



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

МАТЕРІАЛИ

**V РЕГІОНАЛЬНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ
МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ**

28 жовтня 2024 року

Львів
Видавництво Львівської політехніки
2024

Оргкомітет конференції:

Голова:

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

Заступник голови:

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

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».

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

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

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

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

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

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

*Рекомендовано до друку вченою радою КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
(протокол № 3 від 30.10.2024 року)*

Матеріали V регіональної науково-практичної конференції
С 83 (заочна форма) «Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти»
(м. Львів, 28 жовтня 2024 року). – Львів: Видавництво Львівської
політехніки, 2024. – 156 с.
ISBN 978-966-941-970-5

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 УДК 378.046:614

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

© КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені А. Крупинського», 2024

© Національний університет
«Львівська політехніка», 2024

СЕКЦІЯ 1

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ

НЕДІЛЬКО Р.В.,

к. держ. упр., доц.

СОЙКА Л.Д.,

к. х. н., доц.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ВИБІРКОВИХ КОМПОНЕНТ У МЕДСЕСТРИНСТВІ

Актуальність теми полягає у тому, що у сучасному освітньому просторі індивідуалізація освітнього процесу набуває дедалі більшого значення. Важливим інструментом цього процесу є вибіркові дисципліни (компоненти), які дають змогу здобувачам формувати власну освітню траєкторію, зосереджуючись на професійних інтересах та прихильностях. Завдяки цьому, здобувачі освіти, можуть отримати більш глибокі знання та навички в обраній галузі медсестринства та медицини, а також розвивати свої особистісні якості та творчий потенціал набуваючи м'яких навичок. Такий підхід дозволяє формувати індивідуальну освітню траєкторію, яка відповідає конкретним кар'єрним цілям та особистим інтересам здобувачів.

У Законі України Про вищу освіту, в п. 15 ст.62 зазначається, що «...вибір освітніх компонентів у межах, передбачених відповідною освітньою програмою та навчальним планом, в обсязі, що становить не менш як 25 відсотків загальної кількості кредитів ЄКТС, передбачених освітньою програмою (не менше ніж 10 відсотків для спеціальностей, що передбачають доступ до професій, для яких запроваджено додаткове регулювання). При цьому здобувачі певного рівня вищої освіти мають право вибирати освітні компоненти, що пропонуються для інших освітніх програм та рівнів вищої освіти, відповідно до положення про організацію освітнього процесу в закладі вищої освіти [1]. Опираючись на вище вказане, Львівська медична академія дотримується норм законодавства і активно впроваджує в освітній процес вибіркові компоненти. Здобувачі освіти мають змогу обирати ті вибіркові компоненти, які їм є до вподоби і розвивають практичні навички та поглиблюють теоретичні знання. У провадженні освітнього процесу Львівська медична академія керується Положенням про порядок реалізації студентами

права на вільний вибір навчальних дисциплін у КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» [2]. Варто наголосити на тому, що у Положенні зазначається, що здобувачі освіти можуть обирати на додаток до обов'язкових дисциплін у рамках своєї освітньої програми та з інших ОПП вибіркові дисципліни (компоненти). Описано чіткий процес здійснення вибору вибіркових дисциплін (компонент).

Досвід розроблення та впровадження вибіркових дисциплін в освітній процес Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського, дає можливість виокремити деякі переваги вибіркових дисциплін (компонент), а саме:

- ✓ Збільшення мотивації – здобувачі отримують можливість вивчати освітні компоненти, що їх справді цікавлять, це в свою чергу сприяє їх мотивації до навчання та ефективності освітнього процесу;
- ✓ Розвиток самостійності – вибіркові дисципліни (компоненти) спонукають здобувачів брати на себе відповідальність за власну освіту, аналізувати свої потреби та вибирати напрямки розвитку, що відповідають їхнім цілям;
- ✓ Формування профільних знань – вибіркові дисципліни (компоненти) дозволяють здобувачам отримати більш глибокі теоретичні знання та практичні навички в обраній галузі, що є важливим для їх подальшої професійної кар'єри;
- ✓ Розширення кругозору – завдяки можливості обирати дисципліни з різних ОПП, здобувачі розширюють свій кругозір, отримують нові знання та вміння, що допомагає їм краще розуміти медицину та навколишній світ і набувати м'які навички.

Розробляючи вибіркові дисципліни (компоненти) науково-педагогічні та педагогічні працівники Львівської медичної академії враховують наступні критерії:

По-перше – гнучкість у навчанні – на нашу думку, вибіркові дисципліни (компоненти) дозволяють здобувачам обирати дисципліни (компоненти), які відповідають їхнім професійним інтересам та потребам. Це може бути поглиблене вивчення певних медсестринських спеціальностей, таких як геріатрія, паліативна допомога або психіатрична допомога, соціальна медицина, медсестринство в стоматології, дієтологія та дієтотерапія тощо.

По-друге – розширення компетентностей – завдяки вибірковим дисциплінам (компонентам) здобувачі освіти можуть здобути спеціалізовані знання та навички, що доповнюють базову медсестринську підготовку. Це дозволяє підвищити професійну компетентність та адаптуватися до потреб ринку праці. Наприклад, здобувачі можуть обирати курси з основи електрокардіографії, лідерство та командна робота, основи лабораторних досліджень, хвороби цивілізації тощо

По-третє – підготовка до вузькоспеціалізованої роботи – обираючи дисципліни (компоненти) за власним інтересом, майбутні сестри/брати медичні можуть спеціалізуватися у певній галузі, що надає їм перевагу при пошуку роботи в закладах охорони здоров'я. Наприклад, спеціалізація у галузі інтенсивної терапії або догляду за пацієнтами з хронічними захворюваннями дає можливість працювати у спеціалізованих відділеннях.

По-четверте – актуалізація нових знань – вибіркові дисципліни (компоненти) дозволяють здобувачам опановувати нові методи лікування та догляду, що відповідають сучасним вимогам та досягненням медицини. Наприклад, курси з телемедицини або штучного інтелекту в медичній діагностиці дають можливість готуватися до змін у професії.

По-п'яте – інтеграція міждисциплінарних знань – у рамках вибіркових дисциплін здобувачі можуть отримати знання з інших ОПП, які доповнюють медсестринську практику, наприклад, основи психології, соціології або біоетики. Це дозволяє майбутнім сестрам/братом краще розуміти соціальні та психологічні аспекти догляду за пацієнтами.

Здобувачі освіти академії мають вільний доступ до каталогу вибіркових дисциплін (компонентів) на офіційному веб-сайті. А також, мають можливість послухати презентації вибіркових дисциплін (компонентів) під час зустрічей з викладачами на «Ярмарках вибіркових дисциплін».

Цього навчального року гарантом освітньо-професійної програми проведено анонімне опитування здобувачів першого (бакалаврського) рівня освіти, щодо актуальності вибіркових дисциплін (компонент). У даному опитуванні взяли участь 90 респондентів, які здобувають освіту на різних курсах і мали досвід у здійсненні вибору дисциплін (компонент). Опитувальником охоплено було запитання, які стосувалися процедури здійснення вибіркових дисциплін (компонент) та їх актуальності.

Проаналізувавши відповіді респондентів, ми можемо зробити висновки, що 90% випадків, здобувачі вищої освіти ознайомлюються на офіційному сайті з переліком вибіркових дисциплін (компонент), перед тим як прийти на «Ярмарок вибіркових дисциплін» і здійснити свій вибір. Також, респонденти зазначали, що вони зацікавлені брати участь у «Ярмарках вибіркових дисциплін».

З цієї діаграми бачимо, що на вибір здобувачів освіти не має жодного стороннього впливу, адже свій вибір вони роблять переважно самостійно, бо мають зацікавленість у вивченні запропонованих вибіркових дисциплінах (компонентах). На запитання в опитувальнику: «Що мало для вас значення при здійсненні вибору дисципліни?», переважна більшість респондентів – 92% відповіли – цікаві теми для вивчення вибіркової дисципліни, 72% респонден-

тів – актуальність вибіркової дисципліни (компоненти) та 53% респондентів відповіли, що є можливість покращити практичні медсестринські навички.

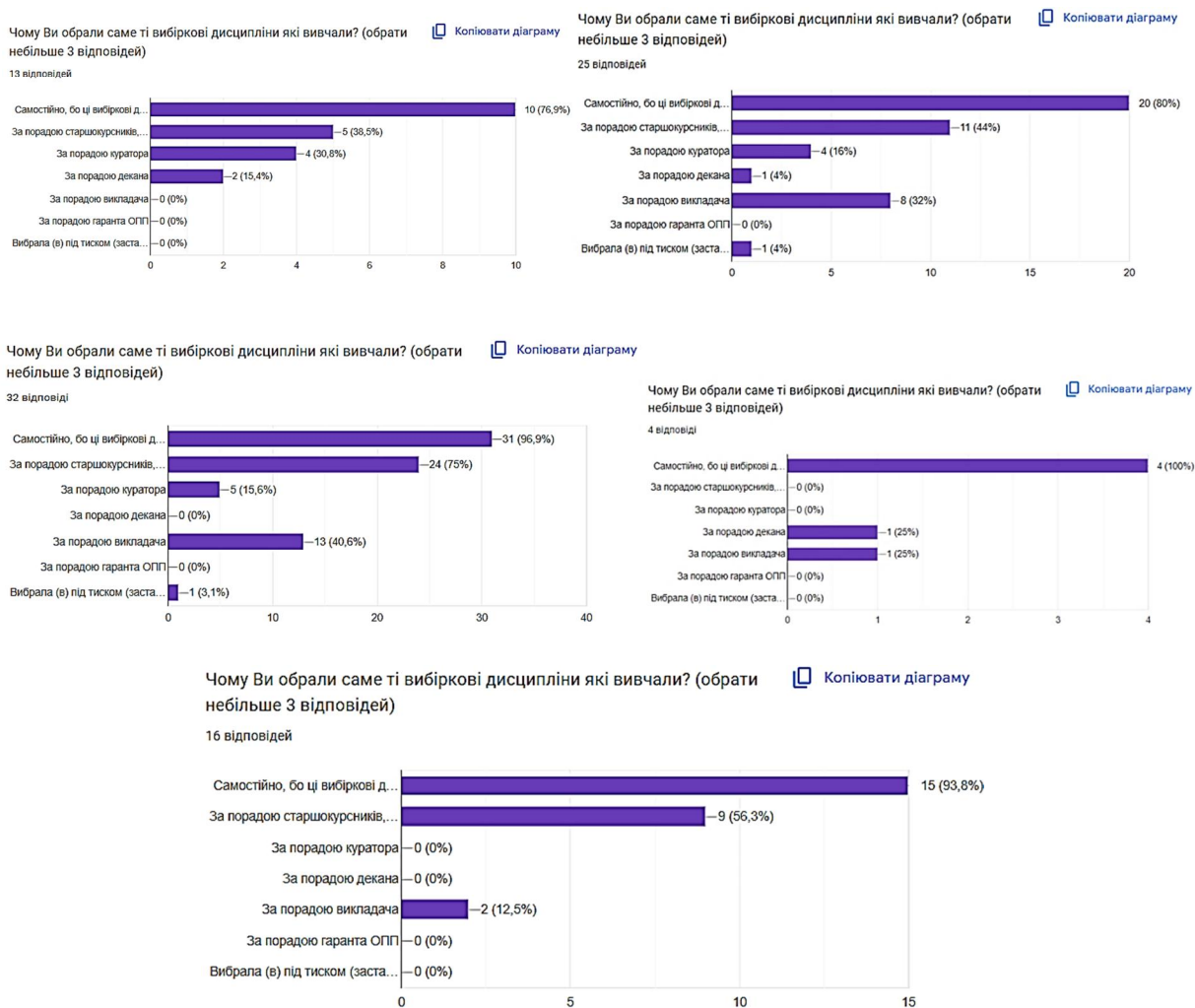


Рис. 1

Це опитування дає нам можливість констатувати, що здобувачі вищої освіти реально обирають самостійно вибіркові дисципліни (компоненти) ті, котрі їх цікавлять та дають змогу вдосконалювати практичні навички.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що вибіркові дисципліни (компоненти) є важливим інструментом, який дає здобувачам освіти можливість вивчати ті освітні вибіркові компоненти, що найбільше відповідають їхнім професійним амбіціям та інтересам. Це дозволяє не лише розвивати спеціалізовані навички, але й сприяє самовизначенню та більш глибокому розумінню своєї професії. У сучасному медичному середовищі, яке постійно змінюється, такий підхід допомагає здобувачам стати гнучкими та готовими до нових викликів і вимог професії.

Отже, у швидкозмінному медичному середовищі важливо мати індивідуальну освітню траєкторію, оскільки вона дозволяє майбутнім медичним працівникам бути гнучкими, професійно зростати, швидко адаптуватися до змін і зберігати інтерес до своєї професії, забезпечуючи якісне медичне обслуговування пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України Про вищу освіту від 16.08.2024, Пункт 15 частини першої статті 62 із змінами, внесеними згідно із Законом № 2145-VIII від 05.09.2017; в редакції Закону № 3642-IX від 23.04.2024 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text> (дата звернення 25.09.2024 року).
2. Положення про порядок реалізації студентами права на вільний вибір навчальних дисциплін у КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського». URL: <https://lma.edu.ua/wp-content/uploads/2023/03/5.-pro-vybir-dyscyplin-u-kzvo-lor-lma-2.pdf> (дата звернення 26.09.2024 року).

АНТОНЕНКО Ю.О.,
викладач
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.,
к.держ.упр., доц.
НЕДІЛЬКО Р.В.,
к.держ.упр., доц.
РИК Т.М.,
PhD

НАВЧАЛЬНА ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА РОБОТА ДЕКАНАТУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Воєнний стан створює значні виклики для закладів освіти, зокрема для Академії, які змушені адаптувати навчальні та організаційні процеси до нових умов. Важливу роль у цьому відіграє деканат, який повинен оперативно реагувати на виклики та забезпечувати безперебійний освітній процес. Під час воєнного стану функціонування деканату охоплює не лише підтримку навчання, а й організацію безпеки студентів та співробітників, забезпечення безперервного зв'язку з ними та адаптацію до нових форм викладання[2].

Важливим для ефективного освітнього процесу в умовах дистанційного роботи підрозділу було науково-методичне та матеріально-технічне забезпечення освітнього процесу [1].

На початковому етапі керівництво деканату зосередило зусилля на створенні ефективної комунікації та організації злагодженої роботи співробітників. Щоб забезпечити оперативний обмін інформацією та доступ до важливих документів, був створений Viber-чат. Це дозволило миттєво поширювати ключову інформацію та зберігати важливу документацію у закріплених повідомленнях, що спростило доступ до неї.

Наступний крок полягав у створенні контактної бази студентів, зокрема у визначенні їхнього місцезнаходження. Співробітники деканату безпосередньо зв'язувалися з кожним студентом через доступні комунікаційні канали, що забезпечувало персоналізований підхід і гарантувало, що кожен студент був проінформований про подальші дії. Вся зібрана інформація систематизувалася в електронних таблицях для забезпечення ефективного обліку та подальшого використання.

