадки в реалістичному трьохвимірному відділенні невідкладної допомоги. Даний додаток налічує близько 105 сценаріїв, в котрих представлені найпоширеніші випадки, небезпечні для життя та неясні захворювання. Симуляція починається зі збору анамнезу, виконання фізичного обстеження та проведення диференційної діагностики. Наприкінці виконання симуляції студент отримує бал по шести головних клінічних компетенціях, які допоможуть продовжити навчання [4]. У додатку доступні 3 безкоштовні сценарії симуляцій неврологічного профілю та 1 психіатричного.

Рис. 4. Безкоштовні сценарії Full Code – Emergency Medicine Simulation для медсестер з категорій «неврологія» та «психіатрія»

Також, важливою частиною тренінгових технологій є інтерактивні сесії, де медичні працівники можуть взаємодіяти з експертами та колегами з інших медичних закладів, обговорюючи найкращі практики та вирішуючи різноманітні клінічні сценарії. Ці сесії можуть бути в формі вебінарів, онлайн-форумів або віртуальних групових занять. Тренінгові технології можуть включати в себе також інтерактивні курси з мультимедійним контентом (для кращої візуалізації можна використовувати інтерактивні презентації), які можуть бути доступні онлайн. Важливим аспектом тренінгових технологій є забезпечення практичної підтримки та зворотного зв`язку. Медсестри та студенти повинні мати можливість звертатися за допомогою та консультаціями до експертів-тренерів, які надають індивідуальну підтримку та зворотний зв`язок з метою поліпшення їхніх навичок та компетенцій.

Підсумовуючи, застосування тренінгових технологій може бути дуже корисним для підготовки майбутніх медсестер/медбратів до роботи з пацієнтами з психічними та неврологічними захворюваннями. Вони можуть допомогти медикам та студентам, які планують працювати у неврологічних і психіатричних стаціонарах засвоїти необхідні знання, розвинути практичні навички та отримати підтримку та зворотний зв'язок від експертів.

Висновки. Розвиток професійних компетенцій медичних сестер/братів у неврологічних та психіатричних стаціонарах є надзвичайно важливим завданням, яке допоможе підвищити якість медичної допомоги та задоволеність пацієнтів. Результати анкетування, проведеного серед сестер/братів медичних та здобувачів фахової передвищої та вищої освіти, надали важливі відомості щодо потреб та очікувань цільової аудиторії. За допомогою цих результатів були запропоновані рекомендації щодо розробки тренінгів з розвитку професійних компетенцій медичних сестер/братів у неврологічних та психіатричних стаціонарах. Тренінги дадуть можливість медичним сестрам/братам зрозуміти проблеми та потреби пацієнтів у неврологічних та психіатричних стаціонарах, навчитись ефективно спілкуватись з ними та забезпечувати необхідну допомогу. Крім того, тренінги допоможуть зрозуміти важливість самовдосконалення та навчання протягом всієї кар`єри.

Отже, проведення анкетування та розробка тренінгів з розвитку професійних компетенцій медичних сестер/братів є важливою складовою підвищення якості медичної допомоги та задоволеності пацієнтів. Результати цього дослідження можуть бути корисними для розробки подібних тренінгів у закладах освіти, закладах охорони здоров`я та громадських організаціях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Професійна освіта: словник. Навч. посібник / [уклад. С. Гончаренко та ін.; за ред. Н. Ничкало]. – К. : Вища школа. – 2000. – 149 с. (дата звернення: 21.04.2023).
2. Прокопенко Т.В. Оцінка рівня професійного вигорання медичних працівників у сфері надання психіатричної допомоги: магістерська робота. ТНМУ, 2021. 67 с.
3. Головчак М.І., Березовська І.Б., Совтус І.М. Комп’ютеризоване моделювання в медичній освіті. Інклюзивне навчання при порушенні слуху: практики викладання природничих наук: навчальний посібник, за ред. І. Березовської, К. Мінакової. Львів: Простір-М, 2021. С. 89-96.
4. Full Code – Emergency Medicine Simulation. URL: https://app.fullcodemedical.com/Player/Player.html

ПІДДУБНА І.,
здобувачка вищої освіти І-го
курсу ОПП
«Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А.Крупинського
Науковий керівник:
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.,
к.держ.упр. Львівська
медична академія
ім. А.Крупинського

ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ В СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВІДДІЛЕННЯХ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Сестри/брати медичні грають важливу роль у системі охорони здоров`я, оскільки вони допомагають підтримувати, відновлювати та зберігати здоров`я населення. Сучасна модель навчання медичних сестер передбачає, що вони є професіоналами з професійною освітою, які виконують медсестринський процес та діляться філософією сестринської справи. Всесвітня організація охорони здоров`я (ВООЗ) визнає, що сестринський персонал може задовольнити зростаючі потреби населення в медичній допомозі. Міністерство охорони здоров`я України зосереджує увагу на покращенні роботи медичних сестер, оскільки вони є ключовою частиною середньої ланки медичних працівників.

Медсестринський процес – це добре продуманий, системний, обґрунтований і націлений на досягнення мети план, який необхідно реалізувати відповідно до потреб пацієнта, а потім зробити його оцінку[1].

Медсестринський процес – це важлива складова частина практичної охорони здоров`я, зокрема кардіологічного профілю, яка вимагає від сестри/брата медичних не тільки високої професійної підготовки, але й вміння працювати з пацієнтами різних вікових груп, як з особистістю, а не як з нозологічною одиницею. У процесі догляду за пацієнтами, медична сестра стає основною ланкою між пацієнтом і навколишнім світом, і успіх лікування часто залежить від взаєморозуміння між сестрою/братом медичними, пацієнтом та його оточенням.

Пацієнт кардіологічного відділення має бути активним учасником медсестринського процесу на всіх етапах його реалізації. Це означає, що пацієнт повинен бути відкритим до спілкування з сестрою/братом медичними та брати участь у процесі прийняття рішень про своє лікування.

Переваги впровадження медсестринського процесу в клініці кардіологічного профілю полягають у наступному:

- забезпечується системний та індивідуальний підхід до проведення медсестринського догляду за пацієнтом;
- у плануванні та забезпеченні догляду беруть активну участь пацієнт і його сім`я, а за необхідності і його оточення;
- створюється можливість широкого використання стандартів професійної діяльності сестер/братів медичних кардіологічних відділень;
- ефективно використовуються час і ресурси, спрямовані на задоволення основних потреб і розв`язання проблем пацієнта;
- універсальність методу;
- гарантується якість надання допомоги, професіоналізм сестри/брата медичних, безпека та надійність медичного обслуговування.

Медична сестра/брат нової формації в спеціалізованих відділеннях кардіологічного профілю, повинна забезпечувати висококваліфікований догляд за пацієнтом на сучасному рівні. Вона повинна мати навички застосування основних методів реанімації та надання екстреної медичної допомоги, а також бути володарем знань і навичок у застосуванні локальних протоколів та стандартів проведення медсестринських маніпуляцій і процедур. Крім того, медичні сестра/брат повинні бути особливо досконалими у методах управління і менеджменту та мати здатність до самостійного прийняття рішень.

Медсестринський процес в спеціалізованих відділеннях кардіологічного профілю, є систематичним підходом до надання медичної допомоги, який складається з п`яти основних етапів: оцінка, планування, виконання, оцінка та документування.

Оцінка: медичні сестра/брат збирає інформацію про стан пацієнта, проводить фізичний огляд, вивчає його медичну історію, спілкується з пацієнтом та його близькими. На основі отриманих даних медсестра визначає потреби пацієнта та його проблеми, які потрібно вирішити.

Планування: сестра/брат медичні розробляє індивідуальний план догляду за пацієнтом, який включає в себе цілі, завдання та рекомендації з догляду. Важливо враховувати особливості пацієнта, його потреби та уподобання.

Виконання: сестра/брат медичні виконує план догляду, проводить процедури та маніпуляції, стежить за станом пацієнта, забезпечує комфорт та безпеку. Важливо дотримуватися стерильності, правил гігієни та заходів інфекційної безпеки. Впровадження новітніх медичних технологій в спеціалізованих відділеннях кардіологічного профілю вимагає від медичних сестер/братів постійного удосконалення теоретичних та практичних навичок. Для успішного реформування медсестринства в Україні необхідно розробити від-

повідну нормативну документацію та створити нову нормативно-правову базу для післядипломної освіти. Необхідно розглянути нові підходи до навчання молодих спеціалістів з медичною освітою на курсах удосконалення та спеціалізації, а також до їх атестації.

При госпіталізації пацієнта з важкою кардіологічною патологією медична сестра/брат повинна підготувати пацієнта до інструментальних та лабораторних методів обстеження. А саме:

1. Катетеризація периферійної вени.

2. Забір аналізів (біохімічний аналіз крові, коагулограма, RW, тропоніновий тест, МНВ, d – дімер, АЧТЧ, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі).

3. Запис електрокардіограми.

4. Підключення пацієнта до кардіомонітора.

5. Цілодобове спостереження медперсоналом за артеріальним тиском, частотою серцевих скорочень, пульсом.

6. Виконання лікарських призначень (внутрішньовенне введення лікарських засобів, таблетовані препарати, внутрішньом'язеві та підшкірні ін'єкції) [2].

Оцінка: сестра/брат медичні оцінює результати проведених заходів, уточнює стан пацієнта, виявляє прогрес та проблеми. Якщо потрібно, корегує план догляду.

Документування: сестра/брат медичні робить записи в медичну документацію, описує проведені процедури, стан пацієнта, результати оцінки та іншу важливу інформацію.

Медсестринський процес в спеціалізованих відділеннях кардіологічного профілю, важливий для забезпечення високого рівня медичної допомоги пацієнтам.

Медичні сестри/брати в спеціалізованих відділеннях кардіологічного профілю з великою відповідальністю виконують свої обов'язки, на них лежить особиста відповідальність за здійснення медсестринського процесу на практиці і постійне удосконалення кваліфікації. Тому в житті і діяльності медичних сестри/брата органічно поєднуються високий професіоналізм, гуманність та милосердя, комплексний всебічний догляд за пацієнтами і полегшення їх страждань, готовність цілком віддати себе обраній професії, навіть у найтяжчих умовах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Медсестринський процес. URL//https://studfile.net/preview/3271575/
2. Т. Я. Скарлош, І. В. Павлік Гострий інфаркт міокарда.Обов'язки медичної сестри при лікуванні інфаркту міокарда URL// https://core.ac.uk/download/pdf/276628607.pdf

ПЕТРИШИН М.М.,
студентка І-го курсу
спеціальності 223
«Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А Крупинського
Науковий керівник:
ЛІЩУК Р.М.,
к.мед.н., викладач кафедри
психічного та фізичного
здоров'я
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського

СОМАТОФОРМНІ СТАНИ І ТРАВМА

Останнім часом все більше досліджень виявляє, що соматоформні стани можуть бути пов'язані з попередніми травмами. Спеціалісти здоров'я називають це явище «травматичними соматичними розладами». Тут ми розглянемо зв'язок між соматоформними станами та травмою.

