



**ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЛВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ ЛВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
“ЛВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО”**

МАТЕРІАЛИ

IV РЕГІОНАЛЬНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

27 жовтня 2023 року

Львів
Видавництво Львівської політехніки
2023

Оргкомітет конференції:

Голова:

Кривко Ю. Я., в.о. ректора КЗВО ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського», доктор медичних наук, професор, академік НАН ВО України.

Заступник голови:

Неділько Р. В., завідувач кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я КЗВО ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського», кандидат наук з державного управління (доктор філософії).

Члени оргкомітету:

Яремчук О. В., кандидат наук з державного управління (доктор філософії), асистент кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я КЗВО ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського»;

Жубрид М. Т., викладач вищої категорії кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я КЗВО ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського»;

Кузьменко О. В., магістр медсестринства, викладач вищої категорії кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я КЗВО ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського»;

Фітьо Н. Р., магістр управління та адміністрування, викладач 1 категорії кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я КЗВО ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського».

Редколегія:

Сойка Л. Д., проректор з навчальної роботи КЗВО ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського», кандидат хімічних наук;

Согуйко Ю. Р., проректор з розвитку та міжнародних зв'язків КЗВО ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського», кандидат медичних наук, доцент;

Стоколос-Ворончук О. О., проректор з наукової роботи КЗВО ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського», кандидат філологічних наук, доцент;

Юристовська Н. Я., проректор з виховної роботи КЗВО ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського», кандидат наук з державного управління (доктор філософії), доцент;

Безкоровайна У. Ю., декан факультету 1 КЗВО ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського», кандидат наук з державного управління (доктор філософії);

Дуб Н. Є., декан факультету 2 КЗВО ЛОР «Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського», кандидат наук з державного управління;

Кривко Б. Я. - провідний спеціаліст гінекологічного відділення першого медичного об'єднання міста Львова, лікарня святого Пантелеймона

*Рекомендовано до друку вченою радою КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
(Протокол № 3 від 25.10.2023 р.)*

Матеріали IV регіональної науково-практичної конференції
С 83 (заочна форма) «Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти»
(м. Львів, 27 жовтня 2023 року).. – Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2023. – 160 с.
ISBN 978-966-941-865-4

У збірнику тез вміщено матеріали науково-практичної конференції «Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти» для студентів, викладачів, магістрів, молодих науковців та практикуючих медичних сестер/братів..

УДК 378.046:614

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

© КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені А. Крупинського», 202

© Національний університет
«Львівська політехніка», 2023

ISBN 978-966-941-865-4

СЕКЦІЯ 1

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

к.держ. упр.,

НЕДІЛЬКО Р.В.

к.держ. упр.,

ЯРЕМЧУК О.В.

к.держ. упр.,

Львівська медична академія
ім. А. Крупинського

ЗАХОДИ ДО ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Велике значення для подолання наслідків пандемії в Україні мало створення системи спостереження за якістю надання медичних послуг з боку держави. Міністерство охорони здоров'я повідомляє, що у 2022 році виплати для лікарень на «ковідні пакети» збільшили і засади формування пакетів медичних послуг на надання медичної допомоги COVID пацієнтам покращилися і на даний час пацієнти можуть оплачувати за лікування у стаціонарі за двома пакетами [1]:

- готовність до надання медичної допомоги в умовах поширення інфекційних захворювань, епідемій та в інших надзвичайних ситуаціях;
- стаціонарна допомога пацієнтам з COVID-19.

Перший «ковідний» пакет мають право отримувати лише ті медичні заклади, які були визначені ОДА. З іншими медичними установами буде підписаний договір на отримання цього пакету послуг при умові, що вони пройдуть перевірку на відповідність вимогам НСЗУ. Також однією з умов отримання цих коштів буде те, щоб лікарня мала постійний залишок лікарських засобів і засобів індивідуального захисту, необхідних для лікування інфекційних захворювань, зокрема COVID-19. Другий пакет могли отримати всі заклади, які відповідають вимогам, визначеним Національною службою здоров'я України. Як повідомляють у МОЗ, на цей напрям у бюджеті передбачено 16,9 мільярда гривень [1]. Розрахунок відбувається згідно важкості пролікованого випадку і він враховує заробітну плату і плату на необхідні лікарські засоби та медичні вироби для лікування COVID-19 пацієнтів.

Кабінет Міністрів України затвердив оновлену Програму медичних гарантій, яка надає українцям доступ до безоплатної ефективної медичної допомоги. У 2022 році перелік безоплатних медичних послуг для пацієнтів розширюється, а вимоги до медзакладів щодо сервісу та якості надання медичної допомоги посилюються. Голова НСЗУ Наталія Гусак зазначила: «Медичні заклади отримуватимуть більше коштів. Це дозволить їм закуповувати необхідні ліки та створювати гідні умови праці для медичних працівників. А пацієнтам – бути захищеними від катастрофічних витрат на лікування з власної кишені. Ці кошти повинні працювати на пацієнта». В Програмі медичних гарантій є інформація щодо лікування COVID-19. Алгоритм дій наступний: перш ніж розпочати лікування ковідних пацієнтів, закладам буде запропоновано укласти договір за пакетом «Готовність до реагування на надзвичайні ситуації, зокрема інфекційного характеру». Цей новий пакет дозволить забезпечити стабільність роботи інфекційних відділень та закладів. На цей напрям у ПМГ-2022 передбачено 2,5 млрд грн [2].

Великим внеском у боротьбу із пандемією була реструктуризація поточного проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей». Завданнями проекту є підвищення якості медичних послуг в окремих областях, з особливим акцентом на первинній та вторинній профілактиці серцево-судинних захворювань та раку, а також підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Проект складається з трьох компонентів: 1- покращення надання послуг на місцевому рівні, де фінансуються вибрані області для реалізації інвестиційних підпроектів, спрямованих на профілактику, раннє виявлення та лікування серцево-судинних захворювань та раку та підвищення ефективності системи надання медичної допомоги, включаючи заходи, спрямовані на покращення первинної медико-санітарної допомоги, боротьбу з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) на рівнях первинної та вторинної допомоги, раннє виявлення раку та раціоналізацію системи надання медичної допомоги; 2 – посилення управління Міністерством охорони здоров'я основних п'яти тематичних сфер, а саме: реформа платіжної системи, електронне здоров'я, розвиток інформаційних систем, охорона здоров'я, інформація та комунікація, розвиток потенціалу; 3 – підтримка реалізації проекту, моніторинг та оцінка на національному рівні. До початку спалаху COVID-19, проект понад чотири роки сприяв покращенню результатів у сфері охорони здоров'я та підтримав пацієнтів, які потребували життєво необхідних клінічних послуг. Наприклад, у Дніпропетровській області у рамках проекту 52 амбулаторії загальної практики та сімейної медицини були реконструйовані, ще 10 – на Рівненщині. По всій Україні 21 тисяча медичних працівників пройшли навчання і надають більш якісні медичні послуги, відповідно середнє перебування пацієнта у стаціонарі скоротилось з 11,7 днів до 9,5 днів. Проект успішно виконав основну мету, щодо забезпечення усіх закладів первинної медичної допомоги

відповідності до норм наявності обладнання, яке необхідне для допомоги при серцево-судинних захворюваннях.

Тому, завдяки виконанню і навіть перевиконанню завдань, саме проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» було обрано для реструктуризації. Він також став запорукою отримання додаткового фінансування саме тоді, коли стали помітними складні наслідки COVID-19.

Дедалі більше медзакладів і закладів соцзахисту долучається до прийому та лікування пацієнтів, інфікованих COVID-19. У процесі підготовки та реагування на пандемію важливо правильно зорієнтувати керівників цих закладів і персонал, щоб мінімізувати ризики зараження та правильно організувати роботу: розподілити потоки пацієнтів, здійснювати пасивний та активний скринінги, виділяти зони, проводити навчання та підготовку працівників. Такі заходи дадуть змогу [3]:

- знизити ризики інфікування працівників та перехресного інфікування серед пацієнтів;
- раціоналізувати використання засобів індивідуального захисту;
- підготувати стаціонарні заклади охорони здоров'я до прийняття планових пацієнтів.

Для цього фахівці ЦГЗ розробили чек-листи, які допоможуть підготувати медзаклади та заклади соцзахисту до надання допомоги пацієнтам з COVID-19, а також налагодити роботу за умов змішаного прийому. Ці чек-листи актуальні і для закладів, які тільки готуються надавати медичну допомогу пацієнтам з COVID-19, і для тих, що вже лікують таких хворих. У чек-листах міститься чіткий перелік заходів як правильно організувати сортування пацієнтів у медзакладі, щоб захистити їх від коронавірусу та інших захворювань; які вимоги до шлюзу та його розміщення; які вимоги до очищення та дезінфекції поверхонь і до знезараження медичних відходів; який скринінг застосувати першочергово – пасивний чи активний. Ці чек-листи розроблені на основі положень чинних нормативно-правових актів:

- Стандарти медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»;
- Державні санітарно-епідемічні правила й норми щодо поводження з медичними відходами;
- Інструкція зі збору, сортування, транспортування, зберігання, дезінфекції та прання білизни в закладах охорони здоров'я;
- Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів у закладах охорони здоров'я».

Чек-лист «Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19)» вміщує табличку, де записуються розділ (*Пасивний скринінг, Організація маршрутів пацієнтів,*

Засоби індивідуального захисту, Санітарно-гігієнічні правила, Підрозділи/відділення ЗОЗ, Поводження із тілами померлих, Автомобілі екстреної медичної допомоги, Людські ресурси, Постачання), заходи, які здійснюються для їх реалізації, вимоги до виконання цих заходів, роз'яснення вимог та відмітки про виконання завдань або наявності. Ці чек-листи є надзвичайно необхідними у підготовці медзакладу та закладу соцзахисту до надання допомоги пацієнтам з COVID-19, а також під час налагодження роботи за умов змішаного прийому.

Говорячи про боротьбу з пандемією та подолання і контроль поширення COVID-19 в Україні, варто наголосити на вчасному виявленні хвороби шляхом тестування. Якщо вчасно виявити людину, хвору на COVID-19, це запорука зменшенню інфікованих завтра, а відповідно і менше навантаження на лікарів та більше збережених життів. Більш того, тестування – це запорука правильного лікування; захист ваших близьких; захист людей з груп ризику, для яких вірус несе смертельну загрозу. Крім того, встановлений діагноз дозволить у разі ускладнень негайно розпочати лікування.

На початку спалаху пандемії в Україні були два види тестів для діагностики COVID-19: тест-системи та експрес-тести.

- Метод полімеразної ланцюгової реакції, або ПЛР-тести (для дослідження беруть мазок з носоглотки й ротоглотки). Ці тести застосовують на початку захворювання, і їхня чутливість найбільша у період між 7 і 14 днями після зараження.
- Антигенні тести (виявляють у вірусі певний білок на основі зразка з носа чи носоглотки). Такі тести використовують на початкових стадіях захворювання, а їх беззаперечною перевагою є швидке та легке виконання (результат отримують вже за 15–30 хв).

Перші тести використовувалися лише у лабораторіях, коли брали забір матеріалу в людини з носа. Експрес-тести можуть проводити будь-які лікарні. Для цього у людини забирають капілярну або венозну кров. Станом на 19 березня 2020 року тест-системи були лише у 11 лабораторій, які знаходяться в підпорядкуванні МОЗ.

Ірина Демчишина, завідувачка вірусологічної референс-лабораторії Центру громадського здоров'я, зазначила, що «На обласному рівні не було реактивів для тестування на COVID-19. Місцеві лабораторії змогли лише діагностувати грип. До травня-червня 2020 року в регіонах країни не було можливостей проводити тести». Проте, до кінця 2020 року вірусологічна референс-лабораторія проводили 20 000-30 000 тестів на день [4].

Згідно інформації на сайті Центру громадського здоров'я України, Центр громадського здоров'я України спільно із Міністерством охорони здоров'я України продовжують активно співпрацювати з урядовими та неурядовими

організаціями для того, щоб сприяти припинення поширення COVID-19 на території країни. Велику благодійну допомогу отримала Україна від Посольство Швейцарії в Україні в боротьбі із припиненням поширення нової коронавірусної інфекції COVID-19 в Україні. Представники посольства передали вірусологічній лабораторії Центру громадського здоров'я України 10 систем кліматичного обладнання та вірусологічній холодове обладнання. Благодійна допомога була надана на суму близько мільйона гривень і включала це лабораторні холодильники та морозильні камери для зберігання реагентів і зразків з метою дослідження методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на збудник COVID-19.

Щоб правильно вибрати протокол лікування, перш за все потрібно дослідити збудник та причини хвороби. «Глобальне поширення вірусу спричинило перевантаження систем охорони здоров'я в усьому світі, не лише в Україні. І найбільшим викликом стало саме виявлення вірусу та посилення лабораторних спроможностей країн. Швейцарія, яка в Україні підтримує демократичний та економічний розвиток та допомагає постраждалим від конфлікту на сході України, також спрямовує свою допомогу і у сферу охорони здоров'я. Ми сподіваємося, що це холодове обладнання, яке ми придбали та передали референс-лабораторії ЦГЗ, допоможе у боротьбі з COVID-19 в Україні. Лише об'єднавши зусилля всього світу, ми зможемо зупинити пандемію COVID-19», – наголосила Ніколь Рудер, директорка Швейцарського бюро співробітництва в Україні [5].

В Україні на даний час є можливість зробити ПЛР чи антиген-тест безкоштовно за направленням сімейного лікаря. Тест на COVID-19 рекомендований для всіх з ознаками захворювання на ГРВІ: висока температура, кашель, слабкість, м'язовий та головний біль, подразнення горла. Не варто нехтувати тестом у випадку, коли близько контактували із хворими на COVID-19 та ймовірно інфікувалися. Відповідно до статистики, кожен третій переносить хворобу безсимптомно, тому тестування допоможе запобігти додатковим випадкам поширення COVID-19. ПЛР-тест можуть зробити пацієнтам з вираженими симптомами ГРВІ, пневмонії або тяжкого гострого респіраторного синдрому. Людині з підозрою на COVID-19 потрібно зв'язатися зі своїм сімейним лікарем, розповісти про симптоми, а вже він вирішить чи викликати мобільну бригаду чи направити на здавання тесту в поліклініку. Насамперед, достатня кількість зроблених тестів допоможе побачити реальну картину захворюваності й летальності та передбачити подальше поширення пандемії.

Наступним важливим кроком у подоланні пандемії – це вакцинація від коронавірусу SARS-CoV-2. Перш за все, велике значення має вакцинація усіх медичних працівників. Медичні працівники й співробітники будинків інтернатного типу зможуть отримати третю дозу вакцини проти коронавірусу через шість місяців після проходження повного курсу щеплення. Про це йдеться в наказі Міністерства охорони здоров'я №2849 від 22 грудня [48]. Для ревакцинації

використовуватимуть мРНК-вакцини – Pfizer / BioNTech або Moderna – незалежно від того, яким препаратом щепилася людина. МОЗ обіцяє, що найближчим часом буде доступною генерація COVID-сертифікатів після ревакцинації. Рішення про ревакцинацію медиків і працівників інтернатних установ МОЗ ухвалило з огляду на рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я та Національної технічної групи експертів з питань імунопрофілактики.

В Україні сьогодні вже вирішується питання бустерної дози вакцини. Існує кілька причин, чому можуть необхідні бустерні дози вакцини проти COVID-19: (i) зниження захисту від інфекції або захворювання, зокрема тяжкого захворювання, з часом (тобто зниження імунітету), (ii) зниження захисту від попередніх доз вакцини або (iii) неадекватний захист від рекомендованої на даний момент первинної серії вакцини [6]. Обґрунтування бустерних доз може відрізнятися залежно від вакцинного продукту, епідеміологічних умов, групи ризику та рівня охоплення вакциною.

ВООЗ ретельно стежить за ситуацією і продовжує тісно співпрацювати з Україною для отримання даних, необхідних для рекомендацій щодо політики вакцинації та заходів подолання COVID-19.

ЛІТЕРАТУРА

1. МОЗ: фінансування «ковідних пакетів» для лікарень збільшили до 19,4 млрд гривень URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/news-moz-covid-pakety/31650534.html>
2. НСЗУ: Фінансування Програми медгарантій на 2022 рік зросло на 34 млрд грн. Що це означає для пацієнтів. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/nszu-finansuvannya-programi-medgarantij-na-2022-rik-zroslo-na-34-mlrd-grn-shcho-ce-oznachaye-dlya-paciyentiv>
3. Центр громадського здоров'я МОЗ України. ЦГЗ розробив чек-листи для підготовки медзакладів і закладів соцзахисту до прийому пацієнтів з COVID-19. URL: <https://phc.org.ua/news/cgz-rozrobiv-chek-listi-dlya-pidgotovki-medzakladiv-ta-zakladiv-soczakhistu-do-priyomu>
4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Донації Центру громадського здоров'я МОЗ України URL: <https://phc.org.ua/donacii>
5. Наказ МОЗ України від 22 грудня 2021 року № 2849 «Про введення в дію Рішення оперативного штабу Міністерства охорони здоров'я України з реагування на ситуації з поширення інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом вакцинації, від 20 грудня 2021 року». URL: <https://moz.gov.ua/uploads/2022.12.2021.pdf>
6. Ukraine: revised humanitarian response plan. Humanitarian Insight 2020. URL: www.humanitarianresponse.info/en/operations/ukraine
7. The COVID-19 crisis in Ukraine. OECD, 26 July 2021.- 7 p.

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

к.держ. упр.,

НЕДІЛЬКО Р.В.

к.держ. упр.,

КУКСЕНКО І.В.

магістр медсестринства, викладач

Львівська медична академія

ім. А. 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 Новій 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 впливають на рівень здоров'я сільського та міського населення, дослідження вказують, що рівень сільського здоров'я є значно нижчим, 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. Ренер, 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 [2].

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 [3,4,5,6].

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 [4].

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 [4].

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 [5].

Конференція стала поштовхом до формування та впровадження ефективної політики надання медичних послуг сільському населенню. Того ж року у п'яти регіонах Австралії (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 [6].

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 [3].

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-х роках ХХ 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 [3].

Успішність реформування сільської медицини в Австралії відбулось завдяки перерозподілу фінансування. Це досяглось 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 визначати 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 [7].

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 [8].

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 [8].

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. Телемедицина 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 якісно 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. Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я Прийнято 17-ю Всесвітньою медичною асамблеєю. <https://core.ac.uk/download/49214458.pdf>
2. 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.

3. Rural Definitions: Data Documentation and Methods // United-States Department of Agriculture. – 2008. – Retrieved January 31.
4. 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.
5. 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.
6. Plessis V., Beshiri R., Bollman, R., Clemenson H. (2001). Definitions of Rural // Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin. – 2001. № 3 (3).
7. 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.
8. 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

ГАЛИНА ГВОЗДЕЦЬКА,
завідувачка сестринським відділенням
Івано – Франківський національний
медичний університет,
ОКСАНА ЖУКУЛЯК,
асистент кафедри акушерства
та гінекології ім.І.Д. Ланового
Івано – Франківський національний
медичний університет,
ГЛОВ'ЯК ВІТАЛІЙ,
завідувач навчально-виробничої практики
Івано – Франківський національний
медичний університет

СТРАТЕГІЯ ПОКРАЩЕННЯ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ІЗ ДИСЦИПЛІНИ «МЕДСЕСТРИНСТВО В ГІНЕКОЛОГІЇ» В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Сучасна реформа системи охорони здоров'я, виклики сьогодення, умови воєнного часу вимагають від медичної освіти спеціаліста, який за рівнем теоретичних знань і практичних умінь відповідає міжнародним стандартам. Підготовка конкурентоспроможного випускника можлива лише при впровадженні нових форм і методів навчання та реалізації стратегії проблемно-орієнтованого навчання, створення умов для активної позиції студента в освітньому процесі [3, с.35]. Велика увага приділяється індивідуалізації практичного навчання. Згідно вимог сучасності, кількість практичних навичок і вмінь, якими повинна володіти медичні працівники, стрімко зростає, а при здійсненні освітнього процесу для відпрацювання практичних навичок не завжди є можливим забезпечити студентів тематичними пацієнтками. Окрім цього, у зв'язку з наближенням до запровадження страхової медицини права пацієнта вимагають їхньої згоди на виконання тих чи інших дій, з точки зору освітнього процесу, з кожним роком все більш актуальними стають правові аспекти навчання студентів «біля ліжка хворого» мануальних навичок. Рівень оволодіння практичними навичками та вміннями є своєрідним індикатором професійної компетентності майбутніх медиків, конкурентоздатність яких залежить не тільки від якості оволодіння сучасними медичними знаннями, але й від мотивації та рівня сформованості їх самооцінки. Тому пошук нових підходів в оптимізації засвоєння практичних навичок та вмінь студентом є особливо актуальним у період реформування медичної галузі [2, с.36-39]. Допомогає оволодіти практичними навичками схема «Знаю – бачив – робив – вмію» [1, с.22-26]. Етап «Знаю» – це теоретична підготовка до практичного заняття сту-

дента, використовуючи підручники, матеріали до практичних занять, презентації лекцій, які розміщені на веб-сторінці кафедри. [5, с.85].

Етап «Бачив» – це сумісна робота викладача та студента на практичному занятті, причому активна позиція студента в цьому моменті освітнього процесу має вирішальне значення. Оптимальним варіантом засвоєння практичної навички на перших етапах вивчення є робота в центрі симуляційного навчання, відпрацювання навичок на фантомах [4, с.264]. Використання фантомів та манекенів дозволяє студентам відпрацювати окремі практичні навички або комплексне надання медичної допомоги при відповідних клінічних ситуаціях. Такий Центр створений на базі кафедри акушерства та гінекології ім. І.Д.Ланового, він оснащений сучасними манекенами, інструментарієм, стендами, сучасними алгоритмами та інструкціями виконання навиків згідно міжнародних стандартів та вимог. Одночасно можуть відпрацьовувати свої навички і вміння по 5 студентів. Студенти мають можливість допрацювати алгоритм «Знаю – бачив – робив – вмію» у симуляційному центрі. Тут активна позиція студента в навчанні відіграє вирішальну роль, адже якщо хтось не зрозумів зразу, як виконати практичну навичку, то викладач на фантомі має можливість показати і перевірити її виконання в кожного студента. Студент, спостерігаючи за роботою викладача під час навчально-лікувального процесу, вчиться мистецтва спілкування з вагітними жінками, налагоджування контакту між лікарем та пацієнтами. Така практика дає можливість студенту втілювати складову алгоритму «бачив». Чимала увага приділяється самотійній роботі студента. Але ця частина освітнього процесу буде ефективною лише за умови достатнього багажу знань. Для цього доцільно проводити практичні заняття методами рольової гри чи дискусії малими групами.

Під час викладання дисципліни «Медсестринство у гінекології» широко використовуються наступні методи сучасного інноваційного навчання, які застосовуються під час практичного заняття в оф-лайн форматі враховуючи воєнний стан:

1. Вирішення творчого завдання шляхом створення студентами мультимедійних презентацій, альбомів або стендів відповідно до теми.

2. Робота в малих групах. Студенти розділяються на групи по 2-3 чоловіка та отримують певне практичне завдання. Це дає можливість усім студентам брати активну участь у вирішенні поставленого завдання, визначення об'єму надання медичної допомоги, та відпрацюванні конкретних практичних навичок, із формуванням комунікативних навичок та покращенням міжособистісного спілкування при командній роботі.

3. Ділові ігри, які дозволяють змоделювати конкретні клінічні ситуації. У ході ділової гри студенти відпрацьовують окрему навичку або комплекс навичок. Вона занурює студентів в атмосферу інтелектуальної діяльності, яка

дуже близька до професійної діяльності, змушує думати в режимі «тут і зараз», залежно від подій у грі. Крім того, студент залишається один на один зі своєю «пацієнткою», несучи за них всю відповідальність, що вигідно відрізняє цю гру стикатися від звичайної курації. Дана форма інтерактивного навчання розвиває індивідуальні творчі здібності студента, вчить його правильно реагувати, самостійно оцінювати і вирішувати критичні ситуаційні задачі, з якими він буде у своїй професійній діяльності, розвиває комунікативні та професійні компетентності. Обов'язковою умовою є підсумування результатів гри з аналізом допущених помилок.

4. Методика «Стандартизований пацієнт». Варіант активного навчання з моделюванням конкретної клінічної ситуації з використанням спеціально підготованого «стандартизованого пацієнта» з числа студентів, які грають роль жінки з певною гінекологічною патологією за суворо визначеними сценаріями. Це виключає будь-яку імпровізацію та моделює захворювання чи стан відповідно до його типової клінічної картини (апоплексія, порушена трубно вагітність, травми статевих органів, аномальні маткові кровотечі а ін.). Завдання студента/ів полягає в проведенні обстеження, виявлення проблеми, постановки діагнозу та визначення тактики ведення пацієнток чи надання невідкладної допомоги з відпрацюванням конкретних практичних навичок.

Висновки: Удосконалення засвоєння практичних навичок – це складний і тривалий процес. Схема «Знаю – бачив – робив – вмію» повинна допомогти студенту в роботі як «біля ліжка хворого», так і в симуляційному центрі. Глибокий аналіз якості складання студентами ЄДКІ та комплексного кваліфікаційного іспиту дозволить удосконалити методику оволодіння практичними навичками.

ЛІТЕРАТУРА

1. Деякі аспекти підвищення якості викладання в акушерстві та гінекології/ Ю. М. Сміянов, Л. М. Боярська. // Медична освіта. – 2018. – № 4.
2. Івченко В. К. Про деякі проблеми практичної підготовки фахівців / В. К. Івченко, П. С. Меженський, О. І. Швець // Проблеми медичної науки та освіти. – 2021. – № 3.
3. Ковальчук Л. Я. Самостійна робота – невід'ємний елемент навчання студентів / Л. Я. Ковальчук // Сучасні аспекти організації самостійної позааудиторної роботи студентів, лікарів-інтернів, курсантів : матеріали навч.- метод. конф. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2018.
4. Ann K. Allen. Research skills for Medical Students / Ann K. Allen. – SAGE Publication Inc., 2012.
5. Dr. John Willison. A Handbook for research skills development and assessment in the curriculum / Dr. John Willison. – Centre for Learning and Professional Development University of Adelaide, 2019.

ГОЛОВЧАК М.І.,
аспірантка кафедри
адміністративного та фінансового
менеджменту Національного
університету «Львівська
політехніка»
ДУБ Н.Є.,
кандидат наук з державного
управління, викладач «Львівська
медична академія ім. А.
Крупинського»
ШЕВЧИК А.Т.,
викладач «Самбірський фаховий
медичний коледж»

ІНТЕГРАЦІЯ ІННОВАЦІЙ У МЕДСЕСТРИНСЬКУ ОСВІТУ: СТРАТЕГІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ МАЙБУТНЬОГО

Постановка проблеми. Сучасний розвиток системи охорони здоров'я відзначається стрімкими технологічними та науковими досягненнями. У цьому контексті слід активно впроваджувати інновації в медсестринську освіту, щоб майбутні сестри/брати медичні мали необхідні знання і навички для ефективного впливу на процес збереження здоров'я та порятунку життя пацієнтів. Даний процес не лише змінює парадигму навчання, але й вимагає розробки стратегій, які орієнтовані на майбутнє.

Основна частина. Інновації (італ. *Innovatione* – новизна, нововведення) – нові форми організації діяльності та управління, нові види технологій, які охоплюють різні сфери життєдіяльності людства [1].

Інноваційний процес в освіті – це сукупність послідовних, цілеспрямованих дій, спрямованих на її оновлення, модифікацію мети, змісту, організації, форм і методів навчання та виховання, адаптації навчального процесу до нових суспільно-історичних умов [2].

Розглянемо основні стратегії інтеграції інновацій в медсестринську освіту (Рис. 1).

Однією з ключових стратегій інтеграції інновацій у медсестринську освіту є використання сучасних технологій у навчанні, що включає впровадження віртуальної реальності й симуляційних додатків, які дозволять майбутнім медичним фахівцям навчатися в реалістичних умовах без жодного ризику для пацієнтів. Дана стратегія полягає у можливості одержання практичного досвіду та розвитку навичок у безпечному та контрольованому викладачем середовищі. Друга стратегія – створення програм для розвитку клінічного та

інноваційного мислення у студентів. Так як медична сфера постійно змінюється, тому важливо, щоб майбутні фахівці з медсестринства могли швидко адаптуватися до нових умов. Третя стратегія полягає у тому, що медсестри повинні мати можливість співпрацювати з іншими фахівцями в системі охорони здоров'я, науковцями, які здатні впливати на покращення медсестринського догляду. Четверта стратегія – це розвиток програм взаємодії з закладами охорони здоров'я та громадою, що дозволить студентам отримати реальний досвід та побачити, як інновації використовуються у практиці. Саморефлексія та оцінка результатів – це остання стратегія, яка включає постійний аналіз та оцінку ефективності впроваджених інновацій, а також зворотній зв'язок від викладачів, студентів, пацієнтів для постійного вдосконалення навчальних програм та практичної діяльності.

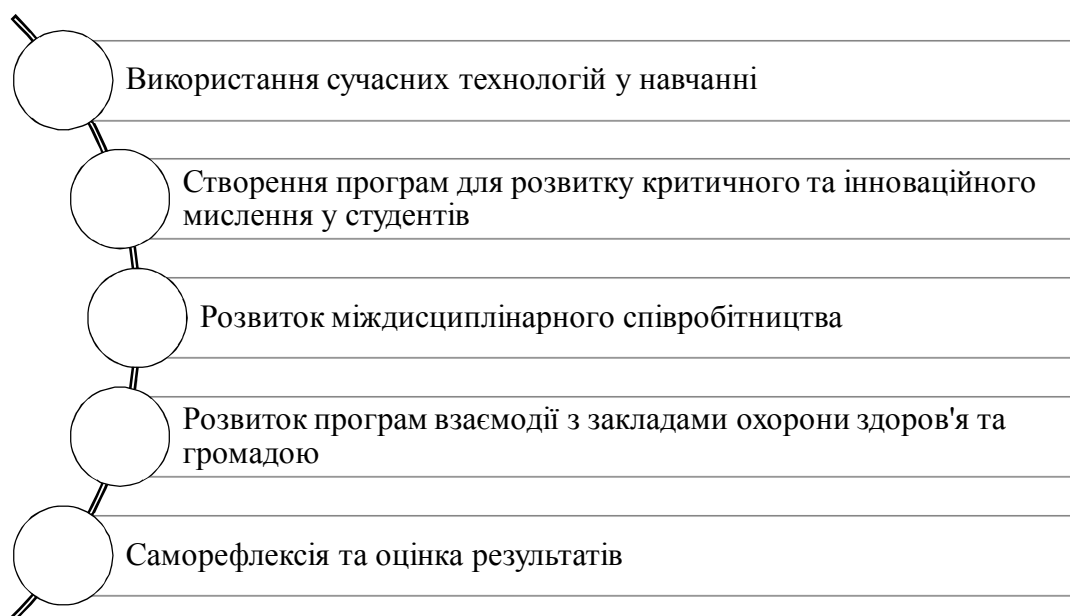


Рис. 1. Основні стратегії інтеграції інновацій в медсестринську освіту

Висновки. Завдяки цим стратегіям інтеграції інновацій у медсестринську освіту можна забезпечити високий рівень підготовки майбутніх сестер/братів медичних, які будуть готові своєчасно реагувати на виклики сьогодення. Інновації не лише розширюють можливості навчання, але й покращують якість медсестринської допомоги, роблячи її більш ефективною, безпечною та доступною для всіх.

ЛІТЕРАТУРА

1. Буга Н. Ю. Становлення наукової та інноваційної діяльності у вищих навчальних закладах / Н. Ю. Буга //Економіст. 2006. № 9. С. 60–64.
2. Туркот Т. І. Педагогіка вищої школи : навчальний посібник / Т. І. Туркот. К. : Кондор, 2011. 628 с.

РІЗУН Г.М.,
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського
ЦЮНИК Н.Ю.,
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАЦІЇ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

Цифровізація освітнього процесу та розвиток комунікаційних компетентностей закладу освіти є актуальною темою досліджень низки вітчизняних та зарубіжних вчених. Найбільшого поширення тема створення цифрової трансформації освіти набула після пандемії COVID-19 та вимушеної зміни форм навчання, а також під час повномасштабного вторгнення російської федерації на територію України та введення воєнного стану. Слід зазначити, що значна кількість зарубіжних дослідників вивчали особливості цифрових трансформацій освітнього процесу, як позначилося запровадження дистанційного навчання на професійному спілкуванні в межах закладу освіти. В Україні ця тема потребує більш детального розгляду в сучасних умовах, в яких перебувають учасники освітнього процесу. [5]

Згідно аналізом зарубіжних джерел, комунікаційний простір – це сукупність каналів комунікації [2], середовище, де здійснюється передача інформації, пов'язаної з освітнім процесом [3], система, котра забезпечує функціонування освітнього процесу [4].

Структура комунікаційного простору закладів освіти складається з чотирьох рівнів: [1].

- I рівень – викладачі та здобувачі освіти
- II рівень – викладачі та завідувачі кафедр, декани
- III рівень – керівництво кафедр (деканатів) – ректорат
- IV рівень – ректорат – міністерство

Комунікація в закладі освіти забезпечує рух інформації, пов'язаної з освітнім процесом, і відбувається в усній та паперовій формі (за допомогою документації). Останнім часом вона здійснюється й у цифровій формі.

Реалізація освітнього процесу в умовах цифровізації, перехід до безконтактної взаємодії сприяє трансформації комунікативного простору закладу освіти в студентоцентристську інтерактивну цифрову (віртуальну) систему [3].

Аналізуючи наукову літературу [2] можемо зробити такі висновки комунікаційний простір в закладах освіти має такі характеристики :

- доступність;

- підвищення мотивації до здійснення діяльності;
- можливість контролю освітнього процесу та забезпечення зворотного зв'язку
- між учасниками;
- орієнтація на підвищення якості та ефективності освітнього процесу;
- інноваційність;
- інтерактивність;
- гнучкість та швидкість обміну інформацією;
- економічність освітнього процесу;
- сприяння подоланню комунікативних бар'єрів.

Ці характеристики підтверджують професійне спілкування учасників освітнього процесу, яке в цих умовах змінюється. Зміни стосуються форм отримання та передачі знань, змісту навчання, методики викладання дисциплін в межах освітньої програми. [6]. Ефективність такого спілкування залежить від готовності учасників до комунікативної взаємодії. Успіх взаємодії і позитивний обмін інформацією залежить від певних навичок, якими повинні володіти учасники освітнього процесу. Ці навички можна поділити на п'ять груп [7].

Розробка та прийняття рішення включають готовність використовувати інноваційні ідеї та підходи, вміння працювати з джерелами інформації та здійснювати їх відбір, вміння робити аналітичні висновки та приймати рішення на їх основі.

Навички дослідницької діяльності стосуються вміння формулювати цілі діяльності, планування виконання наукового дослідження, критичного мислення, вміння швидко навчатися та навичок самоосвіти, когнітивних навичок.

Комунікативні навички вимагають від учасників освітнього процесу вміння здійснювати усне та письмове мовлення, навичок ефективного презентації інформації, знання мови та правильне її використання під час комунікативної взаємодії, вміння швидко адаптуватися до нових ідей та умов, самостійно вчитися, готовності до цифрової форми спілкування.

Організаційні навички та навички планування включають вміння планувати та організовувати діяльність, вміння правильно оформляти документи, навички роботи в команді, лідерські навички, продуктивність, вміння якісно використовувати час, навички делегування повноважень.

Цифрові навички учасників освітнього процесу стосуються вміння використовувати електронні інструменти та онлайн-сервіси для професійної діяльності.

Висновок. Цифровізація – це один із сучасних методів освіти, стратегічна ціль освітніх закладів. В Україні активно проходять процеси цифрової трансформації освіти, які орієнтовані на створення цифрового освітнього середовища, формування цифрових компетентностей в учасників освітнього

процесу. Ефективне функціонування комунікативного простору закладу вищої освіти сприяє оптимальній подачі інформації та впливає на прийняття рішень в освітньому процесі, та дає можливість контролювати їх виконання.

Комунікація в закладі освіти забезпечує рух інформації в усній, письмовій та цифровій формі. Водночас реалізація освітнього процесу в умовах цифровізації, перехід до безконтактної взаємодії, сприяє трансформації комунікативного простору закладу освіти в студентоцентристську інтерактивну цифрову систему.

Встановлено, що перехід комунікаційного простору в умови цифровізації змінює спілкування учасників освітнього процесу в межах закладу освіти на всіх рівнях, а ефективність такого спілкування залежить від їхньої готовності до комунікативної взаємодії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Біличенко О. Цифрова стратегія як складник соціально-комунікаційного простору закладу вищої освіти. *Професіоналізм педагога: теоретичні й методичні аспекти* :методичні матеріали до проєкту «Цифровий освітній простір: українсько-польський досвід». Слов'янськ: ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет», 2021. С. 37-46.
2. Understanding the role of digital technologies in education: A review / Haleem bid A.,Javaid M., Qadri M. A., Suman R. *Sustainable Operations and Computers*. 2022. Vol. 3. P.275-285. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.susoc.2022.05.004>
3. Impact of digital technologies upon teaching and learning in higher education in LatinAmerica: an outlook on the reach, barriers, and bottlenecks / K. Okoye et al. *Educationand Information technologies*. 2023. Vol. 28, No. 3. P. 2291-2360. DOI:<https://doi.org/10.1007/s10639-022-11214-1>
4. Zhang Z. Application of digital intelligent communication technology in contemporarycomparative education methodology. *Alexandria Engineering Journal*. 2022. Vol. 61, No.6. P. 4647-4657. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aej.2021.10.019>
5. Alawamleh M., Al-Twait L. M., Al-Saht G. R. The effect of online learning oncommunication between instructors and students during Covid-19 pandemic. *AsianEducation and Development Studies*. 2022. Vol. 11, No. 2. P. 380-400. DOI:<https://doi.org/10.1108/AEDS-06-2020-0131>
6. Alawamleh M., Al-Twait L. M., Al-Saht G. R. The effect of online learning oncommunication between instructors and students during Covid-19 pandemic.

Asian Education and Development Studies. 2022. Vol. 11, No. 2. P. 380-400.
DOI:<https://doi.org/10.1108/AEDS-06-2020-0131>

7. Ямполь Ю. В., Косенюк Г. В., Жукова Г. В., Булгакова Т. М. Розвиток комунікаційного простору закладу освіти: світовий досвід розвитку професійного спілкування в умовах цифровізації освітнього процесу. *Академічні візії*. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7808348>
8. Бхіндер Н. В. Лінгвістичний аспект навчально-педагогічного дискурсу викладача англійської мови у закладі вищої педагогічної освіти. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»: серія «Філологія»*. 2019. № 8(76). С. 29-31. DOI: [https://doi.org/10.25264/2519-2558-2019-8\(76\)-29-31](https://doi.org/10.25264/2519-2558-2019-8(76)-29-31)

РОЛЬ ПРАКТИЧНОГО НАВЧАННЯ У ФОРМУВАННІ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ «ОСНОВИ МЕДСЕСТРИНСТВА»

Професійний рівень викладача та педагогічні технології навчання, які він використовує під час освітнього процесу, повинні забезпечити формування професійно – компетентного, успішного, цілеспрямованого фахівця з різнобічними функціональними обов'язками. В законодавчій базі передбачено становлення професійної освіти, зумовленої інтенсивним розвитком сучасних перетворень медсестринської справи, підвищення вимог до виробничих функцій майбутнього конкурентноспроможного фахівця. Першими клінічними дисциплінами, які вивчають студенти у фахових медичних коледжах, інститутах медсестринства та академіях є «Основи медсестринства». Саме вивчення даної дисципліни є необхідним базовим фундаментом для подальшої діяльності фахівця, оскільки отриманні знання та практичні навички і вміння допоможуть майбутньому спеціалісту з медсестринства розширити клінічне мислення, виявляти проблеми пацієнта, розробляти індивідуальні плани догляду за пацієнтами. Для підвищення якості практичної підготовки медичних сестер в умовах реформування медичної, а зокрема медсестринської освіти необхідно проводити пошук та оцінку ефективності новітніх інноваційних методів навчання.

Використання викладачем інноваційних технологій навчання активізує, цілеспрямовано розвиває та поглиблює пізнавальну компетенцію. Цьому ж сприяє залучення студентів до експериментальних досліджень. Також необхідно залучати студентів до позааудиторної роботи. Мотивація є вагомим фактором успішності навчання в цілому, зокрема при вивченні основ медсестринства. Саме за допомогою виховної позааудиторної роботи можна познайомити студентів з представниками медичної еліти, проводити різноманітні конкурси, наприклад: «Краща у медсестринстві», приймати участь у студентських конференціях, гуртках, тижнях медсестринства, дослідженнях, проєктах, олімпіадах. Така діяльність формує навички командної роботи, комунікативну компетентність, обов'язковість, відповідальність, сприяє удосконаленню мануальних навичок і вмінь. Більшість досліджень показує, що студенти, які беруть участь у позааудиторній роботі, мають кращу успішність. При викладанні дисципліни «Основи медсестринства» необхідно широко використовувати різні технології інтерактивного навчання, які дозволяють

посилити мотивацію та інтерес до навчання, моделювати різні клінічні ситуації, забезпечити самоконтроль і самокорекцію, індивідуалізувати освітній процес, інтерактивно спілкуватися, а саме :

- кооперативне та колективно-групове навчання,
- ситуативне моделювання дискусійних питань,
- методику «мозкового штурму».

Найкращі форми організації практичних занять у формуванні клінічного мислення це – мозковий штурм, групові методи, навчаючи – вчусь («кожен вчить кожного»), аналіз ситуації (кейс-метод), вирішення проблем, методики випереджуючого навчання, «вчимося разом».