Основна діяльність дистанційної роботи деканату під час воєнного стану була зосереджена у таких напрямках: інформаційне забезпечення для студентів і для викладачів, зв'язок з навчальною частиною. Для студентів надавалися детальні вказівки щодо освітнього процесу, а також заходів безпеки та

доступних ресурсів. Викладачам забезпечували підтримку в адаптації навчальних матеріалів для дистанційного формату, надавали рекомендації щодо комунікації зі студентами та використання нових цифрових інструментів. Це сприяло злагодженій роботі всіх учасників освітнього процесу та допомогло зберегти стабільність навчання в умовах воєнного стану.

Основні аспекти роботи деканату в умовах воєнного стану:

- Одним з перших кроків, що вживає деканат в умовах воєнного стану, є переведення освітнього процесу в дистанційний формат. Це включає розробку та підтримку онлайн-платформ, що дозволяють забезпечити комунікацію між викладачами та студентами. Використання таких інструментів, як Moodle, Zoom, Microsoft Teams, Google Classroom, стало важливою частиною навчального процесу. Деканат забезпечує навчання викладачів щодо використання цих платформ, а також підтримку студентів у їх освоєнні.
- Зміна формату навчання потребує адаптації навчальних планів і програм. Деканат спільно з кафедрами та викладачами розробляє нові методи викладання, що враховують обмеження дистанційного навчання. Це може включати перехід від традиційних лекцій до інтерактивних занять, використання відеоматеріалів, організацію вебінарів та індивідуальних консультацій для студентів.
- В умовах воєнного стану деканат зосереджується на забезпеченні психологічної та матеріальної підтримки студентів. Це може включати надання інформації про безпечні місця для проживання, консультації з психологом, а також матеріальну допомогу для тих, хто потрапив у скрутне становище. Деканат також координує зусилля з благодійними організаціями та волонтерами для надання необхідної підтримки студентам.
- Під час воєнного стану питання безпеки набуває особливого значення. Деканат відповідає за розробку інструкцій з безпеки для студентів і співробітників, організацію евакуації в разі надзвичайної ситуації, а також підтримку зв'язку з органами влади для отримання актуальної інформації про можливі загрози. Це може включати регулярне проведення навчань з евакуації, інформування про безпечні маршрути та місця укриття.
- Деканат відіграє ключову роль у забезпеченні ефективної комунікації між Академією, студентами та їхніми родинами. Він організовує регулярні інформаційні сесії, розсилає оновлення про стан навчання, умови проживання та заходи безпеки. Комунікація також включає інформування про можливі зміни в навчальному процесі, які можуть бути викликані розвитком подій.

Щодня відбувалася комунікація з старостами груп, де надавалася повна інформація про освітній процес, організаційні питання, відповіді на питання, що з'явилися за тиждень навчання, психологічна підтримка.

Для виконання цих завдань повністю відмовитися від присутності на робочому місці було неможливо, адже багато інформації зберігалось на комп'ютерах працівників в Академії. Також не всі дані обробляються та зберігаються в електронному вигляді. Дистанційний доступ з особистих акаунтів та комп'ютерів працівників підрозділу до загальноакадемічної програми АСУ ДЕКАНАТ не передбачено. Лише після організації тимчасового доступу до документації в деканаті налагодилася швидка та інформативна робота підрозділу. Усі здобувачі освіти вчасно отримували запитовані документи завдяки присутності керівництва Академії та можливості офіційного затвердження документів підписами і печатками.

Організація освітнього процесу під час воєнного стану вимагає високого рівня координації та гнучкості. Деканат стикається з численними викликами, такими як обмежений доступ до ресурсів, необхідність швидкої адаптації до змінних умов, а також підтримка морального стану студентів та співробітників. Однак ці труднощі стимулюють розвиток нових підходів до навчання та підвищення рівня співпраці між всіма учасниками освітнього процесу.

Робота деканату в умовах воєнного стану є надзвичайно важливою для підтримки стабільності та ефективності освітнього процесу. Деканат забезпечує організацію навчання, підтримку студентів і співробітників, а також сприяє створенню безпечних умов для всіх учасників освітнього процесу. В умовах таких екстремальних ситуацій заклади освіти набувають досвіду, який може бути корисним і в майбутньому для розробки нових методик і стратегій в освіті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ткаченко Л. В., Хмельницька О. С. Особливості впровадження дистанційного навчання в освітній процес закладу вищої освіти. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах: зб. наук. праць / Редкол.: А. В. Сущенко (голов. ред.) та ін. Запоріжжя: КПУ, 2021. Вип. 75. Т. 3. С. 91–96.
2. Алісова Н. О., Токарєв О. М. *Організація навчального процесу в умовах надзвичайних ситуацій: досвід та перспективи*. К. 2023. С. 22-24.

ГАЛИНА ГВОЗДЕЦЬКА,
викладач-методист
ВІТАЛІЙ ГЛОВ'ЯК,
директор фахового медичного коледжу

**АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО
КВАЛІФІКАЦІЙНОГО ІСПИТУ «МЕДСЕСТРИНСТВО»
У ФАХОВОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ІФНМУ
(З ДОСВІДУ РОБОТИ)**

Умови сьогодення, реформування медичної галузі, воєнний стан вимагають від медичної освіти спеціаліста, який за рівнем теоретичних знань і практичних умінь відповідає міжнародним стандартам. Враховуючи ці виклики, слід відзначити, що сучасна підготовка фахових молодших бакалаврів має забезпечити потреби системи охорони здоров'я у висококваліфікованих, конкурентноспроможних спеціалістах та враховувати попит ринку праці. Відповідно, професійне становлення можливе не тільки за умови наявності глибоких теоретичних знань, а й необхідне ґрунтовне засвоєння та володіння практичними навичками та вміннями. Згідно вимог сучасності, кількість практичних навичок і вмінь, якими повинні володіти медичні сестри та брати, стрімко зростає, а при здійсненні освітнього процесу для відпрацювання практичних навичок не завжди є можливим забезпечити студентів тематичними пацієнтами. 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 на сучасному етапі.

Актуальним залишається питання моніторингу та контролю засвоєння практичних навичок і вмінь випускником. Проведення Атестації випускників у формі комплексного кваліфікаційного іспиту (ККІ), наближеному до ОСКІ, є своєрідним інструментом для досягнення вищевказаних цілей. Така форма проведення ККІ є одним із способів проведення контролю засвоєння випускником практичних навичок, вмінь та медсестринських компетентностей. Для реалізації даного задуму використали принцип, який побудований побудований на комплексній оцінці з використанням станцій, на яких моделюються різноманітні види медсестринської діяльності. Всі здобувачі вирішують однакові завдання з послідовним переходом від станції до станції відповідно до розробленого маршруту. Виконання завдань на кожній станції оцінюються

за чек-листом. Для підготовки та проведення ККІ в Університеті працює робоча група, яка забезпечує підготовку та проведення Іспиту.

Важливим етапом є не тільки оцінка практичних навичок і вмінь, але і оцінювання комунікативної компетентності. ККІ зі спеціальності 223 Медсестринство ОПП «Сестринська справа» проводиться Екзаменаційною комісією Івано-Франківського національного медичного університету на базі навчально-практичного центру «Медсестринство» фахового медичного коледжу Університету і включає в себе питання медсестринства у внутрішній медицині, медсестринства в хірургії, медсестринства в педіатрії з виставленням однієї оцінки. Для випускників, які навчалися за ОПП «Сестринська справа» ККІ проводиться як комплексна перевірка спроможності випускника здійснювати професійну діяльність та демонструвати необхідний рівень сформованості умінь і навичок з вище наведених дисциплін. Перелік практичних навичок, які виносяться на ККІ, та алгоритми їх виконання розробляються викладачами, розглядаються та схвалюються на засіданнях відповідних випускових кафедр, профільною цикловою методичною комісією, педагогічною радою Коледжу, Центральною методичною радою ІФНМУ. Перелік навичок розміщується у публічному доступі на сайті Університету. Перелік практичних навичок з медсестринства у внутрішньої медицини включає наступні блоки: 1-маніпуляційна техніка; 2- зондові маніпуляції; 3-оцінка стану пацієнта; 4- охорона праці. Перелік практичних навичок із медсестринства в хірургії включає наступні блоки: 1-тактична медицина; 2 – робота в операційній; 3- надання невідкладної допомоги при критичних станах; 4-десмургія. До переліку практичних навичок із медсестринства у педіатрії було віднесено наступні блоки: 1-догляд за дітьми; 2-антропометрія в педіатрії; 3-невідкладні стани у педіатрії; 4-ін'єкційна техніка. Загальний час екзаменування студента – 65 хвилин. Під час Іспиту студент проходить 6 станцій, кожна з яких розміщена в окремій кімнаті та включає виконання 2 навичок, згідно маршрутного листа. Час виконання завдання на кожній станції – 10 хв (по 5 хв. на 1 завдання): станція № 1-2 «Медсестринство у внутрішній медицині», станція №3-4 – «Медсестринство у педіатрії», №5-6 – «Медсестринство у хірургії». Початок та закінчення виконання завдання на станції озвучується сигналом. Якщо студент не впорався із завданням, він має закінчити роботу і перейти на наступну станцію. Перерва між станціями становить 1 хвилина. Під час перерви студент переходить до наступної станції за маршрутом, згідно маршрутного листа. На кожній окремій станції перебуває лише один здобувач. Одна екзаменаційна група складає іспит 130 хв (2год.10 хв). Студенти з'являються за 20 хв. до початку Іспиту для інструктажу та реєстрації. Під час реєстрації відбувається ідентифікація особи студента, йому видають індивідуальний

маршрутний лист. Під час інструктажу студентів знайомлять з правилами проведення Іспиту, форматом, регламентом, порядком проходження станцій. Студент, який спізнився без поважної причини, до складання Іспиту не допускається. У разі відсутності студента на Іспиті подальша можливість складання його вирішується головою ЕК, згідно чинного законодавства. Під час іспиту студентам заборонено спілкуватись між собою, використовувати навчальні та допоміжні матеріали, користуватись гаджетами. При порушенні вище зазначених норм результати Іспиту анулюються. Контроль за дотриманням регламенту здійснює Голова ЕК. Студент після сигналу на станції отримує завдання. Він знайомиться із ним та виконує маніпуляції відповідно до алгоритму дій в описаній клінічній ситуації. За 2 хв. до закінчення студент отримує попередження про завершення відведеного часу. Якщо студент за 10 хвилин не впорався із завданнями, від перериває роботу і переходить на наступну станцію, якщо впорався із завданнями раніше терміну – залишається в кімнаті до закінчення відведеного часу. Екзаменатори на кожного студента заповнюють окремий чек-лист. Вони не втручаються у процес виконання завдання, а лише оцінюють дії студента, роблячи про це відмітки у чек-листі. Оцінка роботи студента проводиться за чек-листом, який складений на основі алгоритму дій у певній клінічній ситуації. Чек-лист включає в себе 10 кроків, кожен з яких оцінюється: 0-0,5-1 бал, де 0 балів – не виконано чи виконано невірно, 0,5 бала – виконано з похибками, 1 бал – виконано вірно. Максимальна оцінка за виконання завдання на одній станції становить 10 (десять) балів. В процесі виконання практичних завдань екзаменатори та члени ЕК оцінюють кожну практичну навичку із медсестринства у внутрішній медицині (В), медсестринства у хірургії (Х), медсестринства у педіатрії (П) згідно критеріїв від 0 до 10 балів відповідно до Критеріїв Отримані бали вносяться до чек-листа студента. Результуючий бал (R) за ККІ визначається, як частка суми балів набраної студентом від максимальної кількості балів (тобто 10,0) із всіх дисциплін (кількість балів отриманих при виконанні практичних навичок з дисциплін: Медсестринство у внутрішній медицині (В), Медсестринство у хірургії (Х), Медсестринство у педіатрії (П) і розраховується за формулою:

$$R = (0,4 * ((B1 + B2 + B3 + B4) / 4) + 0,3 * ((X1 + X2 + X3 + X4) / 4) + (0,3 * ((P1 + P2 + P3 + P4) / 4))) / 10$$

Коефіцієнти у формулі розраховані відповідно до рішення Педагогічної ради фахового медичного коледжу ІФНМУ.

Результуючий бал конвертується в оцінку за національною шкалою, шкалою ЄКТС та за 200-бальною шкалою. При проведенні ККІ зі спеціальності 223 Медсестринство ОПП «Сестринська справа» студенту виставляється одна середньостатистична оцінка. Після складання іспиту студентами однієї

групи екзаменатори передають чек-листи секретаріату ЕК, який вносить інформацію у відповідні облікові форми (протоколи), які в подальшому передаються у дирекцію Коледжу. Результати складання групою ККІ оголошуються в день складання після оформлення протоколів засідання екзаменаційної комісії.

Отже, проведення ККІ у формі наближеній до ОСКІ, як II Атестації випускників, виступає індикатором практичної підготовки здобувачів фахової передвищої освіти спеціальності 223 Медсестринство. Це дозволяє провести діагностику готовності випускника до практичної діяльності та підготувати конкурентноспроможного, затребуваного на ринку праці фахівця медсестринства. Запровадження такої форми Атестації випускників в освітній процес дозволить вийти на новий, значно ефективніший рівень підготовки здобувачів у галузі медсестринства, створить підґрунтя для подальшого вдосконалення освітнього процесу у закладах фахової передвищої освіти медичного напрямку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Положення про організацію та порядок проведення атестації випускників зі спеціальності 223 «Медсестринство» освітньо-професійної програми «Сестринська справа» у фаховому медичному коледжі Івано-Франківського національного медичного університету.
https://ifnmu.net.ua/images/studentam/dergavna_atest_vupysknikiv/kol/mater/2024.pdf
2. Створення симуляційного центру: засади та керівні настанови. Досвід програми «Здоров'я матері та дитини»: посібник. – К.: Вістка, 2018. – 56 с.
3. Артьоменко С.С. Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід / В.В. Артьоменко, С.С. Семченко, О.С. Єгоренко [та ін.] // Одеський медичний журнал. – 2015. – № 6. – С. 67–74.

НАЛИВАЙКО Л.М.,
магістр медсестринства
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.,
к.держ.упр., доц.

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Дистанційне навчання стало ключовим інструментом в освітньому процесі в умовах глобальних криз, таких як пандемія COVID-19 та війна в Україні. Воно дозволило забезпечити безперервність навчання для мільйонів учнів і студентів у всьому світі. Однак, як і будь-яка інша освітня форма, дистанційне навчання має свої переваги та недоліки, які варто розглянути для повного розуміння його ефективності. Збереження інтелектуального потенціалу нації під час війни вимагає значних змін у системі вищої освіти. Для забезпечення цих змін необхідний комплексний підхід, спрямований на вдосконалення роботи закладів освіти через повну цифровізацію процесів, що враховує світовий досвід та специфіку української освітньої системи в умовах війни. Успішні країни об'єднують спільне усвідомлення того, що інтелектуальний потенціал має вирішальне значення для сталого розвитку держави[1].

Водночас спостерігається досить суперечлива тенденція. З одного боку, популярність вищої освіти залишається на високому рівні, що зумовлено прагненням застрахувати свою майбутню кар'єру чи уникнути безробіття. А з іншого – недостатню спрямованість молоді саме на здобуття знань. Для забезпечення формування орієнтації на знання, а не на отримання диплому, потрібно впроваджувати низьку реформаторських заходів:

- забезпечення доступності освітніх послуг в умовах війни;
- посилення функції контролінгу освітніх процесів та забезпечення їх прозорості та чіткості вимог;
- підвищення якості освітнього контенту та вдосконалення методології викладання;
- посилення взаємозв'язків між навчальним процесом та вимогами ринку, розглядаючи зокрема й можливості залучення спеціалістів-практиків[2,3].