В умовах ведення бойових дій в Україні спостерігається значне збільшення постраждалих із мінно-вибуховою травмою, як серед військовослужбовців, так і серед цивільного населення. Летальна високоенергетична зброя з надпотужною вибуховою хвилею, яка використовується агресором, спричиняє серйозні посттравматичні розлади.

Наслідками мінно-вибухових поранень є не лише серйозні ушкодження різних органів і систем організму, а й розвиток тривожного, астенічного, дисфоричного, соматоформного синдромів, як проявів посттравматичного стресу. За даними вітчизняних дослідників (L.V.Radetskaya, 2020) при вивченні психологічних змін у військовослужбовців, які отримали поранення, встановлено, що в 38,8% випадках виявляються ознаки посттравматичної стресової реакції [1].

Соматоформні розлади – це психічні розлади, характеризуються фізичними симптомами, для яких немає медичного пояснення. Люди з такими розладами можуть відчувати біль у різних частинах тіла, відчуття диспепсії, головні болі, нудоту, неприємний запах з рота, тремтіння в різних частинах тіла, а також інші симптоми. Соматоформні розлади можуть бути дуже малопомітні або ж можуть значно впливати на повсякденне життя людини, залежно від їх виразності та інтенсивності.

Травма – це психологічна реакція на подію чи досвід, які були приголомшливими, лячними та вважалися небезпечними для життя. Травму зазнають

не лише солдати в зоні бойових дій або жертви насильницьких злочинів. Це може статися в будь-який час і в будь-якому місці, в тому числі вдома із членами вашої родини. Хоча ми не можемо контролювати те, що відбувається з нами в житті, ми можемо керувати тим, як ми реагуємо на події, які перебувають поза нашою волею. Те, як ми сприймаємо травму, може мати тривалий вплив на наші стосунки, продуктивність на роботі й загальне самопочуття протягом багатьох років після травматичної події.

Симптоми травми включають шок, заперечення, перепади настрою та надмірну настороженість. Травма часто спричинена окремими подіями, такими як війна чи насильницькі напади, але вона також може бути спричинена тривалим стресом, який триває протягом довгого часу. Наприклад, знущанням чи нехтуванням у дитинстві. Люди, які пережили травму, часто мають труднощі зі своїми емоціями та поведінкою після травматичної події через гостроту реакції, почуття страху і вразливості після події.

Найпоширеніші травматичні події включають:

- смерть близької людини;
- серйозну фізичну травму (наприклад, автомобільна аварія) або хворобу;
- насильство (наприклад, фізичний напад);
- сексуальне насилля.

Як мозок реагує під час травматичної події?

Під час травматичної події ваш мозок перебуває в стані підвищеної готовності та режимі виживання. Він фокусується на теперішньому, а не майбутньому. У цьому стані підвищеної пильності ваше тіло та розум зосереджені на тому, щоб залишитися в живих за будь-яку ціну. Ви не думаєте про завтра чи наступний тиждень; ви зараз думаєте лише про те, як уникнути небезпеки і як це боляче! Однак коли загроза мине, ви можете відчути себе зовсім інакше: заціпенілими та відірваними від того, що щойно сталося.

Симптоми травми часто схожі на симптоми інших психічних захворювань. Загальні симптоми включають:

Флешбеки, які можуть виникати, коли ви не спите, спите або перебуваєте в дисоційованому стані (дисоціація – це коли ви відчуваєте себе відключеним або заціпенілим). Ви можете відчути, що подія повторюється, і злякатися цього.

Кошмари, що можуть бути яскравими та страшними, особливо коли передбачають повторне переживання травматичної події. Зміст ваших кошмарів, пов’язаних із травмою, залежатиме від того, що насправді сталося під час травми; наприклад, якщо це пов’язано з насильством, то вам може снитися, як напав хтось інший, або якщо сталася пожежа, то ви можете снити про те, що опинилися в пастці всередині палаючої будівлі. Відчуття тривоги та страху

можуть бути, навіть якщо зараз не відбувається нічого небезпечного. Почуття заціпеніння або відірваності від себе може ускладнити проживання дня, оскільки здається, що все навколо вас – нереально (відомо як дереалізація) [4].

Спостерігається, що люди, які пережили травматичний досвід, можуть мати більш високу схильність до соматоформних розладів. Науковці вважають, що це пов'язано з тим, що травматичні події можуть викликати пошкодження мозку та нервової системи, що в свою чергу може призвести до різних соматоформних розладів.

Деякі дослідження показують, що люди з травматичним досвідом можуть бути схильні до різних форм соматоформних розладів, зокрема до синдрому хронічної втоми, фіброміалгії та інших соматоформних розладів. У деяких випадках симптоми можуть з'являтися впродовж тривалого часу після травматичного досвіду, тоді як у інших вони можуть з'являтися пізніше.

Інші дослідження показують, що люди, які пережили травму, можуть мати більш високу схильність до соматоформних розладів через вплив психологічних факторів. Наприклад, посттравматичний стресовий розлад може призвести до відчуття тривоги, страху, депресії та інших емоційних розладів, які в свою чергу можуть викликати соматичні симптоми. Це може стати результатом того, що психічний дисбаланс, що супроводжує травму, може призвести до розладу функціонування нервової системи, що може викликати соматичні симптоми.

Отже, соматоформні розлади можуть бути наслідком травми, особливо якщо вона була дуже серйозною або викликала значний психологічний стрес. Симптоми таких розладів можуть бути дуже вразливими та викликати значний дискомфорт у пацієнта. Лікування може бути складним, і вимагає індивідуального підходу до кожного випадку. Проте, здійснення ранньої діагностики та початку лікування може допомогти зменшити вплив симптомів на пацієнта, поліпшити його якість життя та знизити ризик розвитку подальших психічних розладів.

Однак, важливо пам'ятати, що соматоформні розлади та їх зв'язок з травмою можуть бути складними для діагностики, оскільки симптоми можуть бути досить схожі на фізичні захворювання. Тому, якщо ви відчуваєте симптоми, які тривають тривалий час, важливо звернутися до кваліфікованого лікаря та отримати професійну консультацію. [4]

ЛІТЕРАТУРА

1. Гулій М., Соловйова В. Здобутки клінічної і експериментальної медицини.URL:https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/zdobutky-eks-med/article/view/13723.

2. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. Brown, R. J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. Psychological Bulletin, 130(5), 793–812.
4. Trauma may be closer than you think. URL:https://blog.anima.help/trauma-may-be-closer-than-you-think/.
5. Van Dijke, A., & Van der Hart, O. (2012). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. Journal of Trauma & Dissociation, 13(1), 102–119.
6. Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2005). The treatment of trauma-related dissociation: A review of contemporary approaches. Journal of Trauma & Dissociation, 6(3), 67–95.
7. Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex PTSD. Journal of Traumatic Stress, 19(4), 413–423.

КРАСНОЛИЦЬКА Л.М.,
бакалавр сестра медична,
викладач основ
медсестринства КЗ
«Кам'янський фаховий
медичний коледж» ДОР

БЕЗПЕРЕРВНА ОСВІТА ЯК ПРІОРИТЕТНИЙ НАПРЯМОК ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ (ІЗ ВЛАСНОГО ДОСВІДУ)

Вибір. Зробіть його вчасно,
бо обраний фах і доля – єдині
Автор статті

Сьогодні світ став глобальним і тому всі країни потребують спеціалістів медицини, які об'єднані загальними вимогами та відповідають світовим стандартам, мають сформовані загальні, професійні компетентності та готові до роботи в командах у різних країнах за обставинами. Сучасні аспекти навчальної діяльності постійно доповнюються та оновлюються. Час вимагає на ринку праці в медичній галузі компетентних з різнобічним розвитком фахівців, які мають лідерські якості, організаторські здібності та готові до змін і роботи в критичних ситуаціях.

З підвищенням фахової майстерності медична професія стає більш конкурентоспроможною. Такий великий функціональний об'єм і психологічне навантаження, спресований ритм роботи залишає мало часу для відновлення. Тому перерва на навчання та отримання нових знань повертає нас до самих себе.

Сьогодні наша країна переживає складні часи. Потреба в медичних працівниках може досягти критичної межі. Цьому є вагомі причини. Небезпека виробничого середовища, заниження оцінки професійних ризиків, шалені фізичні перевантаження, робота в постійному стресі, пандемія. Отже, біля ліжка хворих сьогодні знаходяться не бізнесмени і не політики, а медичні працівники, більшу частину з яких складають медичні сестри. На жаль, в більшості випадків, медичні сестри є тільки бездоганними виконавцями призначень лікаря і майже не мають можливості самостійно приймати рішення. Це призводить до блокування їх знань і вдосконалення їх умінь на практиці, занижує самооцінку, вселяє невпевненість в своїх намірах і стає бар'єром в бажанні професійного зростання та отриманні задоволення від своєї роботи. Це примушує їх залишати медицину.

Я і мої колеги вступили до Кам'янського медичного фахового коледжу, щоб навчатися за освітньо-професійною програмою Сестринська справа першого

(бакалаврського) рівня вищої освіти. Наш виклик складному часу. Зацікавленість у навчанні зростає з кожним днем і є безперервною незалежно від віку здобувачів вищої освіти.

Ми добре усвідомлюємо відповідальність у першу чергу перед собою: хто ми такі і яка наша роль у суспільстві. Наше прагнення – підвищити відповідальність медичних сестер і повернути довіру суспільства до медсестринства. Безперервний саморозвиток, набуття комунікативних навичок та професійних компетентностей, забезпечення успішності в майбутній професії, отримання інтелектуального задоволення від навчання дають глибоке розуміння відповідальності за те, яку справу ми робимо.

Ми зацікавлені в своїй роботі, знаємо її зсередини і маємо бажання змінити медицину на краще. Нам знайомі проблеми та труднощі, з якими стикаються медики сьогодні. Навчаючись, ми набуваємо сучасних поглядів на вирішення проблем. Ми намагаємося йти в ногу з часом, навіть випереджати його, тому працюємо та навчаємося і це не заважає, а доповнює. Це щасливий випадок відбутись як особистість наперекір труднощам.

Кадри вирішують все – це не порожній звук, а світовий досвід. Ми постійно розширюємо свій світогляд. Чим глибші знання, тим більше можливостей для вдосконалення професійної майстерності. Наш медичний коледж є простором для обміну досвідом і думками. Викладачі коледжу мають зрілість життєвої позиції, досвід багаторічної практичної діяльності в закладах охорони здоров'я, високі наукові досягнення. Вони є фанатами своєї справи і продовжують служити медицині. Діапазон їх наукових інтересів безмежний. Завдяки новітнім педагогічним та інформаційним технологіям викладачі створюють презентації, відео, анімації з використанням платформ Moodle, ZOOM, Google Classroom. Висока культура стосунків, відчуття такту, доброзичливість, можливість брати участь у дискусіях та спостерігати за реакцією викладача на несподівані запитання є неоціненними для емоційного впливу на аудиторію і допомагають плідній співпраці. Конкретні приклади із досвіду роботи, аналіз життєвих ситуацій дозволяють наблизитися до розуміння суті професійної діяльності.