Під час проведення практичних занять із основ медсестринства я практикую використання групових методів навчання – кооперативне навчання, тобто робота в парах чи робота в трійках. Особливо цей метод результативний при вирішенні клінічних ситуацій та симуляційному навчанні для розвитку клінічного мислення.

Вважаю, що метод кооперативних груп в умовах сьогодення є незамінним елементом системи навчання і розвитку в будь-якому закладі освіти. На практичному занятті з дисципліни «Основи медсестринства» часто використовую таку методику, метою якої є: відпрацювання практичних навичок і вмінь, набування досвіду практичного мислення. Під час практичного заняття методом кооперативних груп створюються неформальне, невимушене спілкування, яке відкриває перед групою безліч варіантів розвитку і вирішення проблеми, заради якої зібралася дана група.

Робота в групах вимагає обміну думками, дозволяє швидше дійти висновку у вирішенні ситуацій. Студентська група ділиться на двійки або трійки і всі підгрупи отримують ситуаційне завдання або задачу, а потім доповідачі висловлюють думку кожної підгрупи. Слід наголосити, що час виконання даних завдань обмежений.

Наприклад, на занятті з теми: «Виконання внутрішньошкірних, підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій» присутні 12 студентів. Для відпрацювання практичних навичок на основному етапі студенти діляться на підгрупи. Слід відзначити, що чим більша група, тим важче стає процес відпрацювання. Тому більші за чисельністю групи доцільно ділити на 3 підгрупи.

На занятті з даної теми кожна група отримує завдання:

- I підгрупа – техніка відпрацювання внутрішньошкірної ін'єкції;
- II підгрупа – техніка відпрацювання підшкірної ін'єкції
- III підгрупа – техніка відпрацювання внутрішньом'язової ін'єкції.

Кожній підгрупі, спостерігаючи за процесом відпрацювання, доцільно робити запис в щоденниках або відеозапис на гаджетах, щоб потім обговорити

дану навичку. Викладач спостерігає за роботою в малих кооперативних групах та при потребі керує даним процесом. Потім відбувається групове обговорення – дебрифінг. В кінці доцільно вибрати групи переможців і обґрунтувати правильну відповідь.

Висновок. Активізація розумової діяльності студентів, формування професійного мислення, відпрацювання до автоматизму практичних навичок та вмінь потребує від викладача високої професійної майстерності, вміння формувати в майбутніх медичних сестер мотивацію до навчання та професійного самовдосконалення. Таким чином, ефективність освітнього процесу та його надійність визначається об'ємом та якістю знань з основ медсестринства, рівнем умінь, професійних навичок, науковим кругозором, вмінням комунікувати, що необхідні студентам-медикам, які визначають їх професійну адаптацію до практичної діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вершинська О.Б. Проблеми формування навчальної мотивації студентів ВНЗ / О.Б. Вершинська // Мед. освіта. – 2011. – № 3. – С. 9-12.
2. Думанський Ю.В. Освоєння студентами практичних навичок при кредитно-модульній організації навчального процесу: проблеми та пошук шляхів їх вирішення / Ю. Думанський, О. Талалаєнко, М. Первак // Мед. освіта. – 2011. – № 3. – С. 79-81.
3. Новаченко Т.В. Використання активних та інтерактивних форм і методів навчання у вищій школі / Т.В. Новаченко // Міжнар. наук. форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент. – Вип. 6: зб. на-ук. праць. – К.: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2011. – С. 227-234.

**ФЕДОРОВИЧ УЛЯНА МИХАЙЛІВНА
МЕНІВ НАТАЛІЯ ПАВЛІВНА
ВІНЯРСЬКА МАРІЯ СТЕПАНІВНА**

викладачі кафедри лабораторної медицини
«Львівська медична академія ім. Андрея
Крупинського»

ЗАСТОСУВАННЯ ЦИФРОВИХ РЕСУРСІВ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ОВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ СТУДЕНТОЦЕНТРОВАНОГО НАВЧАННЯ

Вступ. У зв'язку з впровадженням дистанційної форми навчання, виникла необхідність у створенні електронних освітніх платформ. Розвиток цифрових технологій сприяє виникненню нових методів та підходів до освітнього процесу задля покращення якості освіти. У сучасному світі роль цифрових технологій в освіті стає все більш суттєвою. Швидкий розвиток інформаційних та комунікаційних засобів трансформує традиційну систему навчання та освітній процес. Мета роботи: розгляд різноманітних аспектів використання цифрових ресурсів у освітньому процесі. Досліджено переваги, виклики та можливості, які надають ці технології для підвищення ефективності освіти і розвитку молодого покоління.

Основна частина. Підготовка студентів дистанційного навчання в освітньому процесі включає в себе розробку і впровадження стратегій та методів, спрямованих на оптимізацію здатностей студентів до самоорганізації, самоконтролю та розуміння цифрових ресурсів для ефективного здобуття знань та навичок в онлайн-середовищі.

Освітній процес – це інтелектуальна, творча діяльність у сфері вищої освіти і науки, що провадиться у вищому навчальному закладі (науковій установі) через систему науково-методичних і педагогічних заходів та спрямована на передачу, засвоєння, примноження і використання знань, умінь та інших компетентностей у осіб, які навчаються, а також на формування гармонійно розвиненої особистості [1].

У освітньому процесі академії використовується платформа Moodle – ліцензійна безкоштовна відкрита система управління навчання, найбільш досконала поширена в Україні. На даний момент платформа має близько 400 мільйонів користувачів й продовжує розвиватися темпами значно вищими ніж її конкуренти. За статистикою використання платформи Moodle у світі перевищило використання усіх інших платформ разом узятих. В Європі 2/3 закладів вищої освіти використовують саме Moodle [2].

Платформа Moodle та інші цифрові ресурси у навчанні студентів мають вагомий вплив з наступних причин:

- доступність до інформації: інтернет та цифрові бібліотеки надають безмежний доступ до різноманітних матеріалів, включаючи відеолекції, відеоролики з дисципліни «Техніка лабораторних робіт», «Мікробіологія з вірусологією та основами імунології», електронні підручники: з дисципліни «Мікробіологія з основами імунології та технікою мікробіологічним досліджень», «Мікробіологія з основами імунології» та інші ресурси – відеофільми фахового спрямування, а саме застосування медично апаратури, що полегшує процес навчання і дозволяє студентам розширювати свої знання;
- інтерактивність: цифрові ресурси можуть бути інтерактивними, що забезпечує більш активну участь студентів у освітньому процесі. Це може включати в себе вправи, тести, відеолекції на платформі Moodle із застосунком Recosha meet, які допомагають закріплювати матеріал та перевіряти кінцевий рівень знань;
- індивідуалізація навчання: завдяки цифровим ресурсам студенти можуть навчатися у власному темпі та обирати матеріали, які відповідають їхнім потребам та рівню знань;
- спільна робота та спільноти: інтернет також дозволяє студентам співпрацювати між собою та з викладачами, навіть на великій відстані, використовуючи платформу Zoom Meeting, Teams, Google Meet. Форуми, чати із застосуванням додатків Viber, Telegram, електронна пошта та інші інтерактивні інструменти допомагають обмінюватися думками та досвідом;
- аналітика та відстеження прогресу: цифрові освітні платформи Moodle, Google Workspace, можуть надавати деталізовану інформацію про прогрес студентів, дозволяючи викладачам адаптувати освітній процес та надавати індивідуальну підтримку тим, хто її потребує;
- гнучкість та глобальний доступ: цифрові ресурси дозволяють студентам навчатися з будь-якого місця, що особливо актуально в умовах сучасного світу, коли можуть існувати обмеження на фізичний доступ до закладів вищої освіти. Це також допомагає студентам з різних країн отримувати якісну освіту без необхідності міграції.

Висновки. Інновації та нові методи навчання: розвиток цифрових технологій сприяє виникненню нових методів та підходів до навчання, таких як штучний інтелект, віртуальна реальність та інші інновації, які можуть покращити якість освіти і зробити навчання більш захопливим. Стимулювання саморозвитку: цифрові ресурси надають студентам можливість вчити нове, вдосконалювати

свої навички та досліджувати теми поза межами офіційних навчальних програм. Це сприяє саморозвитку та самовдосконаленню.

Узагальнюючи, цифрові ресурси в навчанні мають важливий вплив на доступність, якість та ефективність освіти. Вони допомагають створити більш гнучкі та інноваційні умови для навчання студентів, що відображає сучасні вимоги та потреби у сфері освіти.

Отже, цифрові ресурси стали необхідною частиною сучасної освіти, сприяючи покращенню доступу до знань та підвищенню якості навчання, зокрема, невід'ємною частиною для підготовки медичних фахівців.

ЛІТЕРАТУРА

1. Законодавство України. Стаття 47. Освітній процес: веб-сайт. URL: <https://xn--80aagahqwyibe8an.com/zakon-ukrajiny/stattya-osvitniy-protses-106688.html> (10.04.2018)
2. Welcome to the Moodle community. Moodle в Україні: веб-сайт. URL: <https://moodle.org/> (05.09.2023)

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

к.держ. упр.,

НЕДІЛЬКО Р.В.

к.держ. упр.,

ПОЦЮРКО Н.Т..

магістр медсестринства, викладач

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

АНАЛІЗ ВПЛИВУ КАРАНТИННИХ УМОВ НА СПРИЙНЯТТЯ ІНФОРМАЦІЇ, ЩОДО COVID-19

Як відомо на сьогоднішній день, пандемія COVID-19, стала однією з вагоміших проблем людей всього світу. Перебіг захворювання протікає у важкій формі та має багато летальних наслідків. До кінця невідомо, які можуть виникати потенційні проблеми, тобто ускладнення після перенесеного захворювання, не тільки у дорослих пацієнтів, а й у дітей. З 2019 року увесь світ перебуває у карантинних обмеженнях та самоізоляціях. Ці епідеміологічні заходи усі держави світу запроваджують заради запобігання поширення інфекції.

У зв'язку із ситуацією, що склалася, нагальною стала проблема обмеження прав людей, зокрема конституційних, заради забезпечення їх безпеки. Очевидно, що обмеження прав людини на пересування, яке є одним із обов'язкових положень карантину, суперечить доктрині про права людини [1].

Варта зазначити, що карантинні обмеження в суспільстві спонукають людей до того, щоби проводити більше часу в електронному форматі. За допомогою інтернету люди отримують та поширюють різноманітну інформацію, здійснюють покупки, віддалено працюють та навчаються тощо. До періоду пандемії безліч рутинних справ люди здійснювали без прямої залежності від інтернет мережі. Пандемія COVID-19 дуже велику частину світу заставила перейти в онлайн режим, тому за період пандемії загалом збільшилась кількість інтернет-користувачів. Дана ситуація викликає низку проблем, які стосуються безпечного користування інтернет-ресурсами та онлайн сервісами в умовах карантину.

Вивчаючи дане питання ми дійшли висновку, що першочерговою проблемою можна вважати – проблема захисту особистих даних. Оскільки в карантинних умовах відбувається активне спілкування в соціальних мережах а також використання нових програмних забезпечень для роботи, навчання, дозвілля, навіть не замислюючись про те, наскільки це безпечно. Однією з онлайн програм, яку найбільше використовували та і надалі використовують, загально-

відома програма ZOOM, яка набула популярності саме в період ізоляції. Є випадки злому системи зловмисниками, для того щоб отримати персональні дані та наповнювали контент відеоінформацією, з метою дестабілізації, сіяння паніки та створення психологічних атак. Такі явища спостерігалися на початку 2021 року одночасно у декількох школах м. Львова, що призвело до дезорієнтації, паніки та страху.

А інформація, в умовах інформаційного суспільства, найцінніший та найдорожчий ресурс.

Наступною проблемою яка виникла під час карантину – це проблема дезінформація. Раніше люди отримували інформацію з провірених та достовірних джерел таких, як мас-медіа, преса, наукова література тощо. В сьогоднішніх реаліях життя, люди здебільшого для отримання новин та іншої інформації, звертаються до різноманітних інтернет ресурсів. Де не завжди подана інформація є достовірною та правдивою. Дуже багато розміщено неправдивої інформації, щодо поширення новин про COVID-19, вакцинацію та вакцини. Тим самим наражають пересічного громадянина на загрозу та небезпеку для їхнього життя. Позитивним є те, що ряд онлайн сервісів розпочали обмежувати та блокувати неправдиву інформацію.

Наступною проблемою, на наш погляд можна зазначити, проблему закритого простору. В період перебування місцевості в червоній зоні, люди змушені весь свій час проводити в закритому просторі, тобто в своїх помешканнях. Тому вони не мають можливостей побути на самоті чи поспілкуватися з друзями в реальному житті. Йдеться про вплив закритого простору на людину в цілому та постійне перебування в одноманітних умовах.

Вагоме значення для проведення профілактичних заходів та роз'яснювальних бесід серед населення України належить сестрам/братом медичним, оскільки безпосередні фахові компетентності передбачають проведення таких міроприємств. До фахових компетентностей також належить інформування населення про вакцини, які спрямовані на створення індивідуального та колективного імунітету.

Згідно із відомими дослідженнями діти дошкільного віку та молодших класів, дійсно, менше хворіють та рідше переносять коронавірус у важкій формі ніж дорослі. Однак з появою нових штамів коронавірусу, зокрема «Дельти», все частіше фіксують випадки тяжкого перебігу хвороби у дітей. З початку пандемії захворіли десятки тисяч дітей [2].

За офіційними даними МОЗ, станом на **10 листопада** в Україні зареєстрували 24 747 нових випадків інфікування коронавірусом, з них 1 550 – це діти. За словами лікарів, штам «Дельта», який нині розповсюджений в Україні, є агресивнішим, і від ураження ним частіше потерпають не лише дорослі, але й неповнолітні [3].

Вивчаючи питання ставлення до вакцинації серед підлітків та осіб молодого віку Львівської ОТГ нами розроблено анонімне авторське опитування, яке складалося з 7 ключових запитань. В опитуванні брало участь 1299 респондентів віком від 15 до 30 років.

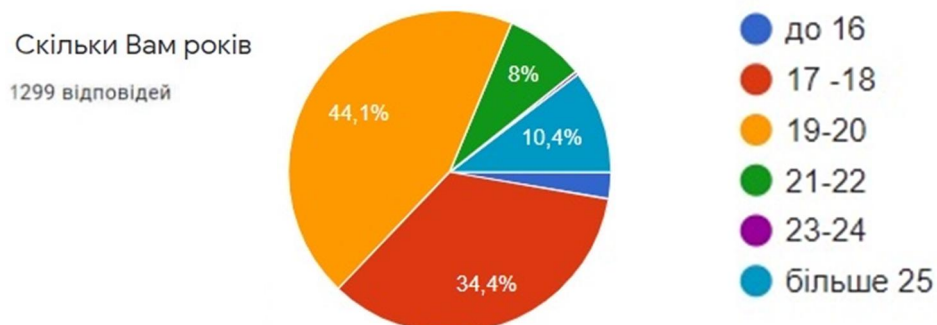


Рис. 1

З даної секторної діаграми видно, що найбільш активнішими в нашому опитуванні були респонденти віком 19-20 років -44,1% та віком 17-18 років- 34,4 % респондентів. Це дає змогу зробити висновки, про те як молоді люди ставляться до інформації про вакцини та вакцинацію загалом.

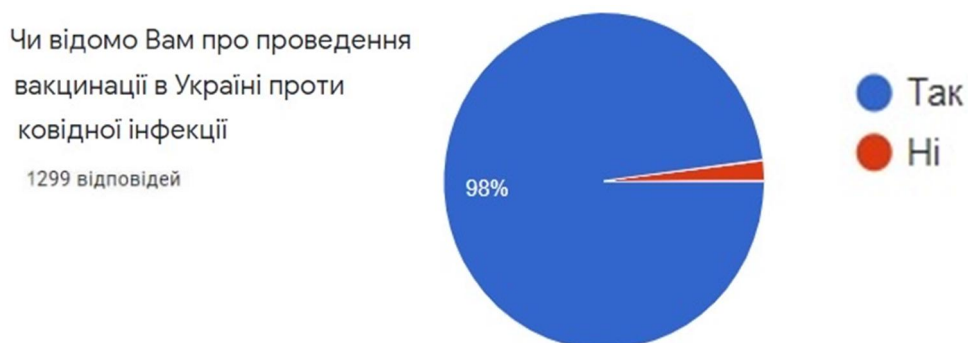


Рис.2

Можна зробити короткий висновок, що 98 % респондентів поінформовані, що проводиться вакцинація в Україні проти ковідної інфекції.

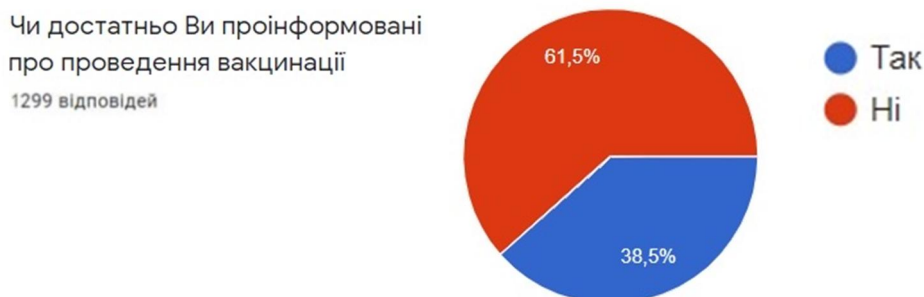


Рис. 3

61,5 % респондентів – це особи , які вважають що вони особисто отримали повну інформацію про проведення вакцинації яку здійснюють в Україні.



Рис. 4

Думка респондентів, щодо достовірності інформації про вакцини дуже різниться: тільки 6,7 %- довіряють інформацію, котру отримують; 47,5 % респондентів – не довіряють інформативному полю про вакцинацію та вакцини; та 45,8% -важко відповісти на дане запитання. Отримані статистичні дані настановлюють на думку, що особливо молоді люди не довіряють мас медіа. Рекомендуємо розповсюджувати інформацію, щодо вакцин компетентним, кваліфікованим фахівцям, а саме сестрам/братом медичним, сімейним лікарям, епідеміологам, вірусологам, інфекціоністам.

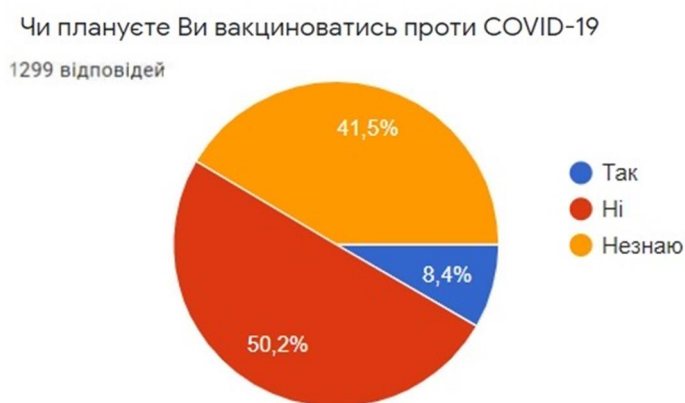


Рис. 5

Тільки 8,4 % респондентів дали позитивну відповідь, щодо бажання провакцинуватися. На нашу думку вкрай загрозливі статистичні дані, які становлять 50,2 % респондентів котрі категорично не планують вакцинуватися і 41,5 % вагаються.

Наступне питання нашого дослідження стосувалося вакцинації рідних та близьких респондентів.

Ми отримали наступні результати:

Чи планують вакцинуватись Ваші рідні та близькі
1299 відповідей

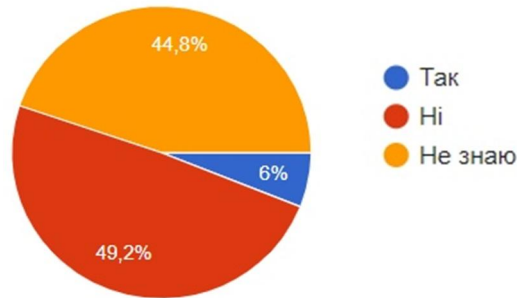


Рис. 6

Лише 6 % планують вакцинуватися, а 49,2 % -зі слів респондентів не виявляють бажання вакцинуватися. 44,8 %- не володіють інформацією щодо планів рідних та близьких, щодо вакцинації. Це є тривожний сигнал, щодо вакцинації населення.

На нашу думку потрібно підсилити та активізувати одну із вкрай важливих на сьогоднішній день компетентності сестри/брата медичних, як профілактичні заходи серед населення особливо молодого віку. А також розширювати інформаційний простір у якому висвітлювати питання важливості вакцинації населення, через доступні засоби отримання інформації такі, як телебачення, радіо, соціальні мережі тощо. Коли інформація про вакцини та важливість вакцинації доноситься з вуст медичних працівників, то вона сприймається достовірніше і населення більш довіряє.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ю. С. Разметаєва. Доктрина та практика захисту прав людини. URL: <https://cutt.ly/SYnXgyu>
2. Вакцинація дітей проти COVID-19 – чи безпечно, якою вакциною та як відбувається в Україні? URL: <https://cutt.ly/RYnXmqP>
3. Вакцинація підлітків проти COVID-19 в Україні: про що варто знати? URL: <https://cutt.ly/aYnXOWq>

ГУРЕЛИЧ А.В.,
магістрантка II-го курсу
спеціальності «223 Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
ЛЮБІНСЬКА О.І.
к.пед.н.
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ МАЙБУТНІХ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Повномасштабна війна яка для нашої держави розпочалась у лютому 2022 року суттєво позначилась на житті українців та змінила його. Негативний вплив відчула чисельна спільнота нашої країни – студенти, майбутні фахівці різних спеціальностей. Проте, це виклик не тільки для здобувачів освіти, а й для викладачів, які переживають стрес й тривогу в умовах воєнного стану, діяльність усіх учасників освітнього процесу надзвичайно ускладнена.

Важливим у час військової агресії під час професійної підготовки у закладах освіти є сприяння особистісно-професійного розвитку студентів через формування мотивації до навчання. Питання мотивації студентів до навчання була актуальною завжди. Науковці постійно намагаються знайти ті взаємозв'язки та ті рушійні сили, які б допомогли підвищити рівень такої мотивації, адже це напряму пов'язано із успіхами здобувачів освіти у навчанні, а відтак пов'язано із підготовкою висококваліфікованих фахівців у тій чи іншій професійній діяльності. Кваліфікованість медичного персоналу та якість підготовки медичних фахівців має надважливий пріоритет.

Формування мотивації та ціннісних орієнтацій є неодмінною умовою розвитку особистості під час професійної підготовки, в тому числі майбутніх сестер/братів медичних, у першу чергу через нестачу таких кадрів через воєнне сьогодення, а по-друге, через важливість професії для людства.

Звичайно у різні періоди такі як пандемія чи воєнний стан виникають нові мотиви, нові ціннісні орієнтації, нові потреби та інтереси, а на їх основі перебудовуються якості особистості.

Варто зазначити, що проблему мотивації у своїх роботах розкривали такі науковці як: Л. Ахметов, А. Вербицький, О. Гавалешко, Е. Зеєр, А. Маркова, І. Файзрахманов, В. Якунін та ін.

Предметом дослідження багатьох українських науковців Андросович К. А., Гапончук О. М., Квятковська А.О., Ковальова О.В., Піменова О.О., Прокоф'єва О.О. є мотивація студентів в умовах воєнного стану.

Поняття мотивації у науковій літературі має безліч визначень, які напряду залежать від підходу. Мотивація – уся сукупність мотивів поведінки й діяльності становить основу мотивації особистості [7, с. 100]. Під мотивацією розуміють сукупність спонукаючих чинників, що визначають активність особистості, до яких належать мотиви, стимули, ситуативні чинники, потреби, що детермінують поведінку людини [3, с. 44].

Окремий вид мотивації – це навчальна мотивація, яка стимулює студента до навчання та досягнення навчальних цілей, виступає як багатofакторна детермінація. Вона охоплює інтерес студентів до вивчення предмета, бажання досягнути успіху, покращити свої знання та навички, а також насагу до розвивальної діяльності в процесі навчання.

Мотивація навчання є одним із факторів впливу на ступінь навчально-пізнавальної активності майбутніх фахівців. Освітній процес повинен бути зорієнтований не лише на засвоєння знань, а й на розвиток особистості й передовсім на дослідження та врахування її мотиваційної сфери [2, с. 68].

Навчальна діяльність здобувачів освіти залежить від складного комплексу мотивів. Основна роль навчальної мотивації полягає в тому, щоб сприяти конструктивному усвідомленому та відповідальному ставленню до навчання [6, с. 37].

В умовах воєнного стану для забезпечення безпечних умов навчання усіх учасників освітнього процесу використовують дистанційну форму навчання. Разом з тим, мотивація студентів у звичному нам режимі і в умовах дистанційного навчання – це дуже різні речі. Адже відсутність наочного спілкування із викладачами та одногрупниками, брак емоцій та належного зворотного зв'язку, яке присутнє під час очного процесу навчання – все це понижує мотивацію студентів [2, с. 228].

Використання дистанційної форми навчання у воєнний період повинно бути вмотивованим освітнім процесом, його побудовою, цілями та кінцевими результатами. Одним з найважливіших факторів успішного дистанційного навчання є правильна мотивація студента [5, с.178].

Опанувати необхідні професійні знання та практичні навички, необхідні для майбутньої медичної професійної діяльності під час війни, можна за умови організації якісного освітнього процесу, важливою складовою якого є практика. Зробити це досить проблематично, адже в умовах воєнного часу навчання студентів-медиків має певні особливості: обмеженість соціального спілкування, відсутність очних практичних занять та залежність від безпекової ситуації [4, с. 77].

Слід зазначити, що в процесі вивчення теми навчальної мотивації, нами було проведено опитування студентів-медиків. Вибірку дослідження склали 123 здобувачі освіти Львівської медичної академії ім.А.Крупинського. Опитування проводили анонімно за допомогою онлайн форми із використанням програмного забезпечення Google Forms.

Для дослідження використовувались такі методики дослідження: методика визначення професійної мотивації К.Замфір (модифікація А.А.Реана), методика «Мотивація навчання у вузі» Т.Н.Ільїної, методика діагностики мотивів учбової діяльності М.І.Алексєєвої.

В ході дослідження нами було встановлено, що респонденти демонструють високі показники за шкалою «внутрішня мотивація», що свідчить про те, що для них важливо керуватись у навчанні: внутрішніми мотивами, особистою зацікавленістю своєю справою, можливістю реалізовувати свої здібності, проявляти інтерес у тих аспектах, які важливі для них. Опитувані демонструють високі показники мотивації до отримання знань, що означає, що студенти, які зосереджуються на навчанні, а не на продуктивності, або мають внутрішню мотивацію до навчання, як правило, ставлять перед собою цілі та вважають підвищення своєї компетентності метою. Отримання диплома як вид мотивації найменше проявляється в опитаних, що означає, що для них не характерний потяг виключно до формальних результатів навчання. Для студентів найбільш характерними є мотиви: утилітарні, самовиховання, особистісного становлення, професійного становлення, особисті та суспільні.

Чим більше для студента важлива зовнішньо позитивна мотивація, тим більше для неї важливі суспільні мотиви та утилітарні мотиви. Чим більше студент схильний до зовнішньо негативної мотивації, тим менше для нього важливі мотиви професійного становлення, а отже менше бажання професійно зростати. Чим більше людина схильна до придбання нових знань, тим більше вона керується пізнавальними та комунікативними мотивами. За допомогою кластерного аналізу ми встановили типи в залежності від їхнього мотиваційної сфери. I тип – слабомотивовані; II тип – мотивовані. Очевидно, що всі показники зазначені вище, характерні як для I, так і для II типу, однак для у студентів II типу ці показники мають більше значення.

Висновок. Виходячи із результатів дослідження було встановлено для студентів-медиків у складних умовах воєнного стану в найбільшій мірі характерні: суспільні мотиви, пізнавальні мотиви, мотиви професійного становлення, мотиви особистісного становлення, комунікативні мотиви, мотиви самовиховання, утилітарні мотиви. Встановлено, що існує взаємозв'язок між

мотивами навчальної діяльності та мотивами професійного становлення та суспільними мотивам.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисюк, А. С. Роль мотивації навчання у професійному становленні студента-медика. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2014. №3 (35). С. 68-73. URL: <http://tppjournal.com.ua/contents/n3y2k14folder/n3y2k14a10.html> (дата звернення: 10.10.2023)
2. Головська І.Г., Чернева Т.М. Психологічні особливості розвитку мотивації навчання студентів в умовах дистанційного навчання. *Актуальні проблеми сучасної психології* : матеріали II всеукр. наук. інтернет-конф. м. Одеса, 15 жовтня 2021 р. Одеса, 2021. С. 226-233. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/13206> (дата звернення: 01.10.2023)
3. Коваленко Н. П., Боброва Н. О., Ганчо О. В., Зачепило С. В.. Мотивація студентів як запорука успішного професійного розвитку. *Медична освіта*. 2020. № 1. С. 43-48.
4. Ковтун Л.О., Гришук М.І., Двудят-Лешневська І.С. Особливості навчання студентів-медиків в умовах воєнного стану. *Перспективи та інновації науки*. 2022. №11 (16). URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/download/2689/2696> (дата звернення: 8.09.2023)
5. Квятковська, А. О., Андросович, К. А., Ковальова, О. В., Прокоф'єва, О. О. (2022). Особливості навчальної мотивації студентів передвищих фахових та вищих навчальних закладів в умовах сучасних військових конфліктів. *Інноваційна педагогіка*, 1 (49), С. 177-182.
6. Піменова О. О., Гапончук О. М. Мотивація до навчання студентів в умовах воєнного стану. *Габітус. Науковий журнал з соціології та психології*, 2023, № 47. С. 36-39.
7. Телецька А.О. Поняття про навчальну мотивацію в психолого-педагогічній літературі. *Збірники наукових праць професорсько-викладацького складу ДонНУ імені Василя Стуса*, 2019. URL: <https://jpv.s.donnu.edu.ua/article/view/7238> (дата звернення: 10.10.2023)

ОЛІЙНИК Н.Ю.,

к.політ.н., доцент

Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

МЕДСЕСТРИНСЬКА ОСВІТА: ЕФЕКТИВНІ ІНСТРУМЕНТИ НАВЧАННЯ

Вибір ефективного інструменту навчання є основним компонентом навчального дизайну. Адже це допоможе студентам більш глибоко опрацьовувати інформацію, також дозволить їм пов'язати нову інформацію з існуючими знаннями або досвідом і таким чином формувати нові компетентності.

З багатьох інструментів навчання найстарішим і найбільш широко використовуваним сьогодні є *лекція*. Лекції – це найпростіший спосіб швидко передати знання студентам. Лекція має безліч переваг, у тому числі можливість надавати інформацію великій кількості студентів і швидко охопити великий обсяг матеріалу, ефективно використовуючи при цьому аудиторний час з мінімальними витратами, а також представляти великі блоки складної та запутаної інформації [5]. Проте, сьогодні набуває поширення думка, що лекції як метод навчання є неефективними. Вважається, що читання лекцій наділяє студентів пасивною роллю, адже вони піддаються впливу інформації і не мають можливості її обробити.

Хоча лекція як метод навчання має свої недоліки, вона, як і раніше, залишається самим базовим інструментом навчання. З розвитком навчальних технологій лекцію можна комбінувати з багатьма іншими інструментами, наприклад, з презентаційним програмним забезпеченням Prezi, платформами Nearpod, Padlet, програмою Poll Everywhere тощо. Таке поєднання не тільки може зробити лекцію цікавішою для студентів, а й зробити її більш ефективною.

Симуляція, тобто відтворення клінічного сценарію в штучних умовах протягом десятиліть є важливим інструментом навчальних сестринських програм. Симуляція забезпечує інноваційний освітній досвід, який допомагає медсестрам оцінювати та розвивати клінічну компетентність, сприяє командній роботі та допомагає вдосконалювати процеси надання медичної допомоги в реалістичному та відносно безпечному середовищі без потенційної шкоди для пацієнтів [10]. Симуляція сприяє застосуванню та інтеграції знань, навичок та критичного мислення [6].

Високоточне моделювання (симуляція) – це ефективний інструмент навчання навичкам клінічної практики, який дає можливість розширити розуміння студентами різних клінічних сценаріїв у безпечному та контрольованому

середовищі. Після моделювання необхідно проводити розбір пророблених сценаріїв, щоб покращити критичне мислення та клінічне міркування.

Картування концепцій – це метод, який дозволяє студентам зрозуміти взаємозв'язок між ідеями шляхом створення візуальної карти зв'язків. Карти концепцій дозволяють студентам побачити зв'язки між ідеями, які вони вже мають, поєднати нові ідеї з існуючими знаннями і організовувати ідеї в логічну, структуру.

Було виявлено, що процедури картування мотивують студентів представляти ідеї візуально, тим самим змушуючи їх аналізувати, оцінювати та критично мислити [1]. З погляду сестринської освіти концептуальне картування є чудовим інструментом навчання плануванню клінічної допомоги. Концептуальне картування клінічних проблем дозволяє студентам побачити взаємозв'язки у клінічних даних та зрозуміти загальну клінічну картину пацієнта. З допомогою концептуального картування вони мають можливість вивчити конкретний план догляду кожного пацієнта. Для полегшення цієї роботи зараз існує багато зручних у використанні програм та застосунків для створення концептуальних карт, які доступні і на мобільних пристроях.

В контексті останніх подій, таких як поширення епідемії Covid-19 та повномасштабної війни в Україні важливим інструментом навчання є *онлайн-курс*, який не передбачає проведення запланованих занять на території закладу вищої освіти. Онлайн-курс – це інтегрована програма навчання, доступна у будь-який час та в будь-якому місці через комп'ютер із підключенням до Інтернету.

Онлайн-освіта широко визнана як особистісно-орієнтована освіта. Щоб забезпечити ефективність середовища онлайн-навчання, викладачеві необхідно скласти докладний план курсу, який включатиме вибір навчальних матеріалів і тем для обговорення, а також розробку інших онлайн активностей [7]. Онлайн-навчання також забезпечує підвищену гнучкість, доступність і економічну ефективність навчання сестринської справи, оскільки відвідування занять на території ЗВО можуть бути утруднені для медсестер через їхній графік роботи, сімейні та інші обов'язки.

Онлайн-курси є ефективною стратегією безперервної освіти медсестер у клінічних умовах. Викладачеві необхідно підготувати різноманітні навчальні матеріали, такі як література для вивчення, відео, веб-сайти та дискусійні форуми. Після завершення освоєння онлайн-курсу студентам необхідно пройти онлайн тест для оцінки набутих компетентностей. При використанні цього навчального інструменту медсестри мають можливість контролювати свій навчальний час і також набути нових загальних та фахових компетентностей.

Ігри – це ще один ефективний інструмент навчання. Використання ігор стимулює участь і підвищує як мотивацію, так і інтерес студентів. Ігри також

можуть зробити навчання приємнішим і цікавішим. У літературі по сестринській справі підкреслюється багато причин використання ігор як інструменту навчання, включаючи сприяння активному навчанню, заохоченню до критичного мислення, цінність емоцій в навчанні, а також відтворення ситуацій з реального життя, до того ж ігри, можуть створити дружню та довірливу атмосферу на занятті [8]. Більш того, як показують дослідження, ігри в поєднанні з лекціями є ефективнішими для покращення компетентностей студентів, ніж одні тільки лекції [11].

Звичайно, ігри, необхідно поєднувати з іншими інструментами, щоб забезпечити добре організоване середовище навчання. Ігри, в які можна грати на різних мобільних пристроях, таких як iPad або смартфон, обов'язково зроблять освіту медсестер більш цікавою, захоплюючою та ефективнішою.

Рольова гра – це інсценування події чи ситуації. Цей інструмент відрізняється від інших навчальних методів, заснованих на моделюванні, тим, що немає сценарію, студенти вирішують завдання спонтанно.

У рольовій грі студент представляє персонажа з повсякденного життя. Рольова гра є особливо корисним інструментом для відпрацювання навичок клінічного спілкування та вирішення конфліктів. Рольова гра також може бути дуже ефективною для ознайомлення з культурними принципами та ставленнями, оскільки вона дозволяє студентам емоційно брати участь у міжкультурному навчанні та розмірковувати про культурні відмінності [12].

«Клас-головоломка» чи *мозаїка* – чудовий інструмент навчання через співпрацю. Цей інструмент, розроблений Елліотом Аронсоном, американським педагогом, передбачає формування домашніх груп для вирішення завдання. Домашні групи виділяють по одному члену в кожену експертну або дослідницьку групу, які збирають дані та повертають їх у домашню групу. Цей метод спільного навчання знижує національні конфлікти між студентами, сприяє кращому навчанню, підвищує мотивацію студентів та збільшує задоволення процесом навчання [9].

В сестринській освіті, стратегія навчання у вигляді мозаїки може використовуватися для викладання змісту багатьох тем як в аудиторії, так і на практиці. Для забезпечення більшої ефективності викладачеві необхідно керувати процесом та проводити підбиття підсумків після навчання.

Кейси або тематичні дослідження – реалістичні, складні та контекстуально багаті ситуації і часто включають дилему, конфлікт або проблему, яку повинен вирішити один або кілька персонажів справи. Тематичні дослідження усувають розрив між теорією та практикою. Вони також дають студентам можливість попрактикуватися у визначенні параметрів проблеми, розпізнаванні та формулюванні позицій, оцінці напрямків дій та аргументуванні різних точок зору. Дослідники заявляють, що використання кейсів дозволяє

студентам інтегрувати та застосовувати клінічні та фундаментальні наукові знання та навички, такі як клінічне міркування, критичне мислення, вирішення проблем та здатність міжособистісного спілкування в гіпотетичних чи реальних сценаріях випадків [3].

Тематичне дослідження є корисним інструментом навчання медсестер. Його можна використовувати як в аудиторії, так і в онлайн-курсах. Він також підходить для викладання клінічних захворювань, культурної компетентності, комунікативних навичок та інших тем.

Дебати є аргументами «за» і «проти» конкретного твердження, позиції або вирішення проблеми. Ця стратегія навчання пропонує студентам можливість вивчати новий контент у захоплюючій формі. Дебати дозволяють студентам брати активну участь у вивченні змісту курсу, одночасно розвиваючи критичне мислення та покращуючи навички вербального спілкування. Крім того, дебати запускають навчання вищого порядку, таке як аналіз, синтез та оцінка.

Дослідники стверджують, що дебати є корисним навчальним інструментом для студентів-медсестер усіх рівнів [4]. Дебати можна використовувати під час викладання спірного питання або обговорення тенденцій у сестринській освіті. Учасникам дебатів необхідно вивчити відповідну літературу, проаналізувати дані, розробити рішення чи гіпотезу і ясно та переконливо подати свої ідеї під час дебатів. Після дебатів студенти в аудиторії оцінюють презентації дебатерів та беруть участь в обговоренні після дебатів. Цей тип дебатів із зворотним зв'язком залучає всіх студентів до процесу навчання, покращує командне співробітництво та розвиває критичне мислення.

Інструмент навчання, в якому використовуються ситуації пацієнтів, щоб стимулювати учнів до отримання та застосування інформації для вирішення їхніх проблем, відомий як *проблемне навчання*. Викладачі представляють реалістичні проблеми пацієнтів і стимулюють студентів до пошуку комплексних відповідей.

Проблемне навчання заохочує активне навчання за допомогою самостійного навчання, самооцінки, навичок вирішення клінічних проблем, командної роботи, дисципліни та інтеграції інформації [2]. Проблемне навчання також покращує навички клінічного міркування, збільшує запам'ятовування вивченого матеріалу та сприяє самостійному навчанню.

Проблемне навчання широко використовується для викладання складних або заплутаних проблем, які тісно пов'язані з фундаментальною наукою та клінічним досвідом, таких як серцева недостатність чи пневмонія. Викладач повинен керувати процесом обговорення, давати позитивний зворотний зв'язок та підбивати підсумки.

Усі вище викладені інструменти навчання сприяють залученню студентів до активного процесу навчання. Якщо усвідомлено обирати і ефективно використовувати відповідні інструменти навчання, то це допоможе студентам-медсестрам з більшою ймовірністю набувати нових знань, навичок та ставлень пов'язаних із темою заняття, що сприятиме забезпеченню високоякісної освіти.

ЛІТЕРАТУРА

1. All AC, Huycke LI, Fisher MJ. Instructional tools for nursing education: concept maps. *Nurs Educ Perspect*. 2003 Nov-Dec;24(6):311-7. Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14705401/>
2. Baker CM. Problem-based learning for nursing: integrating lessons from other disciplines with nursing experiences. *J Prof Nurs*. 2000 Sep-Oct;16(5). Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11033935/>
3. Barkley EF, Cross KP, Major CH. Collaborative Learning Techniques: A Handbook for College Faculty. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2005. Access mode: <https://download.e-bookshelf.de/download/0002/5216/40/L-G-0002521640-00037>
4. Bradshaw MJ, Lowenstein AJ. Innovative Teaching Strategies in Nursing and Related Health Professions. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2011. Access mode: https://www.researchgate.net/publication/5277006_Innovative_Teaching_Strategies_in_Nursing_and_Related_Health_Professions-_4th_Edition
5. Johnson JP, Mighten A. A comparison of teaching strategies: lecture notes combined with structured group discussion versus lecture only. *J Nurs Educ*. 2005 Jul;44(7). Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16094791/>
6. Kaddoura MA. New graduate nurses' perceptions of the effects of clinical simulation on their critical thinking, learning, and confidence. *J Contin Educ Nurs*. 2010 Nov;41(11). P. 506-516. Access mode: <https://scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1093706>
7. Karaman S, Kucuk S, Aydemir M. Evaluation of an online continuing education program from the perspective of new graduate nurses. *Nurse Educ Today*. 2014 May;34(5):836-41. Access mode: https://www.academia.edu/8950935/Evaluation_of_an_online_continuing_education_program_from_the_perspective_of_new_graduate_nurses
8. Masters K. Development and use of an educator-developed community assessment board game. *Nurse Educ*. 2005 Sep-Oct;30(5). Access mode: https://www.researchgate.net/publication/7594024_Development_and_Use_of_an_Educator-developed_Community_Assessment_Board_Game
9. Matthews, Kerry N. The Impact of the Jigsaw Technique on Improving Knowledge Retention. Diss. University of South Alabama, 2021. Access mode:

<https://www.proquest.com/openview/6c1528b936398041f7819cdb1e5b8730/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>.