Вивчаючи наукові джерела, нами виокремлено переваги дистанційного навчання:

- дистанційне навчання дозволяє здобувачам навчатися в зручному для них місці та часі, що є особливо важливим для тих, хто поєднує навчання з роботою чи має обмежений доступ до очної освіти. Це також

- зменшує витрати на проїзд та проживання, що робить освіту доступнішою для широкого кола людей.
- використання інтерактивних технологій дозволяє адаптувати освітній процес до індивідуальних потреб здобувачів. Наприклад, завдяки записаним лекціям і доступу до матеріалів онлайн, студенти можуть навчатися у власному темпі, що підвищує якість засвоєння матеріалу. Це особливо важливо для студентів з особливими потребами або тих, хто навчається іноземною мовою.
 - для закладів освіти дистанційне навчання зменшує витрати на утримання приміщень та інфраструктури. Крім того, воно сприяє розвитку цифрових ресурсів, що можна використовувати у довгостроковій перспективі. Це також відкриває можливості для більшого числа людей здобути освіту з мінімальними витратами.

Також нами констатовано недоліки дистанційного навчання:

- Одним із головних недоліків дистанційного навчання є відсутність живого спілкування з викладачами та однокурсниками, що може призвести до почуття ізоляції та зниження мотивації. Це особливо актуально для молодших студентів, які потребують підтримки у соціальному та емоційному розвитку. Брак живого спілкування також ускладнює роботу в команді, що є важливою частиною сучасної освіти.
- Незважаючи на широку доступність інтернету, багато здобувачів, особливо у віддалених та сільських районах, мають обмежений доступ до необхідних технологій. Це призводить до нерівності у можливостях навчання, що може негативно вплинути на якість освіти для певних категорій студентів.
- Дистанційне навчання вимагає високого рівня самодисципліни та мотивації, які не завжди є у студентів. Відсутність чіткого розпорядку дня та необхідності бути присутнім на очних заняттях може призвести до прокрастинації та зниження ефективності навчання. Студенти можуть також стикатися з труднощами у підтримці концентрації під час онлайн-занять.
- Тривале використання комп'ютерів та інших електронних пристроїв може негативно вплинути на зір, поставу та загальний стан здоров'я. Крім того, відсутність фізичної активності та тривале сидіння можуть призвести до негативних змін у фізичному стані здобувачів.

Отже, дистанційне навчання має як значні переваги, так і суттєві недоліки, які потребують уваги з боку освітніх закладів та урядів. Воно пропонує більше можливостей для доступу до освіти і дозволяє гнучко підходити до навчання, але також має обмеження у плані соціальної взаємодії,

технічних викликів та впливу на здоров'я. Тому для ефективного впровадження дистанційного навчання важливо створювати підтримку та розвивати інфраструктуру, яка б зменшувала ці недоліки і сприяла більшій ефективності освітнього процесу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тарасов О. Ю. Дистанційне навчання в умовах пандемії COVID-19: переваги та недоліки. Сучасні проблеми освіти. 2020 № 5(2).С. 120-125.
2. Іваненко В. О. та Петрова Н. В. Соціально-психологічні аспекти дистанційного навчання під час пандемії COVID-19. Наукові записки Педагогічного університету.2021. № 2. С. 55-62.
3. European Training Foundation .Ukraine: Education during the war. Доступно за посиланням URL: <https://ukrainet.eu/2022/07/29/ua-re-emergency-e-learning/>

САХАРНАЦЬКА Д.М.,

Науковий керівник:

ДУБ Н.Є.,

к.держ.упр., доц.

ІСТОРИКО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО СТАНОВЛЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Вступ. Первинна медична допомога (ПМД) є одним із інструментів у вирішенні завдання досягнення населенням такого рівня здоров'я, який дозволить йому вести продуктивний в соціальному та економічному плані спосіб життя. Вона становить невід'ємну частину як національної системи охорони здоров'я, здійснюючи її головну функцію і будучи її центральним ланкою, так і загального соціально-економічного розвитку суспільства [1].

Першим кроком на шляху до формування нової політики охорони здоров'я на глобальному, регіональному та національному рівнях держав-членів ВООЗ, що розглядала здоров'я кожної людини стрижнем стратегії досягнення здоров'я для всіх, стала Алма-Атинська декларація ВООЗ прийнята 12 вересня 1978 року в м. Алма-Ата на Міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги [1].

На цій конференції підкреслювалося, що нова політика охорони здоров'я залежить від рівня санітарної освіти та інформованості людини з питань охорони здоров'я. Алма-Атинська декларація ВООЗ визначила значення первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в організації медичної допомоги населенню за рахунок надання загальній практиці-сімейній медицині статусу провідної медичної спеціальності, представники якої відповідають за надання медичної допомоги при першому контакті з пацієнтом та подальше спостереження за хворими, а також за питання зміцнення здоров'я та профілактики захворювань [2, С. 48-53.].

Алма-Атинська декларація ініціювала проведення реформ в галузі охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги у багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні.

Процес впровадження ПМСД на території України почався з 1988 року з проведення у Львівській області в 1989- 1990 роках широкомасштабного експерименту з опрацювання системи організації медичної допомоги за принципом сімейної медицини та вперше започатковане державне управління процесом надання населенню первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини на території України [3, С. 439-444].

Виникла необхідність у формуванні якісно нової схеми надання ПМСД населенню та якісно нового спеціаліста – лікаря загальної практики, або сімейного лікаря, повноваженнями якого було б вирішення більшості медичних питань одночасно із наданням кваліфікованих рекомендацій з питань соціальної, правової, профілактичної і реабілітаційної допомоги. Поряд з лікарем загальної практики важливого значення надали сестрі/брату медичним загальної практики [4, С. 109-113].

Основна частина. Зародження сімейної медицини у світі почалося у 5–10 ст. Для 11-19 ст характерна приватна практика надання медичної допомоги особистими сімейними лікарями, які вели сім'ї своїх пацієнтів з роду в рід, багато років поспіль. Поняття «загальна практика-сімейна медицина» (GM – general medicine) сформувалося еволюційно впродовж XVIII-XIX століть у країнах Європи, де медична допомога на той час надавалася на комерційній основі у вигляді індивідуальної практики. Тобто кожен медичний працівник «напрацьовував» постійний контингент пацієнтів, які зверталися лише до «свого» фахівця, котрому довіряли як професіоналу й особистості. Подібний спосіб виконання медичних обов'язків був максимально вигідним для медика з точки зору тривалості, безперервності та динамічності спостереження за станом здоров'я «своїх» пацієнтів і членів їх сімей протягом життя [5].

У 1864 році в російській імперії, до якої тоді належала Україна, було введено земське самоврядування, що дало початок розвитку земської медицини, яка стала прототипом сучасної сімейної медицини. В часи радянського союзу роботу з сім'ями в Україні перейняли на себе дільничні терапевти та педіатри. Далі був обраний вектор розвитку системи охорони здоров'я за багаторівневою системою М.О. Семашко, ідея якої – наблизити різнопрофільні спеціалістів до населення. Недоліками цієї системи стало нівелювання ролі дільничного терапевта як координатора медичної допомоги, безвідповідальність лікарів-спеціалістів для здоров'я пацієнтів та населення в цілому та значні витрати в системі охорони здоров'я. У країнах світу на той час системи охорони здоров'я були побудовані за широкими моделями, найбільш відомі з них – система Бевериджа, система Бісмарка та приватна система охорони здоров'я. У 60–70-х роках XX ст. у країнах світу почався перехід до моделей системи охорони здоров'я, заснованих на принципах загальної практики сімейної медицини (ЗПСМ). У 1972 році була створена Всесвітня асоціація сімейних лікарів WONCA, яка об'єднала 8 країн, що мали в пріоритеті розвиток системи охорони здоров'я на первинній ланці медико-санітарної допомоги і сімейної медицини [6, С. 12-17].

У 1978 році відбулась Алма-Атинська конференція, резолюцією якої стало затвердження декларації щодо визначення ролі і розвитку ПМД. Після

цього ВООЗ затвердила Алма-Атинську декларацію (1979), визначила глобальну стратегію досягнення здоров'я для всіх типів закладів за допомогою ПМД у світі (1981). Відтоді у деяких країнах світу відкрився активний перехід систем охорони здоров'я з орієнтацією на ПМД та розвиток ЗПСМ. У 1996 році на конференції ВООЗ у Люблянні було проголошено «орієнтація на ПМД», підготовлений проект Хартії ЗПСМ, у 1998 р. прийнята Всесвітня декларація ВООЗ з охорони здоров'я населення, засноване на зміцненні і розвитку ПМД, та запроваджено Програму ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI ст.», суть якої до 2010 року забезпечити кращий доступ до ПМД населенню Європейського регіону [6, С. 12-17].

В Україні становлення та розвиток сімейної медицини розпочався у 1988 році. Тоді започатковані та введені в практику моделі переходу терапевтів і педіатрів від дільничного до сімейного принципу надання допомоги [3, С. 439-444].

Нормативне врегулювання розвитку ПМСД розпочалося у 1992 році з прийняттям Верховною Радою України Основ законодавства України про охорону здоров'я [7].

Відповідно до наказу ВАК України від 29 квітня 2010 р. № 237, у 2010 році в Україні була затверджена академічна спеціальність «Загальна практика–сімейна медицина» та вперше в Україні відкрито нову наукову спеціальність «Загальна практика–сімейна медицина» (14.01.38). Рішенням ДАК України було відкрито вперше спеціалізовану вчену раду із захистом докторських і кандидатських дисертацій зі спеціальностей 14.01.02 – внутрішні хвороби, 14.01.38 – загальна практика–сімейна медицина [6, С. 12-17].

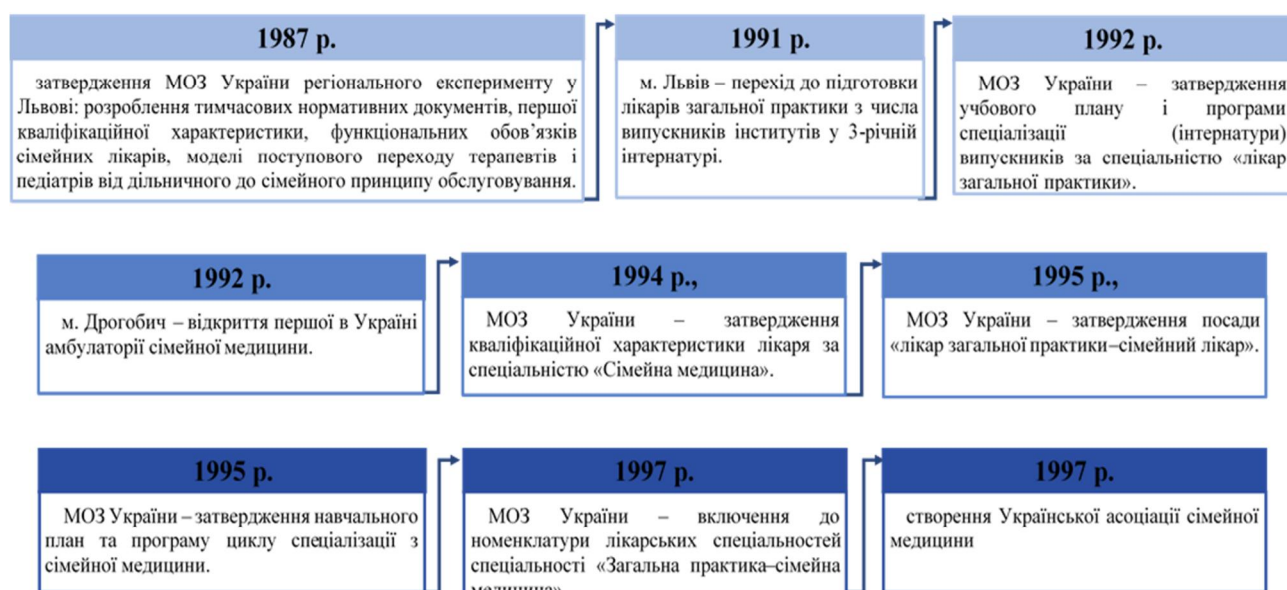


Рис. 1. Основні етапи розвитку сімейної медицини в Україні [6, С. 12-17].

На початку 2000-х пацієнти не мали ні можливості, ні права обирати свого сімейного лікаря, а старші люди не довіряли лікарям і закладам охорони здоров'я.

Нового поштовху у своєму розвитку сімейна медицина дістала в Україні після прийняття Кабінетом Міністрів України постанови від 20 червня 2000 року № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» [8] та Указу Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» [9], якими передбачалось: наукове обґрунтування принципів, розробка структури організації та управління ПМД, апробування і впровадження моделі надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини у містах і сільській місцевості; доопрацювання і затвердження в установленому порядку пакету нормативних документів, що регламентують діяльність працівників, закладів (підрозділів) загальної практики-сімейної медицини; затвердження професійно-кваліфікаційних характеристик лікаря загальної практики-сімейного лікаря, молодших спеціалістів з медичною освітою; розробку методики диференційованого розподілу коштів за рівнями надання медичної допомоги з урахуванням потреб первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини; розробку форми матеріального заохочення лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою закладів (підрозділів) загальної практики/сімейної медицини та затвердження їх з урахуванням обсягу та якості роботи; сприяння розвитку приватної лікарської практики в лікувально-профілактичних закладах загальної практики сімейної медицини усіх форм власності; обґрунтування переліку і обсягу гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я; розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги. Державно-комунальна модель передбачала створення двох секторів медичної допомоги: сектора загальнодоступної медичної допомоги та сектора додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я [8,9].

Реформування сфери охорони здоров'я проводилося відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [10], Законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [7].

Були визначені основні концептуальні напрями реформування охорони здоров'я: розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги; визначення на законодавчому рівні гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги та переліку платних послуг; створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД); створення для

надання вторинної медичної допомоги міжрайонних та міжміських об'єднань – госпітальних округів; завершення роботи із затвердження стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів; удосконалення системи фінансування галузі; запровадження обов'язкового державного соціального медичного страхування тощо [11].

На початок 2014 року у пілотних регіонах повністю сформовано мережу закладів охорони здоров'я, які надають ПМД. Разом із формуванням і розвитком мережі закладів, які надають ПМД, введено більшість штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів [12].

Першим помічником сімейного лікаря у наданні первинної медико-санітарної допомоги населенню за сімейно-територіальним принципом в межах спеціальності «загальна практика – сімейна медицина» в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу і вдома є сімейна медична сестра. Призначити на цю посаду можуть фельдшера або медичну сестру/брата, які закінчили медсестринський освітній заклад та курси за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» післядипломного стажування [13, С.21].