В медичному коледжі створено особливе освітнє середовище, в якому домінують проєктне та проблемне навчання; урізноманітнення форм і методів викладання; система позааудиторної роботи тощо. Здобувачі вищої освіти мають змогу навчатися у комфортних навчальних аудиторіях, оснащених засобами мультимедіа, симуляційними тренажерами, фантомами, муляжами для вдосконалення практичних навичок та оволодінням новими. У центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф відшліфовуються швидкість та якість надання допомоги при невідкладних станах.

Важливу роль у забезпечені формування soft-skills відіграє цикл вибіркових дисциплін. Вагоме місце серед них посідають дисципліни з основ педагогіки,

методології науково-дослідної роботи та інші. Найбільш ефективними є форми навчання: вирішення проблемних ситуацій по ходу розв'язування задач з навмисно закладеними в них помилками. Багато надається корисної інформації та практичних вправ на розвиток особистості кожного, збереження емоційної стабільності та збереження гармонійних стосунків в сім`ї, колективах, групах. Більшість медичних проблем та ситуацій ми мали змогу розглядати різнобічно, що сприяло оволодінню новими методиками та сучасними підходами у лікуванні; поглибленню та розширенню знань з управлінської діяльності, з організації медсестринського процесу; формуванню в собі лідера. Гуманізація процесу навчання і професійної діяльності була б не повною без знань з філософії, педагогіки та психології. Загальнолюдські цінності ставали нашим надбанням і допомогли у вирішенні багатьох серйозних питань, оскільки були сповнені мудрості, самопізнання, дотичні до всіх аспектів людського життя і гармонійно доповнили наші знання та уміння. Це важливо.

Поєднання різноманітних дисциплін допомагає тримати соціальний баланс, бути адаптованим до викликів і долати їх. Нові знання допомагають стати більш соціалізованими, до речі, це формує психологічний захист, а значить і стресостійкість. Цінним є доброзичливість, що є надзвичайно затребувана в складній ситуації.

Звісно, навчатися складно. Високі вимоги, обмаль часу, великий об'єм інформації, складна самостійна робота.

Навіть в такому щільному графіку у нас залишаються сили і бажання займатися науково-дослідною роботою. До прикладу, під час навчання ми визначали рівень ризику розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих на гіпертонічну хворобу II-III стадій; оцінювали функціональний стан вегетативної нервової системи у підлітків; виявляли групи ризику розвитку захворювань судин кінцівок у студентів; вивчали стан репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків; аналізували рівень поширеності куріння і ступінь нікотинової залежності серед молоді; розробили рекомендації, профілактичні та оздоровчі заходи для попередження виникнення захворювань. Надбання власних наукових досліджень здобувачі вищої освіти презентували на студентських науково-практичних конференціях до Днів науки у коледжі. До студентських конференцій приєдналися провідні спеціалісти в галузі охорони здоров'я, медичні сестри – магістри та бакалаври, науковці, керівники закладів охорони здоров'я, досвідчені лікарі та професіонали-практики. Сформовані партнерські стосунки між усіма учасниками освітнього простору забезпечують: взаємний обмін практичним досвідом та високими новітніми досягненнями; великий об'єм сучасної інформації; володіння мистецтвом спілкування з аудиторією; демократичні діалоги та відсутність бар'єрів; симуляційні навчання в нестандартних ситуаціях на практичних заняттях; формування командної роботи; спрацьованість в незнайомих командах на виїзних

тренінгах та майстер–класах провідних фахівців медичної науки. Кордони співробітництва розширила науково-практична онлайн-конференція, яка організована і проведена за ініціативою коледжу під гаслом «Врятуємо життя разом!», до якої приєдналися представники студентської молоді різних країн світу.

Навчання на бакалавраті запустило процес створення Асоціації медичних сестер – випускників коледжу для підтримки молодих фахівців та обміну досвідом, для заходів-зустрічей професійного спрямування з метою висвітлення процесу реформування охорони здоров'я та перспектив розвитку медицини спільно з головними медсестрами міста та області. Співпраця з медичними сестрами закладів охорони здоров'я допомагає вирішувати складні професійні задачі; проводити конкурси професійної майстерності та профорієнтаційну роботу з питань працевлаштування майбутніх фахівців; створювати платформу для проведення науково-практичних конференцій із залученням здобувачів освіти, випускників коледжу, студентського самоврядування та науково-дослідних гуртків. Адміністрація медичного коледжу активно залучає випускників, які працюють у закладах охорони здоров`я, до освітнього процесу з метою кадрового співробітництва. Самому навчатись, навчати інших, ділитись знаннями, володіти аудиторією, переконувати, вільно висловлюватись – надихає зробити ще більше. Знання та спілкування з молоддю заповнюють пустоти в нашому житті і формують тверду впевненість в тому, що ми потрібні в цьому світі. У нас все вийде.

Навчання на бакалавраті зміцнило мотивацію і надало на нові можливості та впевненості змінити ситуацію в медицині на краще, а завдяки накопиченому досвіду та сприйнятливому підґрунтю, підняти роль медсестринства на гідний рівень як в Україні, так і на міжнародному рівні. Прийшло глибоке усвідомлення основних soft skills, які потрібно розвивати: лідерські якості; необхідність самовиховання; культуру комунікації етики і деонтології, принципів колегіальності; самостійно приймати рішення і брати на себе відповідальність; здатність логічно та критично мислити; ділитися накопиченим досвідом; роводити всебічний і глибокий аналіз професійних помилок з метою їх запобігання та попередження, що забезпечує як особистісний успіх у житті, так і професійну реалізацію та подальше кар'єрне зростання. Отримані додаткові знання допомагають зберегти власне психічне здоров'я, збалансувати стосунки з близькими та колегами і забезпечити собі професійне довголіття без вигорання і деформацій та дають змогу для подальшого продовження самоосвіти. Наші сім'ї підтримують нас.

Це дуже важливо, бо медицина – це вибір на все життя.

Резюме. Цивілізацію світу – рятує освіта. Вона організує і об'єднує нас, загартовує впевненість у власному професіоналізмі, зміцнює гуманні світоглядні позиції: в час мирний і в час випробувань пандеміями, соціальними кризами, військовими діями – медицина назавжди на варті життя, бо в ній працюють переможці над обставинами.

ПОЦЮРКО Н.Т.,
викладач кафедри клінічного
медсестринства, акушерства та
гінекології
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ВТОМИ ВІД СПІВЧУТТЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ СЕСТЕР/БРАТІВ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПРОФЕСІЙНУ РОБОТУ ТА САМОПОЧУТТЯ

На даний час відбувається переформатування всієї системи медсестринської спеціальності. Фахова діяльність сестри/брата медичних розглядається, як один з найбільш економічних ресурсів, щодо надання послуг у сфері охорони здоров'я. Їх діяльність базується на якості отриманої освіти, а також рівня закладу охорони здоров'я у якому вони працюють. Робота сестри/брата медичного в сучасних умовах характеризується великою різноманітністю та включає в себе, як проведення високотехнологічних, клініко-діагностичних маніпуляцій також надання широкого переліку медсестринських послуг на всіх етапах надання медичної допомоги.

Медсестринський професіоналізм – це гармонійне поєднання високого рівня професійної компетентності, культури спілкування, фахових умінь і практичних навичок. Нині пацієнти очікують від медсестри не тільки надання кваліфікованої медичної допомоги, а й виявлення нею співчуття, доброзичливості, психологічної підтримки тощо [1].

Більшість дослідників використовують поняття «професійна компетентність». Так Т. Браже доводить, що професійна компетентність осіб, що працюють у системі «людина–людина», визначається базовими знаннями та вміннями, ціннісними орієнтирами фахівця, мотивами його діяльності, розумінням себе самого у світі і світу навколо себе, стилем стосунків з людьми, загальною культурою, здатністю до розвитку творчого потенціалу [2].

А. Маркова розглядає компетентність як «володіння людиною здатністю й умінням виконувати певні трудові функції» [3].

У своїх дослідженнях науковець виділяє такі види професійної компетентності:

- спеціальна компетентність – володіння власне професійною діяльністю на достатньо високому рівні, здатність проектувати свій подальший професійний розвиток;
- соціальна компетентність – володіння спільною (груповою кооперативною) професійною діяльністю, співпрацею, а також прийнятими в

певній професії прийомами професійного спілкування; соціальна відповідальність за результати своєї професійної праці;

- особистісна компетентність – володіння прийомами особистісного самовираження й саморозвитку, засобами протистояння професійним деформаціям особистості;
- індивідуальна компетентність – володіння прийомами саморегуляції розвитку індивідуальності в рамках професії, готовність до професійного зростання, здатність до індивідуального самозбереження, непідвладність професійному старінню, уміння організовувати раціонально свою працю [3].

Професійна компетентність особистості є складним системним утворенням, основними елементами якої є: підсистема професійних знань як логічна системна інформація про навколишній і внутрішній світ людини, зафіксована в її свідомості; підсистема професійних умінь як психічних утворень, що полягають у засвоєнні людиною способів і технік професійної діяльності; підсистема професійних навичок – дії, сформовані в процесі повторення певних операцій і доведені до автоматизму; підсистема професійних позицій як сукупності сформованих установок і орієнтацій, відношення та оцінок внутрішнього і навколишнього досвіду, реальності і перспектив, а також домагань, які визначають характер професійної діяльності і поведінки фахівця; підсистема індивідуально-психологічних особливостей фахівця – поєднання різних структурно-функціональних компонентів психіки, які визначають індивідуальність, стиль професійної діяльності, поведінки і виявляються у професійних якостях особистості; підсистема акмеологічних інваріант – внутрішніх збудників, які обумовлюють потребу фахівця в постійному саморозвитку, творчості та самовдосконаленні [4].

З точки зору закладів охорони здоров’я, якість медсестринської допомоги означає, що сестра /брат медичні повинні виконувати свої функціональні обов’язки у суворій відповідності до нормативно-правових документів, що формує професійну компетентність медсестринського персоналу, вміння працювати в команді, створювати і підтримувати позитивне виробниче середовище та забезпечувати інфекційну безпеку.

Проблемі фахових компетентностей приділяв значну увагу і А. Донабедіан, який вважав, що характеристиками або базовими критеріями якості медичної допомоги є:

- дієвість (здатність поправити здоров’я);
- результативність (досягнутий рівень здоров’я);
- ефективність (співвідношення між отриманим результатом і витратами);
- оптимальність (збалансованість ціни і якості);

- прийнятність для пацієнта (у фізичному, психологічному, матеріальному сенсі);
- правомірність (допустимість з точки зору державних законів і суспільних порядків).