10. Reese CE, Jeffries PR, Engum SA. Learning together: Using simulations to develop nursing and medical student collaboration. *Nurs Educ Perspect*. 2010 Jan-Feb;31(1):33-7. Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20397478/>
11. Royse MA, Newton SE. How gaming is used as an innovative strategy for nursing education. *Nurs Educ Perspect*. 2007 Sep-Oct;28(5). Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17944262/>
12. Shearer R, Davidhizar R. Using role play to develop cultural competence. *J Nurs Educ*. 2003 Jun;42(6). Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12814218/>

КАЛУЖНА Г.П.,
студентка II-го курсу
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
ПРОЦЬ Т.А.,
доктор філософії,
Львівська медична
академія ім. А. Крупинського

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

У 2017 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) в ініціативі «Реабілітація – 2030» закликала всі країни збільшити масштаби реабілітації та визначила пріоритетні напрямки активностей для цього, а згодом сформувала концепцію організації реабілітаційної допомоги на різних рівнях надання медичної допомоги в системі охорони здоров'я. Вказані підходи рекомендовані для використання при плануванні заходів зміцнення реабілітації за умови адаптації до національних систем охорони здоров'я та відповідної сфери реабілітаційних послуг [1].

Поняття «реабілітація» вперше було офіційно застосовано до хворих на туберкульоз, а в 1946 р. у Вашингтоні був проведений конгрес з реабілітації цих хворих [2]. До широкої практики охорони здоров'я та соціального забезпечення термін «реабілітація» впроваджений відносно недавно. Він запозичений із юриспруденції, де використовувався як «зняття звинувачення і повне відновлення в правах, що були втрачені в результаті судового вироку». У 60-х роках ХХ ст. цей термін уперше дістав медичне тлумачення [3].

Реабілітація (від лат. *rehabilitatio*, *f* (*re* – основа + *habilitas* – здібність, здатність, спроможність, придатність, відновлення): 1) відновлення у правах; 2) комплекс медичних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих та інвалідів [4].

Реабілітація – відношення для корисної трудової діяльності, повернення до професійної праці осіб із пониженою працездатністю внаслідок захворювання (наприклад, на туберкульоз, геміплегію, поліомієліт тощо) або інвалідності (поранення, нещасні випадки тощо) і здійснюється переведенням на підходящу роботу шляхом навчання, перекваліфікації, проведення стаціонарного й амбулаторного лікування (фізіотерапія, масажі, бальнеотерапія тощо) [4].

Суттєвого значення набуває фізична та медична реабілітація в сучасних умовах, у яких перебуває населення України. Окрім цивільних пацієнтів котрі потребують медичної реабілітації, Українська система охорони здоров'я зіштовхнулась з великою чисельністю поранених військових внаслідок широкомасштабного вторгнення російської федерації. Нами приділено значної уваги щодо механізмів державного регулювання якістю надання медичної, соціальної, фізичної реабілітації військовослужбовцям. На нашу думку, це є вкрай важливим аспектом, оскільки чисельність поранених котрі потребують будь-якої реабілітації зростає. Тому нами проведено аналіз нормативно-правових документів, які регулюють якість надання медичної реабілітації і цивільним пацієнтам з обмеженою дієздатністю так і військовим.

Табл. 1

**Аналіз нормативно-правової бази управління
якістю медичної реабілітації [5]**

Цивільні пацієнти	Військовослужбовці
Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. «Основи законодавства України про охорону здоров'я» – в якому йдеться про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.	Міністерство оборони України, Наказ від 15.04.2021 № 99 «Про затвердження Змін до Положення про організацію медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України, які залучаються до участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки».
Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»-ці Ліцензійні умови встановлюють організаційні, кадрові і технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, а також визнають	Постанова Кабінету Міністрів України від 10 березня 2016 р. № 201 «Про внесення зміни до пункту 1 – Порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями».

Цивільні пацієнти	Військовослужбовці
вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.	
Закон України Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.59), поточна редакція – Редакція від 07.09.2023, підстава – <u>3301-IX</u> – цей Закон визначає правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації особи з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування у її середовищі.	Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 2 березня 2016 р. № 90 «Про затвердження Тимчасової настанови з медичної евакуації поранених і хворих у Збройних Силах України на особливий період».
МОЗ України наказ № 2331 від 13.12.2018 Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 "Охорона здоров'я", – доповнено такими спеціальностями: лікар фізичної та реабілітаційної медицини, ерготерапевт, фізичний терапевт, асистент ерготерапевта, асистент фізичного терапевта.	Указ Президента України від 2 грудня 2016 р. № 536/2016. «Про Уповноваженого Президента України з питань реабілітації учасників АТО, які одержали поранення, контузію, каліцтво або інше захворювання під час участі в (АТО) ООС» [6].
МОЗ України наказ № 1832 від 07.10.2022 р. «Про затвердження пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023-2025 роки».	Постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 143. «Про утворення Міжвідомчого координаційного центру соціально-трудової реабілітації учасників АТО, які одержали поранення, контузію, каліцтво або інше захворювання під час участі в АТО».
Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» – в якому йдеться про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я	Постанова Кабінету Міністрів України від 23 березня 2016 р. № 238. «Про затвердження Порядку використання коштів, що надійшли з Трастового фонду НАТО або цивільного бюджету НАТО для виконання положень Імплементативної угоди між

Цивільні пацієнти	Військовослужбовці
в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.	Кабінетом Міністрів України та Організацією НАТО з підтримки та постачання про реалізацію співпраці у сфері медичної реабілітації».
	Постанова Кабінету Міністрів України від 13 липня 2016 р. № 433. «Питання підготовки військових фахівців для потреб Військово-Морських Сил Збройних Сил» – спільний наказ МО України, МОЗ України, МОН України, було нормативно врегульовано порядок організації військової підготовки громадян України за програмою підготовки офіцерів запасу медичної служби, заміщення вакантних посад науково-педагогічних працівників у ВВНЗ і ВНП ВНЗ та проведення їх атестації тощо.
	Постанова Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 497. «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях».
	Постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 143 «Про утворення Міжвідомчого координаційного центру соціально-трудової реабілітації учасників АТО, які одержали поранення, контузію, каліцтво або інше захворювання під час участі в АТО».

Отже, нами проаналізовано нормативно-правову базу, яка регламентує та регулює якість надання медичної реабілітації людям з особливими потребами та військовослужбовцям. Можна констатувати, що напрямок медичної реабілітації для військовослужбовців стрімко розвивається, нормативно-правова база вдосконалюється, оскільки на сьогоднішній день це є основним пріоритетом для реабілітації наших воїнів котрі потребують медичної реалізації. Також, на достатньому рівні врегульована нормативно-правова база яка регулює якість надання медичної допомоги цивільним пацієнтам.

ЛІТЕРАТУРА

1. Брич В.В. УДК 614.2:616-082.8:615.8:(616.7+616-001)-053.8 Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітаційної допомоги дорослому населенню з наслідками травм і хворобами кістково-м'язової системи на регіональному рівні /Реферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина (наукова спеціальність 14.02.03 «Соціальна медицина»).
2. World Health Organization (WHO). International classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH). – Geneva: WHO, 1980. – 175 p.
3. Post-stroke rehabilitation: Clinical practice guideline, No. 16 / G.E. Gresham, P.W. Duncan, W.B. Stason et al. – Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1995. – 248 p.
4. Мухін В. М. Фізична реабілітація: Підруч. для студ. ВНЗ фізвиховання та спорту.– К.: Олімп. л-ра, 2000. – 424 с.
5. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>
6. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/5362016-20822>

МАРЧЕНКО Н.О.,
студентка II-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

ВЗАЄМОДІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ З МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЮ КОМАНДОЮ В КОНТЕКСТІ МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Взаємодія медсестринського персоналу з мультидисциплінарною командою в контексті медичної діагностики має велику важливість і є однією з ключових особливостей ефективної організації та надання медичної допомоги. Основна ідея полягає в тому, що різні фахівці, такі як лікарі, медичні сестри/брати, лаборанти та інші спеціалісти, працюють разом як одна команда для досягнення спільної мети – постановці клінічного діагнозу та забезпечення належного лікування пацієнтів.

На нашу думку, особливість взаємодії полягає в тому, що кожен член мультидисциплінарної команди вносить свій внесок залежно від своєї професійної діяльності чи експертизи. Медичні сестри/брати відіграють важливу роль у цій команді, оскільки вони забезпечують неперервний медичний догляд та надання підтримки пацієнтам протягом процесу діагностики. Вони забезпечують виконання лікарських призначень, надають необхідну документацію, спілкуються з пацієнтами та їх родичами та виконують інші завдання, що сприяють ефективності та якості медичної діагностики.

Взаємодія з мультидисциплінарною командою дозволяє медсестринському персоналу отримати доступ до різноманітних фахівців і здобути додаткові знання та навички. Це сприяє покращенню якості діагностики та лікування, оскільки команда працює разом для обговорення кращих практик, обміну досвідом та вирішення складних клінічних ситуацій. Крім того, взаємодія з мультидисциплінарною командою допомагає виявити можливі проблеми та недоліки у процесі діагностики та вчасно їх виправити.

Важливість взаємодії медсестринського персоналу з мультидисциплінарною командою полягає в тому, що це сприяє покращенню результатів медичної

діагностики та оптимізації лікування. Злагоджена комунікація, взаєморозуміння та спільна робота з іншими фахівцями дозволяють забезпечити інтегрований підхід до діагностики та надання медичної допомоги, що є основою.

Команда – дуже модне слово для характеристики формування управлінського підходу. А що ж таке команда? Це люди, які об'єднані в певну спільноту. Що є їхньою визначною характеристикою? Це те, що власне їх звело разом, певна мета, задля якої вони спільно взаємодіють, ті цінності, що роблять із них команду [1].

Цінності – основа основ їхнього існування. Спочатку вони визначають близькість духом, візією майбутнього. Потім спільно викристалізують нові правила гри та табу, «червоні прапорці». Команда – це не про «я», а про «ми», і для кого й чого ми разом працюємо. Команда – це атмосфера, це підтримка, а не підніжки, це розуміння. Команда – це гармонія й комфорт, це комунікація та рефлексія. Команда – це міцний ланцюжок, який не розірвати під зовнішнім тиском, який, якщо розривається, то тільки зсередини[1].

Основою взаємодії команди є принцип «win-win» або ж «позитивної суми», коли кожен є однаково залученим, захищеним, вмотивованим задля власного добробуту, зростання та спільної вигоди. Звичайно, доволі складно побудувати міцну команду у великій організації зі складною структурою, але в цьому й полягає адаптивність та колективне усвідомлення, відповідальне виконання, яке базується на децентралізації повноважень. Прозора діяльність та створення культури організації, розуміння всіх процесів, колаборація, кооперація та співпраця – її засади. Кожен заклад самостійно здійснює підбір персоналу, самостійно формує команду. Тому важливо ще на етапі знайомства з потенційним кандидатом визначити, чи збігаються його особисті цінності з принципами роботи організації, її корпоративною культурою, чи зможе він інтегрувати власний досвід та вміння у роботу вашої команди, чи, навпаки, руйнуватиме її. Створіть профілі посад (не плутати з посадовою інструкцією), де в деталях опишіть ключові вимоги до претендентів, не тільки кваліфікаційні вимоги, а й всі ключові для вас ціннісні параметри. Для цього необхідно сформувати групу компетентних фахівців, які братимуть участь в складанні документів. Профіль складається з урахуванням організаційної структури підприємства, а тому вона також повинна бути ретельно вивчена і відображати всі ступені командної взаємодії [1].

На сьогоднішній день відсутні чіткі вимоги щодо повноцінного кадрового забезпечення медичної діагностики на основі мультидисциплінарного підходу. Тому є необхідність розробки гнучких моделей організації роботи мультидисциплінарних команд та визначення чітких ролей і функцій їх учасників.

Нами розроблено теоретичну оптимальну організаційну модель мультидисциплінарної команди в медичній діагностиці для реалізації діагностичних

процедур пацієнтові. На рисунку 1 наведено структурні компоненти цієї теоретичної моделі, але без визначення їх функцій та напрямків функціональної взаємодії окремих членів команди. Представлена на рис. 1 організаційна модель розроблено саме для роботи мультидисциплінарної команди медичної діагностики. До неї включено обов'язкові структурні компоненти, які зображені кольоровими елементами моделі: лікар відділення медичної діагностики, сестра/брат медичні, лікар ПМСД/стаціонару. Та бажані структурні елементи (не залиті кольором фігури): медичний психолог, соціальний працівник/опікун. До даної моделі можна додати цілий перелік варіативних структурних компонентів (родичі, соціальний працівник, тощо).

Важливо, що при безпосередній реалізації дана оптимальна модель може варіювати різними структурними компонентами в залежності від функцій мультидисциплінарної команди, які скеровані на досягнення цілей медичної діагностики.

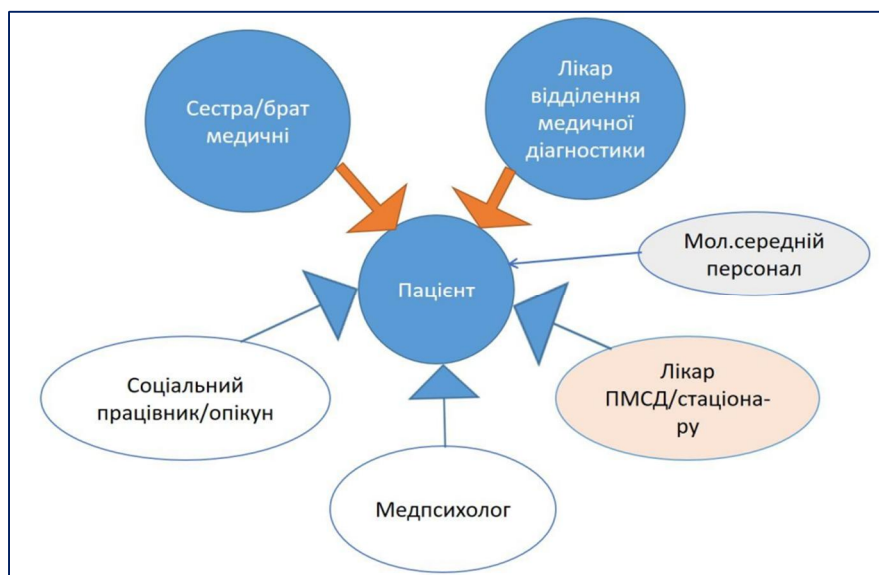


Рис. 1. Оптимальна організаційна модель мультидисциплінарної команди в медичній діагностиці (структурні компоненти)

Тому, опрацювавши наукову літературу можна стверджувати, що для більшості діагностичних відділень реалістичним на даному етапі є формування адаптивної моделі мультидисциплінарної команди для реалізації медичної діагностики (рис. 2).

В даній адаптивній моделі із усіх можливих складових компонентів мультидисциплінарної команди як її постійні учасники а саме: лікар відділення медичної діагностики та медичні сестра/брат та пацієнт. В такій моделі суттєво змінюється роль і функції саме такого члена мультидисциплінарної команди як медична сестра/брат. А саме, на неї додатково

частково покладаються функції асистента лікаря та роль кейс-менеджера ведення випадку пацієнта з забезпеченням функції комунікації з зовнішніми консультантами. Дана модель, з розширеними функціями і зміненою роллю медичної сестри/брата, потребує додаткову підготовку медичної сестри/брата з питань організації медичної діагностики та практичного використання засобів і методів проведення діагностичних процедур та маніпуляцій.

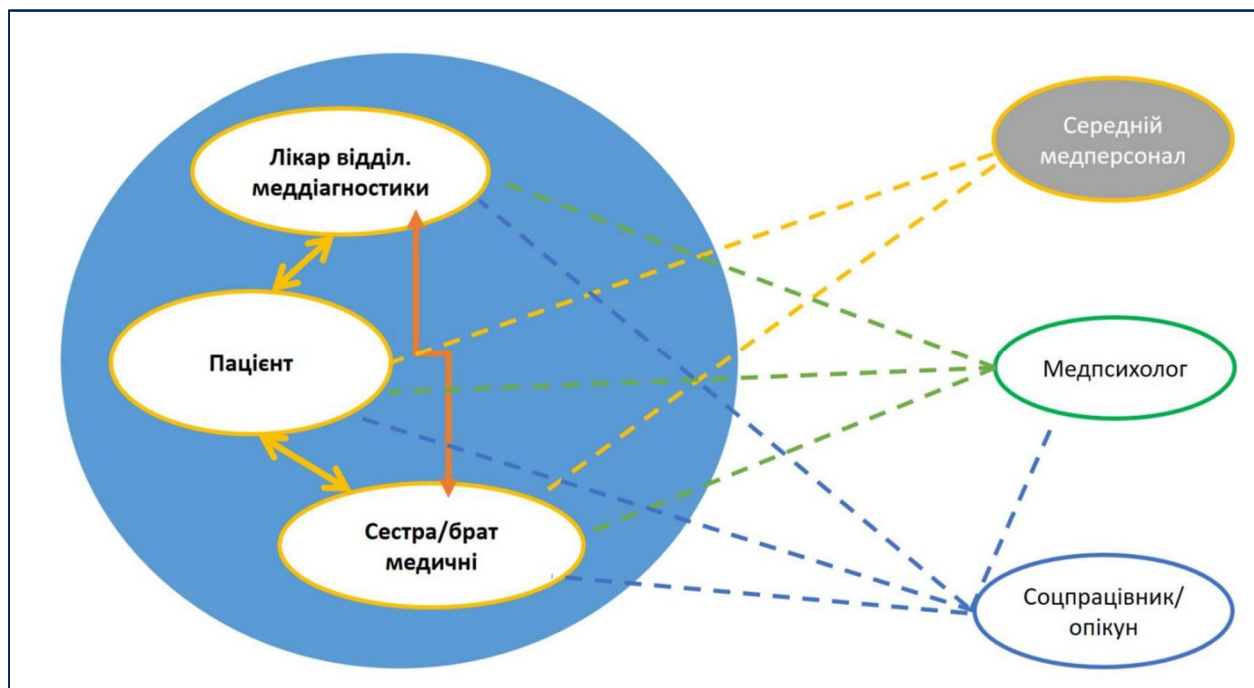


Рис. 2. Адаптивна організаційна модель мультидисциплінарної команди у відділенні медичної діагностики (структурні компоненти)

Як підсумок зазначимо, що оптимальна організаційна модель мультидисциплінарної команди в медичній діагностиці для забезпечення реалізації надання якісних медико-діагностичних послуг для пацієнтів може бути на сьогодні реалізована практично у всіх закладах охорони здоров'я. Адаптивна (реалістична) організаційна модель мультидисциплінарної команди у відділеннях медичної діагностики, передбачає суттєві зміни ролей і функцій саме такого члена команди як медичних сестер/братів. На них додатково покладаються окремі функції асистента лікаря та роль кейс-менеджера ведення випадку пацієнта з забезпеченням функції комунікації з зовнішніми консультантами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Крайні практики управління медичним закладом. Посібник/Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021.

МАЦЬКО Д.Р.
студентка II-го курсу
спеціальності
«Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
НЕДІЛЬКО Р.В.
канд.держ.упр. Львівська
медична академія
ім. А. Крупинського

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ СТРЕСУ І ВІЙСЬКОВИХ ЗАГРОЗ

Історія великомасштабних воєн та локальних збройних конфліктів супроводжує всю історію людства, приносячи неминучі жертви та скалічені долі для багатьох мільйонів людей. При цьому, поряд з фізичними каліцтвами, отриманими в ході бойових дій, особливе місце в їх негативних наслідках займає психічна травма, яка нерідко протягом багатьох років супроводжує як безпосередніх учасників бойових дій, так і значні верстви, здавалося б, «непрямо» залучених у військові конфлікти осіб (близькі, родичі, вимушені переселенці тощо) [1].

Актуальність даного дослідження впливає з обставин трагічних подій, що розгорнулися в Україні, починаючи з 2022 року, коли країна була змушена протистояти військовій агресії з боку російської федерації. У цьому контексті медичні працівники відіграють важливу роль у зменшенні втрат серед сторін конфлікту.

Специфіка медичної діяльності в умовах війни полягає в надзвичайній складності професійних завдань, які стоять перед медичними працівниками. В більшості випадків вони працюють у екстремальних умовах, де звичайні люди мало що можуть зробити. Крім того, вони зіштовхуються з особливими видами травм, які є надзвичайно рідкісними для цивільних медичних фахівців, такі як відірвані кінцівки, кульові та осколкові поранення, роздавлені частини тіла. Таким чином, військовим медикам потрібно також мати стійку психіку. У цьому контексті дослідження психічного здоров'я медичних працівників під час воєнного стану набуває великої актуальності.

Робота в умовах кризової та екстремальної ситуації, у тому числі під час воєнного стану, пред'являє підвищені вимоги до фізичних, психічних та психологічних ресурсів медиків. Незважаючи на збільшену кількість стресогенних факторів, роботу вахтовим методом у засобах індивідуального захисту, ізо-

ляцію від близьких, ризик військового часу, медичним працівникам необхідно дотримуватись усіх протоколів лікування та реанімаційних заходів, екстрено приймати клінічно важливі рішення, дотримуватися принципів медичної етики та деонтології та при цьому неухильно дотримуватись правил безпеки при роботі з небезпечними біологічними агентами [2].

Ключова роль у запобіганні вигоранню належить керівнику. Організація кімнат психологічного розвантаження показала свою ефективність у психо-профілактичній роботі з медичним персоналом [3].

Досліджуючи дану проблематику нами встановлено, що психологічний вплив на медичний персонал у ситуаціях стресу та військових загроз можна розглядати з кількох аспектів:

- Медичний персонал, особливо ті, хто працює в зоні конфлікту/війни або кризових ситуацій, стикається з великою кількістю стресових ситуацій. Це може призводити до виснаження, тривожності, іноді навіть до посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
- Під час війни або в екстрених обставинах часто доводиться приймати важливі рішення швидко, що може бути дуже важко з психологічної точки зору. Медичний персонал може відчувати напругу через цю відповідальність.
- Медичному персоналу може доводитися стикатися з жахливими та травматичними ситуаціями, які можуть залишити глибокий слід в їхній психіці.
- В умовах війни чи екстрених ситуацій від медичного персоналу часто очікують високого рівня компетентності та ефективності, що може створювати додатковий психологічний тиск.
- Важливим аспектом є наявність психологічної підтримки для медичного персоналу, щоб допомогти їм впоратися із стресом та травмами, які вони можуть зазнати під час роботи в таких умовах.

Таким чином, робота медичного персоналу в умовах стресу та війни може супроводжуватися значними психологічними викликами. Наявність підтримки, навички саморегуляції та управління стресом можуть допомогти зменшити негативний вплив цих факторів на психічне здоров'я медичного персоналу.

Для об'єктивної оцінки психоемоційного стану медичних сестер/братів в цивільних закладах охорони здоров'я Львівської області та м. Львова ми провели авторське анонімне анкетування. Дане дослідження є вкрай актуальним, оскільки від початку вторгнення рф на територію нашої держави значно зросло навантаження на медичний персонал, зокрема на сестер/братів медичних. Окрім пацієнтів тих які отримують медичну допомогу за місцем проживання долучилися поранені військовослужбовці та ВПО з різними патологіями та пораненнями.

В опитуванні взяло участь 648 респондентів з числа медичних сестер та братів, які працюють у м. Львові та Львівській області. Перше питання стосувалося «Чи достатня кількість медсестринського персоналу у вашому відділенні ЗОЗ?»

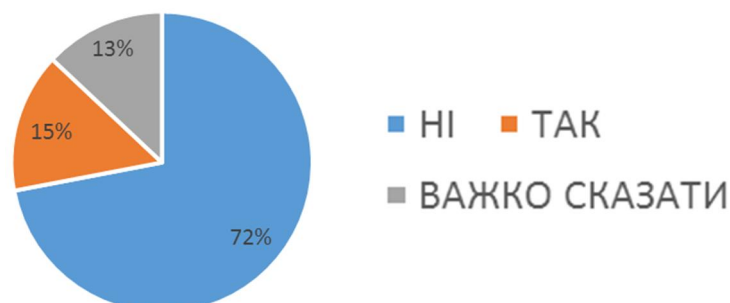


Рис. 1

З даної секторної діаграми можна зробити висновок, що в недостатній кількості на думку респондентів 72 % працює медсестринського персоналу у відділеннях ЗОЗ. Ми вважаємо, що це пов'язано з великим відтоком медсестринських кадрів та зі значним збільшенням кількості пацієнтів на початку війни.

Друге питання стосувалося змін компетентності сестри/брата медичних цивільних ЗОЗ в часі війни?

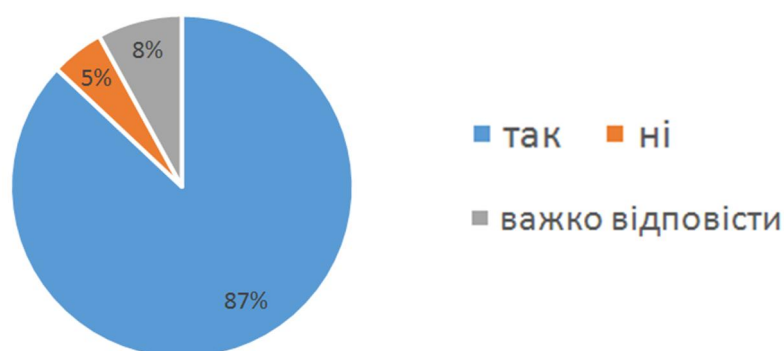


Рис. 2

Аналізуючи дані другого питання анонімного опитувальника, встановлено, що значно змінилися компетентності медсестринського персоналу від початку війни. Ми можемо припустити, що це пов'язано з тим що у відділення ЗОЗ поступали пацієнти з різними патологіями, травмами та пораненнями, які потребували специфічного догляду та опіки.

Також нас цікавило питання якими пріоритетними компетентностями, на думку медсестринського персоналу, вони мають володіти з огляду на отриманий досвід в умовах війни?

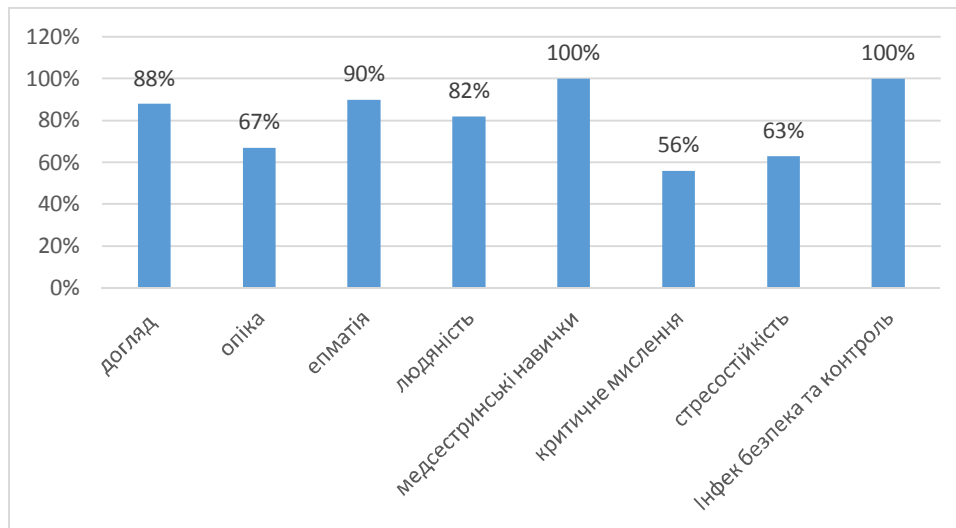


Рис. 3

Оцінюючи та аналізуючи дані можна стверджувати, що на думку медсестринського персоналу пріоритетними компетентностями, все ж таки залишаються, медсестринські навички та інфекційна безпека та інфекційний контроль (100% респондентів). Наступні компетентності розподілилися наступним чином: емпатія-90%, догляд за пацієнтом – 88%, людяність – 82%, опіка – 67 % , стресостійкість – 63% та критичне мислення – 56%. На нашу думку варто розвивати у медсестринській практиці таких компетентностей, як критичне мислення та стресостійкість.

Наступний блок запитань стосується випадків у мультидисциплінарних командах ротації медсестринського персоналу у стабілізаційні пункти? Якщо так то, яких компетентностей їм не вистарчало? Аналізуючи дані опитувальника нами з'ясовано, що лише 9% респондентів є членами мультидисциплінарної команди де були випадки ротації медсестринського персоналу у стабілізаційні пункти.

З анонімного опитувальника ми з'ясували, що робота у стабілізаційних пунктах є вкрай складною та виснажливою. Потребує спеціальних компетентностей, які стосуються психоемоційного стану, швидкого реагування у надзвичайних ситуаціях та стресостійкості персоналу, швидка адаптація до змін спеціальних фахових компетентностей.

Немало важливим є питання емоційного та професійного вигорання медсестринського персоналу в часі війни, тому ми досліджували питання – чи виснажує вас напруженість та інтенсивність праці в сучасних реаліях?

Аналізуючи стовпчикову діаграму можна констатувати, що 84% респондентів виснажує напруженість та інтенсивність праці в сучасних реаліях, а от 7%- не виснажує праця в сучасних умовах, 9% респондентів не змогли дати відповідь на поставлене запитання.

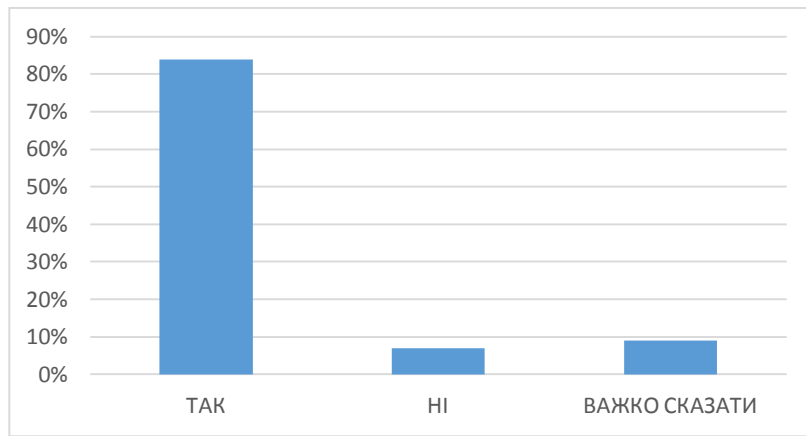


Рис. 4

Вивчаючи дану проблематику нас зацікавило питання чи знають сестри /брати медичні про впровадження спеціальних програми або навчання для підготовки сестер/братів медичних до роботи в умовах війни?

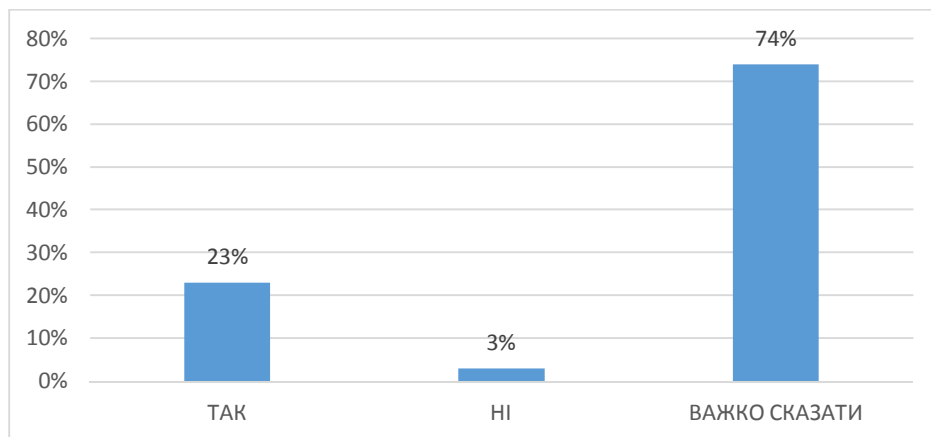


Рис. 5

Дана стовпчикова діаграма свідчить про те, що не всі сестри та брати медичні знають спеціальних програми які розміщені на онлайн платформах для навчання з підготовки сестер/братів медичних до роботи в умовах війни.

Психологічний аспект роботи медичного персоналу в умовах стресу і війни має важливе значення для забезпечення якісної медичної допомоги та збереження психічного здоров'я самого персоналу. Виходячи із власного дослідження можна надати наступні рекомендації:

- ✓ Медичний персонал має навчитися відпочивати і відновлюватися після напруженого робочого дня. Постійний стрес може призвести до вигорання. Регулярний відпочинок, фізична активність та здорова дієта допоможуть підтримувати психічне та фізичне здоров'я.
- ✓ Спілкування з колегами, обговорення досвіду та емоцій може бути корисним. Формування груп рівних, групи психологічного розвантаження,

підтримки, медитації та релаксації. Такі методики допоможуть подолати стрес обговорити важливі ситуації чи нагальні потреби.

- ✓ Забезпечення доступу до психологічної підтримки для медичного персоналу може бути корисним. Професійні консультації допомагають справлятися зі стресом та емоційними навантаженнями.
- ✓ Забезпечення безпечного та комфортного робочого середовища може допомогти знизити ризик стресу. Це включає в себе засоби індивідуального захисту, навчання з питань безпеки, та контроль над робочим графіком.
- ✓ Медичний персонал повинен слідкувати за своїм фізичним та психічним здоров'ям, а також своїми власними потребами. Важливо вчасно виявляти симптоми стресу та звертатися за допомогою, якщо це необхідно.
- ✓ Медичний персонал повинен проходити тренінги та підготовку для надзвичайних ситуацій. Це може допомогти знизити рівень стресу під час роботи в умовах війни.
- ✓ Медичний персонал повинен регулярно аналізувати свою роботу та емоційний стан, роблячи акцент на позитивних аспектах та вивчаючи зроблені помилки для подальшого вдосконалення.

Ці рекомендації спрямовані на забезпечення того, щоб медичний персонал був не тільки ефективним у своїй роботі, але й міг зберігати своє фізичне та психічне здоров'я в умовах стресу та війни.

ЛІТЕРАТУРА

1. Bandura A., 1989. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology* 25.
2. Сайко Ю. М., Спіріна І. Д. «Особливості психічного здоров'я медичних працівників під час воєнного стану» Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції (ВНПЗ ДГУ, 30.11.2022).
3. Benyamini Y., Blumstein T., Lusky A., Modan B., 2003. Gender differences in the self-rated health–mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? *The Gerontologist* 43.

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

к.держ. упр.,

НЕДІЛЬКО Р.В.

к.держ. упр.,

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

ДОСЛІДЖЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ, ЩОДО ПРОВАДЖЕННЯ БПР ДЛЯ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ В ЗОЗ

Все частіше у медсестринських колах ведуться дискусії про безперервний професійний розвиток сестер/братів медичних, який би забезпечив навчання впродовж життя та підвищив рівень та якість фахових компетенцій.

З 1 січня 2022 року вступило в дію оновлене "Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників" (затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 14.07. 2021 р. № 725): [1]

Основні терміни та поняття БПРу:

Заходи безперервного професійного розвитку – освітні заходи медичного спрямування, метою яких є підтримання або підвищення рівня професіоналізму і розвиток індивідуальної медичної практики для задоволення потреб пацієнтів та оптимізації функціонування сфери охорони здоров'я.

Провайдери заходів безперервного професійного розвитку – юридичні особи, які провадять діяльність з організації та проведення заходів безперервного професійного розвитку.

Електронна система безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я – електронна автоматизована інформаційно-телекомунікаційна система, що включає інформаційні технології і технічні засоби, призначена для зберігання, обліку та використання даних та іншої інформації щодо безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я

Функції адміністратора системи виконує Державна організація «Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при Міністерстві охорони здоров'я України» [2].

Адміністратор забезпечує технічну підтримку системи, обробку та аналіз внесених відомостей, збереження та захист даних, що містяться у системі, забезпечення доступу до системи працівників сфери охорони здоров'я, провайдерів, органів державної влади в межах, визначених законодавством. Адміністратор встановлює за погодженням з МОЗ технічний регламент роботи системи.

Бал безперервного професійного розвитку – одиниця вимірювання здобутих теоретичних знань та практичних навичок у процесі здійснення безперервного професійного розвитку.

Бали безперервного професійного розвитку нараховуються за проходження заходів безперервного професійного розвитку, які відповідають таким ознакам:

- захід проводиться провайдером, внесеним до системи;
- до проведення заходу залучені особи, які не мають конфлікту інтересів;
- провайдером забезпечено перевірку залучених до проведення заходів безперервного професійного розвитку осіб щодо наявності конфлікту інтересів;
- захід відповідає заявленій меті навчання, вимогам академічної доброчесності;
- зміст навчальних матеріалів відповідає темі заходу та є науково обґрунтованим із зазначенням у відповідних випадках рівня доказовості та наведенням належних посилань;
- під час проведення заходу провайдером забезпечено контроль участі працівників сфери охорони здоров'я, оцінювання набутих знань, компетентностей та практичних навичок;
- працівникам сфери охорони здоров'я забезпечується доступ до навчальних матеріалів, які були представлені під час заходу;
- правила проведення заходу є відкритими та доступними для ознайомлення.

Незабаром атестація сестер/братів медичних відбуватиметься так, як нині в лікарів: вони відвідуватимуть заходи безперервного професійного розвитку (БПР) та здобуватимуть за це бали, які враховуватиме атестаційна комісія. Лікарі вже декілька років атестуються за цією системою, натомість для сестер/братів медичних усе нове, і на перший погляд система БПР може здаватися складною.

Із 2023 року КМУ затвердив Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників (далі – Положення) постановою від 14.07.2021 № 725.[3] Документ набере чинності 1 січня 2022 року, а рівно через рік буде застосовуватися до молодших спеціалістів (фахових молодших бакалаврів, молодших бакалаврів, бакалаврів) з медичною освітою та провізорів.

Як працюватиме система БПР для сестер/братів медичних?

Медпрацівники мають відвідувати заходи БПР, за які отримуватимуть відповідні бали. Результати БПР враховуватиме атестаційна комісія під час атестації для присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії або кваліфікації.

Заходи БПР – освітні заходи медичного спрямування, мета яких – підтримати або підвищити рівень професіоналізму і розвивати індивідуальну медичну практику, щоб задовільнити потреби пацієнтів та оптимізувати роботу сфери охорони здоров'я [3].

Провайдери заходів БПР – юридичні особи, які організовують і проводять заходи безперервного професійного розвитку.

Особисте освітнє портфоліо – сукупність відомостей щодо персональних досягнень, підвищення кваліфікації, здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я під час БПР

МОЗ має створити електронну систему БПР, а також державне підприємство, яке буде її адміністратором. У системі зберігатимуть інформацію про провайдерів та заходи БПР, обліковуватимуть бали БПР та вестимуть особисте освітнє портфоліо [22]. Медпрацівники реєструватимуться та вноситимуть відомості до системи за допомогою засобів електронної ідентифікації, зокрема кваліфікованих електронних підписів.

Провайдер вносить до системи інформацію про захід БПР. Після цього протягом 20 робочих днів адміністратор вирішує, чи нараховувати бали за такий захід, та вносить про це відомості до системи.

Роботодавці зобов'язані дотримувати вимог щодо БПР. Коли працівник проходить БПР з відривом від виробництва, за ним зберігають середню зарплату. Роботодавець має робити це в порядку, який законодавство встановлює для працівників, яких направляють на підвищення кваліфікації. БПР фінансуватимуть за рахунок коштів державного бюджету, а також за рахунок коштів фізичних, юридичних осіб та інших не заборонених законодавством джерел.

Бали БПР нараховуватимуть за здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я.

Формальна	Вища освіта на освітньо-науковому та науковому рівні вищої освіти Бали БПР нараховують лише за здобуття освітньо-наукового та наукового ступеня (доктор філософії, доктор наук)
Інформальна	Працівники самостійно здобувають професійні компетентності під час повсякденної роботи, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю Підтвердженням БПР може бути публікація статті або огляду в журналі з імпакт-фактором
Неформальна	Навчання на циклах тематичного удосконалення в закладах післядипломної освіти, структурних підрозділах закладів вищої освіти та наукових установ Професійне медичне стажування за межами місця роботи Навчання на заходах БПР, внесених у систему

КМУ дозволяє здобувати неформальну освіту у форматах:

- особиста участь працівника в освітній події у місці її проведення
- дистанційне навчання з допомогою електронних технологій у режимі реального часу або з доступом до навчальних матеріалів у зручний для працівника час
- поєднання особистої та дистанційної участі

Присутність учасників на дистанційному навчанні в режимі реального часу має бути підтверджена. Засоби підтвердження визначає провайдер заходу БПР [22]. Під час заходу в учасників має бути можливість подавати свої запитання та відповіді.

Якщо працівник проходить дистанційне навчання не в режимі реального часу, його участь підтверджують фактом підключення/реєстрації на онлайн-платформі та сертифікатом про проходження дистанційного навчання. У такому сертифікаті мають бути зазначені:

- провайдер
- тема заходу
- тривалість дистанційного навчання
- прізвище та ім'я отримувача сертифіката
- дата видачі й унікальний ідентифікатор сертифіката
- Перелік заходів неформальної освіти, за які нараховуватимуть бали БПР

Підвищення самоефективності медичних братів та сестер є ще одним доводом адвокатувати за розвиток медсестринства, а також за покращення стандартів догляду та підвищення задоволення пацієнтів від отриманих послуг за допомогою доказового практичного підходу.