Функції медичної сестри загальної практики – сімейної медицини мають свою специфіку і дещо відмінні від роботи медичної сестри стаціонару, адже її діяльність відповідальніша і самостійніша, де переважають незалежні медсестринські втручання. Знаючи основні принципи та засади сімейної медицини, володіючи основами методик оцінювання здорової, нездорової сім'ї або сім'ї з медичними ризиками, сімейна медична сестра повинна своєчасно повідомляти лікаря про взаємини в них, ставленні до здоров'я та життя, умови праці та проживання, часові зміни у родині та проблеми, пов'язані з вагітністю, народженням, безробіттям, виходом на пенсію, старінням, самотністю тощо. Важливо враховувати різносторонні аспекти життя сім'ї (соціальні, економічні, релігійні, культурні, поведінкові та ін.). Ось чому так потрібне бездоганне оволодіння знаннями основ організації охорони здоров'я, медичної психології, етики і деонтології, медичної педагогіки, медичної інформатики, загальної гігієни, фахових знань клінічного медсестринства та маніпуляційної техніки в потрібному обсязі, питання диспансеризації, санітарно-освітньої та профілактичної роботи. Медична сестра сімейної медицини допомагає пацієнту та його родині долати всі труднощі та перешкоди на шляху до одужання, залучаючи до цього процесу всю родину, формуючи їх ставлення до власного здоров'я. Вона повинна вчасно надати невідкладну допомогу, організувати відповідно до потреб догляд за пацієнтом, спрогнозувати можливі потенційні проблеми та своєчасно попередити їх появу, проводити санітарно-освітню роботу, допомагати сімейному лікареві під час амбулаторного прийому та асистувати при лікарських втручаннях, оформляти

належним чином документацію, вести облік, широко та постійно пропагувати здоровий спосіб життя серед населення. Працюючи на дільниці з різновіковими категоріями населення, важливо володіти бездоганним теоретичним і практичним рівнем професійно-педагогічної підготовки, комунікативними здібностями, спрямовувати свою діяльність на зниження захворюваності, а відтак впроваджувати профілактичні заходи. Усвідомлення суспільством, що здоров'я – є найбільшим надбанням людини, породжує сподівання на отримання якісної медичної допомоги, а, відтак, завдання, які ставить перед собою вища медсестринська школа, повинні бути реалістичними, конкретними, близькими до потреб населення, спрямованими на збереження і відновлення здоров'я та подовження тривалості життя кожного члена суспільства. Медична сестра загальної практики сімейної медицини, згідно функціональних обов'язків і кваліфікаційної характеристики, працюючи в сім'ї, буде надавати допомогу різновіковим категоріям населення, тому так важливе засвоєння знань, практичних умінь і навичок по догляду за дорослим населенням, дітьми та людьми похилого і старечого віку. Саме діти та люди похилого і старечого віку є самими незахищеними верствами населення, які потребують уваги держави, суспільства, родин, медсестринства. Засвоїти потрібні знання слід за допомогою педіатрії з курсом інфекційних хвороб та імунопрофілактики медсестринства в геронтології та геріатрії. Якщо діти все ще в більшій мірі знаходяться під опікою родини або органів опіки, то складною, на наш погляд, є проблеми, пов'язані зі старістю, немічністю похилих людей, не здатних забезпечити свої фізіологічні, соціальні потреби, потреби в безпеці, самопомозі та допомозі оточуючих, самовиразі. Залишаючись наодинці із своїми проблемами, не маючи близьких та рідних, вони, як ніхто, потребують опіки, підтримки, догляду, доброго слова, що допоможе подолати самотність та всилить віру в життя. Головна роль медичного обслуговування цієї категорії населення лягає на дільничного терапевта та служби загальної практики – сімейної медицини та переорієнтації сучасних систем надання медичної допомоги населенню літнього віку на позалікарняні форми обслуговування. Поліпшити якість надання медичної допомоги літнім людям можна лише за умови підвищення рівня знань і практичних навичок з лікування та реабілітації літніх хворих медичним персоналом первинної ланки охорони здоров'я (медичних сестер загальної практики – сімейної медицини, працівників ФАПів) шляхом розширення геріатричної післядипломної дисциплінарної підготовки з урахуванням сучасних європейських вимог [13, С. 75-76].

Висновки. Отже, досить тривалий досвід розвитку ПМСД в світі та в Україні засвідчив медико-соціальну та економічну ефективність даної моделі системи охорони здоров'я. Поряд з цим існують виклики в державному управ-

лінні, додипломній та післядипломній освіті, професійній діяльності медичних кадрів для роботи в системі загальної практики сімейної медицини, які потребують подальшого вирішення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Primary Health Care: report of the international conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 1978. – Geneva: WHO, 1978.
2. Парій В.Д., Короткий О.В. Становлення та розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини в Україні: огляд літературних джерел. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 2 (49). С. 48-53.
3. Грицко Р. Ю. Історія розвитку державного управління підготовкою сімейних лікарів / Р. Ю. Грицко // Університетські наукові записки. 2012. № 4. С. 439-444. URL.: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2012_4_65
4. Долот, В.Д., Ляховченко Л.А., Радиш, Я.Ф. До проблеми визначення вартості лікування пацієнта в амбулаторно-поліклінічних умовах. Економіка та держава. № 12.2011. С. 109-113.
5. Сімейна медицина в пошуках золотого стандарту. Ваше здоров'я. URL: <https://www.vz.kiev.ua/simejna-medytsyna-v-poshukah-zolotogo-standartu/>
6. Ткаченко В.І. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. Сімейна медицина. №3 (59). 2015. С. 12-17.
7. Закон України від 7 липня 2011 року N 3611-VI Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>
8. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. N 989 Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/989-2000-%D0%BF>
9. Указ Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000 Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>
10. Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» від 02.06.2010. URL.: <https://ips.ligazakon.net/document/MUS14838>
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2010 р. № 208 «Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я». URL.: <https://www.kmu.gov.ua/npas/243301005>

12. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік / за ред. Г. О. Слабкого. – Київ, 2011. – 28 с.
13. Шарлович З.П. Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки: дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00. 04" Теорія і методика професійної освіти" Житомирський державний університет імені Івана Франка.-Житомир, 2015. С. 21, 75-76. URL.: http://eprints.zu.edu.ua/18684/1/dys_Sharlovych.pdf

ФЕДОРОВИЧ У. М.,
заслужений працівник освіти України
МЕНІВ Н. П.,
викладач
ВІНЯРСЬКА М. С.,
викладач

ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ ТА ІНТЕГРАЦІЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

Вступ (актуальність). З розвитком науки та технологій теоретична медицина потребує нових форм навчання, що відповідають викликам сьогодення. Ця тема передбачає аналіз сучасних пріоритетів у підготовці медичних фахівців, зокрема:

- використання цифрових технологій та симуляцій у освітньому процесі;
- впровадження інтерактивних освітніх методів, таких як проблемно-орієнтоване навчання та кейс-стаді [2];
- створення міждисциплінарних програм для поглибленого розуміння медичних процесів;
- інтеграція дистанційного навчання та змішаних форм освіти у підготовку медичних фахівців;
- акцент на формуванні критичного мислення та навичок клінічного аналізу через новітні підходи в теоретичній підготовці.

Ця тема дозволить обговорити напрямки розвитку медичної освіти, адаптовані до потреб сучасної медицини та технологічного прогресу.

Основна частина. Сучасна медицина стоїть на порозі значних змін, які обумовлені як стрімким розвитком технологій, так і постійними науковими відкриттями. Ці зміни вимагають від медичної освіти перегляду підходів до навчання, особливо у сфері теоретичної медицини. Основними пріоритетами в підготовці медичних фахівців стають впровадження інноваційних методів освітнього процесу та інтеграція цифрових технологій, що дозволяють ефективніше поєднувати теорію та практику. Розглянемо ключові напрямки розвитку сучасної медичної освіти.

1. Актуальні виклики для теоретичної медицини.

Теоретична медицина є основою підготовки будь-якого медичного фахівця, оскільки без глибокого розуміння анатомії, фізіології та патології неможливо ефективно надавати допомогу пацієнтам. Однак, традиційні методи

навчання, що базуються на лекціях та підручниках, вже не завжди відповідають вимогам сучасності. Сучасні студенти все частіше стикаються з необхідністю отримувати знання швидше, інтерактивніше, більш адаптовано до реальних клінічних ситуацій. Це вимагає нових підходів та інструментів.

2. Новітні форми навчання в теоретичній медицині.

Одним із ключових аспектів розвитку сучасної медичної освіти є впровадження новітніх форм навчання, що дозволяють студентам більш ефективно засвоювати матеріал. Серед основних методів варто відзначити:

- проблемно-орієнтоване навчання (PBL) – підхід, що дозволяє здобувачам освіти самостійно шукати рішення клінічних завдань, застосовуючи отримані теоретичні знання. Це розвиває критичне мислення та навички роботи з інформацією;
- кейс-стаді – навчання через розбір реальних клінічних випадків, що дозволяє студентам краще розуміти зв'язок між теорією та практикою, вчитися приймати обґрунтовані рішення [2];
- симуляційні технології – використання віртуальних пацієнтів, анатомічних симуляторів та тренажерів для відпрацювання навичок на практиці, що допомагає не лише в теоретичному, але і в практичному аспекті підготовки.

3. Інтеграція цифрових технологій у освітній процес.

Цифрові технології відіграють вирішальну роль у модернізації медичної освіти. Сучасні інструменти дають можливість адаптувати освітній процес до потреб студентів, роблячи його більш гнучким та ефективним. Деякі з ключових аспектів:

- віртуальна та доповнена реальність (VR/AR): ці технології відкривають можливості для створення інтерактивних освітніх середовищ, в яких студенти можуть вивчати анатомію що сприяє полегшенню запам'ятовування;
- цифрові платформи та онлайн-курси: доступ до освітніх матеріалів у будь-який час і в будь-якому місці сприяє індивідуалізації навчання. До прикладу, освітньою платформою Moodle сьогодні користуються більш ніж у 236 країн світу, в тому числі і наш освітній заклад КЗВО ЛОР “Львівська медична академія імені Андрея Крупинського” [3]. Завдяки таким платформам з відеолекціями, інтерактивними завданнями та тестами здобувачі освіти можуть вивчати теоретичні аспекти у зручному для себе темпі. Використання мультимедійного супроводу різного типу занять надає можливість кожному студенту сприйняти та опрацювати за

короткий проміжок часу значний обсяг інформації, а потенціал сучасної техніки дозволяє зберігати мультимедійні матеріали, що відкриває додаткові можливості для повторного опрацювання отриманих матеріалів здобувачами освіти у відповідності до їх індивідуальних особливостей. Саме тому наочне подання інформації має вагомe значення під час проведення занять освітніх компонентів, що забезпечують формування спеціальних (фахових) компетентностей та забезпечення практичної складової професійної підготовки майбутніх фахівців медичної галузі [1, с. 66];

- штучний інтелект (AI): використання AI в освітньому процесі відкриває нові перспективи. Алгоритми штучного інтелекту допомагають аналізувати величезні масиви медичної інформації та створювати адаптивні системи навчання, що можуть адаптовуватись під потреби окремого студента.

4. Міждисциплінарний підхід у підготовці медичних фахівців.

Сучасна медицина є багатопрофільною дисципліною, тому міждисциплінарний підхід стає дедалі важливішим. Медичні фахівці повинні володіти знаннями не лише в своїй вузькій галузі, але й розуміти основи біоінженерії, біоінформатики, фармакології та навіть штучного інтелекту. Це вимагає створення нових навчальних програм, що дозволять майбутнім фахівцям інтегрувати ці знання у свою практику.

5. Переваги та перспективи розвитку:

- інтеграція новітніх форм освітнього процесу та цифрових технологій у підготовку медичних фахівців має низку переваг;
- покращення якості освіти через більш глибоке засвоєння матеріалу та розвиток практичних навичок;
- гнучкість навчання, що дозволяє адаптувати освітній процес до індивідуальних потреб здобувача освіти;
- підвищення доступності освіти завдяки онлайн-курсам та цифровим платформам;
- зменшення часу на підготовку до клінічної практики за рахунок симуляційних технологій та віртуальних освітніх середовищ.

Висновок. Розвиток теоретичної медицини та підготовка медичних фахівців значною мірою залежить від впровадження інноваційних форм навчання та цифрових технологій. Медична освіта повинна відповідати викликам часу, адаптуючись до швидких змін у науці та практиці. Інтеграція цифрових рішень, симуляційних технологій та міждисциплінарного підходу дозволить

створити нове покоління молодшого медичного персоналу, здатних ефективно реагувати на виклики сучасної медицини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Н.П. Менів, Г.М. Різун, І.С. Двудят-Лешневська / Цифровізація професійної підготовки майбутніх медичних працівників // Науковий журнал «Інноваційна педагогіка» Випуск 64, Том 2, 2023 . Одеса. С. 64-69. URL: <http://innovpedagogy.od.ua/64-2> (дата звернення 30.09.2024).
2. Нова Українська школа URL: <https://nus.org.ua/view/mechanizm-problemno-oriyentovanogo-navchannya/> (дата звернення 30.09.2024).
3. Welcome to the Moodle community. Moodle в Україні: веб-сайт. URL: <https://moodle.org/> (дата звернення 30.09.2024).

КАРПИН Х.І.
Науковий керівник:
ХМІЛЯР І.Р.,
д-р філософії

ГАРМОНІЗАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ З МІЖНАРОДНИМИ СТАНДАРТАМИ

Глобалізація, міграція та технологічний прогрес зробили необхідним впровадження стандартизованих підходів до підготовки медичних сестер і медичних братів. Ці фахівці відіграють ключову роль у профілактиці та лікуванні хронічних захворювань, наданні невідкладної допомоги та забезпеченні загального добробуту пацієнтів. Однак різноманіття національних систем підготовки призводить до значних відмінностей у рівні знань, компетенцій і стандартів професійної практики між країнами, що може негативно впливати на якість медичних послуг і результати лікування.

Уніфіковані стандарти в медсестринській освіті є важливими для забезпечення однакового рівня якості медичних послуг і сприяння професійній мобільності. В сучасних умовах медичні працівники дедалі частіше працюють у міжнародних або мультикультурних командах, де спільні підходи до підготовки допомагають узгодити очікування та компетенції. Гармонізація стандартів сприяє полегшенню співпраці та інтеграції професіоналів у сфері охорони здоров'я.

У Європейському Союзі гармонізація досягається через Болонський процес і Директиву 2013/55/ЄС, які впроваджують систему взаємного визнання кваліфікацій. Європейська система переведення та накопичення кредитів (ECTS) і чіткі вимоги до тривалості навчання (не менше 3 років або 4 600 годин) забезпечують єдиний підхід до підготовки медичних сестер [1]. Це дозволяє медсестрам безперешкодно працювати в різних країнах ЄС, сприяючи їхній мобільності та вирішуючи проблему кадрового дефіциту.

У США важливу роль у підвищенні стандартів відіграє програма Magnet Recognition, розроблена Американською асоціацією медсестер (ANCC). Вона визначає критерії для лікарень і навчальних закладів, орієнтовані на розвиток лідерства, доказової медицини та управління якістю [2]. Ця акредитація підвищує престиж закладів і полегшує мобільність медичних фахівців, адже дипломи й досвід роботи в таких установах високо цінуються як у США, так і за кордоном.