В період пандемії COVID -19 активізувались, такі загальні компетентності, як емпатія та людяність, комунікація з пацієнтом та особливо з його родичами, близькими; міждисциплінарна комунікація в команді, задоволення складних потреб пацієнтів тощо. Сестри/брати медичні постійно удосконалюють фахові компетентності працюючи в реанімаційних відділеннях та відділеннях хворих на ковід-19, а саме: постійний моніторинг та інтерпретація основних показників життєдіяльності людського організму (пульс, частота дихальних рухів, сатурація, артеріальний тиск) проведення оксигенотерапії, катетеризаціях вен, введення медикаментів внутрішньовенноструминно та багато інших маніпуляцій.

Виснажливий режим праці сестер/братів медичних, тобто кругло добові робочі зміни біля тяжкохворих, стресові ситуації, стикаючись щоденно з летальними випадками, повідомлення рідним та близьким негативних новин про їхніх близьких призвело до синдрому втоми від співчуття. Провівши наукову розвідку нами встановлено, що психологи застосовують «термін втома від співчуття» щоби пояснити «втрату здібностей до догляду» у сестер/братів медичних невідкладної допомоги. Уперше був використаний в контексті охорони здоров'я, ще у 1992 році Джойнсоном, який викладав у медсестер. За його спостереженнями медсестри відчували втому, депресію, злість, неефективність, млявість та відстороненість, а також соматичні скарги такі, як біль голови, безсоння, та шлунково-кишкові розлади, через високе навантаження та складні потреби пацієнта. Він стверджує, що ці реакції організму з часом посилились в результаті кумулятивного стресу. Втома від співчуття є прогресуючим і кумулятивним результатом тривалого, безперервного та інтенсивного контакту з пацієнтами та впливом багатовимірного стресу, що призводить до жалісного дискомфорту, який перевищує рівень витривалості медичного працівника. Втому від співчуття часто плутають із суміжними поняттями, такими, як моральні страждання та вигорання. Моральні страждання виникають, коли сестра\брат медичні знають правильний алгоритм дій, але не можуть діяти відповідно до нього через інституційні обмеження. Вигорання пов'язане з емоційним виснаженням та комулятивними наслідками професійного стресу. Науковці Чатмон Б. та Руні Е. підрахували, що 48-53% сестер/братів медичних відчувають втому від співчуття, яку можна зрозуміти, як вплив або цінність догляду. Медсестринська спільнота має місію, яка полягає у піклуванні та спрямовувати свої дії на полегшення страждання пацієнтів, але відсутність

ефективності та специфічних методів лікування пацієнтів із COVID-19 змусило багатьох медичних працівників відчувати безсилля у піклуванні про свої пацієнтів.

У наших приватних бесідах з сестрами та братами медичними нам вдалося виділити наступні симптоми втоми від співчуття:

- Нездатність урівноважити емпатію з об'єктивністю;
- Особисте невдоволення сестер/братів медичних доглядом за тяжкохворими пацієнтами;
- Втрата інтересу до стану пацієнта;
- Скорочений час на виконання маніпуляцій пацієнтам;
- Труднощі з концентрацією уваги;
- Хронічне спізнення;
- Байдужість до роботи;
- Перевтома;
- Розлади харчової поведінки;
- Знецінення почуття особистих досягнень;
- Знижена здатність відчувати позитивні емоції;
- Занижена самооцінка;
- Апатія, злість;
- Звинувачення, дратівливість, страх, депресія;
- Соматичні розлади.

Підводячи короткі підсумки наших приватних бесід та спостережень можемо запропонувати «Модель виходу із синдрому втоми від співчуття та виснаження».

Рис. 1

Ми вважаємо, якщо виконувати хоча би декілька елементів моделі, то можна відновити внутрішню мотивацію шляхом активізації внутрішніх ресурсів та стабілізувати психоемоційну сферу. А також, на наш погляд впровадження такої моделі дасть змогу медичному персоналу швидко подолати синдром втоми від співчуття та виснаження шляхом створення само ефективності сприйняття підтримки колег по роботі, рідних та близьких, а також підвищить опірність людського організму. Хоча для

сестер/братів медичних важливим є брати відповідальність за власне здоров'я та психічне благополуччя, ми вважаємо, що роботодавці також повинні брати відповідальність за своїх працівників, створюючи комфортну атмосферу та психологічну підтримку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закусилова Т. О. Теоретичні засади формування у майбутніх медичних сестер професійної культури як складника професіоналізму. Педагогіка іпсихологія професійної освіти. – Львів, 2016 -№3- С. 63-69.
2. Браже Т.Г. Основные принципы совершенствования профессиональной квалификации учителей в ИИУ: Сб. научных трудов. – М.: АПНСССР, 2001. – С.18-33.
3. Маркова А.К. Психология профессионализма/А.К.Маркова.- М. 1996.-308 с.
4. Педагогика: Учебное пособие для студентов педагогических учебных заведений/В.А. Сластенин, И.Ф. Исаев, А.И. Мищенко, Е.Н. Шиянов. – 3-е изд. – М., 2000 – 512 с.

TYNDYK N.A.
Teacher of the highest qualification category,
Lviv Lyceum № 66
KUZMENKO O.V.
Master of Science in Nursing,
Lecturer at the Department of Internal Medicine and Healthcare Management,
Andrei Krupynskyi Lviv Medical Academy
YURKO N.A.
Senior Lecturer at the Department of Ukrainian and Foreign Languages,
Ivan Boberskyi Lviv State University of Physical Culture

CHEMISTRY IN NURSING: THE TYPES AND BENEFITS

Introduction. Nursing profession involves a wide range of duties – from taking care of patients to promotion of health practices. The roles of nurses have changed, and are becoming more complex and more demanding; due to the advances in technology and therapeutics, the general care nurses must posse an «amalgam of knowledge» from different areas [1].

In its broad definition, a nurse is a person who is certified to practice nursing after completion of the basic nursing education and training. Nursing programs require students to take a number of general education courses. Among these, chemistry holds its special place because of its high relevance to the medical field and anything that happens in the body or surrounding life in general.

Chemistry is a branch of science that focuses on the composition and properties between a variety of substances and different forms of matter and their interaction with each other [2]. Nurses do not need to be experts in bio-organic chemistry, but rather to understand names and processes important to medicine [3].

A positive attitude to chemistry in nurses may facilitate a deeper understanding of the biological chemistry and increase their confidence when dealing with chemical phenomena in a clinical situation [4]. Studying chemistry gives the knowledge and understanding about the compounds in medications, what they are made of and what they can do affecting human health [2].

Despite much attention being paid to various issues of medicine and health care [5; 6; 7; 8; 9], there is a necessity of a more thorough focus on the key branches and advantages of chemistry for nurses, thus becoming ***the purpose*** of the study.

Main material. The types of chemistry courses that nursing students must take vary across programs, but most require students to take some general course. As nursing relies on critical thinking combined with good practical expertise, the chemistry courses can be broken down into some general branches, which are essential across various nursing programs.

Due to the monitoring and comparative analysis of the printed and internet resources [1; 2; 3; 4] the main types and benefits of chemistry in nursing appear to be as follows.

General Chemistry. Nursing programs require students to take general chemistry to develop their understanding of the elements that make up our world and prepare them for upper-level nursing courses. This course typically introduces students to the theoretical and the practical aspects of chemistry. Most introductory chemistry courses cover topics such as the periodic table of elements, states of matter, thermochemistry, bonds and chemical equations. General chemistry gives knowledge of the chemical composition of the world that surrounds us. It is a common prerequisite for pharmacology, but many programs also require students to take organic chemistry prior to taking pharmacology.

Organic Chemistry. Nursing students are typically required to take organic chemistry as well. General chemistry is a prerequisite because organic chemistry focuses on a specific type of matter that contains carbon atoms. In particular, it is the study of the structure and properties of organic compounds and organic molecules. Organic chemistry is useful for nursing students because they work almost exclusively with organic matter. In this class, students learn about the properties and behaviour of organic matter as well as its chemical reactivity. Organic chemistry is more focused on the carbon-containing compounds which constitute organic matter and hence its usefulness for nursing students.

Biochemistry. Biochemistry is the study of chemical processes that take place within the living body and focuses on topics such as proteins, carbohydrates, lipids, nucleic acids and metabolism. Two common prerequisites for biochemistry are general chemistry and an introductory class in biology. Nursing students often take this course concurrently with organic chemistry. Biochemistry comes with a laboratory section that gives nursing students additional experience in performing chemical research. Biochemistry provides students with a thorough understanding of the chemical processing in living things.

Pharmacology. This is an advanced upper-level course focusing on drugs and drug interactions. In pharmacology, students learn the effects of both synthetic and natural drugs on the body and how drugs alter the disease process. General chemistry is a common prerequisite for pharmacology, but many programs also require students to

take organic chemistry prior to taking pharmacology. This is a significant branch of chemistry, enabling nursing students and professionals to learn how medicines affect and alter diseases. Besides understanding drugs and their effects on the body, a precise knowledge of the right dosage and conditions, which do not necessitate drug administration, is also important. This course is particularly important for nursing students because their work requires them to dispense medication to patients.

Conclusions. Nurses hold an integral place in society and are an important part of our health care system. Their systematic knowledge of the medicine's chemistry, metabolism, and interactions could help prevent the adverse side effects. Besides drug-drug interactions, it is also important for nurses to know and understand the chemistry of medicine-food and medicine-beverage interactions. In this respect, proper guidance to patients can come only if the nurses are educated well about these complicated chemistries. While chemistry education is of prime importance in training a good practitioner nurse, making this education easy for them is of equal status. Therefore, efforts must be put into creating motivational and interacting learning environments of chemistry in nursing.

REFERENCES

1. Brown C. E., Henry M. L., Barbera J., Hyslop R. M. A bridge between two cultures: uncovering the chemistry concepts relevant to the nursing clinical practice. *Journal of Chemical Education*, 89(9). 2012. Pp. 1114-1121.
2. Chemistry in Nursing. *Prezi.* URL: https://prezi.com/p0ilyvurqe-k/chemistry-in-nursing/(accessed 15.05.2023)
3. Price A. R. Teaching organic and biological chemistry to nursing students. *Biochemical Education*, 1(4). 1976. Pp. 11-12.
4. Brown S., Naiker M. Attitude to the subject of chemistry in nursing and health science undergraduate students. *International Journal of Innovation and Research in Educational Sciences*, 5(2). 2018. Pp. 92-196.
5. Yurko N., Styfanyshyn I., Romanchuk O. Physical education: the academic significance. *Збірник наукових праць ΛΟΓΟΣ*. 2020. С.68–70.
6. Tyndyk N., Yurko N. Practical significance of chemistry education: the key benefits. *Proceedings of the III International Scientific and Practical Conference*, January 24–27, 2023. Warsaw, Poland: International Science Group. Pp. 332–334.
7. Романчук О., Проценко У., Матвіяс О., Стифанишин І., Юрко Н. Англійська мова : навч. посіб. для студ. ІІІ курсу закладів вищої освіти галузі фізичної культури і спорту. Львів: Галицька Видавнича Спілка. ISBN 978-617-7809-94-3. 2021.