Згідно Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис», «Про адміністративні послуги» тощо слід запровадити єдиний електронний реєстр медичних сестер та братів. Однак кожен новий проєкт та напрямок у цій сфері тягне за собою внесення змін до вже наявного законодавства, а подекуди до прийняття нового нормативно-правового акту. В період реформування охорони здоров'я ведеться активна робота над депаперизацією системи особливо первинної ланки, яка спрямована на збір великих обсягів даних без потреби у паперових носіях. На сьогоднішній момент вже запроваджено та працює е-рецепти, електронні договори, електронні медичні записи, е-направлення, електронні листки непрацездатності та багато іншого. Але на превеликий жаль немає єдиного реєстру медичних

сестер та братів з різним рівнем освіти, спеціалізацій, досвідом роботи та професійним рівнем.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників, URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text>
2. ДНП «Центр тестування» URL: <https://www.testcentr.org.ua/uk/bpr>
3. «Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» Постанова КМУ від 14.07.2021 № 7

ПАРФЕНЮК М.О.,
асистентка кафедри хірургічних
дисциплін і невідкладних станів
Львівська медична академія імені Андрея
Крупинського
аспірантка Львівського національного
університету імені Івана Франка

СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАСВОЄННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ І ПРАКТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСІ

Актуальність. Симуляційне навчання являється одним з методів навчання студентів-медиків, який швидко розвивається. Симуляція дає можливість імітації виконання практичних навичок, клінічних сценаріїв не завдаючи жодної шкоди пацієнту. Навчальні методи моделювання, являються складовими компонентами медичної підготовки студентів медиків і включають в себе теоретичну і практичну складові навчального процесу. Теоретична основа моделювання створює основу розуміння теми, конкретизує теоретичні знання, щоб вміло застосувати на практиці. Практична складова створює умови для оволодіння новими знаннями, постановки нових пізнавальних цілей з набуттям умінь і навичок відповідно до стандартів (настанов, протоколів). Тема травми грудної клітки, невідкладної допомоги при різних видах пневмотораксу є особливо актуальна у військовий час. Мета дослідження: порівняти теоретичне навчання із симуляційним серед студентів-медиків.

Основна частина. Пневмоторакс спричиняє смертність, якщо не надати своєчасну допомогу за допомогою голкової декомпресії, оклюзійної пов'язки. Це основна навичка, визначена як у медичній, так і в парамедичній підготовці [1,2]. Під час медичної підготовки акцент робиться на теоретичних знаннях для оцінки знань, клінічної компетентності студентів. Студенти здатні приділяти менше уваги теорії, оскільки не завжди розуміють як застосовувати теоретичні знання в клінічній симуляції. Симуляційні практичні заняття часто передбачають більше кінетичного навчання та можуть надати можливість попрактикуватися та отримати оцінку викладача за змодельованим клінічним сценарієм. Рівень впевненості в собі та вміння словесно описати алгоритм виконання вищий серед тих, хто володіє теоретичним матеріалом, але і вони можуть залишатися нездатними виконати процедуру правильно. Деякі студенти вважали, що вони не розуміють теорії та не зможуть виконати процедуру, однак результати після частих коротких тренувань є обнадійливими. Поліпшення відбулося за всіма напрямками в усіх студентів, а також у тих,

хто мав і не мав теоретичної підготовки. Більше підвищення здібностей спостерігається у тих, хто вже проходив підготовку з травм, що свідчить про те, що регулярне втручання для оновлення клінічних навичок є необхідним і важливим, особливо якщо ця навичка може врятувати життя, але виконується нечасто. Хоча голкова декомпресія є на перший погляд швидкою та простою процедурою з високим потенціалом для порятунку життя, потрібно не забувати про можливі ускладнення пов'язані з цією процедурою, а саме: пошкодження внутрішньої грудної, легеневої та міжреберної артерій із загрозливими для життя наслідками [3]. З цієї причини, незважаючи на те, що легко навчитися та навчати, необхідний певний ступінь точності та знання анатомії, щоб забезпечити безпечну декомпресію напруженого пневмотораксу. Незважаючи на те, що в навчальній практиці це не часто вимагається, вивчення та повторне вивчення цієї навички має відбуватися регулярно як через теоретичне, так і практичне навчання, щоб забезпечити адекватні здібності практикуючих медиків і зменшити небезпеку, пов'язану з невпевненістю.

Дане дослідження проводилось для студентів третього курсу бакалаврського рівня освіти (n=27). Теоретична складова включала: вивчення лекційного матеріалу, міжнародних медичних протоколів, методичних рекомендацій, коротких відеоматеріалів, тестових завдань на платформі moodle. Практична основа складала: об'єктивне оцінювання стану пацієнта, багаторазового відпрацювання алгоритмів практичних навичок при різних видах пневмотораксу. Основними складовими симуляційного навчання були: муляж Pneumotorax Treating Model з набором декомпресійних голок TuTek Medical ТРАК, оклюзійних пов'язок з клапаном, без клапана, шприци з голками, торакальний набір для торакоцентезу.

Оцінювання теоретичної складової проводилось шляхом емпіричного спостереження на основі бесіди: лише третина осіб могла розмовляти на цю тематику, давати чіткі відповіді, задавати питання. Проте після повторення теми, перегляду коротких відеоматеріалів згідно міжнародних протоколів, коротких записів на дошці фліпчарту, а в подальшому, багаторазового відпрацювання алгоритмів практичних навичок і відповідей на тестові завдання в системі moodle, 23(85%) осіб дали правильні відповіді що стосувались теоретичної і практичної складової. Однак тести студенти проходили через 7 днів після практичного заняття, щоб порівняти тривалість засвоєння теоретичного і практичного матеріалу з даної теми. Отже, звичайні методи тестування не завжди можуть забезпечити всебічного уявлення про успішність студентів та їх рівень знань, на відміну від практичної складової, де оцінювання проводиться під час заняття за допомогою чек-листа, в якому прописано алгоритм виконання навички. Саме тому, клінічне моделювання відіграє важливу роль в практичній роботі студента, оскільки подальше використання знань в

клінічних сценаріях симуляції, дає можливість краще засвоювати знання на основі вивчених теоретичних і практичних компетентностей .

Висновки. Таким чином в процесі навчання можна стверджувати, що симуляція тісно пов'язана з теоретичною складовою навчання студентів-медиків. Теоретична складова здатна сформувати знання, вміння, які закріплюються практичним виконанням, а багаторазове технічне відпрацювання дає можливість набути практичних знань, незалежно чи студент був підготовлений до заняття. Рівень отриманих навичок після практичного виконання – є вищий в порівнянні з теоретичною основою, оскільки в процесі симуляційного навчання, студенти набувають когнітивні, технічні та поведінкові навички, а це в свою чергу формує знання, компетентності, що потрібно в процесі майбутньої роботи.

ЛІТЕРАТУРА

1. ATLS Subcommittee; American College of Surgeons' Committee on Trauma; International ATLS working group. Advanced trauma life support (ATLS®): the ninth edition. J Trauma Acute Care Surg 2013;74:1363-6.
2. Henry M, Arnold T, Harvey J, et al. BTS guidelines for the management of spontaneous pneumothorax. Thorax 2003;58 Suppl 2:ii39-52. [Crossref] [PubMed]
3. Butler KL, Best IM, Weaver WL, et al. Pulmonary artery injury and cardiac tamponade after needle decompression of a suspected tension pneumothorax. J Trauma 2003;54:610-1. [Crossref] [PubMed]

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

к.держ. упр.,

НЕДІЛЬКО Р.В.

к.держ. упр.,

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ВСТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ТЕРЕНАХ УКРАЇНИ В XX ст.

На формування системи охорони здоров'я України у XX ст. припадає низка історичних факторів, а саме: формування, позбавлення України самостійності державного регулювання охорони здоров'я, відродження цього процесу та його розвиток у форму міжгалузевої та міжнародної інтеграції.

Досліджуючи історичні наукові джерела, можна констатувати, що ці складні історичні фактори формування системи охорони здоров'я України залежали від перебування свого Східного регіону в складі російської, а Західного – Австро-Угорської імперій та Польщі до проголошення Української Народної Республіки (1917 р.), її автономії та возз'єднання із Західноукраїнською Народною Республікою в єдину соборну Україну (1919 р.), через понад 70-річне перебування в складі колишнього СРСР до проголошення Акта про незалежність (1991 р.).

Період формування процесу державного управління охороною здоров'я в Україні збігається з визвольною боротьбою українського народу за державну незалежність (1917–1920 рр.). Короткий етап української державності ознаменувався створенням національних централізованих органів управління медичною справою. Першим із них стала Крайова лікарсько-санітарна Рада (голова – Б. Матюшенко), сформована Українською Центральною Радою, склад якої був затверджений 15 жовтня 1917 р. першим Крайовим лікарсько-санітарним з'їздом (Київ). Уряд гетьмана П. Скоропадського першим в історії України у травні 1919 р. за- снував Міністерство народного здоров'я і опікування (міністр – В. Любинський). Вищим органом управління медико-санітарною справою в Західноукраїнській Народній Республіці (листопад 1918 р. – листопад 1919 р.) став Державний секретаріат здоров'я, який очолював лікар І. Куровець.

Особливістю державного управління на цьому етапі було практичне здійснення медичного забезпечення легіону Українських Січових стрільців та Української Галицької армії. Що стосується організаційних структур медичної служби Української Галицької армії, то на підставі аналізу звітів, що над-

ходили до державного секретаріату, стало відомо, що в січні 1919 р. вона мала в своєму розпорядженні понад 60 медичних працівників, 5 госпіталів на 529 ліжок, 3 санітарних та дезінфекційних поїзди. Окрім цього, в тилу ще було понад 170 медичних працівників, 18 аптек, 25 госпіталів та 12 захистів для хворих на 5643 ліжка і 48 дезінфекторів. Третій період – позбавлення України самостійності у державному управлінні охороною здоров'я – відповідає радянському періодові української історії (1921–1991 рр.). Тенденції розвитку державного управління охороною здоров'я впродовж цього періоду відповідають трьом його основним етапам: 1921–1941 рр. – формування адміністративно-командної системи управління; 1941–1945 рр. – підпорядкування діяльності органів державної влади законам воєнного часу; 1945–1991 рр. – зміцнення, застій та занепад командно-адміністративної форми державного управління. Тоді, як відомо, управління загалом та управління охороною здоров'я зокрема були підпорядковані адміністративно-командній системі як антиподу наукового управління. Державно-політичний механізм в особі Комуністичної партії Радянського Союзу, за умов неринкового господарства й авторитарно-бюрократичної організації, перебрав на себе управління всім суспільством згори й донизу. Внаслідок цього професіоналізація змісту державного управління та політика українського національного відродження, які сформувалися на початку ХХ ст., були ліквідовані [1].

Серед окремих наукових здобутків та досягнень у практичній реалізації державного управління в галузі охорони здоров'я цього періоду, які доцільно виділити в історії розвитку державного управління охороною здоров'я в Україні, необхідно назвати:

- створення системи робітничої медицини як своєрідного зразка страхової медицини;
- видання у Празі в 1926 р. підготовленого М. Галиним “Медичного латинсько-українського словника” та його перевидання в 1969 р. у Детройті (США);
- пошук та впровадження у практику раціональної системи медичного забезпечення Збройних сил СРСР, яка диктувалася умовами Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр.;
- організацію медичного забезпечення Української повстанської армії [2].

Під час Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр. вагомий внесок у великий подвиг нашого народу зробили і лікарі – вихідці з України, серед яких багато начальників військово-санітарних управлінь фронтів та флотів, головних хірургів і головних терапевтів фронтів та флотів. На той час ішлося про те, що радянський союз виграв війну своїми пораненими – в жодній армії світу не було такого великого відсотка повернень у бойовий стрій після

поранення. Щоправда, жодній армії світу не відомі й такі астрономічні показники санітарних втрат.

Вивчаючи літературні джерела, у котрих проведений аналіз медичного забезпечення радянської армії в ході операцій Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр., нами встановлено, що недостатньо висвітлювалась проблематика управління медичною службою. Причини, що пояснюють погане забезпечення медичної служби в радянській армії описані в монографії “Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.”, де виокремлюються такі факти, як застій критичної оцінки дій “вищої ланки” керівництва військами, зокрема і медичною службою, оскільки в цей час мало значення культу особи.

У повоєнні роки було проведено величезну роботу щодо відновлення матеріально-технічної бази охорони здоров'я та діяльності медичних закладів України.

В результаті виконання завдань, поставлених урядом перед органами охорони здоров'я, в медичних закладах України на початку 70-х рр. ХХ ст. уже працювало 157100 лікарів, зокрема в системі Міністерства охорони здоров'я Української Радянської Соціалістичної Республіки – 127300. На кожних 300 жителів республіки припадало по 1 лікарю та 3 фахівці середнього медичного персоналу. Були створені та оснащені найсучаснішою технікою бригади швидкої медичної допомоги. Ще вищого рівня швидкої медичної допомоги населенню було досягнуто після об'єднання станції з лікарнею швидкої медичної допомоги. Такі об'єднання почали функціонувати у багатьох містах України. Для покращання стаціонарної допомоги сільському населенню в поліклініках усіх центральних районних лікарень було створено спеціалізовані кабінети (з 15-20 спеціальностей), що наблизило до сільського населення багато видів спеціалізованого лікування. З метою наближення педіатричної допомоги до сільських дітей у 1971 – 1975 рр. центральні районні лікарні та сільські дільничні амбулаторії було укомплектовано лікарями-педіатрами [3].

Четвертий період – відродження державного управління охороною здоров'я – розпочався в 1991 р. з відновленням та утвердженням незалежної Української держави і тривав до 2001 р., коли відбулося скасування на її теренах радянських законодавчих актів.

У цьому періоді розвитку системи державного управління охороною здоров'я в Україні, як стверджує В.Ф.Москаленко, можна виділити три етапи: формування – 1991–1994 рр.; стабілізації – 1995–1998 рр.; поступального розвитку – 1999–2001 рр [4].

У період з 1991 р. до 2001 р. в Україні створено нормативно- правову базу системи охорони здоров'я, до якої належить 891 нормативно-правовий

акт, зокрема 140 законів, 300 постанов Верховної Ради України, 72 укази Президента України та 379 постанов Кабінету Міністрів України. Але національну правову базу охорони здоров'я України, що є важливою складовою державного управління галуззю, ще не можна вважати достатньою і досконалою [4].

ЛІТЕРАТУРА

1. Георгіївський А. С. Репресії проти керівників медичної служби в 30-ті роки / А. // Воєнно- медичний журнал. – М., 2021. – № 2
2. Медичне забезпечення армії в операціях Великої Вітчизняної війни 1941–1945 гг. – М. : Київ, 2011. – Т. 1. – С. 32–183.
3. Радиш Я. Ф. Історія військової медицини : навч. посіб. / Я. Ф. Радиш. –К., 2017. – 148 с.
4. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2023. – Ч. 1. – 396 с.

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

к.держ. упр.,

Неділько Р.В. к.держ. упр.,

ГУМЕНЧУК І.

магістр медсестринства, викладач

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Загально відомо, що в умовах сьогодення зростає потреба у висококваліфікованих сестрах медичних оскільки суспільство в умовах війни та мирному житті має велику потребу у забезпеченні якісною медичною допомогою. Наявні погляди, щодо цього питання були висвітлені на Європейській конференції з сестринської справи (Відень, 1988) де наголошувалось [1], що «...без медичних сестер немає майбутнього. Такий підхід до значимості сестринської справи як складової частини системи охорони здоров'я та особи медичної сестри залишається актуальним і на ХХІ століття».

Проаналізувавши джерела [2] можна виділити, що «...сучасне трактування ВООЗ сестринської справи містить у собі не лише визначення її місця і завдань у системі охорони здоров'я, а й чітко окреслює коло функціональних обов'язків: «...Сестринська справа – це складова частина системи охорони здоров'я, яка направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища. Сестринська справа включає в себе діяльність по зміцненню здоров'я, профілактиці захворювань, наданню психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та (або) психічні захворювання, а також непрацездатним всіх вікових груп» [1].

Загально відомим фактом є те [2], що «...на сьогодні зростає вагомість медичної сестри не тільки в Україні, а й в цілому світі. Актуальності набуває проведення порівняльної оцінки ролі медсестринства в Україні та в світі. Важливість та необхідність дослідження цієї тематики полягає в тому, що відбувається активне формування законодавчої бази в сфері медсестринства та необхідність прискорення адаптації вітчизняної нормативно-правової бази до європейських норм, зокрема це стосується кадрового забезпечення та наближення вітчизняного рівня заробітної плати медичних сестер України до світового».

Однією з найважливіших особливостей досліджуваного об'єкта є роль сестри медичної у сучасній охороні здоров'я. Найчастіше досліджуються функціональні обов'язки та можливості середнього медичного персоналу. У

порівнянні із Європейськими країнами де медична сестра є самостійною ланкою та повноправним помічником лікаря, то в Україні лише, як допоміжний персонал. Важливо зазначити, що права сестер медичних у нашій державі не є захищеними нормативно-правовими документами.

Як свідчать дані [2], «...лише декілька дуже потрібних законодавчих актів щодо роботи медичного персоналу існують на папері. Наприклад, проект Закону "Про організацію медичного обслуговування", в якому звертається увага на медичну сестру як повноцінного учасника відносин з надання медичної допомоги між пацієнтами та закладами охорони здоров'я, оскільки цим нормативом передбачається створення закладів сестринського догляду. Медичні сестри здебільшого сприймаються у нас як сестри милосердя, як помічники лікаря, хоча в цілому світі медична сестра посідає рівне місце поряд з лікарем [3].

Існуючі моделі системи охорони здоров'я в світовій спільноті формувалися під впливом різних чинників. Серед цих чинників можна виділити наступні: географічно-історичний, соціально-культурний, політико-адміністративний.

Дану проблематику вивчали у своїх дослідженнях вітчизняні науковці (В. І. Агарков, В. Г. Бідний, В. С. Бірюков, Ю. В. Вороненко, О. В. Галацан, О. М. Голяченко, Є. П. Жилиєва, В. І. Журавель, В. Ф. Москаленко, З.О. Надюк, Л. А. Пиріг, Я. Ф. Радиш, О. В. Савкіна та ін.) і зарубіжні вчені (П. Берман, С. Влодаржик, Д. Донеф, Ф. Дуїч, Г. Ленскі, Р. Салтман, С. Турек, С. Хем, Р. Шеффлер та ін.). У своїх працях висвітлювали як сильні так і слабкі сторони моделей системи охорони здоров'я [4].

Дотримання адекватного та збалансованого процесу між постійним зростанням цін на медичні послуги внаслідок науково-технічного прогресу в медичній галузі та забезпечення однаковим доступом до отримання медичних послуг усіх громадян країни, не залежно від їх фінансового стану – це є головне завдання будь якої національної системи охорони здоров'я. За допомогою вивчення світового досвіду та проведення адаптації до реалій нашої країни дасть змогу вирішити ці ключові проблеми у реформуванні медичної галузі.

В основу класифікації систем охорони здоров'я, здебільшого покладено структурний критерій, виходячи з проаналізованих літературних джерел.

Беручи до уваги соціально-політичну структуру суспільства, M.G. Field виокремлює п'ять типів систем охорони здоров'я [5]:

- класичну (невпорядковану);
- плюралістичну;
- страхову;
- національну;
- соціалістичну.

В залежності від різних рівнів соціального розвитку країн, науковий дослідник, М. Фотакі розглядає сучасну класифікацію системи охорони здоров'я.

Дана класифікація виокремлює такі моделі національних систем охорони здоров'я [5]: "...1) універсалістська (модель Беверіджа); 2) соціального страхування (модель Бісмарка); 3) „південна модель” (Іспанія, Португалія, Греція, частково Італія); 4) інституційна або соціал-демократична „скандинавська модель”; 5) ліберальна (залишкового соціального забезпечення); 6) консервативно-корпоративна (Японія); 7) латиноамериканська; 8) системи охорони здоров'я держав Східної Азії; 10) системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою”.

На думку І.А. Тогунова [6]: “...у сучасному підході до типології систем охорони здоров'я повинні переважати правові характеристики універсальних взаємовідносин лікаря й пацієнта, що визначаються фундаментальними (конституційними) свободами особистості. Адекватну цим свободам сучасну модель системи охорони здоров'я, описану й обгорнену законодавчою „оболонкою”, необхідно будувати, базуючись власне на такому принциповому підході”.

В основу класифікації покладено маркетингові (ліберальні) відносини суб'єктів системи [6]:

- натуральні моделі системи охорони здоров'я – системи, які характеризуються відсутністю або вкрай низьким рівнем правової впорядкованості відносин лікар-пацієнт;
- ринкові моделі системи охорони здоров'я – системи, які спираються у своєму функціонуванні та еволюції на об'єктивні дії економічних та інших суспільних законів, що визначають цільові взаємодії надавача й користувача медичної допомоги;
- неринкові моделі системи охорони здоров'я – системи невиробничого економічного принципу функціонування, в яких надання медичної допомоги забезпечується тотальною роллю держави;
- змішані моделі системи охорони здоров'я – системи, які поєднують і патерналістичні відносини між лікарем і пацієнтом, і ліберальну маркетингову суть таких взаємодій.

Вивчивши літературні джерела, щодо моделей системи охорони здоров'я світу можна зробити висновок про те, що за базу класифікації системи охорони здоров'я взято структурний критерій. В світі існують загальноприйняті моделі систем охорони здоров'я: модель Беверіджа, модель Бісмарка, ринкову модель, модель Семашка.

В основу моделі (системи) Беверіджа покладено фінансування з державного бюджету. В даній моделі держава виступає, як гарант у наданні всіх медичних послуг, доступності для всіх громадян не залежно від фінансового та соціального забезпечення, але при цьому пацієнт є обмеженим у виборі медичного обслуговування. Модель Беверіджа спрямовано на те, що заклади охорони здоров'я націлені на отримання фінансування з державного бюджету і

тому виникає конкуренція між державними лікувально-профілактичними закладами. Якщо розглядати пацієнта, як отримувача медичних послуг, то дана модель є для нього економічно вигідною, але не комфортною, оскільки пацієнт не може самостійно обирати повний спектр медичних послуг, які необхідні в даній ситуації. Беверідж заклав у свою модель три базових принципи, а саме: універсальність, єдність та інтеграцію.

Країнами, в основі системи охорони здоров'я яких лежить система Беверіджа, є Великобританія, Італія, Канада, Скандинавські країни. Зрозуміло, що у всіх цих країнах є і власні національні особливості цієї системи.

Перевагами системи охорони здоров'я Беверіджа є такі:

- доступність і безоплатність медичної допомоги усім верствам населення держави;
- надійність одноканального механізму фінансування (державний бюджет) з державним контролем фінансових витрат у галузі;
- багатокомпонентна економіка охорони здоров'я на основі загальнодержавної власності;
- високий рівень адміністративної керованості системи, ефективніше управління й координація діяльності за умови надзвичайних ситуацій;
- гарантований рівень оплати наданої медичної допомоги та медичних послуг;
- можливість швидкого впровадження змін у систему охорони здоров'я на всіх її рівнях;
- відсутність конкуренції у сфері надання медичних послуг (із збереженням прихованої конкуренції за розподіл державних фінансових ресурсів, які виділені бюджетом для фінансування медичної допомоги та медичних послуг);
- централізоване планування і сталий розвиток інфраструктури галузі;
- пріоритетність профілактики, а також амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та швидкої медичної допомоги в охороні здоров'я;
- державний контроль і нагляд за якістю надання медичної допомоги та медичних послуг.

До недоліків системи охорони здоров'я Беверіджа фахівці [7] відносять такі положення :

- одностороння монополія держави на медичну допомогу і послуги;
- економія витрат бюджету на охорону здоров'я;
- незацікавленість системи в інноваційних змінах;
- недостатній розвиток системи первинної медико-санітарної допомоги;
- залежність доступності медичної допомоги від рівня фінансового забезпечення системи охорони здоров'я;

- відсутність економічних стимулів до підвищення якості надання медичної допомоги, розширення її обсягу;
- невисокий рівень стандартів медичного обслуговування;
- низький рівень задоволеності пацієнтів якістю надання медичної допомоги (соціальною доступністю, рівнем обслуговування, участю в лікуванні);
- високий рівень медико-етичних конфліктів між надавачами й користувачами медичної допомоги;
- обмежений доступ пацієнтів до якісних високоспеціалізованих медичної допомоги та практична відсутність контролю споживачів медичної допомоги за якістю її надання;
- відсутність правових, економічних, соціальних умов для формування адекватного конкурентного середовища в галузі надання медичної допомоги;
- неефективне використання ресурсів охорони здоров'я, виділених на галузь;
- слабка (подекуди – відсутня) кореляція заробітної платні медичних працівників з обсягом, якістю та ефективністю наданої пацієнтам медичної допомоги, що призводить до певного дефіциту медичних кадрів;
- авторитарний стиль керівництва галуззю на всіх її рівнях.

Вищеперераховані особливості системи охорони здоров'я Беверіджа можуть надавати пріоритет цій моделі системи охорони здоров'я в умовах соціального суспільства, виступаючи засобом соціального захисту широких верств населення. Виявлені під час аналізу недоліки, які заважають максимально ефективній організації діяльності системи, піддаються корекції або усуненню. Чинники, які лежать в основі кожного недоліку, можуть бути подолані за умови створення адекватного для кожного з них механізму оптимізації [4].

Модель Бісмарка (система соціального страхування). При даній моделі роль держави базується на регулюванні законодавчих актів та нормативно-правових документів, та виступає як гарант у стабільності функціонуванні системи охорони здоров'я. Система соціального страхування базується на фінансуванні щодо надання медичних послуг громадянам переважно за рахунок обов'язкових внесків коштів (соціального страхування) на випадок хвороби. Працівники та працедавці є основними наповнювачами фінансів даної моделі. Позитивні моменти в даній моделі соціального страхування є те, що вона забезпечує економічну ефективність, медичну результативність та, що є не мало важливим, соціальну справедливість.

Суб'єктами ринку медичних послуг є лікарі та лікувально-профілактичні заклади, які пропонують свої послуги, страхові заклади (лікарняні каси), через які здійснюється оплата медичних послуг і нестраховані пацієнти.

Країнами, в основі системи охорони здоров'я яких лежить система Бісмарка, є Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Франція. Зрозуміло, що у всіх цих країнах є і власні національні особливості цієї системи.

Перевагами системи охорони здоров'я Бісмарка є такі:

- децентралізований тип фінансування галузі;
- право вибору лікаря, місця й умов отримання медичної допомоги;
- чіткий розподіл управлінських функцій між державними органами, органами, які здійснюють фінансування, і надавачами медичної допомоги;
- наявність конкуренції між суб'єктами ринку медичних послуг: страховими компаніями, лікувально-профілактичними закладами, вільно практикуючими лікарями;
- підвищений рівень контролю за якістю медичних послуг і фінансових витрат на її надання;
- забезпечення солідарної оплати медичної допомоги населенням;
- дієздатність економічних механізмів управління ринковою моделлю системи охорони здоров'я.

Негативними моментами системи охорони здоров'я Бісмарка вважаються такі [3; 6; 7; 8;]:

- нерівномірність територіального та соціального доступу до ринку медичної допомоги для різних категорій населення;
- неадекватне реальним витратам підвищення ціни на медичні послуги;
- значні фінансові витрати на утримання аналітично-адміністративного персоналу для управління та фінансового обслуговування розрахунків страхових організацій з лікувально-профілактичними закладами та окремими вільно практикуючими лікарями, а також на правовий супровід відносин суб'єктів ринку медичних послуг;
- неналежний контроль за діяльністю медичного персоналу, який надає медичні послуги;
- незацікавленість у пацієнтах, які належать до групи високого ризику здоров'я; тривало- і частохворіючих або тих, хто не володіє соціальним страховим полісом;
- низький відсоток використання у діяльності стратегічного (довготривалого) планування;
- незацікавленість у зміцненні здоров'я населення й підвищенні рівня його санітарно-просвітніх знань;
- почастишання випадків надання клінічно необґрунтованої медичної допомоги [4].

Індивідуальну відповідальність за власне здоров'я покладено в основу ринкової (ліберальної) моделі охорони здоров'я. Основною складовою даної системи виступає ринок медичних послуг, де є закладено обсяг, структура та

вартість лікувально-профілактичної допомоги. При цьому роль держави є обмеженою, а фінансування із суспільних фондів – відносно незначне. Отже до позитивних моментів даної системи можемо віднести високоякісний лікувально-діагностичний процес, а до негативних – обслуговування є дуже дороговартісне, тому соціально вразливі верстви населення мають обмежений доступ до медичної допомоги.

Модель (система) Семашка базується на виключному фінансуванні системи охорони здоров'я на з державного бюджету. Дана модель пропонує виступити гарантом при наданні медичних послуг суто державі, а також вона має регламентувати, регулювати та забезпечувати функціонування системи охорони здоров'я. Країни з централізованим управлінням, патерналістською ідеологією та нормативно-розподільчою економікою є прикладом даної системи. Модель Семашка забезпечує економічну ефективність та на високому рівні медичну результативність, але є соціально справедливою для населення. Прикладом функціонування системи охорони здоров'я України є модель Семашка. Фінансування даної галузі здійснюється за рахунок державних, місцевих бюджетів та контролюється державою. В нашій державі система охорони здоров'я складається з закладів охорони здоров'я усіх форм власності, а саме державних, комунальних, приватних та колективних.

Класифікації закладів охорони здоров'я нашої держави полягає у наступному:

I. За видами:

1. лікувально-профілактичні;
2. санітарно-профілактичні;
3. санаторно-курортні;
4. науково-медичні;
5. аптечні;
6. фізкультурно-оздоровчі.

II. За рівнями:

1. базовий;
2. регіональний (Автономна Республіка Крим, міста Київ і Севастополь, області);
3. державний.

Найвагомішим в системі охорони здоров'я є базовий рівень, оскільки він містить в своїй структурі сільські адміністративні райони, сільські та міські населені пункти. Вагома частина населення користується послугами охорони здоров'я саме на цьому рівні. Первинна й спеціалізована медична допомога населенню надається переважно у цих лікувальних установах. Діяльності національної системи охорони здоров'я прямопропорційна ефективності послуг охорони здоров'я на базовому рівні.

Регіональний рівень виходить за межі компетенції базового рівня, так як на цьому рівні здійснюються прогнозування, планування та організація заходів охорони громадського здоров'я. Консультативну діяльність та надання висококваліфікованої медичної допомоги забезпечують обласні лікувальні заклади охорони здоров'я.

Стратегія розвитку медичної галузі та формування політики у сфері охорони здоров'я здійснюється на державному рівні.

Зібрані та проаналізовані факти діяльності системи охорони здоров'я України дозволяють зробити висновки про те, що не забезпечується ефективний та результативний процес збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення. На сьогоднішньому етапі функціонування даної моделі Семашка є суперечливим на фоні нових політичних та соціально-економічних реальностей, що є наслідком незадовільного стану громадського здоров'я нації. Суперечливі протиріччя стали причиною проблем які характерні для стану трансформації (реформи) в яких перебуває суспільство та держава. Вирішення протиріччя можливе лише за умови глобальної реформи охорони здоров'я України. Мета реформи: здійснення довготривалих дій, які націлені на перетворення системи охорони здоров'я в дійсно відкриту динамічну систему, що спроможна змінюватися залежно від змін у соціально-економічному навколишньому середовищі. Зміст реформи має бути наповнений впровадженням принципів соціальної справедливості, солідарності та участі громадян у формуванні та оцінюванні результатів державної політики у сфері охорони здоров'я.

Базуючись на міжнародний досвід для фінансування галузі охорони здоров'я можна поділити на три основні моделі фінансування:

- фінансування галузі охорони здоров'я із громадських фондів споживання;
- фінансування галузі з приватних фондів;
- мішане фінансування галузі охорони здоров'я.

Система фінансування медичної галузі вказує за яким напрямком буде організований менеджмент галузі.

Провівши наукову розвідку нами встановлено, що в країнах світу моделі фінансування медичної галузі створювалася роками і залежала від низки чинників:

- історичні особливості розвитку країни ;
- досвід розвитку системи охорони здоров'я.

Аналізуючи моделі фінансування багатьох країн можна сказати, що фінансування не може бути в стандартному вигляді, а є мобільним, тобто піддається зовнішнім впливам і змінюється.

У країнах з розвиненим медичним обслуговуванням незалежно від системи організації системи охорони здоров'я здійснюється жорсткий контроль за видатками на медичну галузь, що формується за такими принципами:

- заморожування фінансування галузі на досягнутому рівні, тобто нульове збільшення витрат;
- стабілізація витрат на охорону здоров'я у відсотковому відношенні до національного доходу або до валового внутрішнього продукту;
- загальні темпи підвищення рівня витрат на рівні темпів інфляції у країні;
- від'ємні темпи приросту обсягу витрат;
- збільшення загальних витрат на охорону здоров'я в обумовлених межах;
- розмір витрат на охорону здоров'я пов'язується з обсягом надходження податків або внесків до страхових фондів [8].

В усіх країнах світу постійно модифікуються та удосконалюються принципи видатків на галузь охорони здоров'я.

Основні моделі організації охорони здоров'я:

1. Ринкова модель організації охорони здоров'я.

Ринкова модель організації охорони здоров'я передбачає приватне фінансування галузі. Реалізація такої моделі не передбачає фінансування з громадських фондів. Роль держави обмежується:

- законодавчими актами, що регулюють відносини суб'єктів ринку медичних послуг;
- окремими програмами, що фінансуються з державного бюджету.

За цієї моделі галузь фінансується з таких джерел:

- приватних страхових фондів охорони здоров'я;
- внесків з приватних джерел;
- прямих виплат виробнику медичних послуг;
- комбінації зазначених трьох джерел фінансування.

Медичне страхування здійснюється на приватних засадах, хоча й забезпечується через роботодавців шляхом добровільного медичного страхування.

Як правило, країни разом з ринковою моделлю використовують й інші або при запровадженні ринкової моделі організації охорони здоров'я застосовують комбіноване приватне та суспільне фінансування.

2. Соціальна модель охорони здоров'я

Особливість соціальної моделі полягає у системі фінансування, що базується на збиранні коштів до громадського фонду медичного забезпечення. Для цього використовують такі канали:

- податки до громадських фондів;
- внески до громадських фондів медичного страхування;
- мішану систему фінансування.

Громадський фонд охорони здоров'я формується залежно від розмірів доходів. Проте податкування може й не залежати від розміру доходів.

Система фінансування з громадських фондів може бути мішаною, що реалізується за рахунок як податків, так і страхових внесків.

За рахунок податків здійснюється фінансування сфери охорони здоров'я в Ірландії, Великобританії, Швеції, Фінляндії, Канаді та Іспанії.

На суспільному страхуванні базується система фінансування сфери охорони здоров'я в Бельгії, Франції, Німеччині, Японії, Люксембурзі та Нідерландах.

Кошти до громадського фонду можуть збиратися на основі:

- загальнодержавної (федеральної) системи оподаткування;
- регіональної (провінційної) системи оподаткування;
- системи податків місцевого значення;
- комбінації трьох зазначених систем оподаткування [7].

Отже, проаналізовано різні моделі функціонування систем охорони здоров'я. Варто зазначити, що модель Семашка функціонувала донедавна. А реформи, які відбуваються в українській охороні здоров'я передбачає сучасну систему охорони здоров'я, яка наближена до європейської. Оскільки впроваджуються найкращі сучасні практики у наданні медичної допомоги та менеджментування системи загалом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Резолюція Асамблеї ВООЗ 42.27 42 сесії ВВОЗ (1989) URL: <http://www.who.dk/document/e71523R.pdf>
2. Безкоровайна У. Ю. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та світі. Інвестиції: практика та досвід. 2016. № 15. С. 88–92.
3. Глуховський В.В., Гойда Н.Г. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України // Охорона здоров'я України. – 2022. – № 4 (11). – С.25–30.
4. Безкоровайна У.Ю. Удосконалення механізмів державного регулювання надання медичної допомоги і послуг середнім медичним персоналом в Україні: дис. канд. наук з держ упр: 25.00.02 Запоріжжя, 2018 с.208 .
5. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку// Державне управління: удосконалення та розвиток № 2, 2021 URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=658>
6. Пашенко В.М. Підприємницька діяльність та управління фінансами в охороні здоров'я. – К., 2022. – 478с
7. Голяченко О.М. Реорганізація української охорони здоров'я в умовах перехідного періоду /О.М. Голяченко//Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я: матеріали наук. конф. Частина II. / За ред. В.О. Колоденка. – Одеса: ОФ УАДУ, 2021. – С. 53-62.
8. Медичне право України: Збірник нормативно-правових актів // Упоряд. і наук. ред. Н.Б. Болотіна. – К.: Видавничий Дім “Ін Юре”, 2021. – 412 с.

СИМКАНИЧ Н.Д.,

викладачка

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

РОЗШИРЕННІ КОМПЕТЕНТНОСТІ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ В УКРАЇНІ – РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ

Ще у 1988 році, у Відні, під час проведення Європейської конференції із сестринської справи, наголошувалося, що без сестер чи братів медичних не має майбутнього в системі охорони здоров'я будь якої країни світу. Такий підхід до визнання важливості медичної сестринської справи в системі охорони здоров'я і самої професії медичної сестри чи медичного брата залишається актуальним і у XXI столітті. Аналіз європейських досліджень та документів щодо ролі медичних сестер/братів у суспільстві підтверджує, що ця професія стає все більш значущою, як в Україні, так і в усьому світі. Актуальність цієї теми полягає в тому, що наразі активно формується законодавча база у сфері медсестринства, і є необхідність у швидкому адаптуванні національного законодавства до європейських стандартів. Це особливо стосується питань кадрового забезпечення і приведення рівня заробітної плати сестер/братів медичних в Україні у відповідність до світового рівня.

Відповідно до визначення, запропонованого Європейським регіональним бюро ВООЗ, модель допомоги – це концепція, яка постійно розвивається щодо того, як слід надавати послуги. Розвиток моделі допомоги передбачає зміни в процесах надання допомоги у відповідь на зміни, в тому числі в структурі допомоги, організації надавачів послуг, управлінні послугами, а також постійне вдосконалення роботи. Послуги, що надаються, повинні відповідати потребам населення у сфері охорони здоров'я (наприклад, потребам пацієнтів з хронічними хворобами та літніх людей) і спроможності чинної системи охорони здоров'я відповідно до опису ВООЗ [1].

У сьогоденному медсестринському просторі, все частіше ведуться дискусії, щодо розширення компетентностей сестер/братів медичних. Це вкрай гостре питання, яке має значене підґрунтя. У поняття розширених компетентностей сестри/брата медичних закладаються питання кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, економічна складова, розподіл часового навантаження на медичних працівників, а також перерозподіл компетентностей медичних працівників.

Глобальні рекомендації щодо раціоналізації кадрових ресурсів системи охорони здоров'я пропонують перерозподіл професійних обов'язків як один зі способів закриття дефіциту робочої сили для покращення доступу до медич-

них послуг. Такий перерозподіл передбачає раціональний розподіл завдань між різними категоріями працівників у сфері охорони здоров'я. Окремі функціональні обов'язки переносяться від висококваліфікованих медичних працівників до медичних працівників з коротшим навчанням і нижчим рівнем кваліфікації там, де це доречно, з метою ефективнішого використання наявних людських ресурсів. Слід зазначити, що перерозподіл обов'язків не усуває необхідності збільшення загальної кількості медичних працівників у випадку їх дефіциту, включаючи висококваліфіковані кадри, такі як лікарі. Перерозподіл обов'язків зазвичай розглядається як одна з інтервенцій поряд з іншими, що мають включатися до стратегії подолання дефіциту кадрових ресурсів. Дослідження первинної і вторинної ланок медичної допомоги в Україні свідчать, що лікарі часто виконують роботу, яка належить до функціональних обов'язків середнього медичного персоналу (наприклад, оформлення направлень на дослідження/стаціонарне лікування або виконання певних лікувально-діагностичних процедур). У більшості випадків це відбувається через дефіцит медичних сестер. Обернена взаємодія, коли медсестри виконують частину «традиційно» лікарських функцій, скоріше, є винятком. Поширеним є підхід, що лікарі та медичні сестри мають чіткий розподіл функцій, і медсестри не можуть виконувати функції лікарів, оскільки не мають відповідної освіти чи навичок. Проте перерозподіл обов'язків щодо роботи з документацією сприймається більш позитивно, є неформальна практика перерозподілу цих обов'язків між лікарем та медсестрою. Значну частину робочого часу медпрацівники витрачають на опитування скарг, збір анамнезу та проведення первинного обстеження, повторного огляду, призначення аналізів/направлення на обстеження [2].

За даними дослідження Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» [3] у ЦПМСД це в середньому становить половину загальних затрат часу на амбулаторний прийом, а у спеціалізованих закладах – третину амбулаторного прийому. У випадку командної роботи, коли в наданні таких послуг беруть участь і лікар, і медична сестра, є суттєві відмінності в розподілі затрат часу за типом медичної допомоги. У ЦПМСД дві третини загальних затрат часу на цю послугу припадають на лікарів, а у спеціалізованих закладах – на медсестер. Проведення вторинного обстеження – це здебільшого функціонал лікарів як на первинній ланці, так і у спеціалізованій допомозі. Тільки близько десятої частини затрат часу на цю послугу є роботою медичних сестер. Затрати часу на призначення досліджень і видачу направлень приблизно однаково розподіляються між лікарями та медичними сестрами як у ЦПМСД, так і у спеціалізованих ЗОЗ. Слід зазначити, що варіації в затратах часу лікарів та медичних сестер на виконання певної послуги здебільшого є результатом того, як організовано процес заповнення медичної документації, а не перерозподілу власне клінічних послуг. Фактично більші затрати часу медичних сестер у спеціалі-

зованих ЗОЗ на первинному обстеженні можна пояснити тим, що значну частину документації в рамках надання такої послуги заповнюють медсестри, а не лікарі [2].