Міжнародні організації, такі як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Міжнародна рада медсестер (ICN), активно розробляють глобальні

рекомендації для медсестринської освіти. Їхні рекомендації спрямовані на розвиток лідерських якостей, етики, навичок міждисциплінарної співпраці, а також на використання сучасних технологій у навчанні та роботі. Ці стандарти впроваджуються через програми співпраці між університетами, що дозволяє студентам і медсестрам проходити стажування в різних країнах. Наприклад, програма Global Nursing Exchange підтримує обмін медичними фахівцями між лікарнями Канади, Японії та Норвегії.

Прикладом уніфікації медсестринської освіти та міжнародних стандартів є програма Nightingale Challenge, ініційована в рамках програми Nursing Now та ВООЗ [3], була спрямована на розвиток лідерських якостей у молодих медсестер. Ініціатива підтримувала професійну мобільність через міжнародні обміни, стажування та спільні навчальні проекти, сприяючи формуванню глобальних компетенцій та міжкультурної співпраці. Вона також заохочувала впровадження інноваційних підходів і міжнародних стандартів у медичній освіті, посилюючи лідерські спроможності медсестер та підвищуючи якість медичних послуг.

Програми подвійних дипломів і студентських обмінів також відіграють важливу роль у професійній мобільності [4]. Такі програми дозволяють студентам навчатися у двох країнах та отримувати дипломи, які визнаються на міжнародному рівні, що розширює їхні можливості для кар'єрного розвитку.

Важливим елементом професійного росту є система Continuous Professional Development (CPD) [5], яка діє у таких країнах, як Велика Британія та Австралія. CPD є обов'язковою для підтримання ліцензії, зобов'язуючи медсестер регулярно проходити курси підвищення кваліфікації та підтверджувати свою компетентність через міжнародні програми та вебінари.

Для регулювання міжнародної міграції медичних працівників ВООЗ розробила Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [6]. Цей кодекс спрямований на запобігання кадровому дефіциту в країнах з обмеженими ресурсами та встановлює етичні правила для міжнародного найму медичних працівників.

Програма ЄС ERASMUS+ підтримує мобільність студентів і викладачів, сприяючи інтеграції стандартів освіти, розвитку професійних навичок та міжнародній співпраці. Студенти-медсестри можуть навчатися в університетах-партнерах і проходити практику в іноземних лікарнях, що дозволяє їм отримати цінний клінічний досвід, освоїти нові підходи до лікування та медичних технологій. Викладачі також мають можливість обмінюватися досвідом з колегами з-за кордону, підвищуючи якість навчання. Програма сприяє гармонізації стандартів медичної освіти, полегшує визнання кваліфікацій і розвиває міжкультурну компетентність. Крім того, ERASMUS+

підтримує інноваційні освітні проєкти та створює мережі випускників для тривалої професійної співпраці.

Використання симуляційних центрів та технологій віртуальної реальності стає дедалі популярнішим у підготовці медичних сестер. Це дає змогу студентам тренуватися у реалістичних умовах, підвищуючи якість освіти незалежно від місця навчання [7]. Важливу роль у встановленні глобальних стандартів і налагодженні співпраці відіграють міжнародні конференції та мережі. Такі заходи, як Всесвітній конгрес медсестер, надають платформу для обговорення інновацій, нових підходів до освіти та шляхів подолання кадрового дефіциту. Вони сприяють обміну досвідом та зміцненню партнерських зв'язків між країнами.

Таким чином, міжнародна гармонізація стандартів у медсестринській освіті не лише підвищує якість підготовки та забезпечує мобільність фахівців, але й сприяє обміну передовими практиками для вирішення глобальних викликів у сфері охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and the Council of 20 November 2013. Official Journal of the European Union. 132-169.
2. Benefits of the ANCC Magnet Recognition Program. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/about-magnet/why-become-magnet/benefits/>
3. The global voice of nursing. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/>
4. Atalar A. 2020. Student Exchange: The First Step Toward International Collaboration. Successful Global Collaborations in Higher Education Institutions. Springer. 63-71.
5. Nursing Now. <https://archive.nursingnow.org/nightingale/>
6. Allyn L. Taylor and Ibadat S. Dhillon. 2017. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: The Evolution of Global Health Diplomacy. Georgetown Public Law and Legal Theory Research Paper No. 11-140. <https://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/733/>
7. Debra Kiegaldie and Louise Shaw. 2023. Virtual reality simulation for nursing education: effectiveness and feasibility. Kiegaldie and Shaw BMC Nursing 22:488 <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01639-5>.

ШЕГЕДИН А.С.
Науковий керівник:
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.,
к. держ. упр., доц.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ВСТАНОВЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

Менеджмент освітнього процесу – це система управління, що включає організацію, планування, контроль і координацію освітньої діяльності. Його розвиток відбувався паралельно з еволюцією суспільних структур та освіти в цілому. У даному розділі ми розглянемо ключові етапи становлення менеджменту освіти від античності до сучасності на основі праць Я.А. Коменського, А. Дістервега та інших видатних діячів освіти.

Управління як сфера людської діяльності виникла разом із формуванням соціуму – сукупності людей, що існують, певним чином взаємодіючи між собою у процесі спільного виконання тих чи інших робіт. Визначальним етапом у розвитку управління стало зародження і становлення державності [1]

У розвитку управлінської науки в історичному контексті виділяють п'ять важливих етапів, кожен з яких став значним стрибком у її становленні та еволюції.

Перша управлінська революція, відома як релігійно-комерційна, пов'язана з появою писемності у стародавньому Шумері (V-III тисячоліття до н.е.). Ця подія сприяла формуванню каст жерців-бізнесменів, які вели записи ділових угод і комерційні розрахунки. Письмова документація робила угоди більш надійними та захищеними.

Друга управлінська революція, названа світсько-адміністративною, пов'язана з правлінням вавилонського царя Хамурапі (1792-1750 рр. до н.е.). Він створив збірку законів, що регулювали управління державою і суспільні відносини, забезпечуючи посилений контроль за виконанням робіт та підвищення відповідальності.

Третя управлінська революція отримала назву виробничо-будівельної і датується правлінням асирійського царя Навуходоносора (605-562 рр. до н.е.). Під час його царювання будівництво набуло величезних масштабів, що вимагало посиленого державного контролю за виробничими процесами.

Четверта управлінська революція пов'язана з зародженням капіталізму та бурхливим індустріальним розвитком Європи у XVII-XVIII століттях. Головним досягненням цього періоду стало виникнення професійного управління. Серед основних діячів цієї епохи – Адам Сміт, Річард Аркرایт, Роберт Оуен і

Чарльз Бебідж. Аркрайт започаткував організацію виробництва, Оуен впроваджував соціальне партнерство на своїх фабриках, а Бебідж досліджував ефективне використання ресурсів. Ідеї Сміта про вільне підприємництво та роль ринку стали основою сучасної теорії менеджменту.

Дослідження в галузі управління тривалий час залишалися розрізненими та не утворювали єдиної системи. Лише у ХХ столітті управлінська наука сформувалася як самостійна дисципліна з власними категоріями, принципами та методологією. Це пов'язано з п'ятою управлінською революцією, відомою як "бюрократична". Центральною її ідеєю стала концепція "раціональної бюрократії", згідно з якою ефективність управління залежала від чіткої ієрархічної структури, розподілу праці, конкретного визначення посадових обов'язків і відповідальності керівників. Ці положення були розроблені М. Вебером, який вважав, що управління повинно базуватися на раціональних і знеособлених принципах [1].

Якщо попередні революційні зміни в управлінні відбувалися через тривалі проміжки часу, то у ХХ столітті швидкий розвиток науки прискорив соціально-економічні процеси та їхнє управління. Це призвело до нових стрибків у розвитку менеджменту. Шостою управлінською революцією вважають впровадження інформаційних технологій, які значно прискорили обробку даних та розширили можливості зростання організацій. Ця "інформаційна" революція змінила акценти управління, роблячи пріоритетним маркетинговий менеджмент, орієнтований на задоволення потреб споживачів [2].

Попри значні революційні перетворення, управлінська наука здебільшого розвивалася еволюційним шляхом. Поступове зміщення акцентів у практиці менеджменту відповідало змінам у соціально-економічних умовах. Теоретики та практики, зокрема Ф. Тейлор, шукали відповіді на запитання, як забезпечити успіх організації. Тейлор розробив наукові підходи до нормування праці, організації робочих місць та стимулювання працівників. Він сформулював основні принципи наукового управління, такі як науковий підхід до вирішення завдань, раціональний підбір і навчання персоналу, забезпечення необхідними ресурсами та стимулювання виконання виробничих завдань [3].

Послідовники Тейлора, зокрема Г. Гант, Ф. та Л. Гілбрети, а також Г. Емерсон, розвивали ідеї раціоналізації виробничих процесів. Гант запропонував використовувати графічні методи для планування виробництва, які стали основою сучасного календарного планування [4]. Подружжя Гілбретів вивчало фізичні аспекти виконання роботи, тоді як Емерсон розробив принципи підвищення ефективності в різних сферах діяльності, що залишаються актуальними донині [5].

Однак раціоналістична школа мала свої обмеження. Основний фокус був на раціоналізації виробництва, без урахування індивідуальних характеристик працівників та соціальних аспектів роботи, що заважало повністю використати потенціал організацій.

М. Вебер, автор концепції “раціональної бюрократії”, вважав, що управління має здійснюватися на раціональній основі, що дозволить чітко визначати обов’язки та відповідальність працівників. Такий підхід був ефективним для великих компаній у стабільних умовах [1], проте виявився менш дієвим у періоди швидких змін.

Французький теоретик А. Файоль зробив вагомий внесок у формування адміністративної школи управління. Він виділив основні функції управління, такі як планування, організація, координація, мотивація та контроль, які розглядав як послідовний процес [6]. Його ідеї заклали основи процесного підходу до менеджменту, де увага зосереджувалася на взаємозв’язку елементів організації.

Антична Греція та Рим заклали основи для сучасного освітнього менеджменту. Платон і Аристотель представляли системи освіти, де велику увагу приділяли плануванню навчального процесу та формуванню критичного мислення у студентів. Платон у своїй праці “Держава” описав модель ідеального суспільства, де освіта повинна бути організована та контрольована державою, що стало прообразом сучасних підходів до управління освітнім процесом [7]. Важливим також є римський підхід до організації навчання, де дисципліна та систематичність були основними принципами управління освітніми установами.

У Середньовіччі освітній процес був повністю підпорядкований церкві, яка організовувала монастирські та соборні школи. Управління освітою мало релігійний характер і підпорядковувалося головній меті – духовному розвитку та вихованню. Університети, що з’явилися у 12-13 століттях, стали важливим етапом розвитку освітнього менеджменту. Їхня автономія дала змогу створювати перші системи внутрішнього управління навчальними процесами. За словами Кроулея [8], це дозволило університетам розвиватися незалежно від церкви, закладаючи основи для сучасної академічної автономії.

Епоха Реформації принесла нові ідеї в освіту. Мартін Лютер і його послідовники виступали за державну участь у шкільній освіті, що стало основою для майбутніх реформ у системах освіти багатьох країн Європи [9]. Я.А. Коменський у своїх працях [10] запропонував класно-урочну систему, яка передбачала організацію навчального процесу з чітким плануванням і контролем за результатами, що стало значним кроком у розвитку освітнього менеджменту.

У XVIII-XIX століттях, з розвитком промисловості, виникла потреба в ефективній організації масової освіти. З’явилися централізовані національні

системи управління освітою, в яких держава стала головним суб'єктом, відповідальним за організацію навчального процесу. А. Дістервег у своїх роботах [11] підкреслював важливість систематизації управління школами, включаючи управління педагогічним колективом та матеріальною базою. Ця систематизація стала основою сучасного шкільного менеджменту.

У ХХ столітті менеджмент освіти став окремою галуззю науки, що вивчає ефективне управління освітніми установами. Впровадження інформаційних технологій, інклюзія та глобалізація освіти стали новими викликами, що вимагали від менеджерів освітніх закладів нових підходів до організації навчального процесу. Як зазначає Гончаренко [12], сучасний менеджмент освіти орієнтований на індивідуальні потреби учнів і використання інноваційних технологій для підвищення якості навчання.

У контексті демократизації освітньої системи та реалізації ідей Болонської декларації важливою є здатність педагога не лише регулювати, а й ефективно управляти освітнім процесом. Суть управлінської діяльності в навчанні постає як ключова педагогічна проблема. Взаємозв'язок між управлінськими аспектами, методиками викладання та контролем самостійної і індивідуальної роботи є визначальним у формуванні майбутнього вчителя ХХІ століття.

Дослідження управлінських аспектів шкіл та освітніх процесів вели Ю. Васильєв, М. Портнов, Н. Сунцов, С. Хозе, які намагалися проаналізувати систему управління середньою освітою [13; 14; 15; 16]. Загальні питання управління в освітній сфері досліджували Д. Гвішіані, В. Кричевський, М. Поташнік, К. Ушаков та інші [17; 18; 19; 20]. Вони визначили складові управління школою та його специфіку в загальному процесі управлінської діяльності.

Менеджмент освітнього процесу зазнав значних змін у своїй еволюції. З моменту, коли освіта почала організовуватися на системному рівні, до сьогодні, менеджмент в освіті проходив через різні етапи, впливаючи на управлінські практики і методи.

Призначення менеджменту, власне, в освіті – створити освітнє середовище, що ефективно працює та відповідає сучасним вимогам, є привабливим для реального та потенційного споживача. Управляти освітою означає керувати всіма компонентами, що її формують, а саме:

- ресурсами освіти, що включають інформаційно – методичну базу, персонал, фінанси;
- безпосереднім освітнім процесом, тобто технологією навчання.

Саме це найчастіше називають педагогічним менеджментом – правильним використанням продукту освіти кадровими питаннями: оскільки освіта є сферою міжособистісної взаємодії. Менеджмент має налагоджувати ефек-

тивний механізм участі кожного в суспільному навчальному процесі. Викладачі, учні і студенти складають різновікові, соціальні групи, проте цілі освіти у них однакові. Процес навчання багатопредметний, багатолюдний, багато рольовий. Завдання менеджменту – забезпечити взаємозв'язок, взаємозбагачення різних дисциплін, різних позицій і думок.

Із соціально-психологічної точки зору, менеджмент (як діяльність, процес) – це взаємодія менеджера (керівника) з іншими людьми (підлеглими, партнерами, керівниками тощо), що забезпечує їхню скоординовану активну участь у досягненні поставленої мети.

Професійна специфіка менеджменту в освіті полягає:

- У суб'єктивності, особистості об'єкта впливу, а також його результаті.
- У значній залежності результату (особистості дитини) від ступеня гуманізації управлінської концепції менеджера.
- У багаторівневій будові системи управління, яка зумовлює опосередкованість, віддаленість кінцевого результату від безпосередніх продуктів діяльності менеджерів (управлінських рішень).

Залежно від логічної основи, управлінська діяльність менеджера освіти може бути проаналізована за змістом і метою (цільові посадові функції), а також за процесом – як процесуальні, динамічні (оперативні) функції [21].