8. Юрко Н. А., Стифанишин І. М., Проценко У. М. Emotional self-regulation in physical education. *Проблеми та перспективи розвитку сучасної науки* : збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції, 10 травня 2019р. Рівне: НУВГП. С. 417–419.
9. Помірко Р. С., Коваль Р. С., Романчук О.В., Тиравська О. І. Французько-український та українсько-французький словник термінології фізичної та реабілітаційної медицини. Львів: Галицька видавнича спілка. 2019.

ГРИЦИШИН Б.Р.,
ГРАБОВСЬКА Т.В.,
к.мед.н,
Львівська медична академія
ім.А. Крупинського

СТАН ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ВАГІТНИХ З ТИРЕОПАТІЯМИ

Хоча період вагітності та післяпологового відновлення фізіологічно, і підтримує нормальну роботу ендокринної системи та інших функцій, для багатьох вагітних цей період є психологічно критичним [1, 2].

Емоційний стрес, що виникає у матері, має вплив на плід через те, що катехоламіни та ендорфіни, що виникають при стресі, можуть пройти через плацентарний бар'єр та вплинути на дитину [3].

Між матір'ю та дитиною існують три види взаємодії: гуморальний, психологічний та поведінковий. Встановлено, що плід реагує на стан матері, її думки та навіть на обставини зачаття, які можуть вплинути на психічний стан та розвиток особистості майбутньої дитини [4].

Оцінка впливу психоемоційних порушень на різні акушерські та перинатальні ускладнення при захворюваннях щитоподібної залози у вагітних, зокрема при дифузному токсичному зобі, передбачає комплексне дослідження типових психічних розладів, соматичного стану та соціально-психологічного статусу, застосовуючи якісну та кількісну оцінку.

Ця дослідницька робота має на меті визначення характерних особливостей психологічного стану у вагітних з різними типами тиреопатій. Для досягнення цієї мети використані шкала самооцінки Спілберга-Ханіна та опитувальник САН, що дозволяють здійснювати якісну та кількісну оцінку стану психіки вагітних [2, 5].

Під час збору інформації про хвору, було використано діагностичне інтерв'ю в першій та другій половині вагітності, що містило індивідуальні анкети та соціально-демографічні показники. У структурі інтерв'ю, окрім анкетних даних, входили запитання, пов'язані з плануванням сім'ї, очікуваннями та страхами під час вагітності, а також з материнською компетентністю жінок.

Тривожності був визначений за допомогою надійної та інформативної шкали Спілберга-Ханіна, яка дозволяє визначити як реактивну, так і особистісну тривожність. Хоча тривожність є природним аспектом особистості, вона може мати негативний вплив на здоров'я, включаючи соматичні захворювання та емоційні розлади. Високий рівень особистісної тривожності може вказувати

на стійку схильність до сприйняття багатьох ситуацій як загрозливих, що може призводити до тривожних станів. Реактивна тривожність, з іншого боку, проявляється у вигляді напруги, занепокоєння та нервозності. Зниження рівня тривожності може бути досягнуто шляхом зосередження на мотивах діяльності та підвищення почуття відповідальності.

Було проведено оцінку психологічного статусу серед 133 вагітних жінок, з яких 83 мали захворювання щитоподібної залози (основна група), а 50 були здоровими (група контролю) і мали фізіологічний перебіг вагітності.

Отже, реактивна тривожність, яка проявляється у вигляді напруги, занепокоєння та нервозності, знижена у вагітних з тиреопатіями і складає (26,31 ±2,11) бали, що є значно меншим порівняно з жінками контрольної групи, де цей показник становить 42,13 ±4,26 бали ($p<0,05$).

Отримані результати показника особистісної тривожності складають (51,98 ± 5,17) бали. Це свідчить про те, що вагітні з тиреопатіями мають більшу готовність сприймати багато ситуацій як проблемні, з меншою психоемоційною готовністю до їх вирішення, ніж жінки з контрольною групою, чий показник складає (36,71± 4,12) бали ($p<0,05$).

За результатами самооцінки психоемоційного стану, отриманої шляхом опитування, було виявлено достовірне зниження показників психоемоційного статусу у вагітних з тиреопатіями порівняно з контрольною групою. Зокрема, показники «самопочуття» склали (1,8 ± 0,4) бали у вагітних з тиреопатіями та (6,4±0,7) бали у контрольній групі ($p<0,05$); «активність» склала (2,8 ±0,3) бали у вагітних з тиреопатіями та (5,3 ±0,5) бали у контрольній групі ($p<0,05$); «настрій» склав (2,1 ±0,4) бали у вагітних з тиреопатіями та (4,7±0,6) бали у контрольній групі ($p<0,05$).

Можливо, це пов’язано зі специфічними клінічними проявами тиреопатії у вагітних, такими як слабкість, зниження життєвого тонусу, апатія, хронічна втома та порушення сну. Отримані результати дослідження підтверджують відмінні психологічні стани у вагітних з патологією щитоподібної залози.

Аналіз кореляційних залежностей показав, що існує статистично значимий зв’язок між підвищеною частотою дистресу плода при тиреопатії та рівнем реактивної ($ч = -0,309$, $p <0,05$) та особистісної ($ч = -0,332$, $p <0,05$) тривожності, а також показниками самопочуття ($ч = -0,362$, $p <0,05$), активності ($ч = -0,314$, $p <0,05$) та настрою ($ч = -0,321$, $p <0,05$).

Дослідження, що проводилися, дають змогу зробити висновок про те, що у вагітних з захворюваннями щитоподібної залози спостерігається зниження показників якості життя, що пов’язано з їх особистісними характеристиками та психологічним статусом, і відображає їх суб’єктивне сприйняття свого стану. Оскільки покращення якості життя є головною метою лікування, то

доцільним у практичній роботі є використання психологічних методів обстеження для вибору відповідного методу психологічної адаптації для вагітних з тиреопатією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб. : “Солтис”, 2001. – 311 с.
2. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. / Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E./ Acta Obstet Gynecol Scand 2001; Vol. 33. – №5. – P. 337-343.
3. Профилактика психоэмоционального стресса при беременности / Сидоренко В.Н., Пушкарев А.Л., Аринина Л.Г. и др. // Здравохранение. – 2002. – №11. – С. 46-47.
4. Мурашко О.О. Перинатальная психология / О.О. Мурашко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. – № 1(17). – С. 27–30.
5. Психологические тесты / под ред. А.А. Карелина: в 2т. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Т.1. – 312с.

ЧАЙКОВСЬКА Г.С.,
к.мед.н, старший науковий
співробітник
Львівська медична академія
ім. А.Крупинського

РІДКІСНІ (ОРФАННІ) ХВОРОБИ З ПРОЯВАМИ ПАТОЛОГІЇ ОКА ПРИ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ ДІТЕЙ

Орфанні захворювання («хвороби-сироти») – рідкісні вроджені або набуті захворювання, трапляються рідко 1 на 2000 населення, які характеризуються тяжким, хронічним, прогресуючим перебігом, супроводжуються формуванням дегенеративних змін в організмі, зниженням якості та скороченням тривалості життя хворих і навіть становлять загрозу для їх життя.

Термін «орфанні хвороби» або «хвороби-сироти» введено в обіг 1983 р. в США із прийняттям законодавчого акту «Orphan Drug Act», яким було визначено 1600 рідкісних хвороб невідомої етіології. Проблема орфанних захворювань в Україні визнана на державному рівні лише в 2014 р. із прийняттям Закону «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо забезпечення профілактики та лікування рідкісних (орфанних) захворювань» від 15.04.2014 р. № 1213-VII та наказом МОЗ України «Про затвердження переліку рідкісних (орфанних) захворювань» від 27.10.2014 р. № 778.

Переважна більшість орфанних захворювань мають генетичну природу та виникають через генетичні дефекти, тому люди змушені жити з ними все життя, хоча не завжди симптоми з'являються відразу після народження. За даними Європейського альянсу організацій хворих на орфанні (рідкісні) захворювання (Rare Diseases Europe), 2 із 3 орфанних нозологій виявляються в ранньому дитячому віці, у 65% випадків вони мають тяжкий інвалідизуючий перебіг, у 50% – погіршений прогноз для життя, у 35% – причиною смерті у віці до 1 року, у 10% – у віці 1–5 років, у 12% – у віці 5–15 років, 50% захворювань призводять до інвалідності.

Кожне орфанне захворювання окремо вважається рідкісним, водночас, за епідеміологічними даними, від 6 до 8% сукупного населення країн – членів ЄС страждають на них і загальна кількість становить 27–36 млн хворих, що дозволяє віднести орфанні захворювання до важливої медико-соціальної проблеми системи охорони здоров'я та суспільства в цілому.

З 29 лютого за ініціативою Європейської організації з вивчення рідкісних хвороб (EUROGROSHI), починаючи з 2008 року відзначають Міжнародний день рідкісних (орфанних) захворювань. Метою цього дня є привернення ува-

ги лікарів, науковців, громадськості, громадських організацій, фондів до проблем людей, які хворіють на рідкісні захворювання, а також підвищують обізнаності про дані хвороби та їх вплив на життя людей.

Орфанні хвороби важко діагностувати тому, що спочатку можуть мати симптоми неспецифічні або подібні із іншими соматичними захворюваннями. Тому від проведення обстеження і до встановлення діагнозу може пройти багато часу, що впливає на стан хворого та лікування.

Основна увага науковців, дослідників, лікарів спрямована на ранню діагностику і проведення необхідних заходів напередодні планування вагітності та після народження дитини, які можуть запобігти ускладненням в разі виявлення рідкісних захворювань.

Специфічні методи дослідження можна проводити обом батькам за рекомендацією лікарів при плануванні вагітності, під час виношування дитини, новонародженому в спеціалізованих центрах та МГЦ-их з консультацією лікарів-генетиків.

На державному рівні, за ініціативою та сприянням Першої леді Олени Зеленської, Міністерства охорони здоров'я України, департаменту Львівської обласної державної адміністрації створено потужний, сучасний центр неонатального скринінгу у Львівському перинатальному центрі із молекулярно-генетичним дослідженням 21 виду рідкісних захворювань.

В нашій роботі ми надаємо опрацювання та аналіз офтальмологічних проявів при деяких рідкісних захворюваннях у дітей, що на нашу думку буде корисним у роботі практикуючих лікарів.