Досліджуючи дану проблематику, встановлено, що у країнах Європи сестри/брати медичні є пріоритетною рушійною силою розвитку ролі медсестринства з розширеними повноваженнями, оскільки тут є фінансова вигода, яка полягає в тому, що сестра/брат медичні можуть надавати аналогічні медичні послуги чи допомогу з меншими витратами, аніж лікарі. Також встановлено, що європейські сестри/брати медичні можуть самостійно проводити первинний огляд пацієнта, формувати попередній діагноз, самостійно складати плани лікування, скеровувати та аналізувати результати лабораторних досліджень та інструментальних методів обстеження, виконувати спеціальні медсестринські завдання та завдання з підвищення обізнаності пацієнтів про їх захворювання, здійснювати патронаж у громаді, самостійно забезпечувати лікування хронічних хвороб (наприклад таких, як гіпертензії, цукровий діабет, гіперліпідемії, хронічна ниркової недостатності в термінальній стадії та інші хронічні захворювання) у дорослих пацієнтів, визначає черговості надання медичних послуг. Може проводити деякі процедури екстреної допомоги (зокрема, екстрену інтубацію чи трахеотомію). Сестри/брати медичні мають право замовляти консультації лікарів, проводити профілактичні огляди для населення, замовляти вакцини, призначати вакцинацію, складати комплексні плани реабілітації для пацієнтів. Розширенні повноваження чи компетентності європейського медсестринського персоналу чітко залежать від рівня отриманої освіти. Також варто зазначити, що у багатьох країнах Європи, на Законодавчому рівні, прописані розширені компетентності медсестринського персоналу.

Практика медсестри з розширеними повноваженнями поєднує дослідження, освіту, практику й управління, враховує високий рівень професійної автономії та незалежної практики, що передбачає: ведення пацієнтів/власних пацієнтів, високі навички оцінювання стану здоров'я, навички прийняття рішень та обґрунтування діагнозу, визнані клінічні компетентності високого рівня; надання консультаційних послуг надавачам послуг охорони здоров'я; планування, впровадження та оцінювання програм; функціонування визнаної першої точки контакту для пацієнтів. Кожна країна має власні конкретні норми щодо практики медсестер з розширеними повноваженнями, де передбачені: право встановлювати діагноз; повноваження призначати ліки; повноваження призначати лікування; повноваження направляти пацієнтів до інших фахівців; повноваження госпіталізувати пацієнтів; законодавство щодо присвоєння та захисту звання «Медсестра з розширеними повноваженнями»; законодавство чи інша форма регуляторного механізму, що спеціально стосується

медсестер з розширеними повноваженнями; офіційно визнані звання для медсестер, які виконують ролі з розширеними повноваженнями [4].

Підводячи підсумки, можна зазначити, що:

1. Сучасна медицина постійно розвивається, і медичні сестри/брати повинні відповідати міжнародним стандартам та впроваджувати сучасні методи і технології. Розширення компетентностей може включати в себе оновлення теоретичних знань і навичок у медсестринстві, таких як передові методи лікування та діагностики.

2. Зміна демографічних, епідеміологічних та соціокультурних факторів може призводити до нових викликів у галузі охорони здоров'я. Розширення компетентностей сестер/братів медичних може допомогти їм ефективніше реагувати на ці виклики та надавати якісні послуги населенню.

3. Підвищення компетентностей медичних сестер/братів вимагатиме удосконалення системи медсестринської освіти в Україні, включаючи підготовку до нових обов'язків та функцій.

4. Розширення компетентностей може дозволити сестрам/братам медичним брати більш активну участь у прийнятті рішень у плануванні та наданні медичної допомоги, що сприяє більшому залученню цих професіоналів до управління процесами в охороні здоров'я.

5. Якщо медичні сестри/брати володіють розширеними компетентностями, це може зробити їх більш конкурентоспроможними на міжнародному ринку праці, що може мати позитивний економічний вплив на Україну.

Отже, розширення компетентностей сестер/братів медичних є важливим завданням для підвищення якості медичної допомоги та адаптації до змін у галузі охорони здоров'я України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Integrated care models: an overview. (2016). World Health Organization. Regional Office for Europe.
2. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.
3. Аналіз робочого навантаження, мотиваторів та стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte. Київ, 2017. 236 с.
4. Роль медсестер у наданні первинної медичної допомоги: сучасні моделі
Автори: Тетяна Степурко, Грєет ван Малдерен та ін. Вісник Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти», 2022. 27 с. URL: <http://surl.li/ljiak> (дата звернення – 22.09.2023 року).

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

к.держ. упр.,

НЕДІЛЬКО Р.В.

к.держ. упр.,

НАЛИВАЙКО Л.М.

магістр медсестринства, викладач

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

АНАЛІЗ ПРОФОРІЄНТАЦІЙНОЇ РОБОТИ В КРАЇНАХ З РОЗВИНУТОЮ РИНКОВОЮ ЕКОНОМІКОЮ

Одним із найважливіших кроків у житті є вибір професії. Адже займатися тим, що тебе цікавить, приносить радість, – одна з умов відчуття життєвої повноцінності. У кожної людини є свобода вибору. Вибір існує щоденно, щохвилини. Різний за своєю серйозністю. Неоднаковий за своїми наслідками. Вибір професії – чи не найголовніший чинник того, як складеться твоє подальше життя та як ти в ньому будеш себе почувати. Адже всім хочеться не лише заробляти гроші, але й реалізувати свій потенціал та отримувати справжнє задоволення від своєї діяльності.

Профорієнтаційна робота – це робота з учнями щодо озброєння підлітків визначеною сукупністю знань про соціально-економічні і психофізіологічні особливості різних професій, умов правильного вибору однієї з них, інформації про канали працевлаштування, вимог до прийому на роботу і т.д. Це напрям роботи, в якому систематизуються відомості про зміст та перспективи сучасних професій, форми й умови оволодіння різними спеціальностями, стан та потреби ринку праці [1].

На початку ХХ століття у розвинутих країнах, а саме США, Англії, Німеччині почали зароджуватися перші приватні служби професійної орієнтації. Згодом вони трансформувалися в численні бюро, кабінети та інститути.

Аналізуючи наукові джерела можна констатувати, що у країнах з розвинутою економікою існує та працює дуже потужна мережа різноманітних служб, які проводять профорієнтаційну роботу серед учнів шкіл. Також нами досліджено, що їхня мережева система профорієнтації немає єдиного чіткого чи систематизованого підходу до такого роду діяльності.

Досліджуючи мережу профорієнтаційної роботи у США можна констатувати, що структура системи характеризується високим ступенем централізації. До її складових елементів можна віднести державні та приватні агентства зайнятості, які виконують профорієнтаційну роботу, чи професійно-консультативну роботу. Також ці агентства проводять різноманітні тестування

осіб, які звертаються по допомогу у працевлаштуванні. Вкрай розвинуто при агентствах зайнятості, такий вид роботи як допомога молоді- цим займаються спеціально створені відділи.

У 1994 р. у США був прийнятий акт під назвою «School to Work», відповідно до якого головним національним багатством країни оголошуються висококваліфіковані, освічені та гнучкі кадри. Згідно з цим документом пріоритетним завданням є підготовка учнів і студентів до майбутньої роботи та кар'єри шляхом об'єднання академічних і професійно-технічних знань, завчасного вибору робочого місця, підтримка зв'язку між освітніми закладами та підприємствами. Широкий розвиток у США дістали спеціальні центри профорієнтації при школах, коледжах і університетах, які пропонують широкий спектр профорієнтаційних послуг – від профконсультації до профвідбору. [26].

Основну практичну роботу з профорієнтації серед учнів проводять штатні професійні консультанти. Профорієнтаційна робота починається з останніх класів початкової школи у формі бесід, індивідуальних та групових консультацій, тестування з метою виявлення нахилу і здібностей учня. На кожного учня складається персональне дос'є, на основі якого даються профрекомендації. В університетах США є власні служби професійної кар'єри. Консультанти цих служб розробляють плани працевлаштування та проводять профорієнтаційну роботу, вони складають картотеку студентів, де визначаються індивідуальні профорієнтаційні характеристики, та картотеку підприємців – потенційних роботодавців; визначають канали контактів з ними з питань найму; підбирають із числа студентів кандидатури, які відповідають вимогам щодо конкретних робочих місць [2].

Порівнюючи профорієнтаційну роботу США та Канади, можна стверджувати, що в останній сформовано багатоступеневу систему профорієнтації. У Канаді створені понад 400 інформаційних центрів сприяння найму. Їхня діяльність починається з розроблення та написання профорієнтаційних програм, які розраховані на учнів шкіл. У програмах акцентується увага на вибір майбутньої професії та підготовці до самостійного фахового життя. Дуже багато часу приділяється праці учнів під час літніх канікул, де їх ознайомлюють з різними видами людської діяльності. Попри те функціонують спеціалізовані центри профорієнтаційної роботи, які мають назву «Центри вибору». У цих центрах існують спеціально розроблені комп'ютерні тестування, які визначають професійну придатність особи до того чи іншого фаху.

У західних країнах термін «професійна орієнтація» трансформувалася в термін «розвиток кар'єри»-«Career development». Програма «Career development» містить наступні складові:

- ✓ Інформаційний блок про майбутню фахову кар'єру;
- ✓ Workshops з представниками різних професій;

- ✓ Ознайомчі екскурсії на підприємства та робочі місця;
- ✓ Одержання досвіду роботи;
- ✓ Створення спеціальних центрів кар'єри.

Вивчаючи досвід проведення профорієнтаційної роботи в Англії, нами встановлено, що таким родом діяльності займаються державні органи влади. При Міністерстві з питань зайнятості діє Комісія з трудових ресурсів, головною функцією якої є підготовка та проведення заходів з профорієнтаційної роботи. Комісії з трудових ресурсів підпорядкована служба професійної кар'єри молоді та Національна консультативна рада з професійної кар'єри. Паралельно з державними установами, які займаються профорієнтаційною роботою працюють приватні організації, які досліджують та вивчають питання проблематики профорієнтації в Англії та розвинених країнах світу.

Провівши наукову розвідку, щодо організації та провадження профорієнтаційної роботи у Німеччині можна констатувати, що найвищим органом управління профорієнтацією та працевлаштуванням населення є Федеральний інститут зайнятості, який підпорядковано Міністерству праці та соціальної політики. Цільовою аудиторією цих інститутів зайнятості є учні шкіл та частково студентство закладів вищої освіти. Варто зазначити, що для позитивної комунікації діяльності Інституту зайнятості та загальноосвітніх шкіл з питань профорієнтації і працевлаштування учнів на постійній основі функціонує Федеральна комісія зі зав'язків. Головними аспектами діяльності Інституту зайнятості є :

- ✓ ознайомлення учнів з професіями;
- ✓ тестування;
- ✓ консультаційна робота з питань професій;
- ✓ розробка суспільних заходів керівництва шкіл та організацій батьків щодо профрекомендацій стосовно вибору професій.

Розглянувши країни Європи з питання профорієнтаційної роботи, можна зазначити, що у Франції є чітко структуровано, централізовано та регламентовано роботу у даному напрямку. Питаннями профорієнтації опікуються Національне бюро з освіти та професійної інформації, Центр професійної інформації та орієнтації, Національне агентство зайнятості. Розробленням та впровадженням методичних рекомендацій з професійної інформації та профорієнтації займається Національне бюро з освіти та професійної інформації. Дане бюро здійснює загальну методичну роботу з профорієнтації, готує аналітичні огляди та організовує дослідження, за результатами яких складають прогнози. Регіональні та місцеві відділення є структурними підрозділами Національного бюро зайнятості, на яких покладена відповідальна місія збирання та поширення інформації на місцевому рівні. Співробітники Центру професійної інформації та орієнтації координують роботу з профорієнтації у школах, яка

здійснюється згідно із Законом про освіту та вимагає оцінювання здібностей учнів, починаючи з початкових класів і послідовної роботи з профорієнтації та профвідбору протягом усього періоду навчання.

Так, у Швеції 90% випускників шкіл продовжують навчання у системі професійної підготовки або в навчальних закладах, які готують до вступу до ВНЗ. У цій країні у молодій людини є можливість вибору 25 напрямів продовження освіти зі строками навчання від 2 до 4 років залежно від спеціальності. Обов'язкова тут виробнича практика не тільки для учнів, але і для викладачів, кожен з яких має або відпрацювати три місяці на рік на виробництві, або постійно виконувати виробничі завдання для оновлення своїх знань і навичок [3].

Мало досліджувалися країни Сходу, тому ми зацікавилися, як проводиться профорієнтаційна робота у Японії. Тим паче, на даний час Японія є сучасною, високо розвинутою країною. Профорієнтаційна робота має свої особливості, які обумовлені ексклюзивною системою освіти та розпочинається у школах і продовжується у вищих навчальних закладах. У Японії створена та функціонує Державна служба забезпечення зайнятості, яка є базою державної системою профорієнтації. Професійно-орієнтаційна робота стартує за два роки до випуску школярів середньої школи. У школах запроваджуються спеціальні курси, де учні мають можливість ознайомитися з професіями, які існують у сучасному світі. Вище зазначені курси проводять працівники Державної служби забезпечення зайнятості та пріоритетними питаннями є проведення групових бесід, тестувань, професійного відбору для подальшого навчання та працевлаштування.

У Скандинавських країнах широко розповсюджені «освітні гуртки» для ознайомлення з тією чи іншою професією.

На сьогоднішній час можна сказати, що пріоритетними завданнями різноманітних служб профорієнтаційної роботи у країнах з розвинутою економікою є широкоформатне інформування населення, особливо учнів шкіл та студентів, щодо вибору майбутньої професії та подальшого працевлаштування а й можливості перепрофілювання.

Отже, можемо зробити певні висновки з досліджуваного питання, а саме:

- ✓ під професійною орієнтацією розуміють науково обґрунтовану систему форм, методів і засобів впливу на тих, хто навчається і працевлаштовує осіб, що сприяє своєчасному залученню їх до суспільного виробництва, раціональної розстановки, ефективного використанню і закріпленню за місцем роботи на основі об'єктивної оцінки та урахування схильностей, здібностей та інших індивідуальних якостей людини;
- ✓ професійна орієнтація як система складається з чотирьох взаємозалежних етапів: професійної інформації, професійної консультації,

професійного відбору (підбору), професійної та соціальної підготовки та адаптації;

- ✓ Робота з професійної орієнтації припускає здійснення двох головних напрямків – формування в молоді особистісних орієнтацій та інтересів з урахуванням потреб виробництва; приведення у відповідність особистісних орієнтацій молоді з можливостями їх реалізації.

Для дослідження ефективності проведення профорієнтаційної роботи серед школярів м. Львова та Львівської області нами було роблено опитувальник та проведено анонімне анкетування. В анкетуванні нами охоплено 576 учнів загальноосвітніх шкіл з 9-ти по 11 класи. Метою анкетування було дослідити які методи та засоби профорієнтації ефективно впливають на вибір майбутньої професії за закладу вищої освіти в якому хочуть здобувати освіту за профілем.

При аналізі анонімного анкетування ми отримали наступні дані:

- На думку учнів найефективніша інформація про ЗВО вони можуть почерпнути із сучасних комунікативних ресурсів, а саме соціальна мережа Facebook – 35, 6% (205 ос), Instagram-34 % (196 ос.) на другому місці на думку учнів – засоби масової інформації TV- 18,2 % (105 ос.) на третьому місці – показові тренінги та майстер-класи за спеціальностями- 4.93% (28 ос.) і практично мало отримують з преси -3.8 % (22ос.) та бесіди, лекції з викладачами ЗВО-3.47% (20 осіб.), це свідчить про те, що молодь сьогодення надають переваги інтернет ресурсам , як сучасному засобу комунікації та швидкому отриманню інформації.
- На запитання, що стосувалося, яка форма інформації про ЗВО вам цікава?

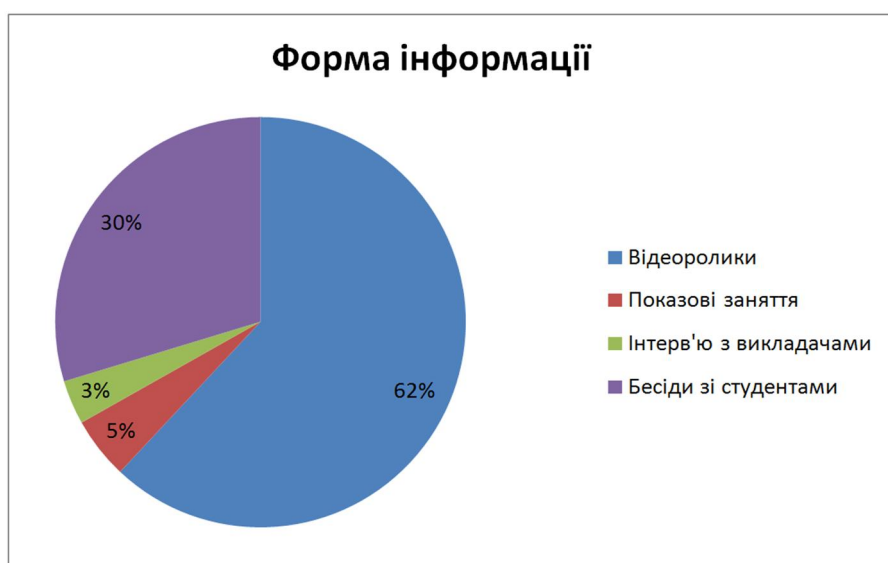


Рис. 1

З даної секторної діаграми можна припустити, що учні надають перевагу відеокейсам, про заклад вищої освіти. А показові заняття є малоефективними у рекламі.



Рис.2

На даній секторній діаграмі видно, що при виборі закладу освіти учні шкіл звертають увагу на престижність закладу 27% респондентів (157 ос.) . На можливість стажування за кордоном під час навчання звертають увагу 26% респондентів (149 осіб), на відгуки випускників 18% респондентів (103 ос.) , та сучасні методи викладання цікавлять 17% респондентів (99 ос.), на участь в грантових проєктах звертають увагу 12 % респондентів (68 ос.). Це свідчить про те, що сучасний учень дбає про те що він хоче навчатися у престижному закладі вищої освіти , де працюють потужні науково-педагогічні та педагогічні працівники, які вміють забезпечити сучасну освітню траєкторію для студентів та надати якісну освіту.

Наступне запитання стосувалося інформації, яка містяться на веб сайтах закладів вищої освіти. Практично 85, 6 % респондентів відповіли, що їм достатньо цієї інформації, яка міститься на веб-сайтах ЗВО.

Тому можна констатувати, що кожен заклад вищої освіти дбає про свій інтерфейс на веб сайтах та подає вичерпну інформацію про освітній процес та спеціальності закладу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Профорієнтаційна робота. URL: <http://hust1.school.org.ua/proforientacijna-robota-09-45-48-02-11-2020/>
2. Організаційні аспекти профорієнтаційної роботи в країнах з розвинутою ринковою економікою URL: <https://buklib.net/books/33199/>

ШЕГЕДИН А.С.,
студентка І-го курсу
спеціальності «223 Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.
канд. держ.упр.,
Львівська медична академія
ім.А.Крупинського

ОСВІТА З УРАХУВАННЯМ КОНФЛІКТУ: КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ТА ПІДХОДИ

Сучасна цивілізація глибоко вражена кризою непорозуміння. Про це свідчить велика кількість соціальних конфліктів, які впродовж останніх десятиліть вирують у різноманітних точках земної кулі. У той час як найбільш розвинені країни світу мають амбітні економічні плани на майбутнє, у таких країнах як Колумбія, Сирія, Туреччина, Україна, Індія, Пакистан, Ізраїль, Палестина, Лівія досі продовжуються військові протистояння, що призводять до систематичної загибелі місцевого населення.

Тенденція розвитку суспільства періоду кінця ХХ – початку ХХІ століття є фрагментація національної ідентичності. У зв'язку з цим в сучасному науковому дискурсі досить часто зустрічаються такі поняття як гібридна ідентичність, дифузна ідентичність, транскультурна ідентичність, субнаціональна ідентичність тощо. Кожне з них має свої властивості та смислові рамки у межах яких відбувається інтерпретація представлених явищ. На сьогодні існує низка ґрунтовних наукових робіт, автори яких аргументовано стверджують, що заклади вищої освіти, як освітньо-науковий майданчик, можуть стати центром примирення людей у конфліктному суспільстві. Або ж навпаки, за умови недбалого ставлення до освіти збоку уряду, він може зводити нанівець усі намагання небайдужих осіб трансформувати конфлікт у стійкий та непохитний мир. Варто відзначити у цьому плані колективний доробок К. МакГліна, М. Українська освіта в умовах війни 9 Зембіласа, З. Бекермана, Т. Галлахера «Peace education in Conflict and Post-conflict societies: comparative perspectives», дослідження І. Пачеко «Conflict, Postconflict and the Functions of the University: lessons from Columbia and other armed conflict», а також монографію Г. Хельског «Philosophising the dialogos way towards wisdom in education: between critical thinking and spiritual contemplation» [1; 2].

Зокрема, міжкультурні дослідження К. Макліна, М. Зембіласа, З. Бекермана і Т. Галлахера доводять, що освіта має необхідний інструментарій для позитивного впливу на так званий “хворобливий стан конфліктності” у соціумі [1].

Педагогіка толерантності дійсно має важливе значення в умовах глобалізації сучасної культури. Вона допомагає розвивати розуміння, повагу та прийняття різних культур та поглядів. В.Г. Кремень, в своїх наукових працях, наголошує на важливості європейських цінностей у спробі консолідувати суспільства, що стають все більш різноманітними в епоху глобалізації. В його наукових працях «Толерантність як імператив: національна ідентичність в добу глобалізації», а також «Консолідація України на основі платформи толерантності» йдеться про пріоритетність європейських цінностей у консолідації неоднорідних суспільств в сучасну добу [3; 4].

Правильно висвітлено важливість поміркованої толерантності як шляху до досягнення позитивного миру в конфліктних ситуаціях. Такий підхід допомагає зберегти різноманітність та культурну спадщину, не загрожуючи асиміляції інших груп. К. Поппер правильно зауважив, що необмежена терпимість може викликати нетерпимість, і тому важливо знати, коли та де застосовувати терпимість з розумінням меж її ефективності.

Інформативне судження на цей рахунок висловив німецький філософ та соціолог Ю. Габермас у роботі «Коли ми повинні бути толерантними? Про конкуренцію бачення світу, цінностей і теорій», який зауважив, що у суспільстві не буде колективної згоди між представниками усіх верств населення, якщо толерантність буде виражатися односторонньо, на користь певної частини суспільства. Більше того, толерантність має ґрунтуватися на обопільному розумінні важливості формування світоглядного плюралізму, в інакшому випадку – вона стане не лише неефективною, але й збитковою [5].

Голова комісії ЮНЕСКО з питань освіти Ж. Делор зазначив: «Наші сучасники потерпають від запаморочення, розриваючись між процесом глобалізації, прояви якого вони спостерігають і часто підтримують, і пошуками своїх коренів, опори в минулому, належності до тієї чи іншої спільноти. Освіта має зайнятися цією проблемою, оскільки більш ніж будь-коли, вона є учасником процесу зародження нової всесвітньої спільноти і виявилася в самому центрі проблем, пов'язаних з розвитком особистості й різноманітних спільнот. Завдання полягає в тому, щоб надати можливість всім без виключення виявити свої таланти і увесь свій творчий потенціал, що має на увазі можливість реалізації кожним своїх особистих планів. Ця ціль є домінуючою.

Згідно з визначенням чеського дослідника М. Гроха, консолідація може бути вплинутою як об'єктивними показниками, такими як мова, культура, освіта, релігія, історична пам'ять, політичний устрій, економічний стан, так і їх-

німи суб'єктивними відображеннями в колективній свідомості. Історична пам'ять вважається найпотужнішим фактором консолідації, розуміючи її як спільну "долю" спільноти, соціальну рівність всіх її членів і інтенсивність мовних і культурних зв'язків. Якщо об'єктивні показники залишаються сталими, то їхнє суб'єктивне сприйняття залежить від функціонування освітньої системи. Отже, освіта має особливе значення у формуванні спільної майбутньої перспективи у стабільних умовах миру і може використовуватися для негативних цілей, таких як "нацьковування" людей одне проти одного, використовуючи існуючі внутрішні суперечності ментально-ціннісного характеру.

З метою впровадження та поширення підходів освітнього процесу з урахуванням конфлікту, Український інститут розвитку освіти у партнерстві та за підтримки ЮНІСЕФ в Україні, Сейв зе Чілдрен, Норвезької Ради з Прав Біженців, розпочали роботу над низкою матеріалів:

- розроблено інформаційні матеріали «Освіта з урахуванням конфлікту: концепт та підходи».
- проведено серію тренінгів-обговорень із напрацюванням плану дій щодо впровадження підходів до освіти з урахуванням конфлікту в Україні за участі міжнародної експертки INEE – Глобальної мережі з освіти в надзвичайних ситуаціях, п. Бенте Санда-Аасен (Bente Sandal-Aasen).
- розроблено пропозиції щодо включення до програм підвищення кваліфікації педагогічних працівників концепту освіти, що враховує конфлікт (або освіти з урахуванням конфлікту) [6].

Що таке освіта з урахуванням конфлікту (ОУК)?

- Це концепт реалізації права на освіту й забезпечення інших освітніх потреб людей у період кризи й нестабільності (війна, збройні конфлікти, інші надзвичайні ситуації).
- В основі ОУК – системний підхід до розроблення комплексних заходів, програм для здійснення (відновлення) освіти, який би збільшував її позитивні впливи та мінімізував негативні наслідки [6].

Освіта з урахуванням конфлікту важлива для розв'язання конфліктних ситуацій і побудови стійкого миру. Ось деякі способи, якими освіта може бути використана у цьому контексті:

1. Міжкультурна освіта: Освітні програми можуть спрямовуватися на підвищення розуміння та поваги до інших культур. Це допомагає зменшити стереотипи та ворожість, що можуть бути джерелом конфліктів.

2. Миротворча освіта: Освіта може включати в себе навчання навичкам мирного вирішення конфліктів, взаємодії та спільної роботи. Це сприяє розвитку компетентностей, необхідних для побудови миру.

3. Використання історії: Освіта може допомогти зрозуміти історію конфлікту та його корені. Це сприяє виробленню історичного контексту та сприяє примиренню.

4. Розвиток культури діалогу: Освіта може виховувати навички спілкування, емпатії та розуміння поглядів інших. Це сприяє зниженню напруженості та підвищенню шансів на досягнення конструктивних рішень.

5. Політична освіта: Освіта може надавати знання про політичні процеси та права громадян. Це сприяє участі громадян в мирному політичному процесі.

6. Сприяння соціальній інклюзії: Освіта повинна бути доступною для всіх груп населення, включаючи ті, які страждають від конфлікту. Це сприяє включенню всіх шарів суспільності у процес миробудування.

Освіта з урахуванням конфлікту може грати важливу роль у стабілізації ситуації та сприяти побудові миру в умовах конфлікту.

ОУК завжди тримає у фокусі контекст та відображає висновки щодо цілісного аналізу конфлікту (постійно аналізуються підходи стосовно «як» і «що» викладати, яким чином розподіляти доступні ресурси для розвитку освіти, за якими критеріями здійснювати підбір вчителів/-ок, викладачів/-ок тощо у контексті такого аналізу) [6].

Перший та ключовий крок у впровадженні освіти з урахуванням конфлікту полягає у розумінні контексту, в якому відбувається освітня діяльність. Для досягнення цього, необхідно ретельно проаналізувати цей контекст, враховуючи його складності та різноманітні впливи – від воєнного конфлікту до соціально-політичних розколів у суспільстві. Цей аналіз повинен охоплювати як безпосередні наслідки (наприклад, руйнування та перешкоди в освіті), так і опосередковані впливи, такі як обмеження доступу до освіти для окремих суспільних груп під час конфлікту, такі як діти з особливими освітніми потребами або діти із тимчасово окупованих територій і так далі.

Другий етап включає аналіз взаємодії між контекстом конфлікту та системою освіти. Аналіз конфлікту допомагає зрозуміти обставини, в яких перебувають освітні суб'єкти.

Для розробки комплексу заходів щодо відновлення освіти в зоні конфлікту або кризи, необхідно визначити наступне: для чого, для кого та які освітні послуги будуть надаватися, хто бере участь у цьому процесі, а також де, коли і як саме ці послуги будуть надаватися.

Третій крок – дії, спрямовані на мінімізацію негативних наслідків та максимізацію позитивних впливів освіти на конфлікт з огляду на визначені пріоритети. Програма заходів – це конкретні дії, що розробляються для уможливлення освіти в умовах кризи і нестабільності, спричинених насильницьким конфліктом. Вона спирається на Мінімальні стандарти освіти: Готовність. Реагування. Відновлення, розроблені представниками Міжвідомчої мережі з питань освіти у надзвичайних ситуаціях (далі – Мінімальні стандарти INEE) [6].

Мінімальні стандарти INEE (Inter-Agency Network for Education in Emergencies) – це набір норм та засад, розроблених міжнародним співтовариством для покращення якості освіти в ситуаціях конфлікту, природних лихах та інших кризових ситуаціях. Ці стандарти визначають мінімальні вимоги до освітніх програм і послуг у таких умовах, зокрема:

1. Доступність: Забезпечення можливості отримання освіти для всіх дітей, молоді та дорослих, незалежно від їхньої статі, віку, релігії, етнічної належності або стану здоров'я.

2. Якість: Забезпечення якісної освіти, яка відповідає міжнародним стандартам і потребам учнів, враховуючи особливості конфліктного або кризового контексту.

3. Захист: Забезпечення безпеки та захисту учасників освіти від насильства, зловживань, експлуатації та інших загроз.

4. Участь та взаємодія: Залучення спільнот та учнів до прийняття рішень стосовно освітнього процесу та сприяння партнерству між різними сторонами.

Мінімальні стандарти INEE є важливим інструментом для гуманітарних організацій, урядів та інших зацікавлених сторін у розробці та виконанні програм освіти в умовах криз. Вони спрямовані на забезпечення доступу до якісної освіти для всіх, незалежно від обставин кризи чи конфлікту.

Отже, для ефективної комунікації всередині суспільства під час конфлікту важливий не лише інтелект, але й високий рівень культури та розуміння справедливості. Людина, яка володіє глибокими знаннями та прагне до справедливості, розуміє, що використання агресії є ознакою варварства. Не вміти керувати власними емоціями призводить до невдач у внутрішньому конфлікті. Тому громадянські війни найчастіше виникають у суспільствах з низьким рівнем освіти, де легко маніпулювати людьми, використовуючи примусовий тиск.

Ці роздуми вказують на те, що недосвідченість є сприятливим умовом для виникнення конфліктів, тоді як освіченість поступово призводить до досягнення миру. Роль педагога в процесі миробудівництва полягає у формуванні в

молодих поколінь почуття любові та поваги до всіх громадян своєї держави і всього світу, розглядаючи їх як до самих себе.

ЛІТЕРАТУРА

1. McGlynn C., Zembylas M. ed., 2009. Peace education in conflict and post-conflict societies: Comparative perspectives. Springer, 273 p.
2. Pacheco I.F. Conflict, postconflict, and the functions of the university: Lessons from Colombia and other armed conflicts. Boston College University Libraries, 2013. P. 531
3. Кремень В. Г. Толерантність як імператив: національна ідентичність в добу глобалізації. Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія: Педагогічні науки. – 2011. Вип. 1.32. С. 6-9
4. Кремень В. Г. Консолідація України на основі платформи толерантності. Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Сер. : Педагогічні науки. 2014. Вип. 1.46. С. 7-11
5. Habermas Ju. When do we have to be tolerant? On competition of world views, values and theories. Sociological research. 2006, no 1, pp. 45–53
6. Освіта з урахуванням конфлікту: концепт та підходи URL: https://uied.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/2-inee_project_chutlyva-osvita2.pdf (дата звернення: 15.10.2023)

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

к.держ. упр.,

НЕДІЛЬКО Р.В.

к.держ. упр.,

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ В УКРАЇНСЬКИЙ ОСВІТНІЙ ПРОСТІР

Сучасна українська освіта спрямована на компетентнісний підхід у вищій школі. Метою компетентнісного підходу є надання якісних освітніх послуг здобувачам освіти, зокрема у медсестринстві.

Компетентнісний підхід – це сукупність загальних принципів визначення цілей освіти, відбору змісту освіти, організації освітнього процесу і оцінка освітніх результатів крізь призму понять «компетенції» і «компетентності». Компетентнісний підхід висуває на перше місце здатність майбутнього фахівця конструктивно вирішувати проблеми, що виникають у різних ситуаціях його життєдіяльності (наприклад, при виборі місця працевлаштування за фахом, у практичному житті тощо). Компетентнісний підхід у вищій освіті, як стверджують І. Зимняя, А. Маркова, Л. Мітіна, К. Скала, Г. Халаж, В. Хутмакер, А. Хуторський та ін., – це методологічний та організаційнопедагогічний орієнтир, що акцентує увагу на меті і результатах професійного навчання і виховання. При цьому, як результат, розглядається не сума засвоєної інформації, як цього вимагав когнітивнознансєвий підхід, а здатність майбутнього фахівця діяти в різних проблемних ситуаціях професійної діяльності і спілкування [1]

Компетентнісний підхід у викладанні та навчанні дає змогу сформувати у здобувачів освіти здатність втілювати набуті під час навчання компетентності в реальному часі, а не так, як колись було фокусуватись на накопичені абстрактних знань. Компетентнісний підхід в освітньому просторі ставить акцент на чітко сформованих компетентностях, які набудуться в процесі навчання здобувачами.

Як доводять у своїй колективній монографії Н. Бібік, Л. Ващенко, О. Локшина, О. Овчарук, Л. Паращенко, О. Пометун, О. Савченко, С. Трубачева, немає сумніву в тому, що компетентнісний підхід – не лише один з тих чинників, що сприяють модернізації змісту освіти. На їхню думку, він передусім доповнює ту низку освітніх інновацій і класичних підходів, що допомагають освітянам гармонійно поєднувати позитивний досвід для реалізації сучасних освітніх цілей. Через це, критично аналізуючи наслідки широкомасштабного

впровадження в педагогічній практиці різних зарубіжних країн компетентнісно орієнтованої освіти, українські науковці визнають, що остання сприяє набуттю новим поколінням життєво важливих (ключових) компетентностей. Крім того, не менш важливим вони вбачають і процес розроблення моніторингових процедур для відстеження результатів навчання та вимірювання набутих молоддю компетентностей за різними освітніми галузями, оскільки це дає змогу оцінити результативність освіти, її відповідність сучасним потребам ринків праці і суспільства [2].

Компетентнісний підхід в освіті передбачає активну співпрацю викладача та здобувача освіти. «Компетентнісно орієнтоване навчання (від англ. *competency-based learning*)» – це система викладання, оцінювання і академічної звітності, основою якої є здатність студентів послідовно демонструвати бажані результати навчання у своєму ритмі. Рівень має бути єдиний та цілісний такий, що забезпечує досягнення програмних результатів навчання [3].

Згідно із Законом України «Про вищу освіту» компетентність – здатність особи успішно соціалізуватися, навчатися, провадити професійну діяльність, яка виникає на основі динамічної комбінації знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, інших особистих якостей» [4].

Саме поєднання знань, навичок та ставлення є основоположним для розуміння компетентнісного підходу (рисунок). Далі керуватимемося ним для аналізу та роз'яснення роботи в цьому підході.



Складові компетентнісного підходу.

Дана схема демонструє, що отримані знання, тобто інформація, навички (маніпуляційна техніка чи інші медичні маніпуляції) та ставлення, тобто особисті переконання та цінності, що стоять за його діяльністю – є як єдине ціле. Якщо дана схема буде реалізована, то на виході ми будемо випускати конкурентноспроможного фахівця своєї галузі, в нашому випадку сестер/братів медичних різного рівня вищої освіти. Перших два компонента даної схеми є

легко забезпечити у здобувачів під час навчання, а ставлення- потребує значних зусиль, в першу чергу від самого здобувача, а також і від викладача. Оскільки ставлення дає розуміння «Для чого я буду вивчати чи виконувати певну компетеність?». Наприклад, я в нашій Академії здобула рівень молодшого бакалавра та бакалавра, і зараз здобуваю другий (магістерський) рівень вищої освіти. То на власному прикладі можу констатувати, що викладачі клінічних дисциплін при вивченні певних захворювань наводять реальні приклади з своєї професійної діяльності, тим самим акцентуючи увагу і виховуючи у здобувачів розуміння важливості їхньої професії та усвідомлення, як потрібно ставитися до пацієнта в реальній професійній діяльності. Тому я вважаю, що елемент схеми такий, як ставлення, забезпечується в нашій Академії.

На момент проведення магістерського дослідження нами встановлено, що в українському освітньому просторі впроваджується компетентнісно-орієнтоване навчання у закладах вищої освіти, зокрема медичного спрямування.

Поспіл чотирьох років шість пілотних закладів вищої освіти перебувають у грантовому україно-швейцарському проєкті «Розвиток медичної освіти». Серед пілотних закладів є Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського». Варто зазначити, що даний проєкт приділяє значної уваги властиво компетентнісно-орієнтованому підходу до освіти медиків, зокрема сестер/братів медичних. Україно-швейцарський проєкт проводить ворк-шопи, навчальні тренінги, майстеркласи, вебінари у яких приймають участь науково-педагогічні та педагогічні працівники нашої Академії. Усі учасники заходів забезпечуються методичними посібниками, рекомендаціями тощо для опрацювання викладачами та здобувачами вищої освіти. Отримані знання та навички вдало впроваджують в освітній процес. Україно-швейцарським проєктом було проведено тренінг на тему «Компетентнісний підхід в освіті», де зазначалося, що система компетентнісного підходу ґрунтується на кількох основних принципах, таких, як:

1. Ступінь освіти відображає повноцінні і актуальні компетентності;
2. Здобувачі освіти здатні навчатися в різному темпі і отримують підтримку в процесі навчання;
3. Ефективні освітні ресурси доступні в будь-який час і їх можна використовувати повторно;
4. Процес трансформації компетентностей в курси, навчальні цілі й оцінювання є відкритим;
5. Оцінювання – безпечне і надійне.

У методичному посібнику «Компетентнісний підхід в медичній освіті» авторки зазначають, що перший принцип характеризується тим, що «... компетентності в професійних програмах повинні відповідати як академічним очікуванням, так і очікуванням галузі. Процес їхнього розвитку має бути

відкритим і прозорим. Програмні компетентності повинні відображати навички і знання, які знадобляться здобувачам освіти на наступних етапах їхнього розвитку, чи то в подальшій освіті, чи то під час роботи. Процес визначення програмних компетентностей має бути циклічним, розвиватися з урахуванням запиту ринку, академічних очікувань і потреб здобувачів освіти. Актуальність програмних компетентностей має визначатися зворотним зв'язком, що надається здобувачем освіти чи працедавцем викладачам і розробникам програми.» [3].

У другому принципі зазначається, що здобувачі освіти здатні навчатися в різному темпі і отримують підтримку в процесі навчання; В методичному посібнику йдеться про те, що «...одним з важливих аспектів моделі компетентнісної освіти є здатність відображати реалії, що люди засвоюють предмети з різною швидкістю і в процесі засвоєння застосовують різні рівні попереднього досвіду і знань. Програми компетентнісної освіти повинні дозволяти здобувачам освіти засвоювати навчальну програму в індивідуальному темпі, що означає, що потрібно забезпечити вчасну академічну та іншу допомогу, щоб зберегти їхню мотивацію і допомогти триматися правильного шляху у навчанні[3].

В нашій Академії позитивно прослідковується третій принцип компетентнісного підходу в освіті, шляхом впровадження та функціонування ліцензійної on-line платформи Moodle. Нами досліджено та проаналізовано онлайн платформу, результати дослідження висвітлені у третьому розділі магістерського дослідження.

Четвертий принцип компетентнісного підходу, це процес трансформації компетентностей в курси, навчальні цілі й оцінювання є відкритим. В ньому зазначається, як мають формуватися курси та проводитися оцінювання здобувачів. На наш погляд це й принцип є цікавим та результативним, оскільки формування курсу відходить від компетенцій, якими має оволодіти здобувач. Ватро констатувати, що в Академії так само дотримується цей принцип в освітньому процесі. В Україні діють стандарти відповідних спеціальностей, де чітко прописані компетенції та програмні результати навчання. Керуючись стандартами, робочою(проектною) групою Академії розробляється освітньо-професійні програми. До розроблення ОПП залучаються, як і здобувачі вищої освіти так і зовнішні зацікавлені особи. В процесі перегляду та оновлення ОПП враховуються рекомендації рецензентів.

В п'ятому принципі йдеться про «...оцінювання будується з використанням знань експертів галузі і академічних експертів у відповідних дисциплінах, забезпечуючи таким чином актуальність змісту. Після створення оцінювання повинно пройти пілотне тестування у малій групі здобувачів освіти, щоб виявити можливі проблеми. Пілотне тестування допо-

може переконатися, що у процесі оцінювання використовуються чіткі формулювання, а критерії оцінювання працюють.» [3].

Аналізуючи принципи компетентнісного підходу в освіті можна зробити проміжний висновок, що наша Академія чітко дотримується чотирьох з п'яти принципів. Науково-педагогічні та педагогічні працівники Академії мають за мету впровадити п'ятий принцип компетентнісно-орієнтованого навчання в освітній процес Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського.