Опрацьовуючи літературні джерела нами встановлено, що сучасний менеджмент освітнього процесу значно змінився в порівнянні з минулим століттям. Сучасні підходи відзначаються: **демократизацією управління, індивідуалізація навчання, інтеграцією технологій, оцінюванням на основі компетенцій, інклюзивністю, глобалізацією освіти.**

Заклади освіти стають все більш автономними. Залучення науково-педагогічних, педагогічних працівників, здобувачів освіти, заохочених осіб (батьків, опікунів, роботодавців) до прийняття рішень є нормою. Це сприяє формуванню більш гнучкого та адаптивного управлінського середовища.

Сучасні менеджери освіти розуміють важливість адаптації освітнього процесу до індивідуальних потреб і здібностей здобувачів освіти. Використання диференційованого навчання, індивідуальної освітньої траєкторії та проектного навчання стало основою сучасних освітніх практик.

Впровадження діджиталізації в освітній процес є важливим аспектом сучасного освітнього менеджменту. Це дозволяє не лише оптимізувати управлінські процеси, але й забезпечити доступ до ресурсів і можливостей для навчання. Електронні платформи, онлайн-курси та дистанційне навчання відкривають нові горизонти для здобувачів освіти.

Сучасні системи оцінювання зосереджуються не лише на загальних компетентностях а й на спеціальних (фахових) компетентностях. А також на отриманих знаннях в неформальній освіті.

Сучасний освітній менеджмент активно сприяє інклюзії, що означає створення умов для навчання всіх здобувачів освіти, незалежно від їхніх фізичних, соціальних чи емоційних можливостей. Це також включає в себе адаптацію освітніх матеріалів і стратегій для різних груп здобувачів.

Сучасний менеджмент освіти враховує глобалізацію і культурне різноманіття. Відкриті кордони і мобільність здобувачів сприяють обміну ідеями, методами навчання та досвідом між країнами. Це створює нові виклики і можливості для закладів освіти.

Отже, стає очевидно, що сучасний менеджмент – це не набір єдино правильних методів управління, готових рецептів і правильних відповідей на всі запитання. Менеджмент – це теорія, технологія й мистецтво управління, що постійно оновлюється банком новітніх ідей, уявлень, спостережень, практичних рекомендацій, звернення до яких дає можливість свідомо осмислювати та виконувати посадові обов'язки менеджера як професійно підготовленого і функціонально обізнаного керівника.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вебер М. Основи соціології та економіки / М. Вебер. – Мюнхен : Duncker & Humblot, 2005.
2. Друкер П. Менеджмент: Виклики ХХІ століття. / П. Друкер. – Харків : [б. в.], 2006.
3. Тейлор Ф. Принципи наукового управління / Ф. Тейлор. – Нью-Йорк : Harper & Brothers, 2015.
4. Ганг Г. Організація праці в промисловості. / Г. Ганг. – Нью-Йорк : Engineering Magazine, 2015.
5. Емерсон Г. Дванадцять принципів продуктивності / Г. Емерсон. – Нью-Йорк : Engineering Magazine, 2016.
6. Файоль А. Загальне та промислове управління / А. Файоль. – Париж : Dunod, 2016.
7. Платон. Держава / Платон. – Київ : Основи, 2014.
8. Кроулі П. Історія університетів Європи: розвиток і автономія / П. Кроулі. – Львів : Літера, 2019.
9. Гаврилюк В. Реформація і освітні перетворення в Європі. / В. Гаврилюк. – Харків : Вид-во Харків. ун-ту, 2015.
10. Коменський Я. Велика дидактика / Я. Коменський. – Київ : Освіта, 2015.

11. Дістервег А. Народна освіта: принципи та методи / А. Дістервег. – Одеса : Маяк, 2012.
12. Гончаренко С. Інноваційний менеджмент в освіті. / С. Гончаренко. – Київ : Акад., 2020.
13. Васильєв Ю. Система управління середньою школою. / Ю. Васильєв. – [Б. м.] : М.Просвітлення, 2014. – 278 с.
14. Портнов М. Менеджмент у школі: теоретичні основи / М. Портнов. – Харків : Освіта, 2014. – 298 с.
15. Сунцов Н. Організація управлінської діяльності в школі. / Н. Сунцов. – [Б. м.] : К.: Пед. преса, 2017. – 220 с.
16. Хозе С. Основи управління освітніми закладами. / С. Хозе. – Одеса : Маяк, 2017. – 290 с.
17. Гвішіані Д. Управління в освітній сфері. / Д. Гвішіані. – [Б. м.] : К.: Наука.
18. Кричевський В. Основи педагогічного менеджменту / В. Кричевський. – [Б. м.] : К.: Вища шк. – 312 с.
19. Поташкін М. Освітній менеджмент: проблеми і перспективи / М. Поташкін. – Львів : Світ. – 232 с.
20. Ушаков К. Менеджмент освіти: теорія і практика. / К.Ушаков. – Харків.Око. – 400 с.
21. URL:<http://surl.li/gdctek> (дата звернення: 01.10.2024)

ШЕГЕДИН А.С.
Науковий керівник:
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.,
к.держ.упр., доц.

ДОСЛІДЖЕННЯ БЕЛЛУМОРФІЇ ЯК СТРАХУ ВІЙНИ У СУЧАСНОМУ СВІТІ

Під час дослідження наукових джерел ми виявили, що зустрічаються різні підходи до страху. У соціальних науках, особливо в психології, страх розглядається як емоційне почуття або афективна реакція, пов'язана з реальною або уявною загрозою. Це може бути викликано минулим травматичним досвідом, який відчувається в сьогоденні, або проектується на майбутні ситуації. У соціології, антропології та історії емоцій страх сприймається як соціальна конструкція, яка вбудована в певний контекст і виробляється за допомогою міжособистісних взаємодій у повсякденному житті. Часто страх пов'язаний із ризиками та культивується через зв'язки з потенційними загрозами. Таким чином, можна говорити про різні людські фобії, такі як страх смерті, страх болю, страх насильства та страх війни.

Беллумофобія, або страх війни, – це специфічний вид фобії, що характеризується інтенсивним і постійним страхом перед війною та насильством. Цей страх може виникати внаслідок різних факторів, включаючи історичні події, політичну нестабільність, соціальні напруження, а також особисті переживання.[1] Люди, які страждають на беллумофобію, відчувають паніку та тривогу навіть при думці про можливі військові конфлікти, навіть якщо вони відбуваються далеко від них [2].

Причини виникнення беллумофобії можуть бути різноманітними:

- переживання воєнних подій або травматичні ситуації, пов'язані з війною, можуть залишити глибокий емоційний слід, який сприяє виникненню фобії [3];
- постійний потік новин про війни та конфлікти, зображення насильства у медіа можуть поглиблювати тривожні стани та підвищувати страх [4];
- деякі люди можуть мати підвищену вразливість до розвитку фобій через генетичні особливості [3];
- виховання у середовищі, де панують тривожні настрої стосовно війни та конфліктів, також може сприяти формуванню беллумофобії [2];
- особи, які пережили війну або мають близьких, що постраждали, можуть розвинути цю фобію. Такі переживання залишають глибокий слід у психіці, провокуючи страх [5];

- постійна присутність новин про війни, конфлікти і насильство в медіа може підсилювати страхи. Люди, які часто піддаються такій інформації, можуть почати відчувати безпорадність і тривогу[6];
- в умовах геополітичних криз та конфліктів, страх війни може зростати. Люди починають переживати за своє майбутнє, що може проявлятися у вигляді беллумофобії;
- особистісні риси, такі як високий рівень тривожності, низька самооцінка або схильність до катастрофізації, можуть сприяти розвитку цієї фобії [5];

Повернення війни в Європу з російсько-українським конфліктом спричинило наслідки для психічного здоров'я навіть у країнах, які безпосередньо не брали участі у війні. Російсько-українська війна – міжнародний конфлікт, який спалахнув у лютому 2022 року і триває зараз. Конфлікт загострився в європейській та глобальній картині, яка вже була серйозно скомпрометована нещодавною травмою, спричиненою пандемією COVID-19, що призвело до загального зниження психічного благополуччя людей. Це особливо вірно для певних груп населення, які, як виявилось, піддаються підвищеному ризику, наприклад, молодих дорослих і медичних працівників. Крім того, криза зміни клімату та її дедалі очевидніші наслідки (які все рідше обмежуються віддаленими географічними районами) погіршують і без того складний загальний стан. Тривожна синергія між цими колективними подіями ризикує спричинити кумулятивну травму, яка проникає в індивідуальний і колективний психічний горизонт і далі відбивається на психічному здоров'ї.

Коротко кажучи, нині старі та нові покоління змушені стикатися з надзвичайними ситуаціями, спричиненими пандеміями, війною та зміною клімату. Вплив травматичних колективних подій на психологічне благополуччя цільових груп широко описано в літературі. Нещодавно також було розглянуто вплив війни на українців. Тим не менш, незначна увага приділялася географічно несуміжним країнам і спільнотам, хоча негативний вплив війни на стабільність однієї країни націй і цілих континентів давно визнано. Дійсно, шкода, завдана війнами, є не лише економічною та фінансовою, а й психологічною, оскільки її жорстокість посилює потенційно негативні емоції, такі як занепокоєння, тривога та страх. Крім того, глобалізований світ, у якому точиться війна, передбачає щоденну гіперекспозицію до тривожних зображень та інформації, які набувають потенційно катастрофічних конотацій у глобальному масштабі, коли вони поєднуються з ядерною загрозою. Як уже спостерігалось у зв'язку з пандемією, таке надмірне опромінення впливає на «інформаційне забруднення», яке посилює негативні стани, такі як тривога, невизначеність, тривога та особливо страх.

Страх, широко досліджуваний у зв'язку з травматичним досвідом пандемії, є однією з основних емоційних реакцій, викликаних відчуттям безпосередньої небезпеки: «основна, інтенсивна емоція викликаний виявленням неминучої загрози, включаючи негайну реакцію тривоги, яка мобілізує організм, запускаючи низку фізіологічних змін»[7].

У дослідженні Кальці-Яноші та її колеги (2023) представлено новий інструмент оцінки страху війни (FOWARS), який оцінює страх перед воєнними діями з точки зору фізіологічних та емоційних реакцій. Це дослідження базувалося на прикладі населення Угорщини та Румунії і показало, що такі фактори, як близькість до конфліктних зон, впливають на рівень страху перед війною.

Дослідження, проведене Бьонке та Шварцем, вивчає страх перед війною в Німеччині та Ізраїлі і демонструє, що цей страх тісно пов'язаний з універсальними цінностями, такими як безпека та стабільність. Було виявлено, що ті, хто надає перевагу цінностям, частіше відчувають страх перед війною, особливо серед жінок.

Крім того, дослідження в Німеччині показали зв'язок між страхом війни та депресією і тривожністю, зокрема в періоди підвищеної напруги через зовнішні конфлікти, як-от українсько-російська війна. Висновки підтверджують, що страх перед війною може бути значним стресом для психічного здоров'я населення.

Прояви белумофобії можуть бути різними і змінюватись від легкої тривожності до панічних атак. До найпоширеніших симптомів відносяться:

Постійне почуття тривоги, пов'язане з можливістю війни.

Прагнення уникати будь-якої інформації, пов'язаної з війною, військових фільмів, новин.

Тахікардія, підвищений потовиділення, запаморочення, м'язова напруга.

Безсоння, жахиття, пов'язані з війною.

Уникнення соціальних контактів через страх обговорення тем пов'язаних з війною.

Беллумофобія є захворюванням, що лікується. Ефективними методами лікування є:

Психотерапія: Когнітивно-поведінкова терапія допомагає пацієнтові змінити негативні думки та поведінкові реакції, пов'язані з фобією.

Медикаментозна терапія: У деяких випадках можуть призначатися антидепресанти та анксиолітики для зниження рівня тривожності.

Релаксаційні техніки: Медитація, йога, глибоке дихання допомагають знизити фізичну напругу та покращити емоційний стан.

Наслідки беллумофобії можуть бути серйозними, які впливають на повсякденне життя людей:

Беллумофобія може призвести до тривожних розладів, депресії, панічних атак та інших психічних проблем.[1]

Люди з цією фобією можуть уникати соціальних контактів через страх, що може призвести до самотності та ізоляції.

Стрес і тривога можуть викликати фізичні симптоми, такі як головний біль, серцебиття, проблеми зі сном та інші [6].

Досліджуючи наукові джерела ми встановили , що є вплив беллумофобії на суспільство. Загальний страх війни може призводити до підвищення соціальної напруженості та недовіри серед людей, що може перешкоджати розвитку здорових міжособистісних стосунків. Уряд країни можуть реагувати на беллумофобію громадян, впроваджуючи політики, які підсилюють обмеження свободи або проводять мілітаристську політику [5].

Боротьба з беллумофобією включає в себе поєднання усіх методів, а не лише кожного окремо.

Беллумофобія є серйозним психічним станом, що може суттєво вплинути на якість життя людини. Вивчення причин, наслідків та методів боротьби з цим страхом є важливими для покращення психологічного здоров'я суспільства. Через поєднання психотерапії, групової підтримки та розвитку інформаційної грамотності можна зменшити вплив беллумофобії та допомогти людям знайти внутрішній спокій.

Тривалість беллумофобії є індивідуальною і може варіюватися в широких межах. Важливо звертати увагу на свої відчуття та шукати допомогу в разі необхідності. Чим раніше буде надана підтримка та розпочнеться лікування, тим коротшою може бути тривалість прояву страху. Підтримка від близьких, професійна терапія та здорові способи подолання стресу можуть значно полегшити переживання та покращити якість життя.

Обговорення своїх страхів з близькими – це важливий крок у процесі подолання беллумофобії. Відкритість і готовність ділитися своїми переживаннями не лише полегшують емоційний стан, але й сприяють пошуку шляхів лікування та зменшення тривожності. Замість того, щоб замикатися у собі, спілкування з близькими допомагає зміцнити зв'язки, підвищити рівень розуміння та підтримки, що в свою чергу може суттєво поліпшити якість життя.

ЛІТЕРАТУРА

- 1 Таран О., "Фобії та їх вплив на психічне здоров'я", Журнал психології, 2021.
2. Johnson, S., & Thompson, J. The Fear of War: A Clinical Overview of Bellumophobia. Journal of Anxiety Disorders, 45, 120-130.

3. Smith, A. Psychological Effects of Conflict and Trauma. Oxford University Press (2022).
4. Anderson, J. War and the Mind: A Psychological Perspective. Cambridge University Press. (2019).
5. Коваленко К., "Психологічні аспекти беллумофобії", Науковий вісник, (2022).
6. Петренко Д. "Сучасні методи лікування фобій", Психотерапія: теорія і практика, (2020).
7. URL: <http://surl.li/rnrtqj> (дата звернення 03.10.2024)

ЮРЦУНЬ Ю..М.
Науковий керівник:
НЕДІЛЬКО Р.В.,
к.держ.упр., доц

Особливо руйнівний вплив на життя і здоров'я всіх громадян України справила розв'язана росією у 2014 році війна з повномасштабним вторгненням у лютому 2022 року. Значну кількість лікарень було знищено чи пошкоджено, багато медиків зазнали поранень, чимало серед них і загинули. Попри всі складнощі медичні сестри разом з лікарями продовжують надавати медичну допомогу постраждалим на полі бою, супроводжують їх на всіх етапах евакуації або обслуговують пацієнтів в амбулаторних та стаціонарних закладах [1].