Табл.1

Офтальмологічна патологія, що супроводжує рідкісні захворювання:

Синдроми і хвороби	Патологія ока	Шифр МКХ-10
1	2	3
I. Рідкісні природжені вади розвитку деформації та хромосомні аномалії		
Синдром Арнольда -Кіарі	Папілярний застій або атрофія зорового нерву (пізня), що супроводжується прогресивними порушеннями зорової функції, аж до повної сліпоти, ністагм, параліч окорухових нервів, що проявляється внутрішньою косоокістю або диплопією.	Q 07.0
Синдром Кліппеля-Фейля	Параліч зовнішнього окорухового нерву, ністагм.	Q76.1
Синдром Денді – Уокера	Ураження зовнішнього окорухового нерву, папілярний двобічний стаз.	Q03.1

Продовження табл. 1

1	2	3
Синдром Марфана	Ектопія кришталиків, зазвичай дислокація відбувається догори, сферофакія, мікрофакія, іридодонез, колобома райдужки, гетерохромія райдужки, мегалокорнеа, голубі склери, міопія високого ступеню з ризиком відшарування сітківки, можлива глаукома.	Q87.4
Синдром Елерса-Данлоса	Епікант, зміни шкіри повік, голубі склери, міопія, макрокорнеа, помутніння рогівки, кератоконус, ектопія кришталика донизу, зміни склистого тіла, дегенерація сітківки, відшарування сітківки, застійний диск зорового нерву, може бути: косоокість. Нееластичність тканини ока, яка при незначних травмах веде до розривів склери, рогівки, відшарування сітківки. Гіпертелоризм, епікант, косоокість – є ознаками, які зустрічаються непостійно при даній патології.	Q79.6
Нейрофіброматоз (Хвороба Реклінгхаузена)	Ураження повік плексиформною або м'якою фібромою типу елефантиазису (верхня повіка одного з очей – різко збільшується, м'язи атрофуються, виникає птоз, можливий заворіт або виворіт повіки). При вузлуватій формі на повіках, кон'юктивіті повік з'являються пухлино подібні утвори (в товщі шкіри або на ніжці у вигляді грона винограду). Райдужка пігментована на стороні ураження, на поверхні – вузлики округлої форми, що виступають над поверхнею тканини, від жовтуватого до темно-коричневого кольору. Рідко спостерігають нейрофіброми в судинній оболонці, сітківці. Можлива пухлина – гліома зорового нерву з картиною атрофії або застійного диску зорового нерву на очному дні. При комбінованих формах центрального нейрофіброматозу можливі гліоми зорових нервів. Можливе розміщення нейрофіброми в орбіті з появою одно- або двобічного екзофтальму, набряку верхньої повіки, птозу, зміщення очного яблука в сторону. Плексиформна нейрофіброма повіки поєднується у дітей з вродженою глаукомою з важким перебігом.	Q85.0
II.Рідкісні хвороби нервової системи		
Синдром Луї-Бар	Спостерігається телеангіектазії кон'юктиви, склери, горизонтальний ністагм.	G11.3
III. Рідкісні хвороби шкіри, підшкірної клітковини		
Дисемінований червоний вовчак	У кон'юнктиві поблизу лімба спостерігають ампулоподібні розширення, в рогівці – множинні крапкові субепітеліальні помутніння, можливі дрібні гранулеми в епісклері. Спостерігають уветти і ангіопатії судин сітківки (геморагії по ходу ретинальних судин, білувато-жовті, валоподібні вогнища в сітківці). Можливий набряк диску зорового нерву з початкоювою атрофією.	L93.0

Продовження табл. 1

1	2	3
IV. Рідкісні хвороби склери, рогівки, райдужної оболонки і циліарного тіла		
Синдром Когана – Інтерстиціальний (стромальний) і глибокий кератит	Рідкісна аутоімунна хвороба з ураженням ока і внутрішнього вуха. Очна симптоматика може включати комбінацію – двостороннього інтерстиціального кератиту та інші стромальні кератити, епісклерит, склерит, увеїт.	H16.3
Іридоцикліт	Запалення райдужної оболонки та циліарного тіла (гранулематозний та негранулематозний). Утворення в судинній оболонці гранулом, набряк і фіброзна ексудація судинної оболонки.	H20
V. Рідкісні хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини		
Хвороба Рейтера	Характерним для синдрому є двобічний гнійний кон'юнктивіт, який супроводжується біллю й фотофобією. Іноді призводить до виникнення іриту, кератиту.	M02.3
Хвороба Стілла	Характерною є тріада: іридоцикліт, стрічкоподібна дистрофія рогівки, ускладнена катаракта. Увеїти характеризуються «сухими», різнокаліберними преципітатами, атрофічними вогнищами в райдужці, раннім утворенням множинних задніх синехій, зрощенням і зарощенням зіниці. Тонкі помутніння на межі рогівки і внутрішнього лімбу на 2-4 та 8-10годинах в подальшому поширюються і утворюють стрічкоподібну горизонтальну дистрофію рогівки. Спостерігають помутніння під передньою капсулою кришталика, у склистому тілі. На очному дні можливі поодинокі дрібні хоріоретинальні вогнища (парамакулярно).	M06.1
Хвороба Бехчета	Очні ураження з переходом у двобічні – кон'юктивіт (перебіг з послідовними приступами) кератит, ірит (часто з гіпопіоном), хоріоїдит, ретиніт, крововиливи сітківки, ретробульбарний неврит. Всі ці очні прояви приводять з часом до одно- й частіше всього двобічної сліпоти.	M35.2
VI. Порушення обміну речовин		
Фенілкетонурія	Можлива катаракта, грубі порушення рефракції.	E70
Хвороба Гоше	Крововиливи в сітківку, можу бути: косоокість, зміни кон'юнктиви, пігментна дегенерація сітківки	E75.2
Гомоцистинурія	Гіпертелоризм, ністагм, міопія, ектопія кришталика, атрофія дисків зорового нерву, вторинна глаукома, може бути:катаракта, дегенерація сітківки, вроджена глаукома. Ектопія кришталика доверху, може бути: гіпертелоризм, епікант, косоокість, міопія, збільшення розміру очного яблука, катаракта, мікросферофакія, мікрофтальм, аніридія, зміни райдужки, зміни склистого тіла, дегенерація сітківки, друзи очного дна, застійний диск зорового нерву, вторинна глаукома.	E72.1

Закінчення табл. 1

1	2	3
Хвороба Німана-Піка	Екзофтальм, косоокість, ністагм, макулярна дегенерація сітківки (симптом «вишневої кісточки»), атрофія зорового нерву.	E75.2
Хвороба Фабрі	Зміни шкіри повік, зміни кон'юнктиви, помутніння рогівки, спонтанна гіфема, зміни райдужки, глаукома, катаракта, гіперемія диску зорового нерву.	E75.2
Синдром Фанконі (-де Тоні – Дебре)	Мікрофтальм, косоокість.	E72.0
Галактоземія	Можлива катаракта.	E74.2
	Мукополісахаридози:	
I тип – Гурлер	Гіпертелоризм, епікант, зміни шкіри повік, проптоз, блефарокон'юнктивіт, зміни кон'юнктиви, макрокорнеа, помутніння рогівки, набряк та ціаноз кон'юнктиви, раннє збільшення розміру очних яблук, дистрофія райдужки, атрофія та застійний диск зорового нерву, може бути: косоокість, міопія, зміни райдужки, дегенерація сітківки, гідрофтальм.	E76.0
II тип – Гунтера	Гіпертелоризм, епікант, зміни шкіри повік, проптоз, блефарокон'юнктивіт, зміни кон'юнктиви, збільшення розміру очних яблук, макрокорнеа, помутніння рогівки, набряк та ціаноз кон'юнктиви, атрофія та застійний диск зорового нерву, може бути: косоокість, міопія, зміни райдужки, дегенерація сітківки.	E76.1
III тип – Санфіліпп	Може бути: гіпертелоризм, епікант, зміни кон'юнктиви, збільшення розміру очних яблук, макрокорнеа, потовщення стінки кровоносних судин кон'юнктиви та очного дна, рогівка прозора.	E76.2
IV тип – Моркіо	Слабо виражений гіпертелоризм і проптоз, відсутність змін райдужки у молодшому віці, застійні диски зорового нерву, може бути: епікант, зміни шкіри повік, блефарокон'юнктивіт, зміни кон'юнктиви, збільшення розміру очних яблук, макрокорнеа, помутніння рогівки, застійний диск зорового нерву.	E76.2
V тип – Шейє	Блефарокон'юнктивіт, виражена рання дистрофія райдужки, зміни судин кон'юктиви, помутніння рогівки, може бути: гіпертелоризм, епікант, збільшення розміру очних яблук.	E76.2
VI тип – Марото-Ламі	Виражена рання дистрофія райдужки, зміни кон'юктиви, помутніння рогівки, може бути: гіпертелоризм, епікант, зміни шкіри повік, блефарокон'юнктивіт, збільшення розміру очних яблук, макрокорнеа, застійний диск зорового нерву.	E76.2

ЛІТЕРАТУРА

1. Бердишев Х.Д., Криворучко Ю.Ф. Медицинська генетика. уч. Пособие. – К., 1990.
2. Бужієвська Т.І. Основи медичної генетики. – К.: Здоров'я, 2001.
3. Гречаніна Ю. Б., Гречаніна О. І., Школьникова Д. В. Мітохондріальна хвороба: генетична епідеміологія, діагностика та лікування.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, другої (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Фенілкетонурія та інша гіперфенілаланінемія. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.11.2015 № 760.
5. Барреа С., Веасен С. Та ін. Кореляція фенотип-генотип у дітей з нейрофібризом типу1. 2018,49(3),180-184.
6. Вітовська О.П., Савіна О.М. Структура та частота захворювання ока та приладового апарату у дітей. Мед.перспективи.-2015. – 20, №3. – с.133-138.
7. Путинцева Х.І., Решетняк Т.А. Медична генетика. – К.: Здоров'я, 2001.
8. Абу-Амеро К.К., Аль-Хіарі М., Хасауне Р. та ін. Мітохондріальні аномалії у хворих на LHON-подібні невропатії зорового нерва / Інвест-офтальмол. Vis Sci. 2006 рік; 47:4211-4220.
9. Григорова І. А., Соколова Л. І., Герасимчук Р. Д. та ін.Неврологія: національний підручник ; за ред.. Григорової І.А., Соколової Л.І. К.: В. С. Медицина, 2015. 640 с.
10. Риков С.О., Савіна О.М. Проблеми спадкової патології очі у дітей і роль офтальмології у її вирішенні. Таврицький медико-біологічний вестник. - 2012 рік. Т.15,№4(60).-с.328-331.
11. Вітовська О.П., Пічкур Н.О., Сковпень Т.В., Войтко Л.О.Патологічні зміни організму зору у пацієнтів з мукополісахаридозом /Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології/ – 2014.- Вип.;. – с.13-14.
12. Тейлор Д, Хойт К. Дитяча офтальмологія –Бином_Прес, 2007
13. Кириллова І.І., Шевченко А.А., Силаєва Л.Ю. Атрофія золотих нервів Лебера: клініко-генетичні аспекти (науковий огляд). Міжнародний невро-ло-гічний журнал, 2008
14. Офтальмологія Д Канського; (per. s anhl..) под. ред.. Єричева В.П. – М.: Логосфера, 2012 – 584 с.
15. Клінічна офтальмологія, Джек Дж. Канскі. Видання третє. , 2010, С.507.
16. Детская офтальмология. Цветной атлас и краткое руководство по клинической офтальмологии Под ред. Л. Б. Нельсона., Перевод с англ.. проф.. Л. А. Катаргиной., «НЕОТАR- медия.»2021. S.304.