ЛІТЕРАТУРА

1. Хуторской А.В. Ключевые компетенции как компонент личностно-ориентированной парадигмы образования/А.В. Хуторской//Нар. Образование. – 2023. – № 2. – С. 58-64.
2. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: бібліотека з освітньої політики: монографія / Н.М. Бібік, Л.С. Ващенко, О.І. Локшина, О.В. Овчарук, Л.І. Паращенко, О.І. Пометун, О.Я. Савченко та ін.; під заг. ред. О.В.Овчарук. – К.: К. І. С., 2022. – 112 с.
3. Johnstone, S. M., & Soares, L. (2021). Principles for developing competency-based education programs. *Change: The Magazine of Higher Learning*, 46(2), 12-19.
4. Рекомендація 2006/962/ЄС Європейського Парламенту та Ради (ЄС) «Про основні компетенції для навчання протягом усього життя» від 18 грудня 2006 року № 2006/962/ЄС. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_975

СЕКЦІЯ 2

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА ТА МЕДСЕСТРИНСТВО

БЯЛИЙ А.О.

магістр державного управління

Львівська медична академія

ім.. А. Крупинського

ТВЕРДА І.І.

Львівська медична академія

ім..А.Крупинського

ФІТОТЕРАПІЯ В КОСМЕТОЛОГІЇ

За допомогою косметики наша шкіра може здаватися здоровою і красивою. Здаватися здоровою і бути здоровою – різні речі. Час не щадить красоти, але і наука не дрімає, видозмінюючи косметичні засоби і надає їм нове значення і серйозну роль. У зв'язку із погіршенням екологічної обстановки планети, стан нашої шкіри не стає кращим під впливом множинних негативних факторів. По своїй природі шкіра має особливість адаптуватися до стану навколишнього середовища, виробляючи імунітет, що , так чи інакше, не покращує її стан. [4,3]

Існує легенда про мудреця, який лежачи на смертному одрі, закликав своїх дочок і сказав: «Я бідний, нічого не зможу залишити у спадок, крім доброї поради: будьте розумними, якщо зможете, добрими, якщо бажаєте, але красивими будьте завжди».

Красота є однією з величніших тайн природи, прагнення до неї – одне з величніших тайн природи, прагнення до неї – одна з найсильніших властивостей людської натури. На протязі віків, починаючи з незапам'ятних часів і до наших днів, постійно мріяли люди про красу, прагнули до неї. Недарма древні народи наділяли своїх богів вічною юністю: з нею пов'язувалася ідея не вмирущої, вічної фізичної краси. Але так як юність не завжди гарантувала зовнішню красу, у людей виникало прагнення бути або здаватися красивими. Із цієї жаги краси і юності народилося особливе мистецтво – косметологія. Не слід думати, що косметологія – прикмета нашого часу. Можна без перебільшення сказати, що косметика зародилася одночасно з появою людства.. [4]

Люди споконвіку використовували лікарські рослини не лише у лікуванні хвороб, але і як засіб для вирішення косметологічних проблем. [1]

Першою у світі косметикою була, звичайно ж, косметика, виготовлена на основі екстрактів лікарських рослин. Застосування лікарських рослин у косметології та приготування на їх основі засобів має чимало переваг, адже вони:

- містять природні біохімічні елементи й сполуки;
- не мають у складі консервантів;
- значно рідше викликають алергічну реакцію і не стають причиною дерматитів;
- доступні для кожного: їх можна придбати в аптеці в готовому сушеному вигляді або ж зібрати самостійно;
- можна застосовувати тривалий час без шкоди для здоров'я.

Щоб гарно виглядати ще у біблійні часи жінки використовували косметичні засоби для очей, обличчя і шкіри, які добували з різних квітів, плодів, листя, смол і кори. У Біблії згадуються такі ароматичні рослини, як аїр, алое, касія, кориця, мирра, нард, шафран, а також запашні смоли: бальзам і ладан. Деякі ароматичні речовини добували з рослин Йорданської долини, а інші привозили з Індії, Південної Аравії та інших країв знаменитим «шляхом пахоців». [1]

Косметика, як декоративна, так і гігієнічна, сягає своїм корінням в Древній Єгипет і Грецію, і в цілому налічує практично стільки ж століть, скільки й існування людства. Саме слово «косметика» в перекладі з грецької означає «мистецтво прикрашати, приводити до ладу». Так, для запобігання сивини використовували жир чорних змій, кров чорних биків і яйця сорок, ворон. Цінувалися мазі, до складу яких входили риб'ячий жир, порошок з копит ослів. Ці засоби були предметом експорту й продавалися за великі гроші. [3]

Єгипетські рецепти згадуються в Гіппократа, увійшли вони й у народну європейську медицину. Цікаво, що в Древній Греції косметологія розвивалася не тільки в декоративному напрямку, як це було властиво Єгипту, але і в лікувальному. Гіппократ залишив безліч порад по догляду за тілом з використанням рослин, що володіють цілющими властивостями. Його учень Діокл в своїй чотиритомній праці записав безліч рецептів мазей і масок, зроблених на основі рослинної сировини. Метою пропонованих процедур був догляд за шкірою обличчя, нігтями і волоссям. Вся косметика того часу була натуральною. В першу чергу в хід йшли найпоширеніші й доступні в Середземномор'ї інгредієнти: оливкова олія, мед, трави, морська сіль, лимон, глини та інше. Римські красуні широко використовували косметику в середині першого сторіччя нашої ери. Тушшю для вій і тінями для повік служила сурма, крейда надавала обличчю необхідної білизни, пемзою чистили зуби, а волосся фарбували хною, використовували засоби для видалення волосся. [3]

Середина 18 століття в основному, косметика містила природні компоненти, трави, ягоди, воду, але нерідко аптекарі, що займалися розробкою

чергового косметичного засобу, додавали ртуть й азотну кислоту. У той час поважаючи себе жінки використовували маски на основі домашніх рецептів – вівсянки, меду, яєчних жовтків. Для зміцнення вій застосовували касторову олію, рисовий порошок замість пудри, буряковий сік – у якості рум'ян. Для виробництва косметичних товарів застосовуються рослинні (касторові, кукурудзяні, маслинові олії) і тваринні (кашалотні, норкові та ін.) жири, продукти переробки нафти (вазелін та ін.), віск (бджолиний, ланолін, спермацет), кислоти (лимонна, оцтова та ін.), вітаміни, спирти (етиловий, гліцерин), хімічні речовини (сірка, крейда, оксид цинку тощо), білки, мінеральні солі, фруктові й овочеві соки, екстракти лікувальних трав. [4,3]

Алое араби вважали алое символом терпіння. У соку столітника міститься дуже багато корисних речовин, мікроелементів і вітамінів. Екстракт соку алое легко проникає в шкіру, відновлює обмін речовин, стимулює регенерацію клітин, знімає запалення, подразнення і свербіж. Алоевісна косметика дуже добре чистить проблемну шкіру. Усуває прищі і вугровий висип, робить шкіру більш гладкою і рівною.

Троянда – Цариця квітів, символ любові та пристрасті. Широко застосовується в косметичних засобах. Ефективно зволожує шкіру, сприяє її регенерації, має тонізуючу дію, заспокоює і омолоджує шкіру, відновлює природний колір і пружність шкіри, роблячи її м'якою і ніжною. У медицині цілющі властивості троянди були відомі з античних часів. Проте в даний час західна медицина мало використовує троянду, у той час як на Сході ставлення до неї не змінилося. В середньовіччя трояндою лікували величезну кількість захворювань: порушення менструального циклу, головний біль, шлункові розлади, застійні явища в печінці, лихоманку (чуму), очні інфекції та шкірні захворювання.

Кропива вважається джерелом вітамінів – в першу чергу групи В і аскорбінової кислоти. Свіже листя також багате на вітамін К (зміцнює судини, тому косметика на основі кропив'яного відвару – порятунок для шкіри з куперозом). Рослина містить речовини, що мають тонізуючу дію.

Липа – сакральне дерево, оберіг; символ сердечності, доброти, привабливості, жіночої грації, ніжності, чистоти, краси, щастя, п'яної любові. Одна з небагатьох рослин, що містить фітогормони, – речовини, схожі за складом з жіночим гормоном естрогеном. Завдяки цьому липу використовують в омолоджуючому догляді за шкірою. У квітках і листі рослини також багато антиоксидантів.

Календула у Китаї – символ довголіття. На Заході календула – символ чистоти, досконалості Діви Марії. У календулі найбільш цінними є її протизапальні та антисептичні властивості. Завдяки цьому її застосовують, насамперед, для боротьби з проблемною шкірою.

Ромашка в народі символ чистоти і вірності. Відвар з моїх квіточок використовують при простудних захворюваннях, кашлі, при зубному болю,

при шлункових хворобах, полощуть горло і миють волосся. Ромашка лікарська діє дуже м'яко й рідко викликає алергію.

Береза – символ чистоти і дівочої ніжності, оберіг від злих духів. Домашні засоби з березового листа і бруньок показані жінкам з капілярним малюнком, пігментними плямами, зморшками і вугровим висипом. Унікальність рослини в тому, що вона накопичує такі необхідні жіночій шкірі магній, залізо, цинк і селен.

Петрушка багата вітаміном А, а тому часто використовується в різних косметичних продуктах для антивікового догляду. Крім того, петрушка допомагає зняти запалення, почервоніння і набряки, освітлює шкіру з веснянками, освіжає, тонізує і попереджає появу зморшок.

Кріп м'яко й делікатно відбілює шкіру, усуває пігментні плями, веснянки, вікові потемніння в очах. Запобігає появі нових зморшок. Кріп володіє антибактеріальними властивостями, це дозволяє йому лікувати різні запалення, прищі і вугрі. сприяє звуженню пор.

Калина. Скільки казок, легенд, пісень про неї складено. Це – найулюбленіша рослина українців, символ не тільки дівочої краси, а й самої матері – України. Символ любові, щастя, здоров'я. Вона не лише красива, а й корисна. Ефективно покращує колір обличчя і відбілює шкіру. Допомагає від прищів і запалень на шкірі, помітно тонізує. Сприяє оновленню епідермісу і його омолодженню. [2,6]

Фітотерапія відкриває нові, а вірніше добре забыті старі можливості для створення сучасної як побутової так і професійної косметики. У зв'язку із цим зростає актуальність використання в косметології засобів рослинного походження, їх основу та компоненти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сафонов, М. М. Повний атлас лікарських рослин. Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2016.
2. Памуков, Д. П. Аптека живої природи ; пер. з болг. – К. : Урожай, 2000.
3. Золота косметологія. С.Н.Степанкін. Видавництво «Геотар». 2022.
4. Панасенко О.І. Косметична хімія з елементами фітокосметології [Панасенко О.І., Корнієвський Ю.І., Корнієвська В.Г. та ін.] – Запоріжжя: Видво ЗДМУ, 2012.
5. Зелена аптека / Ю. І. Корнієвський, О. І. Панасенко, В. Г. Корнієвська та ін. – Запоріжжя : Вид-во ЗДМУ, 2012
6. Б.Є. Якубенко, В.Г. Біленко, Я.О. Лікар, В.І. Лушпа. Лікарські рослини. Технологія вирощування та застосування. Київ, Видавництво «Ліра-К», 2020.

ФЕДЕЧКО Й.М.,

к.мед.н., доцент,

ДУБ Н.Є.,

к. держ.упр.,

ЗЬОМКІВ О.Р.,

студентка-магістр, II курсу,

спеціальності 223 Медсестринство

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

ФОРМУВАННЯ БІОАЕРОЗОЛІВ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНИХ БАКТЕРІЙ В УМОВАХ ЛІКАРНЯНИХ СТАЦІОНАРІВ

Вступ. У роботі розглянуто дані наукової літератури та результати авторських досліджень щодо умов формування в умовах лікарняних стаціонарів мікроаерозолів, котрі вміщують антибіотики та антибіотико-резистентні мікроорганізми.

Ключові слова: Антибіотико-резистентні мікроорганізми, біоаерозолі лікарняних приміщень, виділення антибіотиків із сечею, потом, видихуваними повітрям.

Основна частина. Явище антибіотико-резистентності (АБР) є загальнобіологічним механізмом, у середовищах існування мікроорганізмів – як і в довкіллі так і в організмі людини через мутації, передачу і поширення патогенів [1]. Найважливішим фактором поширення АБР штамів є необґрунтоване застосування антибіотиків, що призводить до поширення домінування АБР-штамів бактерій не лише в середовищі існування людини, але й у середовищах, де людська діяльність відсутня. Загально-біологічна основа існування антибіотикорезистентних варіантів мікроорганізмів (АРМО) полягає у співіснуванні продуцентів антибіотиків і мікроорганізмів у спільних біотопах [2].

Оскільки проблема поширення АРМО набула характеру пандемії, ВООЗ у 2015 р прийняла глобальний план акцій щодо мікробної резистентності. Цей план одержав назву AWaRe – (Access, Watch, Reserve): доступ, спостереження, резервування. План передбачив урегулювання доступу до антибіотиків, спостереження за результатами та наслідками їх використання та створення резервної групи препаратів, котрі треба призначати тільки проти АРМО.

До основних факторів поширення АРМО належать біоаерозолі лікарняних приміщень, які формуються в умовах лікарняного мікросередовища і містять органічні складові та життєздатні мікроорганізми (МО), АРМО, геноми таких МО, а також антимікробні препарати (АМП). Нами досліджена можливість формування АБР в лікарняних приміщеннях з вмістом АМП.

Утворення аерозолів з умістом антибіотиків при роботі медичної сестри/брата можливе при різних маніпуляціях.

Для мінімізації ризиків розповсюдження АРМО підготовка робочої дози препарату повинна проводитися в маніпуляційній. Відбір необхідної дози препарату з ампули створює ризики формування АБР, зумовленої наявністю залишкових кількостей антибіотиків в ампулі, унаслідок підвищеного тиску у герметично закритому флаконі після введення розчинника, а також при видаленні повітря із шприца, або при випадковому пошкодженні ампули. Залишки антибіотика, які не можуть бути використані, відповідно з інструкцією до препарату, підлягають утилізації.

Значні ризики утворення АРМО виникають при підготовці одноразових систем для внутрішньовенного вливання великого об'єму препарату, при потребі заповнення дистальної трубки та звільнення системи від повітря, а також при її від'єднанні, якщо при цьому необхідне видалення певної кількості розчину антибіотика. Для усунення такого ризику при видаленні залишкових кількостей розчину необхідно користуватися тарою, яка закривається після проведеної маніпуляції.

Прийнята практика ін'єкцій передбачає використання ватного тампона для видалення краплі крові з поверхні шкіри. Така крапля містить залишки антибіотика. Тому при цьому слід задіяти відповідну процедуру утилізації тампона. Чинна процедура передбачає накладання відповідної наклейки - мікропов'язки, котра залишається на шкірі певний час. Але пацієнта необхідно проінструктувати щодо подальшої поведінки з такою наклейкою. Для цього слід забезпечити у вказаному місці необхідну тару для утилізації, відповідно до правил поводження з медичними відходами.

Проведені нами розрахунки показують, що під час контролю видалення повітря із шприца, на кінчику голки шприца утворюється мікрокрапля об'ємом 0,01мл, яка містить 2,9 мг антибіотика (цефтріаксон). Такої дози препарату достатньо, щоб забезпечити 8 мг/л – мінімальну концентрацію затримки росту мікроорганізмів у 360 мл поживного розчину. При заповненні одноразової системи, при внутрішньовенному вливанні втрати розчину з антибіотиком можуть становити біля 1 мл, тобто 50 мг АБ або МКЗР для 25 л середовища. Така ж кількість антибіотика залишається в трубці після від'єднання системи. Враховуючи кількість ін'єкцій протягом робочого дня, можна констатувати, що в приміщеннях, де здійснюється відповідні маніпуляції, концентрація антибіотика може досягати сотень міліграм і аерозолі антибіотиків можуть нагромаджуватися у значних кількостях.

Розчини антибіотиків поза межами ін'єкційних пристосувань можуть безпосередньо створювати повітряний аерозоль, Як що ж розчин опиняється на робочих поверхнях чи на підлозі, то антибіотик безумовно адсорбується

осілими там частинками аерозолі. Такі аерозолі з великою ймовірністю містять мікроорганізми і тому можливе утворення складної мікросистеми з участю антибіотиків, мікроорганізмів та органічних речовин біогенного походження. При достатній вологості може відбуватися метаболізм мікробних клітин і навіть розмноження мікроорганізмів. При цьому стійкі до антибіотиків мікроорганізми набувають селективних переваг, тобто така мікросистема працює в напрямку розвитку антибіотико-резистентності. Ці процеси не підлягають залежності «доза-ефект», оскільки поява резистентного варіанту є точковою випадковою подією, котра здатна спричинити при певних умовах максимальний ефект аж до спалаху захворювань, спричинених антибіотико-резистентним варіантом бактерій. Це принципово відрізняє антибіоти-корезистентні аерозолі від таких характеристик медичних аерозолів як алергійна чи токсична дія препарату. Чинні технології прибирання робочих поверхонь та підлоги з використанням деззасобів не забезпечує деконтамінації повітряної фази бактерій і навіть, унаслідок випаровування вологи, сприяють агрегації і зволоженню частинок аерозолі.

Після введення антибіотиків, включається вплив метаболічних процесів з утворенням продуктів розпаду. Антибіотики з плазми крові звільняються переважно через нирки з наступним виділенням із сечею (до 70-90% введеної дози), від десяти годин (пеніциліни) до 10 днів – (спіроміцин).

У сечі концентрація антимікробних препаратів може перевищувати кількість мікроорганізмів у кілька разів. При цьому в сантехнічних пристосуваннях існують умови для утворення біоплівки – форми існування мікроорганізмів з особливим властивостями. Біоплівка – це трьохвимірна структура, компонентами якої є органічний матрикс, утворений біополімерами, що виділяються мікроорганізмами, а також адсорбованих з рідин, котрі протікають через сантехнічні пристосування. Біоплівка функціонує як цілісна біологічна система, в якій знешкоджуються антибіотики, що забезпечує селекцію антибіотико-резистентних мікроорганізмів.

Нами проведено симулятивні досліді, котрі методом біоіндикації показали наявність антибіотиків у складі аерозолів, що утворюються в умовах наближених до користування сантехнічними пристосуваннями.

Секреція антибіотиків потовими залозами та наступною контамінацією шкірою, досліджена в роботах провідних іноземних науковців [3]. Метаболізм і розмноження мікроорганізмів і формування антибіотико-резистентності бактерій відбувається у злущеному з поверхні шкіри епідермісу, який входить до складу «ліжкового пилу». В останні роки з'явилося повідомлення про виділення антибіотиків з видихуванім повітрям при штучній вентиляції легень і при звичайному диханні [4,5].

Висновки. Глобальне поширення біоаерозолів, що містять антибіотикорезистентні варіанти мікроорганізмів вказує на недостатню ефективність традиційних методів дезінфекції. Новітні перспективні нанотехнологічні напрямки із застосуванням металевих наночастинок для мікробоцидних покриттів поверхонь, самоочисних матеріалів з фототермічною або фотохімічною активацією, супергідрофобних покриттів, використання самостерилізованих матеріалів є дуже перспективним напрямком зменшення передачі патогенів у складі біоаерозолів в лікарнях.

Отже, в умовах лікарняних стаціонарів при медичних маніпуляціях і унаслідок виділення антибіотиків пацієнтами із сечею, потом, видихуваним повітрям, можуть формуватися біоаерозолі, що містять антибіотики та антибіотикорезистентні мікроорганізми – потенційні збудники внутрішньолікарняних інфекцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Безкоровайна У. Ю. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та у світі / У. Ю. Безкоровайна // Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 15. – С. 88–91.
2. Barba B.E. Recognize the many facets of gerontological nursing / B.E. Barba, A.S. Tesh, E. Kohlenberg // Nurs. Manage. – 2017. – Vol. 38, №1. – P. 36–41.
3. Canavan M. Palliative care for older people in nursing homes / M. Canavan, D. O'Neill // Irish Med. J. – 2018. – Vol. 103, № 6. – P. 165–166.
4. Individuality in older people's care – challenges for the development of nursing and nursing management / R. Suhonen, M. Stolt, M. Puro, H. Leino-Kilpi // J. Nurs. Manag. – 2019. – Vol. 19, № 7. – P. 883–896.
5. Relocating care: negotiating nursing skillmix in a mental health unit for older adults / J. Henderson, D. Curren, B. Walter [et al.] // Nurs. Inq. – 2021. – Vol. 18, № 1. – P. 55–65.
6. Aging Issues Nursing Imperatives for Healthcare Reform / C. Beverly, S.G. Burger, M.L. Maas, J.K. Pringle Specht // Nurs. Adm. Q. – 2020. – Vol. 34, № 2. – P. 95–109.
7. О. М. Петрущак, І. Я. Криницька. Роль медичної сестри на сучасному етапі розвитку охорони -ISSN 2411-1597. МЕДСЕСТРИНСТВО. 2017.№ 4 ЗДОРОВ'Я
8. Медична етика: складні ситуації та поради на кожен день: URL <https://www.medsprava1.com.ua/article/2535-medichna-etika-skladn-situats-ta-poradi-na-kojen-den>
9. Рудик Б. І. Вибрані лекції з кардіології / Б. І. Рудик. – Тернопіль : ТДМУ, 2015. – С. 149-175.

ПЕТРИШИН М.М

Студентка 2-го курсу
спеціальності 223 Медсестринство

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

Науковий керівник:

ЛІЩУК Р.М.

к. мед. н., викладач

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ ТА ПРИЧИНИ ЇХ РОЗВИТКУ.

Основна причина виникнення соматоформних розладів полягає у тому, як психіка реагує на труднощі, негативні життєві обставини, стреси та конфлікти.

Соматоформні розлади – це загальна назва групи станів, при яких скарг пацієнтів немає діагностичного підтвердження. Формуються розлади під впливом психічних факторів, які тривалий час і часто повторювані стреси і конфлікти.

Розвиваються соматоформні розлади згодом стресів, а стреси у сучасної людини, виникають практично щодня. Конфлікт на роботі або негаразди в сім'ї – це дрібниці, але, маючи затяжний характер, з часом переростають в серйозний розлад.

Поширеність соматоформних розладів можна назвати рідкісною. Як показує статистика, на 1000 припадає 280 випадків. Найбільше страждають від недуги жінки, вони більш емоційні і чутливі до психічних подразників різного роду. Розлади починають проявлятися вже навіть в молодшому шкільному віці, але більш специфічні для дорослих.

Симптоматично поділяють на три види:

- іпохондричний розлад: людина постійно боїться, що захворіє. Якщо розлад супроводжується депресією, то це посилює справу. Депресія сприяє зниженню рівня моноамінів, як наслідок, звичайні сигнали внутрішніх органів сприймаються як нетипові і неприємні;
- конверсійне розлад: змінюється або втрачається соматическая функція. Виявляється відчуття грудки в горлі, ускладнене ковтання, втрата голосу, тимчасова глухота, локальні судоми і м'язова слабкість;
- хронічне соматоформні розлад (болюче): періодично або постійно виникає різучий, гнітюча біль, знижується працездатність. небезпечно звиканням людини до заспокійливих і болезаспокійливих ліків.

На даний момент за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду виділяють 5 основних видів соматоформних розладів:

- Соматизований розлад;
- Недиференційований соматоформний розлад;
- Іпохондричний розлад;
- Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи;
- Стійкий соматоформний больовий розлад.

Соматизований розлад проявляється множинними, тривало персистуючими або змінюючими один одного симптомами, які певною мірою (іноді дуже достовірно) нагадують симптоми соматичної патології.

У міру зростання поінформованості пацієнта про симптоми соматичних захворювань, їх прояви у нього можуть змінюватися, все більше і більше відповідаючи його уявленням. Найбільш поширені порушення з боку серцево-судинної системи (болі в грудній клітці з іррадіацією або без неї, серцебиття, задишка, коливання артеріального тиску) та шлунково-кишкового тракту (болі в животі, нудота та блювання, метеоризм, проноси та запори).

Категорія недиференційованого соматоформного розладу використовується у випадках, коли симптоми, що пред'являються, носять тривалий, нестійкий, множинний характер, однак повна клінічна картина соматизованого розладу не формується.

При іпохондричному розладі як провідний симптомокомплекс є поведінка, спрямована на підтвердження у себе одного (рідше – декількох) важких соматичних розладів. Хворі раз у раз пред'являють скарги, часто як скарги вони подають звичайні відчуття, які сприймаються ними як хворобливі, неприємні, викликають у них побоювання за своє здоров'я.

Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи – група станів, що раніше об'єднувалась терміном «органні неврози».

В основному скарги хворих походять з серця, дихальної системи, шлунка і кишечника. Симптоми мають двоїстий характер:

- по-перше, багато з них реальні, і їх характер чітко вказує на вегетативне походження (серцебиття, треміння, задишка, потовиділення, збліднення, гикавка);
- по-друге, зустрічаються симптоми, пов'язані з неспецифічними та нестійкими відчуттями в одному з органів (не завжди в області його реальної локалізації) – біль, тяжкість, здуття чи розтяг.

При цьому наявність реальних симптомів (здуття живота, гикавка, ниючі болі в грудях та ін.) не призводять до серйозного порушення функціонування. Спроби знайти психотравмуючий провокуючий фактор хвороби не завжди закінчуються успіхом.

Стійкий соматоформний больовий розлад – стан, що супроводжується болісним, тривалим, фізично і психічно важко переносимим болем, який не має фізіологічних пояснень і не є наслідком соматичної хвороби, але часто поєднується з психосоціальними проблемами, конфліктами, і дозволяє пацієнту отримувати вторинну вигоду у вигляді підвищеної уваги з боку родичів та лікарів.

Хворий із цим розладом самостійно звертається до фахівців того профілю, щодо якого мають скарги (кардіологу, неврологу, гастроентерологу тощо). Проте, після обстеження, коли немає ніяких значних порушень із боку соматичного здоров'я, стає ясно, що стан носить психогенний характер. [1]

В середині ХХ століття, на піку популярності психодинамічної медицини, був запропонований термін «соматизаційний» розлад. Він припускав тілесний недуг як прояв витісненого в «підсвідоме» неврозу. Цей термін до деякої міри був еквівалентом «конверсійного» розладу, запропонованого Фрейдом. «Соматизаційний» розлад став одним з ключових положень нозологічної систематики психічних розладів (Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду – МКБ-10). До 50% пацієнтів, які звертаються до терапевтів, кардіологів, неврологів та інших фахівців, не мають реальної соматично зрозумілої патології за результатами об'єктивного огляду, а також лабораторних та інструментальних досліджень. Діагностичний виклик полягає у відсутності соматичної патології і наявності ознак психічного розладу – тривожності, депресії, іпохондрії. Для таких випадків в МКБ-10 передбачена рубрика F45 – соматоформні розлади.

Основними рисами соматизаційного розладу є численні, повторні, часто мінливі фізичні симптоми, які трапляються принаймні протягом двох років. Більшість пацієнтів мають тривалу і складну історію контакт зі службами первинної і спеціалізованої медичної допомоги, в ході яких могло бути виконано безліч безрезультативних досліджень і безплідних діагностичних маніпуляцій. Симптоматика може ставитися до будь-якої частини тіла або системи органів. Перебіг розладу хронічний і нестійкий, часто асоціюється з порушенням соціальної, міжособистісної й сімейної поведінки. Недовго існуючі (менше двох років) і менш яскраво виявлені приклади симптоматики повинні класифікуватися як недиференційований соматоформний розлад (F45.1).

Однак в останні десятиліття в клінічній практиці і науковій літературі стали частіше використовувати більш нейтральні і менш стигматизуючі для пацієнта терміни – «функціональні симптоми» або «соматично не поясненні симптоми». У МКБ-11 планується заміна на формулювання «соматичні прояви психічного розладу», яка підкреслює первинність психічного компонента.

У клінічній практиці широко використовується термін «функціональні розлади» – він звичний для багатьох фахівців і має на увазі наявність пору-

шень, що не пояснюються конкретними морфологічними змінами в органах і системах. До найбільш відомих функціональних розладів відносяться синдром подразненого кишечника (СРК), хронічні болі в області малого тазу та попереку, фіброміалгія – інтенсивні скелетно-м'язові болі без об'єктивних причин. Довгий час всі ці стани намагалися лікувати за допомогою пробіотиків (СРК), протизапальних і аналгетичних засобів. Сьогодні направлення таких пацієнтів на консультацію до психіатра стало стандартним підходом, який не завжди, проте використовується в наших реаліях. Тим часом перелік станів, у яких провідну роль може грати психологічний компонент і які можуть бути усунені шляхом корекції симптомів депресивного або тривожного спектру, набагато більше:

- у гастроентерології – крім СРК, невиразкова (функціональна) диспепсія;
- у гінекології – тазова артропатія, передменструальний синдром, хронічний тазовий біль;
- у ревматології – фіброміалгія, біль в нижній частині спини;
- у кардіології – атипова стенокардія (кардіальний синдром Х);
- у пульмонології – гіпервентиляційний синдром;
- у практиці терапевтів – синдром хронічної втоми;
- у неврології – головний біль напруги, псевдоепілептичні напади;
- у стоматології і лицьовій хірургії – дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, атиповий лицьовий біль;
- у ЛОР-практиці – Globus pharyngeus (відчуття грудки в горлі);
- в алергології – множинна хімічна чутливість та ін.

Описано також психогенні форми аерофагії, кашлю, діареї, дизурії, гикавки, глибокого і частого дихання, прискореного сечовипускання, пілороспазма.

Слід зазначити, що пацієнтів із соматоформною дисфункцією турбує не стільки специфічний набір симптомів, скільки їх вираженість – у порівнянні із суб'єктивним тілесним досвідом (більш висока інтенсивність або напади), а також ступінь порушення функціонування, яку вони обумовлюють, і, нарешті, уявлення хворих про причини і наслідки симптомів. Типовою ситуацією є, наприклад, звернення пацієнта до гастроентеролога не просто тому, що у нього метеоризм, а тому, що останнім часом це створює йому особливий дискомфорт на роботі: він став відчувати незручність на нарадах (хоча метеоризм був у нього і раніше). У таких хворих, як правило, констатують СРК, але первинним при цьому є не роздратування рецепторів кишечника, а цілком певна психологічна або соціальна проблема. Через неуспішність у роботі (недосягнення поставлених завдань, провали) людина не готова доповідати про свої «успіхи» на нарадах, а «винуватим» в цьому призначається

кишечник. Ймовірно, саме в травній системі у цього пацієнта є конституціональна вразливість (схильність). Тому саме вона першою реагує на ситуацію, що викликає фрустрацію, відволікаючи від переживання тривоги. Це яскравий приклад соматичних проявів психічних порушень – найчастіше це соматизація тривоги.

Разом із тим в розмові з лікарем такий пацієнт зазвичай виявляє зневагу або заперечення психологічних (особистісних і міжособистісних) і мікросоціальних причин «фізичного» страждання. Він абсолютно переконаний в наявності органічної природи симптомів і проявляє дратівливість або недовіру при спробах пред'явлення доказів відсутності соматичних причин розладу (результатів обстеження, аналізів). Це часто веде до втрати контакту з лікарем і продовження пошуку кращого фахівця або більш достовірних методів обстеження.

Головною особливістю є неодноразово повторювані пред'явлення скарг на соматичну симптоматику одночасно з наполегливими вимогами медичних обстежень, незважаючи на повторні негативні їх результати і запевнення лікарів, що симптоми не мають соматичної природи. Якщо у такого пацієнта все ж є які-небудь реальні соматичні захворювання, вони не пояснюють природи і ступеня вираженості симптомів або страждання з цього приводу.

Спільними психологічними характеристиками хворих на різні соматоформні захворюваннями є:

- необ'єктивний виклад історії хвороби;
- максимальне перебільшення і драматизація того, що відчуває людина;
- зневага або заперечення психологічних (особистісних і міжособистісних) і мікросоціальних причин «фізичного» страждання;
- абсолютна переконаність в наявності органічної природи страждання;
- труднощі в емоційному реагуванні як в повсякденному житті, так і у взаєминах з оточуючими з приводу хвороби;
- надмірна дратівливість стосовно оточуючих. [2]

Підсумовуючи, слід відзначити, що актуальність дослідження і лікування соматоформних розладів пояснюється не тільки їх широким поширенням. Ця тема віддзеркалює актуальні вимоги до інтеграції роботи лікарів-психіатрів у соматичну систему охорони здоров'я. На рівнях загальної медичної допомоги або спеціалізованої соматичної допомоги, при отриманих скаргах, можна розпізнати загальні показники емоційних розладів. У цьому випадку лікування може бути індивідуалізованим, враховуючи побажання пацієнта. Співпраця з психіатром включає можливість деталізації плану лікування та проведення спеціалізованих психотерапевтичних та реабілітаційних процедур.

Отже, пацієнт може уникнути витрат на безкінечні консультації з професійними спеціалістами, такими як кардіологи, неврологи, гастроентерологи,

ревматологи та інші, які намагаються застосувати основу проблеми з хворобою, нездужанням і навіть внутрішньою працездатністю. Крім того, зацікавленість лікарів-інтернів у соматоформних розладах та їх співпраця з психіатрами сприятиме значному скороченню витрат на важкі діагностичні та терапевтичні процедури і підвищити довіру забезпечити до конкретних спеціалістів і до загальної системи охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Соматоформні розлади: хвороби тіла чи психіки?. *AKCIMED*. URL: <https://aksimed.ua/somatoformni-rozlady-hvoroby-tila-chy-psyhiky/> (дата звернення: 17.10.2023).
2. Соматоформні розлади: хвороби тіла чи психіки?. *AKCIMED*. URL: <https://aksimed.ua/somatoformni-rozlady-hvoroby-tila-chy-psyhiky/> (дата звернення: 17.10.2023).

СИДОР О.К.

викладач Львівська медична
академія ім. А. Крупинського

СИДОР А.Д.

студентка V-курсу
спеціальності 222 Медицина
Львівський національний
медичний університет
ім. Данила Галицького

ПРОБЛЕМИ ДЕСИНХРОНОЗІВ ТА ЗАХОДИ ЩОДО ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ

Вступ (актуальність). Стабільність періодичності зміни освітленості, температури, вологості, геомагнітного поля й інших параметрів довкілля, зумовлених рухом Землі і Місяця навколо Сонця, дозволила живим системам у процесі еволюції виробити стабільні і стійкі до зовнішньої дії часові програми, проявом яких є біоритми [1, с.144]. Сучасні наукові дослідження переконливо свідчать, що цілий ряд патологічних станів виникають як наслідок порушення біологічних ритмів. Такі стани отримали назву десинхронузу. Вони можуть з'являтися в процесі навчання, під час трудового процесу, при виконанні інших видів діяльності, а також в процесі розвитку значної кількості захворювань.

Основна частина. Біоритми (від грецьк. "*bio*" і "*gytnoz*" – життя і злагодженість) – це періодичні зміни інтенсивності перебігу фізіологічних і психічних процесів протягом певного часу. Біоритми властиві усьому живому на Землі і є передумовою до забезпечення нормальної життєдіяльності в унісон основним ритмам природи, зумовленим обертанням Землі навколо Сонця і зірок та пов'язаної з ним зміни сезонів року, дня і ночі, впливу фаз Місяця, морських припливів і відпливів тощо. [2, с.572].

У тибетській медицині поняття біоритмів стало базовим в уявленні про функціонування організму, а їх вивчення сформувалось у XX сторіччі як напрям медико-біологічних досліджень. У здорових людей ритми фізіологічних процесів синхронізовані як між собою, так і з ритмами навколишнього середовища, а синхронізація біоритмів, збереження їх фазовості забезпечують оптимальні умови функціонування організму і є ознакою здоров'я. [1, с.144].

Порушення та зміни біологічних ритмів, які істотно впливають на психофізіологічні функції та психоемоційну сферу людини, передусім зумовлені соціальними умовами сучасного життя та факторами урбанізації (робота у різні зміни на виробництві, переїзди і перельоти на великі відстані, пов'язані

зі зміною часових поясів тощо). Ці порушення можуть викликати істотні психо-емоційні напруження, неврози і навіть виражені порушення з боку критеріальних показників психічного здоров'я.

Існує різна класифікація біоритмів людини. З точки зору особливостей взаємодії організму та навколишнього середовища виділяють адаптивні біологічні ритми, тобто коливання з періодами, які близькі до основних геофізичних циклів та виконують роль синхронізаторів внутрішніх і зовнішніх ритмів, а також фізіологічні біологічні ритми, що відображають стан фізіологічних систем організму. [2, с.572].

Патологічні стани які виникають внаслідок порушення біологічних ритмів отримали назву десинхронозу. Виділяють два види десинхронозу – внутрішній (неузгодженість біологічних ритмів організму) і зовнішній (порушення синхронізації власних біоритмів організму з ритмами навколишнього середовища. Десинхронози можуть бути як причиною патологічних станів, так і супроводжувати їх.

Прояви десинхронозу відмічені при багатьох захворюваннях серцево-судинної, дихальної, ендокринної, травної, сечовивідної та інших систем. Це проявляється порушенням сну і настрою, часу рефлексу, екскреторної функції нирок, сезонною депресією, артеріальною гіпо- та гіпертензією з нічним підвищенням кров'яного тиску, сезонним загостренням виразкової хвороби, бронхіальною астмою, пітливістю долонь, колагенозами тощо. [1, с.145].

Наприклад, при серцево-судинних хворобах як прояв десинхронозу необхідно відзначити появу аритмічного випадіння пульсу; при пневмоніях, бронхіальній астмі та інфекційних захворюваннях – зміни ритму дихання, при хворобах травного тракту – зміни ритму перистальтики кишок тощо.

Опір периферичних судин при гіпертонічній хворобі у нічні години більш виражений, ніж вдень. Активність внутрішньоклітинних ферментів у хворих на ішемічну хворобу серця в нічні години також значно нижчий, ніж удень. При інфаркті міокарда порушуються добові ритми електролітного обміну: збільшується концентрація натрію і відповідно знижується концентрація калію в еритроцитах у нічні години, а також порушуються ритми ліпідного обміну, пригнічується скоротлива функція міокарда, особливо у вечірній час.

У хворих на цироз печінки амплітуда добового ритму екскреції стероїдних гормонів суттєво нижча, ніж у здорових, реєструються виражені порушення ритмів біоенергетичних процесів тощо.

Істотні десинхронози спостерігаються при ендокринних захворюваннях: добові зміни концентрації глюкози в крові при діабеті, екскреція 17-оксикортикостероїдів, катехоламінів і електролітів при панкреатитах, істотні порушення ритмів обміну речовин при захворюваннях гіпоталамо-гіпофізарної та дієнцефальної систем.

У хворих на маніакально-депресивний психоз початок маніакальної фази супроводжується десинхронізацією біоритмів циклу “спокій – активність”. У разі виникнення стресових реакцій, що викликані впливом екстремальних чинників навколишнього середовища, порушуються ритми гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи. [2, с.573].

На підставі вивчення десинхронозів та причин їх виникнення сформувався окрема галузь медичної науки – хрономедицина (і відповідно її окремі розділи, а саме: хронотерапія, хронофармакологія, хроногігієна), в основу якої покладені розробки оптимальних схем розподілу у часі лікувальних, фармакодинамічних і профілактичних заходів та засобів. Так, для осіб, які працюють у різні зміни, розроблені найбільш ефективні режими виконання професійної діяльності, визначений час і встановлена оптимальна тривалість періодів відпочинку, сну та прийомів їжі. Для льотчиків, які перетинають кілька часових поясів – тривалість і режим післяперельотного відпочинку. Розроблені програми проведення професійного підбору осіб, найбільш придатних для льотної роботи та відсіювання осіб, непридатних для такої роботи, які ураховують біоритмологічні особливості. [2, с.573].

Слід підкреслити, що не всім людям властиві однакові добові режими працездатності. Одні, так звані “жайворонки”, енергійно працюють у першій половині дня, особливо рано-вранці; інші, “сови”, – у другій його половині, пізно увечері або навіть вночі.

Свій індивідуальний ритм працездатності необхідно знати кожній людині. Встановивши періоди максимального підйому працездатності, можна відводити їх для виконання найскладніших та найвідповідальніших завдань, а періоди спаду працездатності використовувати для виконання менш важливої роботи.

В ході організації професійної діяльності та відпочинку слід ураховувати індивідуальні властивості біологічних ритмів кожної людини. Організація трудового режиму на виробництві в другу і третю (нічну) робочі зміни, особливо серед представників професій, які вимагають підвищеної відповідальності або характеризуються високим ступенем монотонності, необхідно погоджувати з індивідуальними особливостями біологічних ритмів таким чином, щоб інтенсивні навантаження припадали на природні підйоми працездатності. [2, с.573].

Для профілактики десинхронозів і підвищення працездатності необхідно організовувати денний сон. Рекомендується організувати свій денний відпочинок так, щоб він за своїми умовами наближався до нічного сну. Тиша, відсутність сторонніх подразників, затемнення тощо дозволяють людині значно швидше відновити сили та пристосуватися до тимчасової зміни життєвого ритму. Таким чином, сон вдень в умовах, які імітують ніч, дозволяє організму відносно швидко адаптуватися до незвичних режимів. Однією з умов

забезпечення високої працездатності під час роботи у нічний час є організація обов'язкового гарячого харчування, яке не тільки компенсує енергетичні витрати організму, але й відіграє роль ефективного датчика часу. Відзначено, що довший період роботи у нічну зміну легше переноситься, ніж короткий, при якому людина не встигає адаптуватися до зміни режиму праці і відпочинку.

Явища десинхронозу спостерігаються і у космонавтів під час перебування на навколоземній орбіті. Значна перебудова біологічних ритмів необхідна вже при перельотах через 4-5 часових поясів. За даними французьких авторів, у 78% осіб, які належать до авіаперсоналу, що літає на великі відстані, спостерігаються порушення типу десинхронозу. [2, с.574].