У сучасних умовах, коли значна частина медичних працівників, зокрема сестер і братів медичних, працює у військових умовах та буде надає допомогу в післявоєнний період, вимоги до їх компетентностей та професійних якостей значно зростають. Військовий та післявоєнний контексти висувають особливі умови до медичних фахівців, які потребують не лише глибоких знань та навичок у догляді за пацієнтами, а й готовності працювати в мультидисциплінарних командах, стресових ситуаціях, підвищеної фізичної та емоційної стійкості.

Разом з тим, війна і масове переміщення людей стали рушійною силою для інновацій у медичній сфері. Телемедицина та інші сучасні технології дозволяють консультувати і діагностувати в зоні конфлікту, де доступ пацієнтам до медичних закладів може бути обмеженим, дозволяють забезпечити психологічну підтримку постраждалим з посттравматичним стресовим розладом. Вимушеним переселенцям телемедицина надає доступ до медичної допомоги в місцях їх тимчасового проживання із застосуванням методів віддаленого моніторингу стану здоров'я. Окрім телемедицини, значного розвитку набуває застосування в медичній практиці штучного інтелекту, нанотехнологій, імплантатів та 3D-біодруку. Технологізація та цифровізація в сфері охорони здоров'я дозволяє створити єдиний інформаційний простір та надає зручний доступ користувачам до медичних послуг та даних про своє здоров'я. Проте ці стрімкі процеси вимагають розвитку цифрових компетентностей медичних працівників, їх інформаційної культури та цифрової грамотності. Діджиталізація є невід'ємною складовою медичного сьогодення, а медичні сестри є активними учасниками цього процесу. Ще однією вимогою сьогодення є навчання медпрацівників у сферах фізичної та ментальної реабілітації. Зараз є величезна потреба в фахівцях з відновлення та в самій медичній реабілітації. І

те, що деякі нації пройшли за десятки років, ми маємо вивчити вже прямо зараз. Перше, що ми повинні зробити – це навчитися працювати за сучасними стандартами, приділяти багато часу й зусиль професійному розвитку й самовдосконаленню [1].

Попри діджиталізацію та набуття сестрами/братами медичних компетентностей цифрової грамотності, актуального значення набувають компетентності при наданні реабілітаційних послуг медсестринським персоналом.

У Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» № 1053-ІХ від 03 грудня 2020 року, у ст.10 зазначається, що фізичні терапевти, ерго-терапевти, сестри медичні з реабілітації можуть проводити реабілітацію як у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди, так і надавати реабілітаційну допомогу самостійно відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, у формах, не заборонених законодавством [2].

З цього випливає, що медична сестра з реабілітації повинна володіти не тільки професійними навичками та вміннями, а і бути незалежним фахівцем, як при складанні реабілітаційного плану сестринського догляду, так і в реалізації заходів щодо оцінювання та попередження ускладнень. Також вона має бути лідером у питаннях сестринського догляду при обговореннях ситуацій, які відповідають її компетентностям у зборах команди з реабілітації. Окрім цього, медична сестра має знати документацію і кодування в реабілітації згідно з національним класифікатором інтервенцій [3]

Базуючись на вище викладеному, можна констатувати, що компетентності сестри/брата медичних набувають нових вимог відповідно до вимог сучасної системи охорони здоров'я. Зважаючи на те, у яких відділеннях закладів охорони здоров'я працюють і сестри брати медичні і особливо в яких умовах працює медсестринський персонал. Відповідно до цього можна сформувати загально-фахові компетентності, якими мають володіти сестри/брати медичні в сучасних реаліях:

1. Компетентність та навички надання невідкладної допомоги. У військових умовах, сестри/брати медичні стикаються із необхідністю надання екстреної допомоги в критичних ситуаціях, пов'язаних із травмами, пораненнями, опіками та іншими видами ушкоджень. Вони повинні володіти навичками першої медичної допомоги, тріажу (сортування постраждалих за ступенем важкості поранень), а також надання невідкладної допомоги в умовах обмежених ресурсів.

2. Стресостійкість та емоційна стабільність. Медичний персонал у військових умовах повинен мати високий рівень емоційної стійкості та здатності працювати під впливом сильного стресу. Екстремальні умови війни, постійна загроза для життя та необхідність оперативного прийняття рішень є

постійними викликами, з якими стикаються медичні працівники на передовій та прифронтових областях. На нашу думку, в післявоєнний контекст вимагає від сестер/братів медичних здатності надавати підтримку пацієнтам із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) і допомагати їм у процесі психологічної реабілітації.

3. *Людяність (гуманність) та емпатія.* Незважаючи на важкі умови роботи, сестри/брати медичні повинні проявляти високий рівень людяності (гуманізму) та емпатії. Поранені військові та цивільні особи часто перебувають у шоківому стані, мають фізичні та психологічні травми. Медичний персонал має забезпечити не тільки якісну медичну допомогу, але й підтримку пацієнтам на емоційному рівні, що особливо важливо в умовах травматичних переживань.

4. *Міждисциплінарна співпраця (міждисциплінарна команда).* Медичні працівники повинні володіти навичками роботи в мультидисциплінарних командах. У військових умовах важливо забезпечити ефективну координацію з лікарями, фельдшерами, військовими медиками та іншими фахівцями. Післявоєнний контекст також вимагає роботи з психологами, реабілітологами та соціальними працівниками для забезпечення комплексного підходу до реабілітації пацієнтів.

5. *Робота з сучасними цифровими технологіями.* Важливо наголосити, що сучасні сестри/брати медичні повинні бути готовими до використання новітніх технологій і обладнання для діагностики, лікування та реабілітації. Використання телемедицини, штучного інтелекту в діагностиці та роботизованих систем реабілітації стає все більш важливими і можна припустити, що набуде широкого застосування в післявоєнний період. Сестри/брати медичні повинні досконало володіти сучасними цифровими технологіями та грамотністю.

6. *Орієнтованість на реабілітацію.* На нашу думку, у післявоєнний період основний акцент роботи сестер/братів медичних спрямований буде на реабілітацію пацієнтів із фізичними та психічними травмами. Важливими є не лише навички фізичної реабілітації, але й підтримка соціальної реінтеграції постраждалих. Пацієнти потребуватимуть допомоги не лише у відновленні фізичних функцій, але й у поверненні до повноцінного життя в соціумі.

7. *Етичні стандарти та академічна доброчесність.* Робота в умовах військових дій та післявоєнного відновлення також підвищує вимоги до дотримання етичних стандартів. Медичні працівники повинні дотримуватися принципів конфіденційності, поваги до пацієнтів та збереження академічної доброчесності в підготовці й наданні медичної допомоги.

Отже, підводячи підсумки можна констатувати, що сучасні вимоги до сестер/братів медичних у військовому та післявоєнному контексті є надзви-

чайно високими. Їх професійні компетентності повинні охоплювати не тільки надання медичної допомоги, але й вміння працювати в умовах стресу, емоційної підтримки, з цифровими технологіями та реабілітації пацієнтів. Особливого догляду потребують поранені військовослужбовці і для ефективної роботи з пораненими військовими, медична сестра чи брат медичний повинні володіти широким спектром сучасних компетенцій, що охоплюють як суто медичні знання, так і психологічну підтримку. Успішне виконання цих завдань сприяє не лише фізичному відновленню постраждалих, але й їх соціальній реінтеграції та адаптації до нових умов життя в соціумі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Людмила Клименко. Важливість ролі медичної сестри в системі охорони здоров'я//Департамент охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації. URL: <http://surl.li/xlongq> (дата звернення 28.09.2024 року).
2. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» № 1053-IX від 03 грудня 2020 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення 30.09.2024 року).
3. Vaughn, S., Mauk, K.L., Jacelon, C.S., Larsen, P.D., Rye, J., Wintersgill, W., Dufresne, D. (2016). The Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 41(1), 33-44. DOI 10.1002/rnj.225

ФІТЬО Н.Р.,
викладач
ЯРЕМЧУК О.В.,
к.держ.упр.

ФОРМУВАННЯ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СТУДЕНТА У ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН

Формування фахових компетентностей студентів-медиків у процесі викладання клінічних дисциплін є одним з найважливіших завдань сучасної медичної освіти. В умовах постійного розвитку медичних технологій і нових підходів до лікування пацієнтів, якість підготовки медичних фахівців стає вирішальним фактором для забезпечення належного рівня медичної допомоги. Клінічні дисципліни є основою практичної медичної підготовки, оскільки саме в рамках цих дисциплін студенти отримують ключові знання та навички, необхідні для роботи в закладах охорони здоров'я.

Підготовка компетентних сестер/братів медичних вимагає інтеграції теоретичних знань з практичним досвідом. Протягом навчання студенти повинні не лише засвоювати інформацію, але й вчитися застосовувати її в реальних умовах, що є важливою умовою для розвитку клінічного мислення. У процесі навчання використовується низка методів, які сприяють формуванню фахових компетентностей: симуляційне навчання, наставництво, міждисциплінарний підхід, і розвиток навичок командної роботи. Такий комплексний підхід дозволяє створити умови, в яких студенти можуть засвоювати навички, необхідні для ефективної взаємодії з пацієнтами та колегами.

Формування фахових компетентностей у процесі викладання клінічних дисциплін вимагає інтеграції сучасних методів та підходів для підготовки студентів до практичної роботи у сфері медицини. У цій частині розглянемо основні аспекти цього процесу, зокрема, роль симуляційного навчання, інтеграцію теорії з практикою, індивідуалізацію навчання, міждисциплінарний підхід, та значення наставництва і командної роботи.

Симуляційне навчання є одним із найефективніших методів підготовки майбутніх сестер/братів медичних до реальної клінічної практики. Це навчання передбачає використання спеціального обладнання, програмного забезпечення та симуляторів для відтворення клінічних ситуацій. Симуляції дозволяють студентам освоювати складні клінічні навички у безпечному середовищі, де можна проводити навчання без ризику для пацієнтів. Дослідження показують, що симуляційне навчання підвищує рівень клінічної компетентності, допомагаючи студентам впевнено реагувати на складні випадки у реальних умовах[1].

Симуляційні технології включають манекени, які здатні відтворювати основні фізіологічні процеси, а також віртуальні симуляції, що дозволяють студентам відпрацьовувати навички на цифрових моделях. Наприклад, під час навчання студенти можуть стикатися з випадками, що включають кардіопульмонарну реанімацію, управління важкими дихальними шляхами, або роботу з різними медичними приладами[1]. Таке навчання допомагає не лише у формуванні технічних навичок, але й у розвитку навичок прийняття рішень, роботи в стресових ситуаціях та командної роботи.

Ефективне навчання клінічних дисциплін вимагає тісного поєднання теоретичних знань із практичним досвідом. Успішні програми підготовки надають студентам можливість одразу застосовувати теорію на практиці. Це не тільки допомагає краще засвоїти матеріал, але й сприяє розвитку клінічного мислення. Наприклад, при вивченні фармакології студенти одразу мають змогу на практиці спостерігати вплив препаратів на стан пацієнта, що сприяє глибшому розумінню як механізмів дії ліків, так і можливих побічних ефектів[2].

Забезпечення студентів можливістю спостерігати за роботою медичних працівників під час клінічних ротацій або проходження практики в закладах охорони здоров'я є важливим аспектом навчання. Студенти отримують унікальну можливість дізнатися про реалії медичної практики, зрозуміти взаємодію між медичною сестрою/братом та пацієнтом, а також відчутти на собі відповідальність, яку вимагає медична професія[3].

Індивідуальний підхід у навчанні дозволяє враховувати особисті потреби та особливості кожного студента, що сприяє більш ефективному засвоєнню знань і навичок. Для цього використовуються персоналізовані навчальні плани, що допомагають студентам розвивати навички у власному темпі та фокусуватися на своїх слабких сторонах. Це включає самостійне опрацювання додаткових матеріалів, участь у семінарах, та виконання індивідуальних завдань. Самостійність є важливою рисою для сестри/брата медичних, які повинні не лише мати глибокі знання, але й вміти швидко приймати обґрунтовані рішення у складних ситуаціях. Викладачі можуть допомагати студентам у розвитку цієї якості, створюючи завдання, що вимагають аналізу, синтезу та самостійного пошуку рішень[4].

Сучасна медицина все частіше вимагає комплексного підходу, який враховує знання з різних дисциплін. Викладання клінічних дисциплін має інтегрувати міждисциплінарні елементи, що допомагає студентам розуміти взаємозв'язки між різними напрямками медицини. Наприклад, знання з анатомії та фізіології є основою для клінічних дисциплін, таких як «Медсестринство у внутрішній медицині», «Медсестринство в сімейній медицині», тоді як знання з біохімії та мікробіології необхідні для діагностики та лікування інфекційних захворювань.

Навчання також може включати розгляд етичних, правових та психологічних аспектів медичної практики, що дозволяє студентам підходити до догляду за пацієнтами з урахуванням різних чинників. Це допомагає майбутнім фахівцям мати більш комплексне уявлення про процеси підготовки пацієнта до різноманітних методів діагностики і лікування, а також адаптуватися до потреб пацієнтів.

Наставництво має велике значення у формуванні фахових компетентностей студентів. Під керівництвом досвідчених наставників студенти отримують не лише знання, але й корисні поради щодо роботи з пацієнтами, що сприяє розвитку комунікаційних навичок і професійного підходу до роботи. Наставництво допомагає студентам зрозуміти особливості роботи у закладах охорони здоров'я, отримати зворотній зв'язок щодо власних досягнень і помилок, та надати підтримку у складних ситуаціях. Робота в команді є також необхідною навичкою для медичних фахівців. Під час навчання студенти мають можливість працювати в групах, виконуючи завдання, що вимагають координації та співпраці. Це допомагає їм розвивати навички командної роботи, які необхідні для ефективної взаємодії з колегами у клінічних умовах. Командна робота розвиває довіру, комунікаційні навички, та здатність працювати у швидкоплинних умовах, що є важливими рисами для сестер/братів медичних.

Таким чином, використання сучасних технологій і методів у процесі викладання клінічних дисциплін забезпечує високий рівень підготовки медичних фахівців, здатних не тільки ефективно діяти в складних ситуаціях, але й діяти відповідально, адаптуючись до нових умов. Це сприяє розвитку системи охорони здоров'я, забезпечуючи її компетентними фахівцями, які здатні надавати якісну медичну допомогу та забезпечувати здоров'я суспільства.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гаврилюк, О. І. Роль симуляційного навчання у формуванні клінічних компетентностей студентів. Науковий вісник медичного університету. Київ 2021. № 12(4). С.45-51.
2. Іванова, Н. В. Міждисциплінарний підхід у викладанні клінічних дисциплін. Освіта і наука у XXI столітті К.2020. № 7(3). С.102-108.
3. Колесник, Ю. О., та Петрова, О. В. Наставництво як засіб формування фахових компетентностей. Проблеми сучасної медичної освіти. Полтава 2020. № 14(1). С. 23-30.
4. Brown, C., & Green, D. Medical education and simulation-based learning: A practical approach. Journal of Clinical Education, 2020. № 6(2). P. 78-84.

СЕКЦІЯ 2

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА ТА МЕДСЕСТРИНСТВО

ШЕВЧУК В.А.,

Науковий керівник:

ШКВАРОК М.Г.