ГОНЧАРУК О.,
студентка 3-го курсу спеціальності
«Медсестринство» Міжнародний гуманітарнийуніверситет
Науковий керівник:
ВРУБЛЕВСЬКА С.В.,
к.мед.н., доцент Міжнародний гуманітарний університет

АНАЛІЗ ВПЛИВУ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ПЕРЕБІГ АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ У ДІТЕЙ

Однією з невирішених проблем сучасної алергології є алергічний риніт, що обумовлено його широкою розповсюдженістю, схильністю до ускладнень та рецидивування. Дані про розповсюдженість алергічного риніту у дітей у світі коливаються від 1,8% до 52%, а по Одеській області – 37,24% (2021р).

Нами було обстежено 155 дітей з алергічним ринітом у віці від 5 до 14 років і 28 умовно здорових дітей контрольної групи. Серед них 33% діти з легким перебігом, 35% – хворі на середньо-тяжку форму; та 32% з тяжкою формою алергічного риніту

Таблиця 1

Вплив перинатальних факторів та перенесених інфекційних захворювань на перебіг алергічного риніту у дітей (%)

Вид патології	Легкий перебіг, n=47	Перебіг середньої тяжкості n=55	Тяжкий перебіг, n=43	Всього
Патологія вагітності: – загрозапереривання; ГРЗ підчас вагітності	9,62%(13) 2,96%(4) 3,70%(5)	8,88%(12) 2,22%(3) 8,88%(12)	14,07%(19) 5,92%(8) 6,66%(9)	32,59%(44) 11,11%(15) 19,25%(26)
Патологія пологів: - кесарів розтин; - інше	5,92%(8) 0,74%(1) 5,92%(8)	5,18%(7) - 5,18%(7)	11,85%(16)0 ,74%(1) 10,37%(14)	22,96%(31) 1,48%(2) 21,48%(29)
Раннєштучневигодування	13,33%(18)	14,07%(19)	11,11%(15)	38,51%(52)
Перенесені хвороби: - ангіна; - вітряна віспа; - кір;грип; - епід.паротит; - вірусний гепатит	 6,66%(9) 2,22%(3) 17,77%(24) 0,74%(1) 2,96%(4)	 5,92%(8) 10,37%(14) 1,48%(2) 19,26%(26) - 1,48%(2)	 11,85%(16) 14,81%(20) 2,22%(3) 19,26%(26) 1,48%(2) 0,74%(1)	 24,44%(33) 35,55%(48) 5,92%(8) 56,29%(76) 2,22%(3) 2,96%(4)

В літературі не освітлене питання впливу тривалості захворювання на перебіг алергічного риніту. Найбільшу кількість дітей з легким перебігом алергічного риніту зареєстровано протягом 1-ого і 2–ого років захворювання (73,44%), При тривалості до 1 року тяжких форм не виявлено. Таким чином, більшість хворих на алергічний риніт не звертається по допомогу на початку захворювання, що ускладнює як епідеміологічні дослідження, так і їх подальше лікування, що ускладнює перебіг захворювання.

Також істотне значення у формуванні алергічного риніту мали медико-біологічні фактори. Відповідно отриманим нами даним, тільки при тяжкому перебігу зростає відсоток дітей із загрозою переривання вагітності (6,92%, 9 дітей), патологією пологів (12,85%, 17 пацієнтів), перенесеними вітряною віспою (15,81%, 21 особа), ангіною (13,85%, 18 дітей) в анамнезі. Не зважаючи на великий відсоток випадків зв'язок між раннім штучним вигодуванням, перенесеним грипом і тяжкістю перебігу алергічного риніту не знайдено.

Достовірної відмінності даних сімейного анамнезу при легкому, середньо-тяжкому і тяжкому перебігу алергічного риніту нами не знайдено, що свідчить про перевагу факторів довкілля у формуванні тяжкості цього захворювання.

Висновки:

Алергічний риніт є однією з невирішених проблем сучасної клінічної алергології, що обумовлено його широкою розповсюдженістю, схильністю до ускладнень та рецидивування.

Медико-соціальні фактори можуть впливати на перебіг алергічного риніту у дітей, що треба враховувати при призначенні терапії.

Оптимізація лікування алергічного риніту залежно від важкості перебігу алергічного процесу дозволить покращити результати лікування та буде сприяти досягненню стійкої ремісії у хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ласиця О.І., Ласиця Т.С., Недєльська С.М. Алергологія дитячого віку.// Київ.:Книга плюс,2004.-368 с.
2. Пухлік С.М. Риніти // Ринологія.-2004.- №1.С.39-46.
3. Беш О.Л. Алергічний риніт у дітей. Здоров'я дитини, 2012, №5, стор 40-48
4. Пухлик С.Б., Алергічний риніт: сучасні стандарти діагностики та лікування, Пульмонологія, Алергологія, Риноларингологія, № 2 (43), травень 2018 р.
5. Європейський погоджувальний документ щодо лікування риносинуситу та поліпів носа EPOS-2020 Ринологія 2020, №58(29).
6. Manjra A.L. Allergic rhinitis in children // Continuing Medical Education: Journal of Continuing Professional Development. – 2011. – Vol. 29, № 1. – P. 25-29.

7. Bousquet J., Van Cauvenberge P.et al Next-generati on Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhini tis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluat ion (GRADE) and real-world evidence» *(ARIA).*- Journal of Allergy and Clinical Immunology*:* January 2020 Volume 145*,* Issue 1*,* Pages 70–80.e3
8. Emeryk A., Maksymiuk J., Janeszek K. (2019) New guidelines for the treatment of seasonal allergic rhinitis. Postepy Dermatol Alergol., 36(3): 255–260.

СЕКЦІЯ 3

ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ТЕРЕЩУК С.І.,
к.фарм.н, доц.,
ГОРОДЕЦЬКА О.А.,
провізор
вищої категорії
Львівська медична академія
ім А. Крупинського

ПРАКТИКО-ОРІЄНТОВАНЕ НАВЧАННЯ ФАРМАЦЕВТІВ У ЛЬВІВСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПИНСЬКОГО НА БАЗІ НАВЧАЛЬНОГО ЦЕНТРУ «REMEDIUM»

Якість освіти є необхідною передумовою становлення та розвитку фахівців фармацевтичного сектора, їх здатності бути конкурентоспроможними на ринку праці, розвиватися та працювати за нових умов. Для закладів вищої освіти фармацевтичного спрямування нагальним питанням є гармонізація теоретичної підготовки здобувачів освіти з практичними аспектами роботи суб'єктів фармацевтичного ринку. В більшості випадків випускники отримують належні теоретичні знання, але не мають достатніх навичок для того, щоб одразу ефективно і якісно почати працювати на робочих місцях. Окрім набуття фахових компетентностей, молодь потребує й сформованих умінь роботи в команді, відповідального ставлення до процесів і результатів власної діяльності, професійної і соціальної адаптації до виконання практичної, повсякденної, фахової роботи в колективі [1,2].

Сучасна підготовка спеціалістів фармації в Україні ґрунтується на компетентнісній моделі як переліку компетентностей та програмних результатів навчання згідно з навчальними дисциплінами, що відображається в освітньо-професійних програмах закладів вищої фармацевтичної освіти. Працівники аптек мають володіти усіма професійними ролями відповідно до концепції «фармацевт десяти зірок», а саме: надавати допомогу, ухвалювати рішення, бути контактними особами, менеджерами, довічними учнями, учителями, лідерами, дослідниками, підприємцями та ініціаторами позитивних змін [3].

Здатність випускників до практичної реалізації набутих компетентностей під час навчання в закладі освіти є пріоритетним в організації освітнього процесу. В контексті реалізації цієї стратегії важливим постає активне впровадження практико-орієнтованого навчання із перших днів у стінах закладу, налагодження механізму системної взаємодії закладу освіти та роботодавців упродовж всього періоду навчання здобувачів. Саме такий підхід у професійному навчанні дозволить наблизити освітній процес до потреб практики й життя [4].

Метою нашої роботи є узагальнення досвіду з впровадження практико-орієнтованого навчання здобувачів освіти за спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація на базі навчального центру „Remedium" у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського.

Організація та економіка фармації (ОЕФ), як профільна фармацевтична компонента, займає особливе значення у підготовці спеціалістів. Під час її вивчення здобувачі освіти отримують знання з організаційно-економічних аспектів фармацевтичної діяльності. Базою для її засвоєння є відпрацювання вже на першому семестрі освітньої компоненти «Історія фармації», бо на лекції «Введення в спеціальність» характеризуються складові фармацевтичної галузі, завдання та функції державних органів, наводяться основні нормативні документи. На семінарських заняттях здобувачі освіти готують огляди фахових періодичних видань «Фармацевтичний журнал», «Фармацевтичний часопис», «Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики», «Аптека», «Провізор» та інші. Під час самостійної роботи, окрім тематик історичного плану, виконуються суто фармацевтичні роботи, напр. вивчається та описується аптечне середовище за місцем проживання [5].

Для продовження фармацевтичної скерованості підготовки здобувачі освіти опрацьовують реферати на такі теми як: складові позитивного іміджу аптечного закладу; соціальна відповідальність аптечних працівників; бізнес-етика на підприємствах фармацевтичного ринку (вибіркова дисципліна «Етичні проблеми у фармації»). При цьому опрацьовуються матеріали із сайтів провідних аптечних мереж, фармацевтичних підприємств та аптечних агрегаторів.

Приступаючи до вивчення дисципліни ОЕФ студенти мають певні базові знання із практичної фармації, що полегшує засвоєння основного програмного матеріалу. Зміст дисципліни формується діючою законодавчою базою, яка постійно змінюється, оновлюється та реформується. Таким чином, і викладач і студенти повинні остійно працювати над оновленням своїх знань. Після прочитаних лекцій, які записуються у відео форматі та викладаються на освітню платформу „Moodle" здобувачі освіти в очному режимі закріплюють знання на практичних заняттях шляхом заповнення бланків документів, вирішення

ситуаційних та тестових завдань. Матеріал, який не можна закріпити під час практичних занять (за браком часу), виноситься на самостійну роботу, а саме: етапи відкриття аптек, огляд автоматизованих систем управління та обліку, порівняльний аналіз систем оподаткування аптек, визначення основних економічних показників [5].