Існує декілька правил, що полегшують адаптацію людини до зміни часового поясу. Якщо зміна часового поясу відбувається лише на обмежений час, доцільно зберегти близький до звичайного режим праці і відпочинку. Якщо ж на новому місці буде виконуватися робота, яка вимагатиме максимального напруження сил, необхідно заздалегідь поступово змінювати режим праці і відпочинку, пристосовуючи його до нового часового поясу.

Висновок. На сьогодні біоритмічні підходи в Україні розвиваються практично у всіх галузях медицини, так як прогнозовані циркадні коливання можуть допомогти в діагностиці певних захворювань, а метою хронотерапії є синхронізація лікування з внутрішніми коливаннями інтенсивності патологічних процесів.

Володіючи знаннями про біологічні ритми, причини десинхронозів, медичний працівник, а за його рекомендаціями, і сам пацієнт можуть планувати проведення тих чи інших лікувальних та профілактичних заходів, запровадження яких забезпечить запобігання виникненню проявів десинхронозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. С.Б. Семененко, І.Р. Тимофійчук, Л.Д. Борецько, О.І. Юрків, К.В.Слободян Значення хроноритмів у регуляції фізіологічних функцій організму людини: огляд літератури/наук.-практ. журнал «Art of Medicine»/ Івано-Франківський національний медичний університет. 2019. № 2(10) квітень-травень. С.144-147.
URL: <https://art-of-medicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/issue/view/10/19>
2. Гігієна та екологія: Підручник / За ред. В.Г. Бардова. – Вінниця: Нова книга, 2019. – 720 с.

ЛАПАН О. В.
студентка I курсу
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
ЩУРКО М. М.
к.мед.н., викладач
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЗМІНИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТУ II ТИПУ

Вступ (актуальність). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), цукровий діабет – це хронічне метаболічне захворювання, що характеризується підвищеним рівнем глюкози в крові (глюкоземія), що є патогенетично пов'язане з розвитком ураження серця, судинної системи, очей, нирок і нервів.

Понад 92% випадків цукрового діабету є ЦД 2 типу, станом, що характеризується дефіцитом секреції інсуліну β -клітинами острівців підшлункової залози, резистентністю тканин до інсуліну (ІР) і неадекватною компенсаторною відповіддю на секрецію інсуліну [2, 3]. Прогресування захворювання робить секрецію інсуліну нездатною підтримувати гомеостаз глюкози, викликаючи гіперглікемію. Отже, тематика даної проблеми є актуальною.

Основна частина. Цукровий діабет 2 типу (ЦД 2) є одним із найпоширеніших метаболічних розладів у всьому світі, і його розвиток зумовлений насамперед поєднанням двох основних факторів: порушення секреції інсуліну β -клітинами підшлункової залози та нездатності чутливих до інсуліну тканин реагувати на інсулін. [1]. Вивільнення та дія інсуліну мають точно відповідати метаболічним потребам; отже, молекулярні механізми, задіяні в синтезі та вивільненні інсуліну, а також реакція інсуліну в тканинах повинні жорстко регулюватися. Таким чином, дефекти в будь-якому із залучених механізмів можуть призвести до метаболічного дисбалансу, що призводить до патогенезу ЦД2 [1, 4].

Пацієнти з ЦД 2 типу переважно характеризуються ожирінням або більш високим відсотком жиру в організмі, розподіленим переважно в області живота. У цьому стані жирова тканина сприяє ІР через різні запальні механізми, включаючи збільшення вивільнення вільних жирних кислот (ВЖК) і дерегу-

ляцію адипокіну. Основними чинниками епідемії ЦД 2 є глобальне зростання ожиріння, малорухливий спосіб життя, висококалорійні дієти та старіння населення, які вчетверо зросли захворюваність і поширеність ЦД2

Що стосується патофізіології захворювання, то неправильне функціонування петель зворотного зв'язку між дією інсуліну та секрецією інсуліну призводить до аномально високих рівнів глюкози в крові [1, 4]. У разі дисфункції β -клітин секреція інсуліну знижується, що обмежує здатність організму підтримувати фізіологічний рівень глюкози. З іншого боку, ІР сприяє збільшенню виробництва глюкози в печінці та зниженню поглинання глюкози як у м'язах, печінці, так і в жировій тканині. Навіть якщо обидва процеси відбуваються на ранніх етапах патогенезу та сприяють розвитку захворювання, дисфункція β -клітин зазвичай є більш серйозною, ніж ІР. Однак, коли присутні як дисфункція β -клітин, так і ІР, гіперглікемія посилюється, що призводить до прогресування ЦД2 [2, 3].

Висновок. Розуміння патофізіологічних механізмів розвитку ЦД2 дасть змогу провести своєчасну діагностику та оптимізувати шляхи раннього виявлення ЦД2 за допомогою скринінгу, впровадити профілактичні заходи та призначати оптимізовану фармакотерапію, що дасть змогу попередити ускладнення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гудзь А. С., Захаревич Н. Є. Фактори ризику прогресування діабетичної ретинопатії у хворих на цукровий діабет 2-го типу. Архів офтальмології України. 2018. 5(2). с. 7-22.
2. Клінічна біохімія: підручник: у 3 т. / За ред. Г. Г. Луньової. – Львів: ПП «Магнолія 2006», 2021. Т. 1.с. 230 – 287.
3. Aron-Wisnewsky J., Warmbrunn M.V., Nieuwdorp M., Clément K. Metabolism and Metabolic Disorders and the Microbiome: The Intestinal Microbiota Associated With Obesity, Lipid Metabolism, and Metabolic Health-Pathophysiology and Therapeutic Strategies. Gastroenterology. 2021 Jan;160(2). P. 573-599.
4. Van der Heijden AA, Nijpels G, Badloe F, et al. Prediction models for development of retinopathy in people with type 2 diabetes: systematic review and external validation in a Dutch primary care setting. Diabetologia. 2020. 63(6). P. 1110– 1119.

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

РОЛЬ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ У ПРЕВЕНТИВНИХ ЗАХОДАХ СИНДРОМУ СТАРЕЧОЇ АСТЕНІЇ

Багато людей вважають, що зі старінням людина швидко втрачає силу, масу тіла, апетит і потребує допомоги у виконанні повсякденних завдань. Проте це може бути описано як найбільш незворушливий сценарій старіння, відомий як синдром старечої астенії. Однак найпоширенішим ускладненням цього стану є судинна деменція. Ця ускладненість призводить до плутання чисел та дат, можливості легко загубитися навіть у власній квартирі, втрати комунікаційних навичок та обмеження у самообслуговуванні. У підсумку, замість гідного старості людина відчуває психічні порушення, трофічні виразки, інсульты та інші подібні проблеми.

Синдром старечої астенії (англ. frailty – крихкість, слабкість, немічність) – це асоційований із віком синдром, що характеризується п'ятьма основними клінічними проявами (за Fried L. et al.):

1. Втрата маси тіла (саркопенія).
2. Доведене динамометричне зниження сили кисті.
3. Виражена слабкість і підвищена втомлюваність.
4. Зниження швидкості руху.
5. Значне зниження фізичної активності.

При наявності трьох і більше вищевказаних симптомів діагностується синдром старечої астенії (СА), а у випадку одного або двох – стареча преастенія [1].

СА розвивається в осіб похилого та старечого віку внаслідок дегенерації, що пов'язана зі старінням, і проявляється у зниженні психологічного, фізіологічного та соціального функціонування. Він часто поєднується з іншими патологічними станами та факторами ризику, що спостерігаються у геріатрії: саркопенією, синдромом мальнутриції, остеопорозом, різноманітними когнітивни-

ми порушеннями та депресією. СА супроводжується порушеннями поведінки та адаптації, сприяє порушенню сімейних зв'язків і соціальній ізоляції, зумовлює залежність від сторонньої допомоги у повсякденному житті, різко погіршуючи його якість та скорочуючи тривалість. Взаємозв'язок СА з іншими геріатричними синдромами знайшов відображення у моделі накопичення дефіциту, запропонованій К. Rockwood та співавторів [2].

В наукових джерелах зазначається, що середнє значення поширеності СА становить 12,9 %, а старечої преастенії – 48,9 % (за відсутності адекватного лікування преастенія переходить в астенію протягом 4–5 років [3]). Поширеність СА зростає з віком, спостерігається у 10–27 % осіб віком понад 65 років і в 45 % – понад 85 років. СА наявна майже у 50 % пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю або хронічним обструктивним захворюванням легень, у кожного п'ятого пацієнта з хронічним захворюванням нирок [4].

Проводячи наукову розвідку, нами встановлено, що синдром старечої астенії (або крихкість) тісно пов'язана з інвалідністю та іншою супутньою старечою патологією, хоча може розвиватись і самостійно. При наявності кількох хронічних захворювань ризик розвитку СА у літніх пацієнтів є значно вищим. СА часто є несприятливим прогностичним фактором. У стадії преастенії вірогідність смерті протягом п'яти років становить у середньому 20,4 %, а при розгорнутій клінічній картині – 44,5 %. Синдром старечої астенії, ще є небезпечним тим, що у пацієнтів літнього віку може виникати травматизм від падіння який призводить до летальності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно трапляється близько 646 тисяч випадків смерті, спричинених падіннями. Така статистика є вкрай тривожною, але варто пам'ятати, що запобігти падінню можливо за допомогою превентивних заходів. Щоби розпізнати преастенію чи астенію, варто користатися скринінговими тестами, які містять ряд запитань. Такі тести можуть проводити як сестри/брати медичні так і доглядальниці чи соціальні працівники.

Оцінювання та інтерпретація отриманих результатів проводиться за бальною шкалою, де 1 позитивна відповідь становить один бал:

- **5 і більше балів** – стареча астенія високо ймовірна та показана консультація геріатра з проведенням комплексної геріатричної оцінки та упорядкуванням індивідуального плану ведення пацієнта;
- **3-4 бали** – помірна ймовірність старечої астенії, доцільне виконання короткої серії тестів фізичного функціонування та тесту Міні-Ког в умовах геріатричного кабінету;
- **0-2 бали** – наявність у пацієнта синдрому старечої астенії мало ймовірна.

На сьогоднішній день, нами проведено скринінгові тести у пацієнтів похилого віку, котрі приходили на прийом до лікарів сімейних амбулаторій

міста Львова. У даному опитуванні взяло участь 546 респондентів з числа пацієнтів похилого віку. Вік пацієнтів становить від 65 до 75 років.

Таблиця 1

**Скринінговий опитувальник «Вік не перешкода»
для виявлення синдрому старечої астенії [5]**

Запитання	Відповідь
Чи схудли ви на 5 кг і більше за останні 6 місяців?	ТАК/НІ
Чи ви відчуваєте якісь обмеження у повсякденному житті через зниження зору чи слуху?	ТАК/НІ
Чи були у вас протягом останнього року травми, пов'язані з падінням, або падіння без травм?	ТАК/НІ
Чи відчуваєте себе пригніченим, сумним чи стривоженим протягом останніх тижнів?	ТАК/НІ
Чи є у вас проблеми з пам'яттю, розумінням, орієнтацією чи спроможністю планувати?	ТАК/НІ
Чи страждаєте ви нетримання сечі?	ТАК/НІ
Чи ви відчуваєте труднощі в переміщенні по будинку або на вулиці (ходьба до 100 метрів або підйом на 1 сходовий проліт)?	ТАК/НІ



Рис.1. Результати скринінгового тесту СА

Аналізуючи дану секторну діаграму, можна зробити висновок, що помірна ймовірності виникнення синдрому старечої астенії є у майже у половини респондентів 47% респондентів (250 пацієнтів). Це можна вважати тривожним показником і симптомом преастенії, яка потребує негайних профілактичних заходів. У 22% респондентів (120 пацієнтів) виявлено високий ризик розвитку синдрому старечої астенії та у 31% респондентів малоймовірне виникнення синдрому старечої астенії.

Для попередження СА доцільне використання алгоритму за першими буквами англійського терміну «FRAILTY» [5]:

- F (food intake maintenance) – контроль за прийомом їжі та регуляція раціону.
- R (resistance exercises) – фізична активність.
- A (atherosclerosis prevention) – профілактика атеросклерозу.
- I (isolation avoidance) – уникнення соціальної ізоляції.
- L (limit pain) – усунення больового синдрому.
- T (tai-chi or other balance exercises) – виконання спеціальних рухових вправ.
- Y (yearly functional checking) – регулярні щорічні медичні огляди для оцінки фізичного стану.

Також рекомендується [5]:

- Обмеження прийому психотропних препаратів і нейролептиків (седативних, снодійних, транквілізаторів, антидепресантів).— Покращення якості зору.
- Профілактика ортостатичної гіпотензії.
- Прості силові вправи та тренування рівноваги. Носіння зручного взуття.
- Використання палиць і ходунків для ходьби, при потребі – стегнових протекторів.
- Регулярне приймання вітаміну D у дозі > 800 мг/добу. – Оснащення кімнати, організація побуту.

Досліджуючи та вивчаючи дану проблематику, ми пропонуємо більш розширенні рекомендації з метою запобігання травматизму від падіння у пацієнтів з СА. Наші рекомендації розділені по кімнатах у будинку та враховують різні аспекти життя пацієнтів, які допоможуть підвищити рівень особистої безпеки.

1. Ванна кімната та туалет. Що важливо враховувати:

- набагато безпечніше проводити гігієнічні процедури у душовій кабіні, аніж у ванні;
- краще використовувати рідке мило, а не тверде, оскільки воно може випасти з рук та утворити на підлозі слизьку ділянку;
- перед тим, як виходити з душової кабіні, рекомендується добре витерти тіло;
- негайно витирати підлогу, щоб потім не послизнутися;
- не закривайте зсередини двері у ванну кімнату або туалет, щоб при необхідності вам могли надати допомогу.

2. Додаткові пристрої, які підвищують рівень безпеки у ванній кімнаті:
 - гумовий килимок на дні душової kabіні, а також на виході з неї;
 - стійкі ручки, за які можна триматися в душовій kabіні та поруч із туалетом;
 - стійкий пластмасовий стілець, на якому можна сидіти під час купання;
 - сидіння-насадка для унітазу, з допомогою якої сідати на унітаз та вставати з нього буде легше.
3. Житлові приміщення (спальня). Подбайте про безпечне розташування речей:
 - приберіть з підлоги подовжувачі та інші шнури (проводи) щоб не натрапити на них;
 - за допомогою клеючих засобів закріпіть килими або зовсім позбавтеся їх, щоб не спіткнутися;
 - меблі повинні бути стійкими, не загороджувати прохід, стежте, щоб ящики та дверцята були завжди закритими;
 - поряд зі спальним місцем рекомендується розмістити лампу, яку зручно вмикати;
 - мобільний телефон завжди повинен бути на доступній відстані, це також дозволить знизити ризик падіння, коли несподівано надійде дзвінок;
 - на ніч рекомендується залишати нічники, які б дозволяли бачити дорогу в туалет (вона ніколи не повинна бути захищена непотрібними речами);
 - важливо стежити за освітленням у кімнаті: світло має бути яскравим, але не засліплюючим.
4. Кухня:
 - предмети, якими ви користуєтеся щодня, розміщуйте так, щоб вам було зручно та легко їх дістати;
 - якщо потрібно піднятися високо, не слід ставати на стілець, завжди просіть про допомогу інших;
 - прибирайте негайно залишки їжі або розливу рідини з підлоги;
 - будьте уважні та обережні під час приготування та розігрівання їжі, щоб не допустити опіків та нещасних випадків.
5. Сходи:
 - рекомендуємо пофарбувати у помітні яскраві кольори;
 - не поспішайте, коли піднімаєтеся або спускаєтеся ними;
 - завжди знімайте окуляри для читання, коли ви йдете сходами.

Отже, можна зробити висновок, що синдром старечої астенії є досить розповсюдженим серед літніх людей. Власні дослідження вказують, що майже у половини опитуваних пацієнтів (47% респондентів) є прояви преастенії, що

є вкрай серйозними даними, а у 22% респондентів (120 пацієнтів) виявлено високий ризик розвитку синдрому старечої астенії. Щоби запобігти розвиток травматизму від падіння серед пацієнтів літнього віку, нами надані рекомендації які слід дотримуватися у побуті. Рекомендації, які ми пропонуємо, є дієвими і такими які можна використовувати без зайвих фінансових витрат.

ЛІТЕРАТУРА

1. Fried L.P. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care/ L.P. Fried, L. Ferrucci, J. Darer, J.D. Williamson, G. Anderson // Journals of Gerontology Series A – Biological Sciences & Medical Sciences. – 2004. – Vol. 59(3). – R. 255- 263.
2. Rockwood K. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty / K. Rockwood // Clin. Geriatr. Med. – 2011. – Vol. 27(1). – P. 7-26.
3. Fisher A.L. Just what defines frailty? / A.L. Fisher // Journal of the American Geriatrics Society. – 2007. – Vol. 53(12). – P. 2229-2230.
4. Wilhelm-Leen E.R. Frailty and chronic kidney disease: the third National Health and Nutrition Evaluation Survey. / E.R. Wilhelm-Leen, Y.N. Hall, M.K. Tamura, G.M. Chertow // Am. J. Med. – 2009. – Vol. 122(7). – P. 664-71. Sci. – 2007. – Vol. 62(7). – P. 731-7.
5. Синдром старечої астенії (frailty) – сучасна проблема геронтологічної медицини, Скибчик В.А., Бабляк С.Д. Артеріальна гіпертензія, ISSN 2224-1485 (print), ISSN 2307-1095 (online) 4 (60), 2018, URL://hypertension.zaslavsky.com.ua

ПІДДУБНА І.А.,
студентка II-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

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З ПАЦІЄНТОМ

Сучасне трактування ВООЗ сестринської справи містить у собі не лише визначення її місця і завдань у системі охорони здоров'я, а й чітко окреслює коло функціональних обов'язків: «Сестринська справа – це складова частина системи охорони здоров'я, яка направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища. Сестринська справа включає діяльність зі зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, надання психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та (або) психічні захворювання, а також непрацездатним всіх вікових груп» [1].

Вагому частку в медичній спільноті становлять медичні сестри та брати, які виконують до 80% комунікації між пацієнтом та медичним персоналом. Основні медичні маніпуляції та догляд за пацієнтом лежить на сестрах та братах медичних.

Метою взаємодії між пацієнтом і медичним працівником є медична допомога, що надається останнім. Виходячи з цього, передбачається неодноразовість ролі контактів в системі взаємодії «медичний працівник – пацієнт». Таким чином, на перше місце в діяльності медичних сестри/брата в якості складової ефективності лікування зараз висувається проблема професійного спілкування, необхідність емпатичного розуміння і ряд інших факторів, що характеризують в цілому взаєморозуміння медсестри та пацієнта.

У процесі спілкування сестри/брата медичних і пацієнта є зворотний зв'язок – це реакція пацієнта на поведінку медичної сестри. Зворотній зв'язок покликаний допомогти медичній сестрі зрозуміти поведінку, і як надана нею інформація сприймається та оцінюються пацієнтом [2]. Адекватне сприйняття інформації залежить також від наявності або відсутності в спілкування комунікативних бар'єрів. В даному випадку можна говорити як про існування у пацієнтів психологічного захисту від інформації про стан здоров'я і про

прогнози в цьому відношенні, так і про можливі перешкоди на шляху адекватного сприйняття інформації у медсестри [3].

Медсестра, при виконанні своєї праці, обов'язково впливає на пацієнта, і не тільки «спритністю рук», а й своїм настроєм, поглядом, словом, навіть інтонацією. Вона може дуже просто і ненав'язливо допомогти йому, підтримати, втішити, заспокоїти або, навпаки, розсмішити, підняти настрій – і це теж буде її внеском в його одужання, можливо не менш важливим ніж самі процедури [4].

Отже, однією з ключових професійних якостей сестри/брата медичних є їх здатність до ефективної комунікації. Загальною характеристикою комунікативної компетентності випускника медичного закладу вищої освіти є рівень засвоєння вмінь взаємодії з оточуючими, який об'єднує як особистий, так і професійний досвід та є необхідним для успішного функціонування у професійній сфері та суспільстві.

Комунікативна компетентність сестри/брата медичних також має свої особливості, які відповідають області застосування професійних навичок. Вона включає в себе також професійні переконання та погляди медичних працівників, орієнтовані на створення позитивних емоційних зв'язків з пацієнтами, незалежно від їхніх особистих характеристик. Таким чином, поняття комунікативної компетентності охоплює широкий спектр комунікативних навичок і вмінь, які необхідні для успішної взаємодії з тими, хто шукає медичну або фармацевтичну допомогу.

Комунікація має безліч компонентів: відчуття присутності, вміння слухати, сприймати, проявляти занепокоєння, розкриватися самому, приймати чужі погляди, співпереживати, бути щирим і поважати іншу людину. Процес динаміки контактів між людьми породжений потребами спільної діяльності та включає обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії і розуміння іншої людини. Лікувальний процес є специфічною формою спілкування, в якому медична сестра бере активну участь. У ній бачать не тільки людину, що полегшує своїми діями фізичний стан пацієнта [5].

Почуття присутності не можна одразу досягнути; для його розвитку необхідно час. Навичка слухати включає в себе відкритість до світу, думок та почуттів інших людей, які виражені відкрито або сховані. Для вміння слухати потрібна чутливість, розуміння та відсутність будь-яких суджень щодо іншого. Це активний, свідомий процес створення відчуття присутності, а не просте бездіяльне сприйняття. Окрім розуміння змісту сказаних слів, необхідна глибока концентрація, відсутність упереджень і глибокий інтерес до оповіді іншої людини. Доброму слухачеві потрібно повністю сконцентрувати увагу на іншій людині, приглушити власні упередження, тривогу та інші внутрішні чи зовнішні відволікаючі фактори. Навичка слухати сприяє

відкриттю потреб пацієнта, які виражені у словесній або іншій формі (міміка, жести і т. д.). Дана навичка допомагає сестрам/братом медичним встановлювати ефективну взаємодію з пацієнтом.

Процес формування комунікативної компетентності медичної сестри виступає в якості практичного аспекту більш широко, яка має глобальний характер, проблеми соціопсихосоматичного підходу до здоров'я і хвороби та встановлення в зв'язку з цим між медичною сестрою і пацієнтом в лікувальному процесі терапевтичної співпраці. Необхідність побудови відносин в діаді «лікар – пацієнт», як терапевтичної співпраці, детермінована сучасним розумінням хвороби не як ізольованого факту в житті людини, а як прояву порушення цілісної життєдіяльності людини в світі [6].

Протягом останніх років стало чіткіше те, що звичне розділення між «органічними і функціональними» захворюваннями засновано на суперечливих стереотипах. Медичні спеціалісти почали розуміти, що хвороби часто виникають на ґрунті багатьох етіологічних факторів. З цього виник особливий інтерес до ролі, яку можуть грати в цьому зв'язку психологічні і соціальні фактори. Такі сучасні погляди призвели до цілої низки змін в підходах до лікування: Хворий не є лише носієм якогось захворівшого органу, його слід розглядати і лікувати, як людину в цілому, оскільки «хвороба являється наслідком неправильного розвитку між індивідуумом і соціальними структурами в які він включений» [7].

Отже, стан здоров'я хворої людини все більше визначається соціально-психологічними факторами. Тож, лікування багатьох хвороб неможливо без урахування соціальних за своєю природою відносин людини з оточуючим мікросередовищем (відносин в системах «Людина – Суспільство», «Людина – Сім'я», «Людина – Інші»), що потребує в свою чергу, вміння медичної сестри будувати довірливе спілкування з пацієнтом (встановлювати терапевтичний альянс). Терапевтичний альянс в діаді «медичний працівник – пацієнт», оснований на довірі, являється важливим фактором, визначаючим успішність терапії, поза залежністю від її орієнтації [8].

Медицина, що володіє багатим досвідом допомоги хворій людині, має певну специфіку, яка відрізняє її від інших видів людської діяльності. Ефективність лікування та догляду за хворими визначається не тільки рівнем професійних знань та вмінь медичних працівників. Специфіка медицини полягає, перш за все, в необхідності постійного, щоденного спілкування медперсоналу з хворою людиною. Тому моральні та етичні якості медичного працівника мають дуже важливе значення в його діяльності.

Медична етика – вчення про роль моральних правил в діяльності медичних працівників, про їх високогуманне ставлення до людини як необхідної умови успішного лікування.

Деонтологія – це комплекс етичних норм, принципів, яким керується медпрацівник, сукупність відповідних професійних, морально—етичних і правових принципів і правил, що становлять поняття «обов'язок медичного працівника»[9].

Проблеми взаємодії медичної сестри з пацієнтом пояснюються двома аспектами: з одного боку, це пов'язано зі стереотипами щодо нормальної взаємодії в цій сфері, і з іншого боку, із сучасними реаліями, такими як комерціалізація медичної діяльності, можливість пацієнтів вибирати платні послуги, доступність інформації та зростаюча активність пацієнтів у лікувальному процесі. Важливість цієї теми обумовлена необхідністю дослідження соціокультурних уявлень, які впливають на ефективність взаємодії в медичній сфері та формування концепції послідовного психологічного супроводу для майбутніх і практикуючих сестер/братів медичних.

В наш час, дослідження комунікативних процесів, які сприяють успішній взаємодії медичних працівників із пацієнтами, стає необхідністю. Ефективний психологічний зв'язок з пацієнтом сприяє точнішому збору інформації і глибшому розумінню його стану. Комунікативна компетентність, тобто здатність ефективно спілкуватися, сприяє розумінню, встановленню довіри та успішному вирішенню завдань. Важливо зауважити, що комунікативні аспекти в медицині повинні служити вторинним завданням. Передусім стоять завдання діагностики, лікування, виконання медичних маніпуляцій та профілактики хвороб. Ефективна комунікація виступає інструментом для досягнення цих цілей.

Проте система взаємин між медичними сестрою/братом і пацієнтом стає ключовою в умовах сучасної медицини, коли пацієнти часто виступають як "клієнти" і оплачують медичні послуги. У цьому контексті їх оцінка медичного працівника враховує не лише професійні якості, але й людські якості, такі як відчуття довіри, уваги, відкритості та співчуття. Іноді психологічні якості медичного працівника можуть мати більший вплив на задоволення пацієнта, ніж його професійні вміння та знання.

Особистий структурний образ "ідеального медичного працівника" залежить від індивідуальних особливостей пацієнтів і їх очікувань. Деякі пацієнти можуть акцентувати увагу на співчутті, співпереживанні та доброті, коли описують ідеального медичного працівника, тоді як інші можуть більше цінувати інтелект і високий професійний рівень знань та навичок.

Як необхідно спілкуватися з пацієнтом:

- Доступно інформуйте пацієнта про стан його здоров'я.
- Попередьте пацієнта, чим загрожує розвиток хвороби.
- Призначайте діагностичні дослідження та лікування відповідно до клінічних протоколів.

- Поясніть пацієнтові мету запропонованих досліджень та лікувальних заходів.
- Інформуйте пацієнта в чому полягатиме лікування та про можливі ускладнення.
- Узгоджуйте план лікування з пацієнтом та оформляйте його документально.
- Розкажіть пацієнтові, яку побічну дію можуть мати лікарські засоби.
- Поясніть, як діяти в такому випадку.
- При необхідності простими словами поясніть пацієнтові, чому той повинен лікуватися, наведіть аргументи.
- Постарайтеся не налякати пацієнта, а пояснити йому переваги своєчасного та адекватного лікування [9].

Мовні модулі спілкування з пацієнтами – це специфічні підходи до комунікації з пацієнтами (родичами, опікунами), які базуються на загальноприйнятих принципах та етичних стандартах. Вони допомагають забезпечити ефективну і проникливу комунікацію, зберігання конфіденційності та повагу до гідності пацієнта. Деякі з цих модулів включають:

- Проявлення вдячності за час та увагу пацієнта, використання ввічливих формул привітання та прощання, звертання до пацієнта його іменем або прізвищем.
- Використання простих та зрозумілих термінів, уникання медичних жаргонів та складних термінів, пояснення інформації у доступній формі.
- Проявлення інтересу та розуміння до почуттів та емоцій пацієнта, висловлювання підтримки та розуміння його ситуації.
- Зосередженість на словах та повній увазі до пацієнта, використання виразів, що демонструють слухання, таких як "розумію", "ви праві", "я чую, що ви кажете".
- Задавання уточнюючих питань, щоб отримати більш повну картину симптомів або проблеми, забезпечення підтримки та сприяння розмові.
- Збереження приватності та конфіденційності інформації, яку надає пацієнт. Уникання розповсюдження особистих даних без дозволу пацієнта.

Застосування цих мовних модулів допомагає забезпечити ефективну комунікацію з пацієнтами, засвоєння їхніх потреб та сприяє створенню позитивного та сприйнятливого медичного середовища.

Таким чином, аналіз літературних джерел допомагає зробити висновок щодо необхідності поетапного розвитку професійної компетенції сестри/брата медичних, що спрямована на формування вмінь та навичок протягом всього періоду медичної підготовки. Процес формування професійної особистості включає у себе розуміння якостей, необхідних для успішної взаємодії з

пацієнтами, а також визначення ціннісно-мотиваційної сфери та сприйняття обраної професії. Ці уявлення формуються під час навчання та подальшої інтеграції у професійне оточення, враховуючи конкретні умови та вимоги професійного середовища. Протягом навчання в закладі вищої освіти відбувається об'єднання професійного і соціального аспектів, що включає набуття професійного та особистого досвіду, розвиток стійких інтересів, формування соціальних цінностей та уявлень про професійну діяльність, які важливі для успішної взаємодії з пацієнтами та інше.

ЛІТЕРАТУРА

1. Безкоровайна У. Ю. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та у світі / У. Ю. Безкоровайна // Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 15. – С. 88–91.
2. Селлман Д. Как стать медсестрой / Д. Селлман, П. Снеллинг ; пер. С англ. – К. : ВСВ «Медицина», 2022. – 176 с.
3. Дуброва В.П. Терапевтическое взаимодействие: психологические аспекты подготовки врача. / Дуброва В.П. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2021. – N 1. – с. 21 – 24.
4. Дворкина И.М. Богданова Т.М. Психологические особенности общения медсестры с пациентом. / Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 5. URL <https://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=19167>.
5. Дуброва В.П. Некоторые аспекты психологической подготовки врача к терапевтическому взаимодействию с пациентом. // Психологическая наука и образование. – 2022. – No 3. – С. 15 – 18.
6. Этические и деонтологические стандарты профессиональной деятельности медицинской сестры // Производственный стандарт, Минск: БелМАПО, 2002 64. Єльнікова Г.В. Атестація керівників: проблеми і шляхи їх розв'язання / Галина Єльнікова // Управління освітою. – 2003. – №21. – С. 12 – 13.
7. Задирака Л.В. Індивідуальні особливості становлення професійної компетентності майбутніх медичних сестер / Задирака Л.В. // Медсестринство. – 2016. – № 1. – С. 40 – 43.
8. Зотова Г.И., Методические рекомендации «Общение с пациентом». Борское. – 2001. – 51 с.
9. Медична етика: складні ситуації та поради на кожен день: URL <https://www.medsprava1.com.ua/article/2535-medichna-etika-skladn-situats-ta-poradi-na-kojen-den>

ДРОФІЧ О.Т.
студентка ІІ-го курсу
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
НЕДІЛЬКО Р.В.
канд. держ. упр. Львівська
медична академія
ім. А. Крупинського

КЛІНІЧНИЙ МАРШРУТ ПАЦІЄНТА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ІІ ТИПУ. РОЛЬ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ

Цукровий діабет (ЦД) – хронічне захворювання неінфекційного характеру, темпи зростання і поширеності якого набули масштабу світової катастрофи [1]. Згідно з даними Міжнародної федерації діабету (IDF), сьогодні у світі зареєстровано 415 млн чоловік, які хворіють на ЦД. До 2040 р. прогнозується збільшення кількості людей, хворих на діабет, до 642 млн осіб [2].

В останній період часу, цукровий діабет, став розглядатися як актуальна соціальна проблема. Це обумовлено зростаючою кількістю осіб, які страждають від цієї хвороби. Цукровий діабет має хронічний перебіг і може спричиняти виникнення різних ускладнень, що призводять до погіршення якості життя та скорочення тривалості життя людей хворих на цукровий діабет.

Впровадження нових форм організації роботи в ендокринології відбувається на основі таких державних документів, як Державна цільова програма «Цукровий діабет» та Накази МОЗ України «Про удосконалення організації надання ендокринологічної допомоги населенню України» [3]. Оптимізація ЯМД пацієнтам з цукровим діабетом – це динамічний процес, в ході якого мають задовольнятися потреби суспільства у якісній медичній допомозі та покращуватися якість життя пацієнтів.

Досягнення значного прогресу у лікуванні хворих можливе, якщо буде створена і забезпечена належною функціонуванням система профілактики, діагностики і лікування. Важливим аспектом у цьому є – активна участь пацієнта у цьому процесі. На нашу думку, пріоритетними чинниками у даному процесі є широке використання сучасних медичних технологій та активне впровадження стандартів надання медичної допомоги в практичну діяльність з чітким розмежування функціональних обов'язків між лікарем та сестрою/братом медичними.

Для забезпечення наступності етапів медичної допомоги пацієнтам з ІЦД 2 типу у закладі охорони здоров'я необхідно впроваджувати локальний протокол медичної допомоги з клінічним маршрутом пацієнта відповідно до даного уніфікованого протоколу з урахуванням матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між закладами охорони здоров'я, які надають первинну і вторинну медичну допомогу, визначається відповідним наказом управління охорони здоров'я [4].

Клінічний маршрут пацієнта – це алгоритм руху пацієнта структурними підрозділами закладу охорони здоров'я (або різних закладів охорони здоров'я), які залучені до надання допомоги при конкретному стані або захворюванні (абз. 6 п. 1.2 Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом МОЗ «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» від 28.09.2012 № 751).

Заклад охорони здоров'я повинен мати затверджені в установленому законодавством порядку клінічні маршрути пацієнта. Розробляти їх потрібно відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ (п. 12 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою КМУ від 02.03.2016 № 285).

Клінічний маршрут пацієнта містить алгоритм руху пацієнта, а саме з:

- підрозділами ЗОЗ, пунктами контактів із лікарями та іншим медичним персоналом у процесі надання медичної допомоги;
- за потреби взаємодії між ЗОЗ при наданні медичної допомоги з метою виконати вимоги стандарту, уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги та нового клінічного протоколу медичної допомоги (п. 3.10 Методики № 751).

Клінічний маршрут пацієнта розробляйте в довільній формі, при цьому враховуються особливості відповідного ЗОЗ [5].

Важливо зазначити, що при дослідженні ряду нормативно-правових документів, нами встановлено, що немає чіткого розподілу функціональних обов'язків хто має розробляти та впроваджувати клінічний маршрут пацієнта.

Зараз, все більше ведеться дискусій у медсестринській спільноті, про розширені компетентності чи повноваження сестер/братів медичних відповідно до отриманого рівня освіти. Тому, на нашу думку, потрібно реально впроваджувати зміни в практичне медсестринство і адаптовувати його до європейських передових практик.

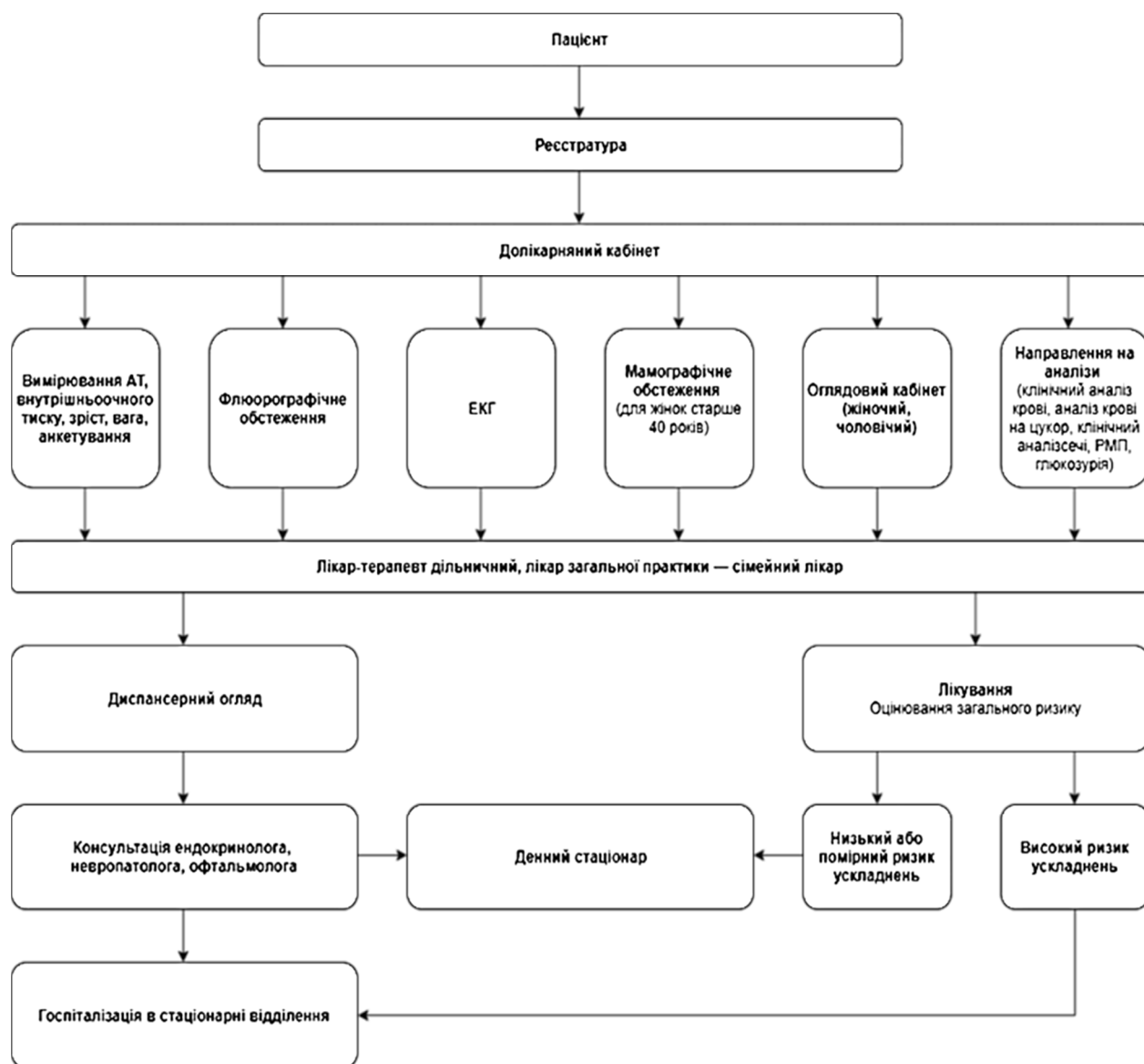


Рис.1. Клінічний маршрут пацієнта з цукровим діабетом II типу. [6]

Підводячи підсумки, можна зробити наступні висновки і надати такі рекомендації. По-перше, внести корективи до нормативно-правових документів, що регламентують роботу закладів охорони здоров'я, оскільки нами проаналізовано ряд чинних наказів МОЗ України, стандартів та протоколів надання медичної допомоги де не зазначається функціональні обов'язки сестер/братів медичних. До прикладу, у Наказі МОЗ України від 21 грудня 2012 року N 1118 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу», варто зазначити і необхідні дії сестер/братів медичних – бакалаврів та магістрів. Деякі функціональні обов'язки, які виконують лікарі, можна довірити виконувати сестрам/братам медичним магістрам, бакалаврам. Наприклад магістр медсестринства може здійснювати:

- розробляти клінічний маршрут пацієнта;

- проводити виявлення факторів цукрового діабету та його оцінку;
- планувати проведення масових профілактичних заходів щодо дотримання здорового способу життя та попередження факторів ризику ЦД 2 типу;
- планувати та забезпечувати щорічне проходження навчальних циклів з питань удосконалення самоконтролю стану пацієнтів;
- залучати пацієнтів з ЦД 2 типу, які мають досвід ефективного контролю власного захворювання, до сприяння у роботі місцевої групи спеціалістів з надання спеціалізованої допомоги іншим пацієнтам (у співпраці з локальними, регіональними чи національними асоціаціями людей з ЦД);
- оцінювати спосіб життя і проводити корекцію харчування, регулювання фізичних навантажень, боротьбу зі шкідливими звичками та надмірною масою тіла;

Сестра/брат медичні бакалаври можуть здійснювати:

- оцінку обізнаності, відношення і уявлення про фактори ризику ЦД 2 типу;
- рекомендувати заходи щодо зміни способу життя;
- визначати рівень глікемії;
- проводити експрес-тести на рівень глікемії;
- проводити пероральний глюкозо-толерантний тест;
- надавати інформацію пацієнтам про діабетичні асоціації та їхні контактні дані;
- забезпечувати пацієнтів з ЦД 2 типу "Інформаційним листом для пацієнта з цукровим діабетом";
- в інтервалах між візитами пацієнта підтримувати та контактувати з ним по телефону;
- усім пацієнтам з ЦД 2 типу надавати інформацію по догляду за ступнями і нігтями на ногах.

По-друге, сестра/брат медичні бакалаври в клінічному маршруті пацієнта з цукровим діабетом можуть виконувати такі етапи, як вимірювання артеріального та внутрішньоочного тиску, проводити антропометричні вимірювання, флюорографічне обстеження, реєстрацію ЕКГ, мамографію виписувати скерування на клінічні дослідження. Магістр медсестринства може здійснювати первинний огляд пацієнтів.

На нашу думку, такий розподіл функціональних обов'язків призведе до якісного надання медичних послуг, вивільнить час лікаря для його

високопрофесійних завдань, дасть можливість сестрам/братам медичним застосувати на практиці свої знання та вміння.

ЛІТЕРАТУРА

1. American Diabetes Association. Cardiovascular Disease and Risk Management // Diabetes Care. – 2017. – № 40 (Suppl. 1). – P. 15.
2. Цитовський М. Н. Статистичний, клінічний та морфологічний аспекти впливу цукрового діабету на стан серцево-судинної системи / М. Н. Цитовський // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : "Медицина". – 2017. – Вип. 1 (55). – С. 168–177.
3. Наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1118 «Цукровий діабет 2 типу: Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги», URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2012_1118ykpmd.pdf.
4. Наказ МОЗ України від 21 грудня 2012 року N 1118 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу», URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1118282-12>
5. Електронний журнал. Управління закладом охорони здоров'я № 2, лютий 2021 року. URL: <https://egolovlikar.mcfr.ua/873548>
6. URL: <http://surl.li/lkcuq>

СЕКЦІЯ 3

ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ЖУКРОВСЬКА М.О.,

к. хім. н.,

ПАРТИКА У.Б.

Львівська медична академія

ім. Андрея Крупинського

МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ ОРГАНІЧНОЇ ХІМІЇ З ФАРМАКОЛОГІЄЮ У СИСТЕМІ ОСВІТИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ

Вступ. Органічна хімія є важливою фундаментальною освітньою компонентою у професійній підготовці спеціалістів фармації, адже ґрунтовні знання з органічної хімії закладають основи для ефективного засвоєння студентами таких фахових дисциплін як фармакологія, фармацевтична хімія, фармакогнозія, технологія ліків та ін.

Одним із способів підвищення ефективності викладання органічної хімії та мотивації студентів до її вивчення є міждисциплінарна інтеграція органічної хімії із фаховими освітніми компонентами, зокрема з фармакологією. Інформація з наукових джерел показує, що міждисциплінарна інтеграція є умовою ефективної підготовки фахівців, оскільки міждисциплінарні зв'язки дають змогу пов'язувати нові знання та практичні навички з уже набутими і формувати внаслідок цього глибоке розуміння та фахову компетентність [1-4].

Мета роботи – проаналізувати можливості та ефективність впровадження міждисциплінарної інтеграції у процес викладання органічної хімії студентам-фармацевтам Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського.

Основна частина. Органічна хімія відіграє важливу роль у системі підготовки спеціалістів фармації. Ця фундаментальна освітня компонента дає знання про будову, шляхи одержання, властивості органічних речовин, механізми органічних реакцій, а також про взаємозв'язок між будовою, хімічними властивостями та фармакологічною активністю різних класів органічних сполук. Відтак, ґрунтовні знання з органічної хімії для майбутнього фахівця фармації є основою для розуміння механізмів фармакологічної дії багатьох лікарських засобів, маршрутів їхньої біотрансформації та елімінації з

організму людини, а також пошуку шляхів створення нових ефективних фармацевтичних препаратів.

Органічна хімія не даремно займає провідне місце в системі фармацевтичної освіти, оскільки майже 90% фармацевтичних препаратів є саме органічними сполуками (як діючими, так і допоміжними). Ці органічні сполуки характеризуються широкою різноманітністю фізичних, хімічних та біологічних властивостей, які залежать від структури цих сполук.

У свою чергу фармакологія – комплексна наука, яка вивчає дію ліків на організм людини і здійснює цілеспрямований пошук нових лікарських речовин та шляхів їх раціонального використання. Фармакологія з'ясовує вплив лікарських препаратів на різноманітні організації біологічних систем: молекули, клітини, тканини, органи, функціональні системи і організм в цілому. Вивчаючи дію фармацевтичних препаратів, вона створює для хіміків гіпотези і теорії цілеспрямованого пошуку нових лікарських засобів [5].

Аналізуючи спектр інтеграції органічної хімії з фармакологією у системі фармацевтичної освіти, слід виділити деякі конкретні аспекти. Вивчаючи будову та хімічні властивості основних класів органічних сполук, студенти ознайомлюються також із їхньою біологічною і фармакологічною активністю. У свою чергу, під час вивчення фармакології студенти використовують раніше набуті ними знання про будову та властивості органічних речовин.

Наприклад, під час вивчення будови та властивостей вуглеводів в курсі органічної хімії студенти дізнаються, що вуглеводи (сахариди, цукри) – найпоширеніший на Землі клас органічних сполук, які за хімічною будовою є полігідроксикарбонільними сполуками. У залежності від будови та здатності до гідролізу їх класифікують на моносахариди, олігосахариди і полісахариди. Існують також змішані біополімери, або глікокон'югати (глікопротеїни, протеоглікани, гліколіпіди, ліпополісахариди). Моносахариди (монози, цукри) – полігідроксикальдеїди, або полігідроксикетони, із загальною формулою $C_nH_{2n}O_n$ ($n=3-9$).

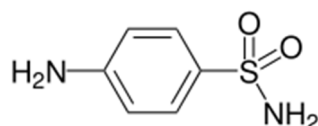
Напівацетальний гідроксил циклічних форм моносахаридів значно активніший за інші гідроксильні групи вуглеводів у реакціях нуклеофільного заміщення. Такі реакції призводять до утворення *глікозидів*. При з'єднанні глікозидним зв'язком декількох моносахаридів утворюються олігосахариди (2–10 залишків моносахаридів) і полісахариди (понад 10 залишків цукрів). Молекули вуглеводів можуть також утворювати глікозидні зв'язки з так званими агліконами (не цукрами). Глікозидна частина молекули, яка є циклічною формою цукрів, пов'язана через атом Оксигену, Сульфору чи Нітрогену з радикалом органічної сполуки, що не є вуглеводом (агліконом). Саме аглікон визначає специфічні особливості глікозиду, зокрема його лікувальні властивості. Уважають, що кращим проникненням лікувального аглікону в клітини глікозиди завдячують цукровій частині молекули [6]. За хімічною будовою

розрізняють О-глікозиди, S-глікозиди та N-глікозиди. Найпоширеніші у природі О-глікозиди.

У медицині знайшли застосування такі основні групи цих сполук: феніл-глікозиди, що містять фенільний радикал в агліконі, антраглікозиди, які містять аглікон, похідний антрахінону, флавонові глікозиди, аглікон яких є похідним флавону, стероїдні глікозиди, або серцеві, що належать до групи О-глікозидів, аглікони яких мають стероїдну структуру і характеризуються значною дією на серцевий м'яз, а також S-глікозиди, або тіоглікозиди.

Під час засвоєння теми з фармакології «Кардіотонічні препарати» студентам нагадують, що рослинні серцеві *глікозиди* є продуктами взаємодії цукрів (гліконів) з агліконами, сполученими через атом Оксигену. Глікон представлений специфічними (дигітоксоза та ін.) і неспецифічними (глюкоза та ін.) цукрами і визначає фармакокінетику серцевих глікозидів (розчинність у воді, ліпідах, кислотах, лугах, проходження крізь клітинні мембрани, швидкість всмоктування в травному каналі, спорідненість з рецептором, міцність зв'язування з білками плазми крові). Аглікон представлений стероїдним кільцем і лактонним 6- або 5-членним циклом, що визначає фармакодинаміку серцевих глікозидів, яка в основному пов'язана з їхнім впливом на серцево-судинну, видільну й нервову системи.

Іншим прикладом міждисциплінарної інтеграції органічної хімії та фармакології є вивчення студентами теми «Похідні сульфанілової кислоти (сульфаніламіді)». З курсу органічної хімії студенти отримують знання про будову, хімічні властивості та біологічну активність найбільш важливих похідних сульфанілової кислоти – сульфаніламідів, а також формують уявлення про механізм їхньої фармакологічної дії.

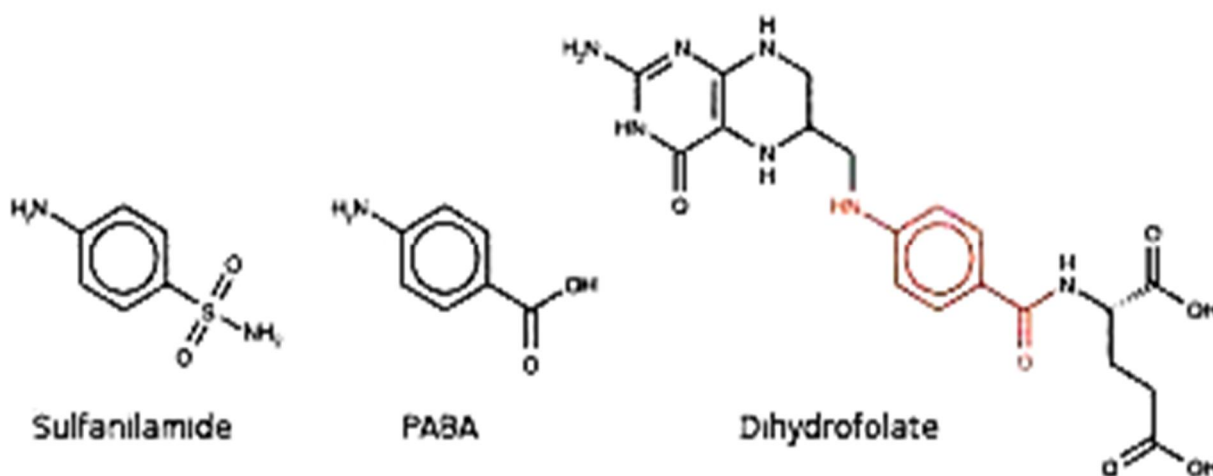


Сульфаніламідні препарати – перші хіміотерапевтичні протибактеріальні засоби широкого спектра дії – є похідними аміду сульфанілової кислоти.

У 1935 році німецький мікробіолог Герхард Домагк відкрив протимікробні властивості фарби пронтозилу (червоного стрептоциду) і ввів його в медичну практику, за що був відзначений Нобелівською премією з фізіології і медицини (1939). Починаючи з 1937 року було синтезовано і вивчено велику кількість похідних аміду сульфанілової кислоти, що дало можливість вивчити залежність між хімічною будовою і їх протимікробною активністю. Зокрема, встановлено, що носієм протимікробних властивостей є бензенове ядро в поєднанні з аміногрупою, яка повинна бути відкритою. Заміщення в ній атомів Гідрогену на будь-які радикали недопустиме, бо у цьому разі повністю зникають протимікробні властивості, за винятком випадків, коли такі радикали в

організмі відщеплюються. Це характерно, наприклад, для фталазолу. Заміщення атомів Гідрогену бензенового ядра теж недоцільне, бо це також знижує протимікробну активність. Лише заміщення атому Гідрогену аміногрупи на різноманітні радикали відкрило шлях для синтезу сульфаніламідних засобів із високою активністю, широким антимікробним спектром і значною тривалістю дії.

У процесі вивчення теми «Антибактеріальні лікарські засоби» з курсу фармакології студенти дізнаються, що сучасні сульфаніламідні препарати мають спільний спектр і механізм протимікробної дії. Вона ґрунтується на конкурентному антагонізмі сульфаніламідних засобів і параамінобензойної кислоти. Вплив сульфаніламідних засобів і параамінобензойної кислоти на життєдіяльність мікроорганізмів є прямо протилежним.



Параамінобензойна кислота у живих мікроорганізмах перетворюється на дигідрофолієву, а потім на тетрагідрофолієву кислоти. Остання бере участь у синтезі пуринів, піримідинів і нуклеїнових кислот. Ці продукти є вкрай необхідні для синтезу білків, ферментів, розвитку і розмноження мікроорганізмів. Оскільки похідні сульфанілової кислоти є структурними аналогами параамінобензойної кислоти, тому вони здатні конкурувати з нею у реакціях біохімічного синтезу фолієвої кислоти мікроорганізмами, спричиняючи при цьому бактеріостатичний ефект [7].

Таким чином, засвоєння вище згаданих тем допоможе майбутньому спеціалісту фармації сформуванню знань про сучасний арсенал лікарських засобів. Саме такий міждисциплінарний підхід допомагає студентам пов'язувати уже набуті знання з органічної хімії із новими відомостями з фармакології та глибоко розуміти причини біологічної активності певних органічних речовин і механізм їхньої фармакологічної дії. Це розвиває у студентів інтерес до навчання, стимулює їхню активність під час занять і дозволяє їм бачити повнішу картину їх майбутньої професійної діяльності, а, отже, допомагає формувати їхню фахову компетентність.

Висновки. Отже, міждисциплінарна інтеграція – це необхідна ефективна складова підготовки майбутнього фахівця фармації. Для вирішення основних завдань міждисциплінарної інтеграції важливі послідовність і систематичність у здійсненні цього підходу. При вивченні будь-якого розділу органічної хімії викладач може вибудувати інтеграційні зв'язки з іншими фаховими дисциплінами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лукашук І.М. Міжпредметні зв'язки у підготовці майбутніх медичних сестер у медичному коледжі / І. М. Лукашук // Науковий вісник Ужгородського національного університету : Серія: Педагогіка. Соціальна робота. – Ужгород : Видавництво УжНУ «Говерла», 2014. – Вип. 33. – С. 108–111.
2. Кайдалова Л. Г. Професійна підготовка майбутніх фахівців фармацевтичного профілю у вищих навчальних закладах : монографія / Л. Г. Кайдалова. – Харків : НФаУ, 2010. – 364 с.
3. Хмельникова Л.І., Подплетня О.А. (2017) Інтегративні проблеми у розвитку компетенцій студентів – провізорів при навчанні аналітичної хімії. Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору : Збірник міжнародної науково-практичної конференції, Київ, Україна, 23-25 листопада 2017 року. С. 5-6.
4. Бойчук І.Д. Наукове обґрунтування та змістова характеристика педагогічних умов професійної підготовки фармацевтів. Професійна педагогічна освіта: компетентнісний підхід : монографія / за ред. О.А. Дубасенюк. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2011. С. 209–224.
5. <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/294/farmakologiya-2>
6. <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/3451/kardiotonichni-preparati#list>
7. <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/695/sulfanilamidi>

СЕКЦІЯ 4

СТОМАТОЛОГІЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ЗАСАНСЬКА Г.М.,

викладач

Львівська медична академія
ім. А. Крупинського

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ В НЕЙРОСТОМАТОЛОГІЇ

Вступ (актуальність). Стрімкий розвиток високих технологій став характерною рисою медицини та біологічних наук у ХХІ столітті, а вивчення структурно – функціональної організації нервової системи визнано одним із найбільш значущих пріоритетів і має глобальне значення для вивчення неврології, в тому числі нейростоматології.

Відповідно до визначення експертів Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain), «біль – неприємне відчуття та емоційне переживання, що пов'язані з реальним або можливим ураженням тканин або описане в термінах такого ураження». У ньому вказано на те, що відчуття болю може виникати не тільки під час ураження тканин або за умови його ризику, але й у разі відсутності якого-небудь ураження, за наявності психічних розладів, які у цих випадках значною мірою змінюють відчуття людини і якість її життя. У практиці лікаря-стоматолога і невропатолога відмічають біль у ділянці обличчя, рота, причину якого дуже важко встановити, він поліетіологічний і має невропатичний компонент. У такому разі потрібна диференційна діагностика, консультація мульти-дисциплінарної бригади з включенням стоматолога, пародонтолога, невролога, оториноларинголога, офтальмолога, функціоналіста (проведення рентгенографії, комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії). Тому наявна потреба висвітлити питання діагностики та диференційної діагностики при деяких больових синдромах у ділянці обличчя і рота (невралгія трійчастого нерва, невралгія язикового нерва, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, глосодинія та ін.), надання екстреної медичної допомоги та лікування.

Біль – найбільш часта і складна із суб'єктивних причин скарга пацієнтів, яка спричиняє страждання багатьох мільйонів людей в усьому світі, значно

погіршуючи якість їхнього життя [1]. За своїм біологічним походженням він розглядається як фізіологічне явище. Відчуття болю формує цілий комплекс захисних реакцій, спрямованих на зменшення або усунення ураження. Проте біль є позитивним тільки до того часу, поки не перетворюється на пошкоджувальний фактор, що викликає страждання. Такий біль уже є патологічним. Лікар має справу з патологічним болем, що порушує систему регуляції гомеостазу [2].

У практиці лікаря-стоматолога і невролога відмічають біль у ділянці обличчя, рота (невралгія трійчастого нерва, невралгія язикоглоткового нерва, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, синдром Толоса – Ханта, SUNCT-синдром, офтальмоплегічна мігрень, глосодинія, атиповий лицевий біль та ін.) [1, 8].

Наприкінці ХХ ст. встановлено роль вільних нервових волокон в сприйнятті стимулів ураження, виявлено чіткий зв'язок між функцією аферентних А-дельта і С-волокон і відчуттям болю у людини, прослідковано основні висхідні шляхи і нервові структури спинного мозку, стовбура мозку, проміжного мозку і кори великих півкуль, які здійснюють передачу, обробку і сприйняття інформації щодо болю. Продemonстровано психологічні фактори в оцінці болю [2].

Неврологія, в т.ч. нейростоматологія вивчає особливості будови та функціонування різних відділів нервової системи, дослідження неврологічного статусу, вивчення етіопатогенетичних особливостей, клінічних проявів, диференціально – діагностичних ознак та сучасних напрямків і алгоритмів лікування різних нейростоматологічних захворювань.

Мета. Дослідження етіопатогенетичних механізмів деяких больових синдромів в ділянці обличчя і рота та розробка лікувально-профілактичних заходів, у тому числі екстреної медичної допомоги.

Основна частина. *Невралгія трійчастого нерва* – форма краніальної невралгії, яка виникає найчастіше. Напади невралгії розвиваються спонтанно або провокуються розмовою, жуванням, ковтанням, чищенням зубів, умиванням. Пускові зони розміщуються на передній поверхні обличчя, у ділянці кінчика носа і губ. Інколи на початку нападу біль строго локалізований, часто в зоні зубів, ясен. З цього приводу хворі звертаються до стоматолога. У нашій практиці у деяких пацієнтів все ж таки була наявна патологія з боку зубів (карієс, гранульома) і після лікування наставала ремісія. Взагалі для захворювання характерний ремітуючий перебіг. Наявність неврологічних порушень з більшою вірогідністю вказує на вторинний характер невралгії. В основі патофізіології пароксизмального больового синдрому лежить формування ектопічних зон збудження. Дуже вірогідним є функціональне залучення до

патологічного процесу ядерних утворень трійчастого нерва з розвитком феномену центральної сенситизації над'ядерних структур [4].

У якості екстреної допомоги призначають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) (декскетопрофен 50 мг внутрішньом'язово, кеторолак 25 мг внутрішньом'язово, німесулід, ібупрофен, ацетилсаліцилова кислота). З лікувальною метою застосовують карбамазепін. Починають терапію зі 100 мг на добу, кожні 2 дні дозу підвищують по 100 мг до отримання позитивного ефекту або досягання терапевтичної дози 200 мг 3 рази на добу. Є дані про позитивну дію баклофену 15–30 мг у поєднанні з клоназепамом у дозі 2–6 мг на добу.

Використовують місцево блокади відповідної гілки трійчастого нерва або анестезію біля круглого або овального отвору черепа. Запропоновано призначення прегабаліну в дозі 75–150 мг, габапентину 300 мг на добу [1, 5].

Хірургічні методи лікування: мікроваскулярна декомпресія трійчастого нерва, черезшкірна селективна ризотомія (механічна, хімічна, термічна) Гас-серового вузла або корінців трійчастого нерва.

Невралгія язикоглоткового нерва (глософарингеальна невралгія) відмічається у 10–15% випадках в нейро-стоматології і проявляється нападopodobним болем, що локалізується на бічній поверхні кореня язика, у ділянці ретромолярного простору, піднебінних дужок і глотки, іррадіює у вухо і нижню щелепу. Інколи напади болю поширюються на горло, вухо, кут нижньої щелепи, скроню, око. Важливу роль у провокуванні болю відіграють тригерні точки. У разі відсутності нападу болю у пацієнтів визначають дисгевзію (порушення смаку), гіпергевзію до гіркого, болючість спереду від козелка вуха, спазм глоткової мускулатури під час ковтання, гіпер- або гіпосалівацію. Можуть спостерігатися синкопальні стани. У незначної кількості пацієнтів може бути знижений глотковий рефлекс. Спочатку захворювання має ремітуючий характер, згодом набуває постійного, супроводжується болем у корені язика, верхньому відділі глотки, губах. Перебіг захворювання характеризується загостреннями і ремісіями, у подальшому біль може бути постійним і підсилюватися під впливом різних факторів. Можуть мати місце симптоми випадіння функції черепних нервів, що вказує на розвиток невропатичної стадії невралгії язикоглоткового нерва [6].

Схожою клінічною картиною може проявлятися гангліоніт верхнього і нижнього вузлів IX пари черепного нерва. Діагноз гангліоніту підтверджується наявністю висипу на обличчі.

Глософарингеальний неврит може бути двох типів: тимпанічний, за якого біль іррадіює в зону козелка, зовнішнього слухового ходу (оталгія), і орофарингеальний, за якого біль локалізується в орофарингеальній ділянці [1, 6]. Описано глософарингеальну невралгію, яка може викликати кардіальні

ускладнення. Причиною їх є патологічний процес блукаючого нерва за механізмом зворотного зв'язку між ураженим язикоглотковим нервом і вазомоторними центрами стовбура мозку і супроводжується артеріальною гіпотензією, аритмією, брадикардією аж до асистолії і синкопальних станів. Невралгію язикоглоткового нерва відмічають у 5 разів рідше за невралгію трійчастого нерва, але у них є багато спільних рис.

У діагностиці невралгії язикоглоткового нерва важливим є огляд стоматолога (патологія зубів), оториноларинголога (гайморит, фронтит, тонзиліт), невролога, вегетолога, кардіолога (електрокардіографія, ехокардіографія), проведення комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії (МРТ), інтракраніальної ангіографії.

Під час надання невідкладної допомоги застосовують НПЗП, антиконвульсанти, змащування кореня язика і прилеглої ділянки 2–5%-розчином тетракаїну гідрохлориду або 10%-розчином лідокаїну [4]. Непогані результати дає оперативне втручання у вигляді мікрovasкулярної декомпресії. У 15–45% хворих з ідіопатичною невралгією язикоглоткового нерва наявна компресія за рахунок задньої нижньої мозочкової артерії в зоні виходу корінця з порожнини черепа. Можливо, момент компресії має місце і для блукаючого нерва шилоподібним відростком, переломом або кальцифікацією зв'язки. Причиною може бути пухлина мосто-мозочкового кута, карцинома парафарингеального простору, карцинома глотки або артеріовенозна мальформація задньої черепної ямки [1, 3, 4].

Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба характеризується поширенням помірного болю в скроневій, потиличній, шийній і плечовій ділянках. На патологію суглоба вказує підсилення болю під час руху нижньої щелепи та/або стискання зубів, зменшення об'єму руху нижньої щелепи, звуковий феномен при рухах нижньої щелепи в суглобі, біль під час пальпації цього суглоба. Захворювання є досить поширеним (10–15% усього населення) і розвивається у віці 15–45 років, частіше у жінок. Деякі автори розглядають дисфункцію скронево-нижньощелепного суглоба як міофасціальний больовий синдром з локалізацією в жувальних м'язах. Причиною може бути патологія самого суглоба, така як остеоартритична невралгія, ревматичний артрит, дегенеративні, травматичні зміни, невдале протезування зубів [1–3]. Значну роль відіграє психічний фактор (психопатологічні симптоми, включаючи тривогу, депресію, іпохондричні розлади). Не виключається нейрогенний компонент в патогенезі захворювання з формуванням периферичної і центральної сенситизації. Біль може локалізуватися навколо вуха. Під час жування, позіхання часто виникають напади сильного болю з м'язевою судомою за типом «заклякання щелепи». Під час огляду пацієнта спостерігають неповне відкриття рота, що може бути результатом м'язевого спазму та/або зміщення суглобового диску, який проявляється стуком. Може спостерігатися втомлюваність жу-

вальних м'язів, викривлення щелепи при відкриванні рота, стискання зубів вдень і скрегіт зубами під час сну [7, 9].

Диференційний діагноз слід проводити з пухлинами, синовіальним хондроматозом, гіперплазією вінцевого відростка, артритом, травмою, одонтогенною і неодонтогенною інфекцією, середнім отитом, паротитом.

Надання допомоги: НПЗП, міорелаксанти, специфічні інгібітори циклооксигенази-2, антидепресанти. Показані блокади 0,5%-розчином новокаїну, стоматологічна допомога.

Глосодинія – синдром «палаючого рота». Частіше хворіють жінки віком >50 років. Хворих турбує постійне або епізодичне відчуття печіння в язичку, піднебінні, нижній губі. Може бути порушений смак і нюх, спостерігається сухість у роті, утруднення ковтання. Частіше хворі пов'язують симптоми зі стоматологічними процедурами, реакцією на лікарські препарати. Нерідко глосодинії передують емоційні розлади. Деякі автори пов'язують цю патологію з дисфункцією периферичних і центральних відділів тригемінальної системи. Але найчастіше глосодинія виникає при системних стоматологічних захворюваннях.

Під час надання невідкладної допомоги призначають НПЗП, кеторолак, декскетопрофен, нейролептики, транквілізатори, протиепілептичні препарати (карбамазепін, прегабалін, габапентин).

SUNCT-синдром – короточасний односторонній біль за невралгічним типом з кон'юнктивальною ін'єкцією і слезотечею. Характеризується короткочасними неврологічними пароксизмами (нападами) з почервонінням кон'юнктиви і слезотечею, інколи ринореєю. Напад триває 10–20 с в окоруховій або лобно-скроневої ділянці. Біль частіше виникає у денний час, без зміни боку. Інколи співпадає з місцем виходу I гілки трійчастого нерва. Частота нападів варіює в межах 3–100 на добу.

Ремісія може тривати від декількох тижнів до 1 року. Описано випадки цього синдрому, пов'язані з судинною мальформацією мосто-мозочкового кута, трансформацією тригемінальної невралгії. Однаково часто його виявляють у чоловіків та жінок. Факторами, що провокують розвиток захворювання, може бути патологія зубів, гайморит, фронтит, доторкання до перегородки носа або повік, надорбітальної ділянки, інтенсивне носове дихання, швидке переміщення очних яблук (наприклад відведення, приведення під час погляду в транспорті). Етіологія і патогенез незрозумілі. Рекомендується консультація стоматолога, офтальмолога, оториноларинголога, невролога, проведення комп'ютерної томографії, МРТ, орбітальна флебографія на боці болю під час нападу. Слід виключити невралгію трійчастого нерва і патологію задньої черепної ямки.

Надання допомоги та лікування є малоефективними, має місце резистентність до медикаментів. Показана місцева анестезія. У деяких випадках допомагають НПЗП (ібупрофен), коксиби, карбамазепін, прегабалін, кортикостероїди.

Синдром Толоса – Ханта (больова офтальмоплегія) характеризується болем в орбітальній ділянці з паралічем одного або декількох очорухових нервів (III, IV, VI) [2]. Очорухові явища розвиваються водночас з больовим синдромом. Напад може продовжуватися до 72 год. Причинами можуть бути: гранулематоз інтракавернозної частини внутрішньої сонної артерії (показані МРТ, біопсія), можливість залучення трійчастого нерва (офтальмічного відділу), зорового, лицьового, слухового нервів.

У рамках диференційного діагнозу потрібно виключити пухлинний процес, гранулематозні розростання в кавернозному синусі, верхній очній щілині або порожнині орбіти, васкуліт, базальний менінгіт, саркоїдоз, цукровий діабет, офтальмоплегічну мігрень.

У лікуванні застосовують кортикостероїди у високих дозах (60–120 мг на добу), симптоматичну терапію.

Офтальмоплегічна мігрень характеризується повторними нападами мігренеподібного головного болю (однобічного в лобно-скроневої, заочний ділянках) і парезом одного або декількох очорухових нервів за відсутності ознак їх інтракраніального ураження. Напади можуть повторюватися 1–4 дні протягом 1 тиж і довше. Офтальмоплегічну мігрень не можна розглядати, як захворювання мігрень (варіант рецидивної демієлінізуючої невропатії).

Рекомендована консультація невролога, офтальмолога, оториноларинголога, МРТ ділянки задньої черепної ямки.

У лікуванні певною мірою допомагають НПЗП, глюкокортикоїди, проти-мігренозні засоби.

Постгерпетична невралгія трійчастого нерва виникає після герпетичного запалення ганглія трійчастого нерва [2, 4]. Біль у зоні трійчастого нерва може зберігатися до 3 міс, має виснажливий характер. Частота збільшується з віком і сягає 50% у хворих >60 років. Характеризується висипаннями в ділянці I, II, III гілок трійчастого нерва, частіше (25%) в офтальмічній частині. За 2–4 дні до висипки з'являється пекучий біль у цій ділянці. Герпетичні висипання можуть охоплювати зовнішній слуховий хід, м'яке піднебіння, також можуть уражати III, IV, VI пари черепних нервів. Аллодинію (біль під час дотику) спостерігають у 87% випадків постгерпетичної невралгії офтальмічної гілки трійчастого нерва при поширенні на верхньощелепний відділ. Має місце порушення всіх сенсорних модальностей.

У лікуванні призначають анагезивні препарати, вітаміни групи В, проти-вірусні лікарські засоби – ацикловір у дозі 10 мг/кг кожні 8 год або внутрішньо 800 мг 5 разів на добу. Можна також застосовувати фамцикловір 250 мг 3 рази на добу протягом 7–10 днів. Рекомендують щоденне застосування преднізолону у дозі 60 мг протягом 1 тиж з поступовим зниженням дози протягом 2 тиж. При вже сформованій постгерпетичній невралгії призначають

амітриптилін 75–150 мг на ніч щоденно, антидепресанти, антиконвульсанти (карбамазепін) у дозі 600 мг на добу, габапентин, прегабалін в індивідуально ефективному дозуванні.

Окрім вищезазначеного, в нейростоматологічній практиці відмічають багато інших важливих синдромів, які можуть викликати невропатичний біль та знижувати якість життя пацієнтів. Так, виокремлюють невралгію носовійково-го нерва, яка проявляється нестерпним болем в ділянці очного яблука, надбрів'я, половині носа. Біль з'являється вночі, визначається виражений вегетативний синдром. Невралгія вушно-скроневого нерва (синдром Фрея) характеризується болем у ділянці скроні, скронево-нижньощелепного суглоба, всередині вуха. Невралгія язикового нерва супроводжується болем у ділянці передніх 2/3 язика. Ураження напівмісяцевого вузла характеризується тупим болем у ділянці ураженого трійчастого нерва з іррадіацією в половину голови на тому самому боці. В етіопатогенетичних механізмах має значення вірусна інфекція, травма, інтоксикація, судинні ураження. Стійке порушення чутливості губ і зубів (парестезія нижньощелепного нерва) може виникати після мандибулярної, ментальної анестезії, складного видалення зубів відповідної щелепи при ушкодженні нерва, тризму щелепи. Найчастіше спостерігають при запальному процесі в клітковинних просторах жувальних м'язів, рідше – в результаті ушкодження нервових стовбурів і м'язів. Пролежень слизової оболонки (пролежнева виразка) виникає під протезом у разі неправильного вибору його конструкції, дефектного виготовлення або виходу з ладу. Підвищена чутливість зубів (гіперестезія твердих тканин) виникає при підвищеній згладженості, ерозії, клиноподібних дефектах зубів, карієсі, пародонтозі, відкритих шийках і коренях зубів, функціональній недостатності емалі зубів.

При всіх цих синдромах рекомендується огляд стоматолога, невролога, оториноларинголога, рентгенографія зубів, МРТ головного мозку, шийного відділу хребта.

При больовому синдромі показане застосування НПЗП, карбамазепіну, прегабаліну, габапентину. У разі невралгії язикоглоткового нерва рекомендовано змащувати корінь язика і прилеглих ділянок 2–5%-розчином тетракаїну гідрохлориду, 10%-розчином лідокаїну, санація порожнини рота. При вірусній інфекції – противірусні препарати (ганцикловір, інтерферон, інтерферон α -2b). За необхідності – заміна конструкцій протезів [8].

Висновки. У нейростоматології спостерігають велику кількість захворювань обличчя, ротової порожнини, очей, вух, носа, які часто поєднуються або стають етіопатогенетичними механізмами з вираженим больовим синдромом за типом невралгії, нейропатії, супроводжуються функціональними змінами м'язів, порожнини рота, суглобів. Можуть мати місце й інфекційні ураження (герпетична інфекція), гайморит, фронтит, кон'юнктивіт тощо.

За умови зазначених синдромів і захворювань має бути проведено скрупульозне обстеження пацієнта мультидисциплінарною бригадою у складі невролога, стоматолога, пародонтолога, оториноларинголога, офтальмолога, візуалізуючі обстеження (комп'ютерна томографія, МРТ, рентгенографія).

Після встановлення діагнозу (диференційного діагнозу) повинна бути надана цілеспрямована невідкладна медична допомога (при больовому синдромі) та професійне лікування відповідно до нозології захворювання. Посилання: (www.umj.com.ua/uk/publikatsia-241096-deyaki-pitannya-diaagnostiki-ta-nadannya-nevidkladnoyi-dopomogi-v-nejrostomatologiyi).

ЛІТЕРАТУРА

1. Зозуля І.С., Волосовець А.О. (ред.) (2023) Медицина невідкладних станів. Швидка і невідкладна медична допомога. ВСВ «Медицина», Київ, 560 с.
2. Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовець А.О., Бігун І.Ю. (2019) Нейропатії: діагностика, диференційна діагностика, лікування. Укр. мед. часопис, 2: 37–39.
2. Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовець А.О. (2016) Тригемінальна невралгія: діагностика, алгоритм надання невідкладної допомоги. Київ, 3 с.
3. Зозуля І.С., Зозуля А.І., Максименко М.В. (2016) Біль: підходи до діагностики та лікування в неврології та хірургії. Укр. мед. часопис, 2(21): 37–40.
4. Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовець А.О., Бігун І.Ю. (2019) Нейропатії: діагностика, диференційна діагностика, лікування. Укр. мед. часопис, 2: 37–39.
5. Godwin S.A., Cherkas D., Panagos P.D. et al. (2019) Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. Ann. Emerg. Med., 73(1): e1–e23. doi: 10.1016/j.annemergmed.2018.08.442
6. Dumitrescu A.L., Dudea D., Lascu L., Gheban D. (2014) Multidisciplinary approach in maxillofacial trauma. J. Med. Life, 7(4): 451–455.
7. Finnerup N.B., Attal N., Haroutounian S. et al. (2015) Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol., 14(2): 162–173. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70251-0
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) (2018) The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. Cephalalgia, 38(1): 1–211. doi: 10.1177/0333102417738202
9. Nee R.J., Butler D.S. (2011) Management of peripheral neuropathic pain: integrating neurobiology, neurodynamics, and clinical evidence. Phys. Ther., 91(11): 1582–1594. doi: 10.2522/ptj.20100379 Посилання: (www.umj.com.ua/uk/publikatsia-241096-deyaki-pitannya-diaagnostiki-ta-nadannya-nevidkladnoyi-dopomogi-v-nejrostomatologiyi)

ЗМІСТ

Секція 1

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА:

СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., НЕДІЛЬКО Р.В., ЯРЕМЧУК О.В., ЗАХОДИ ДО ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ.....	3
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., НЕДІЛЬКО Р.В., КУКСЕНКО І.В. ВИВЧЕННЯ ДОСВІДУ РЕФОРМУВАННЯ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ У ВИСОКОРОЗВИНЕНИХ КРАЇНАХ СВІТУ.....	9
ГАЛИНА ГВОЗДЕЦЬКА, ОКСАНА ЖУКУЛЯК, ГЛОВ'ЯК ВІТАЛІЙ СТРАТЕГІЯ ПОКРАЩЕННЯ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ІЗ ДИСЦИПЛІНИ «МЕДСЕСТРИНСТВО В ГІНЕКОЛОГІЇ» В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	16
ГОЛОВЧАК М.І., ДУБ Н.Є., ШЕВЧИК А.Т. ІНТЕГРАЦІЯ ІННОВАЦІЙ У МЕДСЕСТРИНСЬКУ ОСВІТУ: СТРАТЕГІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ МАЙБУТНЬОГО.....	19
РІЗУН Г.М., ЦЮНИК Н.Ю. ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАЦІЇ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ.....	21
КОСТЕРЕВА Н. В., РОЛЬ ПРАКТИЧНОГО НАВЧАННЯ У ФОРМУВАННІ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ «ОСНОВИ МЕДСЕСТРИНСТВА».....	25
ФЕДОРОВИЧ У. М., МЕНІВ Н.П., ВІНЯРСЬКА М.С. ЗАСТОСУВАННЯ ЦИФРОВИХ РЕСУРСІВ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ СТУДЕНТОЦЕНТРОВАНОГО НАВЧАННЯ.....	28
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., НЕДІЛЬКО Р.В., ПОЦЮРКО Н.Т. АНАЛІЗ ВПЛИВУ КАРАНТИННИХ УМОВ НА СПРИЙНЯТТЯ ІНФОРМАЦІЇ, ЩОДО COVID-19.....	31

ГУРЕЛИЧ А.В., ЛЮБІНСЬКА О.І.	
ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ МАЙБУТНІХ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	36
ОЛІЙНИК Н.Ю.	
МЕДСЕСТРИНСЬКА ОСВІТА: ЕФЕКТИВНІ ІНСТРУМЕНТИ НАВЧАННЯ	40
КАЛУЖНА Г.П., ПРОЦЬ Т.А.	
АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	46
МАРЧЕНКО Н.О., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.	
ВЗАЄМОДІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ З МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЮ КОМАНДОЮ В КОНТЕКСТІ МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ	51
МАЦЬКО Д.Р., НЕДІЛЬКО Р.В.	
ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ СТРЕСУ І ВІЙСЬКОВИХ ЗАГРОЗ	55
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., НЕДІЛЬКО Р.В.	
ДОСЛІДЖЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ, ЩОДО ПРОВАДЖЕННЯ БПР ДЛЯ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ В ЗОЗ	61
ПАРФЕНЮК М.О.	
СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАСВОЄННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ І ПРАКТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСІ	66
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., НЕДІЛЬКО Р.В.	
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ВСТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ТЕРЕНАХ УКРАЇНИ В ХХ СТ.	69
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., НЕДІЛЬКО Р.В., ГУМЕНЧУК І.	
МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	73
СИМКАНИЧ Н.Д.	
РОЗШИРЕННІ КОМПЕТЕНТНОСТІ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ В УКРАЇНІ – РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ	83
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., НЕДІЛЬКО Р.В., НАЛИВАЙКО Л.М.	
АНАЛІЗ ПРОФОРІЄНТАЦІЙНОЇ РОБОТИ В КРАЇНАХ З РОЗВИНУТОЮ РИНКОВОЮ ЕКОНОМІКОЮ	87

ШЕГЕДИН А.С., БЕЗКОВОАЙНА У.Ю.	
ОСВІТА З УРАХУВАННЯМ КОНФЛІКТУ:	
КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ТА ПІДХОДИ.....	93
БЕЗКОВОАЙНА У.Ю., НЕДІЛЬКО Р.В.	
ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПЕТЕНТНІСТНОГО ПІДХОДУ	
В УКРАЇНСЬКИЙ ОСВІТНІЙ ПРОСТІР.....	99

Секція 2

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА ТА МЕДСЕСТРИНСТВО

БЯЛИЙ А.О., ТВЕРДА І.І.	
ФІТОТЕРАПІЯ В КОСМЕТОЛОГІЇ.....	104
ФЕДЕЧКО Й.М., ДУБ Н.Є., ЗЬОМКІВ О.Р.	
ФОРМУВАННЯ БІОАЕРОЗОЛІВ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНИХ	
БАКТЕРІЙ В УМОВАХ ЛІКАРНЯНИХ СТАЦІОНАРІВ.....	108
ПЕТРИШИН М.М., ЛІЩУК Р.М.	
СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ ТА ПРИЧИНИ ЇХ РОЗВИТКУ.....	112
СИДОР О.К., СИДОР А.Д.	
ПРОБЛЕМИ ДЕСИНХРОНОЗІВ ТА ЗАХОДИ	
ЩОДО ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ.....	118
ЛАПАН О. В., ЩУРКО М. М.	
ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЗМІНИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТУ	
II ТИПУ.....	122
ДУБАС Ю.І., ЯРЕМЧУК О.В.	
РОЛЬ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ У ПРЕВЕНТИВНИХ	
ЗАХОДАХ СИНДРОМУ СТАРЕЧОЇ АСТЕНІЇ.....	124
ПІДДУБНА І.А., БЕЗКОВОАЙНА У.Ю.	
ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З ПАЦІЄНТОМ....	130
ДРОФІЧ О.Т., НЕДІЛЬКО Р.В.	
КЛІНІЧНИЙ МАРШРУТ ПАЦІЄНТА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	
II ТИПУ. РОЛЬ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ.....	136

Секція 3

ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ЖУКРОВСЬКА М.О., ПАРТИКА У.Б.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ ОРГАНІЧНОЇ ХІМІЇ
З ФАРМАКОЛОГІЄЮ У СИСТЕМІ ОСВІТИ МАЙБУТНІХ
ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ..... **141**

Секція 4

СТОМАТОЛОГІЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ЗАСАНСЬКА Г.М.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА НАДАННЯ
НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ В НЕЙРОСТОМАТОЛОГІЇ..... **146**

ДЛЯ ПОДАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

МАТЕРІАЛИ

**IV РЕГІОНАЛЬНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

27 жовтня 2023 року

Підписано до друку 2.10.2023

Формат 60×84¹/₁₆. Папір офсетний. Друк на різнографі

Умовн. друк. арк. 9,3. Обл.-вид. арк. 7,8

Наклад 20 прим. Зам. 231317

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