На нашу думку, такий логічний взаємозв'язок засвоєння матеріалу дає грунтовні теоретичні знання та певний рівень практичних навичок. Тільки відтворення реальних професійних ситуацій в академічній та практичній фазі підготовки майбутніх фармацевтів є основною характеристикою впровадження сучасного практико – орієнтованого підходу.

Завдяки співпраці Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського з мережею аптек «D.S.» вдалося реалізувати проєкт із створення навчального робочого місця фармацевта „Remedium" в аудиторії кафедри фармації. Компанія запроєктувала та обладнала приміщення фірмовими меблями, пристінними шафами, встановили комп'ютерне обладнання з програмним забезпеченням, лікарськими засобами.

Щоб охопити здобувачів освіти випускного курсу практико – орієнтованим навчанням у центрі „Remedium" у робочу програму освітньої компоненти «Медичне та фармацевтичне товарознавство» внесено зміни та додано теми з організації роботи аптек згідно стандарту ISO 9001.

Завдання з надання фармацевтичних послуг відвідувачам аптек передбачали моделювання безрецептурного та рецептурного відпуску лікарських засобів. При цьому кожний здобувач освіти отримав на домашнє завдання окремий протокол фармацевта при відпуску безрецептурних лікарських засобів. Це дало змогу на занятті в центрі „Remedium" діагностувати потребу пацієнта при звертанні в аптеку, підібрати відповідні лікарські засоби, відобразити їх рух у комп'ютерній програмі, надати фармацевтичну опіку та провести розрахунок з видачею чеку. Викладач виконує функції пацієнта та одночасно консультує здобувача освіти. Зображення з монітора комп'ютера проектується на загальний екран, що дає можливість всім присутнім відстежувати роботу колеги.

Рецептурний відпуск моделюється на прикладі відпуску атибактеріальних лікарських засобів групи J01 з допомогою паперових рецептів. При прийманні таких рецептів здобувач освіти перевіряє правильність їх виписування, дозування та знання асортименту за торговими назвами. Знову необхідно провести факт відпуску у комп'ютерній програмі та надати рекомендації пацієнту про особливості застосування лікарських засобів.

Відпуск за електронними рецептами засвоюється на прикладі роботи за програмою «Доступні ліки». Здобувачі освіти опрацьовують асортимент лікарських засобів, дозволених до відпуску згідно діючого реєстру, звертаючи увагу на суму відшкодування вартості та доплати пацієнтом.

Для розширення відпрацювання практичних навичок в центрі „Remedium”, нами опрацьована робоча програма для нової вибіркової дисципліни «Стандартизація діяльності аптек на основі ISO 9001». Передбачається вивчення наступних тематичних блоків: виконання Стандартів поведінки та правил обслуговування відвідувачів; надання якісної фармацевтичної опіки; управління внутрішніми аптечними процесами.

Заключним етапом практико-орієнтованого підходу в навчанні фармацевтів є проведення переддипломної практики в базових аптеках, з якими укладені договори про співпрацю.

На нашу думку, саме таким чином побудований навчальний процес із залученням знань та можливостей стейкхолдерів, дозволить випускникам фармацевтам Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського досягти необхідних компетентностей, набути професійну мобільність та бути конкурентоспроможними на фармацевтичному ринку праці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кайдалова А. В., Посилкіна О. В. Науково-теоретичне обґрунтування методологічного концепту побудови системи якості вищої фармацевтичної освіти. Фармацевтичний часопис. 2016. № 3 с.68-74. URL: https://doi.org/10. 11603/2312-0967.2016.3.6830 (дата звернення: 13.05.2023).
2. Котвіцька А.А. Проблемні питання фармацевтичної освіти в Україні. Аптека on-line № 10 від 15.03.2021 р. URL: https://www.apteka.ua/article/587425 (дата звернення:13.05.2023).
3. Громовик Б. П., Кремінь Ю. І. Особливості реалізації професійних ролей фармацевтичних фахівців в українських реаліях. Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2020. – № 1 (61). – С. 42–49. URL: https://doi.org/10.24959/uekj.20.9 (дата звернення: 13.05.2023).
4. Луцак І.В. Практико–орієнтоване навчання майбутніх фармацевтів як запорука якісної підготовки фахівців. Фахова передвища і професійна освіта : теорія, методика, практика : матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції, 14.04. 2021 р. – Київ : Науково-методичний центр ВФПО, 2021. – с.111-115. URL: https://onedrive.live.com/?authkey=%21AGlLOUoAcdY Nn%2 DA&id =5E8999F54A87BB53%212157&cid=5E8999F54A87BB53&parId=root&parQt=sharedby&o=OneUp (дата звернення: 13.05.2023).
5. 5.Терещук С.І. Компетентностні засади викладання організації та економіки фармації при підготовці бакалаврів фармації. Запорізький фармацевтичний форум – 2022. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю 17-18.11.2022 року, м. Запоріжжя с.96.

ЗМІСТ

Секція 1
ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА:
СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ

ГВОЗДЕЦЬКА Г.С., ГЛОВЯК В.Г., ЖУКУЛЯК О.М.
ОСОБЛИВОСТІ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 223 МЕДСЕСТРИНСТВО ОПП «ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА» ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІН АКУШЕРСЬКО-ПЕДІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ…….…… 3

НЕДІЛЬКО Р.В., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.
ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ В КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВЯ: ДОСЛІДЖЕННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ……. 7

ЩЕРБИНА М.О.,СКОРБАЧ О. І.
ДІЄВІ МЕТОДИ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ОСВІТИ……. 12

СОКОЛОВА І.
ІНТЕРАКТИВНІ ЛЕКЦІЇ У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ: СУЧАСНІ СМИСЛИ І ПРАКТИКИ……. 15

НАЛИВАЙКО Л. М.
ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ЗДОБУВАННЯ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ АБІТУРІЄНТАМИ……. 20

СЕМИДОЦЬКА Ж.Д., ЧЕРНЯКОВА І.О., КРАСОВСЬКА К.О.
ДУХОВНІ АСПЕКТИ ТАЄМНИЦІ ЛІКУВАННЯ Й ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ…… 26

ТИМЧЕНКО Т.М.
ОРГАНІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ…… 32

БОГДАН АННА-МАРІЯ, ЗАСАНСЬКА Г.М.
ВАГОМІСТЬ МІЖДИСЦИПЛІНАРНИХ ЗВ'ЯЗКІВ ТА ІНТЕГРОВАНОГО НАВЧАННЯ В ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ «МЕДСЕСТРИНСТВА В ІНФЕКТОЛОГІЇ»…….. 35

ШЕГЕДИН А.С., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.
ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД, ДОСЯГНЕННЯ ТА ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ…….. 41

ОЛІЙНИК Ю.О.
РОЛЬОВА ГРА ЯК СПОСІБ ВІДПРАЦЮВАННЯ НАВИЧОК САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ОБ'ЄКТА СТУДЕНТАМИ ЗАКЛАДІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ…… 43
ШИЙКА Л.Ю., ШИЙКА М.Б.
САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТА В СИСТЕМІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ…… 46
КУКСЕНКО І.В.
ВИВЧЕННЯ ДОСВІДУ РЕФОРМУВАННЯ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ У ВИСОКОРОЗВИНЕНИХ КРАЇНАХ СВІТУ…… 48

Секція 2
КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА ТА МЕДСЕСТРИНСТВО

КАЗАКОВА О. А.
ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОДІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ІЗ ПАЦІЄНТАМИ ВІДДІЛЕННЯ ГЕМАТОЛОГІЇ…… 55
ЖУБРИД М.Т., ЯНКІВ С.В.
СТИГМАТИЧНА КОМПОНЕНТА МЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З ФТИЗІАТРИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ…… 57
КОЛЬЦУН А., БЯЛИЙ А.О., ТВЕРДА І.І.
ТУБЕРКУЛЬОЗ І СЬОГОДЕННЯ. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ…… 65
ДУБАС Ю.І., ЯРЕМЧУК О.В.
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КОМУНІКАЦІЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ З ГЕРІАТРИЧНИМИ ПАЦІЄНТАМИ…… 69
МАРЧЕНКО Н.О., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.
СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ТА КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ…… 73
ДУБ Н.Є., ВІТКОВСЬКА І.В.
ТРЕНІНГИ З РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ ДЛЯ РОБОТИ У НЕВРОЛОГІЧНИХ ТА ПСИХІАТРИЧНИХ СТАЦІОНАРАХ: РОЗРОБКА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ…… 77
ПІДДУБНА І., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.
ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ В СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВІДДІЛЕННЯХ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ…… 85
ПЕТРИШИН М.М., ЛІЩУК Р.М.
СОМАТОФОРМНІ СТАНИ І ТРАВМА…… 88

КРАСНОЛИЦЬКА Л.М.
БЕЗПЕРЕРВНА ОСВІТА ЯК ПРІОРИТЕТНИЙ НАПРЯМОК ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ (ІЗ ВЛАСНОГО ДОСВІДУ)…… 92
ПОЦЮРКО Н.Т.
ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ВТОМИ ВІД СПІВЧУТТЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ СЕСТЕР/БРАТІВ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПРОФЕСІЙНУ РОБОТУ ТА САМОПОЧУТТЯ…. 96
TYNDYK N.A., KUZMENKO O.V., YURKO N.A.
CHEMISTRY IN NURSING: THE TYPES AND BENEFITS…… 101
ГРИЦИШИН Б.Р., ГРАБОВСЬКА Т.В
СТАН ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ВАГІТНИХ З ТИРЕОПАТІЯМИ…….. 105
ЧАЙКОВСЬКА Г.С.
РІДКІСНІ (ОРФАННІ) ХВОРОБИ З ПРОЯВАМИ ПАТОЛОГІЇ ОКА ПРИ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ ДІТЕЙ……. 108
ГОНЧАРУК О., ВРУБЛЕВСЬКА С.В.
АНАЛІЗ ВПЛИВУ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ПЕРЕБІГ АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ У ДІТЕЙ…….. 114

Секція 3

ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ТЕРЕЩУК С.І., ГОРОДЕЦЬКА О.А.
ПРАКТИКО-ОРІЄНТОВАНЕ НАВЧАННЯ ФАРМАЦЕВТІВ У ЛЬВІВСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПИНСЬКОГО НА БАЗІ НАВЧАЛЬНОГО ЦЕНТРУ „REMEDIUM”…… 117

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

МАТЕРІАЛИ

ІІ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ У ЗВО МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ

2 червня 2023 року

Підписано до друку 8.06.2023
Формат 60×84$^{1}/_{16}$. Папір офсетний. Друк на різографі
Умовн. друк. арк. 7,2. Обл.-вид. арк. 5,9
Наклад 43 прим. Зам. 230638

Видавець і виготівник: Видавництво Львівської політехніки
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4459 від 27.12.2012 р.

вул. Ф. Колесси, 4, Львів, 79013
тел. +380 32 2584103, факс +380 32 2584101
vlp.com.ua, ел. пошта: vmr@vlp.com.ua