викладач-методист

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ УКУШЕНИХ РАН В ХІРУРГІЇ

Актуальність проблеми. Рани від укусів тварин і людей можуть призвести до серйозних інфекцій. Виділені організми, як правило, походять із ротової порожнини кусаючого та шкірної флори жертви. Анаероби були виділені з більш ніж двох третин випадків укусів людей і тварин. Окрім місцевої інфекції рани, ускладнення включають лімфангіт, місцевий абсцес, септичний артрит та остеомієліт. Рідкісні ускладнення включають ендокардит, менінгіт, абсцес головного мозку та сепсис із дисемінованим внутрішньосудинним згортанням крові, особливо в осіб з ослабленим імунітетом. Лікування рани включає надання місцевої допомоги та використання відповідної антимікробної терапії, коли це необхідно.

Зокрема собачі укуси є відносно поширеними ураженнями. Існують звіти про інформовану захворюваність, які вказують на те, що від 172 до 740 на кожні 100 000 осіб отримують цей тип травм на рік [1, с.10]. Їх успішне лікування є проблемою. Укуси тварин завжди забруднені тими самими бактеріями, присутніми в бактеріальній флорі людини, як правило, вони включають *Pasteurella multocida* або різні мікроорганізми, які викликають зоонозні захворювання, такі як лихоманка через укусу щура. Часто страждають діти. Вони, будучи допитливими і авантюристами схильні наближатися до тварин, які в деяких випадках навіть є улюбленцем сім'ї. У маленьких дітей найчастіше рани від укусів знаходяться на голові та шиї; у старших дітей і підлітків більшість припадає на кінцівки.

Результати та їх обговорення. Жертви укусів, які звертаються за медичною допомогою, можна розділити на дві групи залежно від часу звернення. Перша група з'являється протягом 8–12 годин після інциденту з побоюваннями зараження сказом та іншими інфекціями та/або з побоюваннями постійної деформації пошкодженої частини тіла. Ці рани часто забруднені аеробними та анаеробними бактеріями, але не виявляють ознак інфекції. Друга

група звертається за допомогою більше ніж через 12 годин після інциденту, найчастіше звертаючись за ознаками та симптомами інфекції, що розвивається. Після таких травм інфекція розвивається швидко, зазвичай протягом 24-36 годин. Локалізований біль, целюліт і гнійні та, можливо, неприємні виділення є найпоширенішими виявленнями, з лихоманкою та аденопатією, що виникають нечасто. Важливо знати цю класифікацію, оскільки вона допоможе під час лікування.

Серйозність ран може варіюватися від простої подряпини до більш серйозних проколів, рваних ран або відривів. Залежно від морфологічних характеристик зубів тварини, укуси можуть бути проникаючими або колотими (спричиненими котами, що пов'язано з більшою частотою інфікування), ранами відриву (собака), розбитими чи рваними ранами (кінь) або будь-якою комбінацією вище зазначених (пошкодження шкіри, м'язів і кісток) [2, с.1]. Рани від укусів людини у вигляді овальних або напівмісяцевих гематом і саден можуть розглядатися як результат сексуальних злочинів, жорстокого поводження з дітьми та фізичних сварок (так звані укуси самозахисту) або навіть статевого акту за згодою. Непрямі «укушені» рани людини, спричинені ударом кулаком по зубах іншої людини, мають власну специфічну структуру травми (відому як травма від зворотного прикусу, травма від стиснутого кулака або бойовий укус). Через укуси можуть виникнути різноманітні ускладнення, найпоширенішими з яких є інфекція. Наслідки ран від укусів людини, як правило, важчі, ніж рани, спричинені тваринами, причому колоті рани є найпоширенішим типом укусів, через які відбувається інфікування. Зуби ссавців можуть призвести до глибоких розривів, створюючи таким чином шлях для передачі мікроорганізмів порожнини рота, шкіри та навколишнього середовища. Остеомієліт, септичний артрит, тендиніт або тенозіновіт можуть спостерігатися при проникненні зуба в кістку або суглоб, і рідко може знадобитися ампутація [3]. Укуси черепа з переломом черепа, розривом твердої оболонки та потенційним пошкодженням паринхіми можуть призвести до інфекцій центральної нервової системи, а також до абсцесів головного мозку.

Перш ніж звернутися за медичною допомогою, більшість постраждалих спробують певну форму самолікування. Укуси, незалежно від причини чи типу рани, слід лікувати таким чином:

1. Відкриті рани повинні бути очищені потерпілим або тим хто надає допомогу простим промиванням великою кількістю фізіологічного розчину якомога швидше; Переважні методи очищення включають використання зрошення під високим тиском фізіологічним розчином або лактатом Рінгера за допомогою голки 19 калібру та великого шприца.

2. Якщо це можливо, для всіх укусів тварин слід визначити статус вакцинації проти сказу.

3. Медичний працівник повинен: отримати розгорнуту історію хвороби потерпілого, зібрати обставини травми, записати час з моменту травми та конкретні скарги внаслідок укусу, а також визначити статус алергії, час останньої імунізації проти правця, і щеплення від сказу; оцінити ступінь пошкодження тканин у місці укусу та навколо нього, а також будь-яке ураження суглобів, взявши до уваги рентгенограму, щоб виключити перелом у разі підозри; визначити необхідність косметичного ремонту; класифікувати пацієнта за факторами ризику інфікування; отримати культуру з рани, якщо є підозра на інфекцію (наприклад, лихоманка, еритема в місці пошкодження, наявність некрозу або гнійного дренажу рани).

Вкрай важливо, щоб рани кінцівок були іммобілізовані, а ушкоджена ділянка була піднята, якщо є набряк. У літературі задокументовано клінічні невдачі у постраждалих від відповідних антибіотиків через те, що уражена частина тіла не була іммобілізована. Підвищення має продовжуватися, поки набряк майже повністю не зникне. Крім того, рани на руках вимагають огляду хірурга, який може прийняти рішення про іммобілізацію. Якщо рани рук інфіковані, фізіотерапію зазвичай починають через 3–5 днів після зникнення інфекції, щоб відновити функцію ураженої руки. Раннє повторне відвідування протягом 24 годин після першого візиту для повторної оцінки є життєво важливим у процесі одужання. У деяких випадках може знадобитися другий візит через 48 годин. Госпіталізація може знадобитися, якщо спостерігається збільшення набряку або болю, або якщо задокументовано целюліт або можливе поширення на суглоб або кістку.

Перш ніж прийняти рішення про хірургічне втручання чи ні, рани слід ще раз рясно промити, щоб мінімізувати інфекцію. Очищення некротизованої або девіталізованої тканини слід проводити обережно, усвідомлюючи, що можуть виникнути залишкові дефекти або проблеми із закриттям рани. Як правило, колоті рани не підлягають санації. Будь-який сторонній матеріал, помічений на рентгенограмі або під час санації, слід видалити. Рани на обличчі від укусів тварин часто зашивають або накладають клейкі смужки, щоб запобігти утворенню рубців. Накладання швів вважається стандартом лікування серйозних розривів обличчя від укусів людини. Хірургічне закриття нелицьових ран, особливо глибоких проколів, ран понад 24 години, укусів кисті та клінічно інфікованих ран, може бути невиправданим, оскільки неофіційні дані свідчать про підвищений ризик інфікування. Однак клейкі смужки та, можливо, відкладене хірургічне закриття можуть бути доцільними. Загальноприйнято вважати, що рани, які були виявлені більше ніж через 24 години

після інциденту, та інфіковані слід залишати відкритими. Якщо хірургічне лікування є виправданим, його рекомендується відкласти, поки інфекція не зникне. Суперечки навколо закриття ран у тих, хто звернувся на ранній стадії без ознак інфекції. У таких ситуаціях зазвичай застосовуються місцеві протоколи, оскільки жодні проспективні дослідження не розробили формальних рекомендацій. Будь-які документально підтверджені абсцеси також слід дрениувати.

Більшість пацієнтів, яких своєчасно оглянули з легкими або помірними ознаками інфекції, можна лікувати пероральними антибіотиками амбулаторно. Показаннями для госпіталізації є ознаки сепсису, лихоманка, значний набряк або роздавлення, поширення целюліту, ураження кісток, суглобів, сухожилів або нервів, неефективність амбулаторної терапії та ослаблений імунітет. Найбільш часто використовуваним засобом для лікування ран від укусів ссавців є амоксицилін/клавуланат, завдяки додатковому анаеробному покриттю, яке пропонує інгібітор β -лактамази, що дозволяє проводити монотерапію. Альтернативні схеми включають кліндаміцин плюс ципрофлоксацин, диклоксацилін плюс пеніцилін, тетрацикліни, триметоприм/сульфаметоксазол і цефалоспорини другого або третього покоління, такі як цефуроксим. Слід уникати монотерапії диклоксациліном, цефалоспоринами першого покоління, кліндаміцином та еритроміцином при укусах собак і котів. Повідомлялося про низку значних клінічних невдач при монотерапії еритроміцином.

Висновки: Укуси людей, собак і котів є звичайним явищем і призводять до значної захворюваності, випадкової смертності та потребують значних економічних ресурсів. Відповідне медичне лікування цих ран має вирішальне значення для запобігання ускладнень. Для успішного лікування необхідні раннє хірургічне втручання, належний догляд за ранами, знання збудників, що часто зустрічаються, і відповідний вибір антибіотиків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Була-Рудас Ф.Дж., Олкотт Дж.Л. Укуси людей і тварин. *Pediatr Rev.* 2018; 39 (10): 490-500
2. Morzycki A, Simpson A, Williams J. Укуси собак у відділенні невідкладної допомоги: описовий аналіз. *CJEM.* 2019; 21 (1): 63-70.
3. *Dtsch Arztebl Int.* Animal and Human Bite Wounds. 2015 19 червня; 112 (25): 433–443. URL: 10.3238/arztebl.2015.0433

ТРАНСЛЯЦІЙНА МЕДИЦИНА – ІННОВАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ.

Вступ (актуальність). Сьогодні трансляційна медицина – новий етап у розвитку медицини. Це процес, що передбачає перенесення теоретичних розробок у сферу практичного застосування. Саме трансляційній медицині буде належати провідна роль у розвитку біомедицини протягом найближчих десятиліть. Нині медичний світ тримається на тріаді: освіта, наука й охорона здоров'я. Дослідження заради дослідження нікому не потрібні, вони повинні мати практичне втілення і конкретні результати. Мета дослідження: вивчити питання розвитку трансляційної медицини та перспектив впровадження її принципів в Україні.

Основна частина. Сучасна медицина більшості країн світу базується на 4-х основних принципах (4 П): передбачуваності, профілактичної спрямованості, персоналізованості, а також долученням пацієнтів, які отримали право брати участь у процесі діагностики та лікування (Strasbourg, 28 June 2000, Конвенція прав людини) [1]. Термін «трансляційна медицина» використовується в назвах наукових статей з 1996 року [2].

Існуючий в нашій країні Закон України «Про інноваційну діяльність» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2002, № 36, ст.266) із змінами, внесеними згідно із Законами № 1714-IX від 07.09.2021; ВВР, 2021, № 49, ст.391 визначає правові, економічні та організаційні засади державного регулювання інноваційної діяльності в Україні, встановлює форми стимулювання державою інноваційних процесів і спрямований на підтримку розвитку економіки України інноваційним шляхом. Згідно із цим Законом, державну підтримку одержують суб'єкти господарювання всіх форм власності, що реалізують в Україні інноваційні проекти, і підприємства всіх форм власності, які мають статус інноваційних [3].

Європейське товариство визначає поняття ТМ як «міждисциплінарну гілку біомедичної області, що підтримується трьома основними стовпами: навколо кабінету лікаря, біля ліжка хворого, та у співтоваристві». Являючи собою доволі новий науковий напрямок, ТМ покликана скоротити терміни переведень досягнень фундаментальних наукових досліджень до прикладних розробок інноваційних продуктів застосування. ТМ відноситься до передачі результатів та/або нових знань, досягнутих у науково-дослідницьких лабораторіях, в інновації та застосуванні в системах охорони здоров'я, тобто перенесення теоретичних медичних розробок до сфери практичного застосування [4].

Трансляційна медицина – новий науковий напрямок, в її основі полягає процес, покликаний скоротити час передачі багаторічних досягнень фундаментальних наукових досліджень у розробку інноваційних продуктів застосування, передбачаючи перенесення теоретичних розробок у сферу практичної діяльності, й систему навчання для роботи на стику «наука–медицина» [5].

За складністю переходу «наука–медицина» відрізнятися можуть як законодавства різних країн, так і адміністративні сектори всередині однієї юрисдикції. У більшості країн світу, таких, як США, країни ЄС та Австралія, оборот серійно-випущених комерційних медичних виробів та здійснення медичної лабораторної діяльності регулюються окремо [6].

Назріла потреба створення нових сервісів та програм, що забезпечують ширшу співпрацю між державними, комерційними та некомерційними організаціями нашої країни, більшу доступність та прозорість нових даних для всіх дослідників, що працюють у галузі трансляцій винаходів [5, 7, 8, 9].

Трансляційна медицина визначає оптимальні механізми впровадження найбільш значущих досягнень фундаментальної науки в клінічну практику з метою якнайшвидшого вирішення актуальних проблем клінічної та профілактичної медицини. Зрештою, ця концепція була розроблена саме для подолання розриву між наукою і практикою. У процесі її розвитку виникла потреба в приєднанні ще одного компонента – системи професійної підготовки медичного працівника, зокрема лікаря, а також у посиленні її взаємозв'язку з медичною наукою та практичною охороною здоров'я. В Україні ще не звикли до такого поєднання інновацій практики охорони здоров'я і професійної освіти, тому, плануються співпраці з міжнародними інституціями, як приклад з Каролінським інститутом, саме на цьому аспекті була акцентована увага у НМАПО ім. П. Л. Шупика.

Новий навчальний рік у НМАПО ім. П. Л. Шупика стартував незвичним заходом – спільним україно-шведським тренінгом. Це збіг обставин чи пункт нового плану?

Обставини «збіглися» з планами академії поглибити міжвузівське співробітництво з провідними європейськими освітніми й науковими інституціями. Передбачається, що тренінг стане добрим початком тісної співпраці зі знаменитим Каролінським інститутом, яка допоможе втілити задуми. У цьому заході взяли участь професори Каролінського інституту зі світовим ім'ям: Томмі Лінне, Олле Сьодер і Пер Хельстром. Тема першої лекції, яку вони запропонували увазі учасників тренінгу (а їх було майже сто), – трансляційна медицина, котра передбачає перенесення теоретичних розробок у сферу практичного застосування.

Сучасна медицина тісно пов'язана з такими сферами, як культура, методологія наукового пошуку, навіть із соціальними мережами – сьогодні це називають медичною гуманітаристикою. У зв'язку із цим знову-таки виникає комплекс запитань, відповіді на які можуть надати представники Каролінського інституту – лідера у Європі та одного з найавторитетніших закладів у світі. Лише один приклад: серед його вихованців – 10 нобелівських лауреатів! До того ж, в університеті функціонує окремий департамент співпраці з країнами колишнього Радянського Союзу.

Професор Каролінського інституту Томмі Лінне, акцентує увагу на тому, що вони почали працювати з колишніми радянськими республіками в 1992 році, зокрема з Україною було кілька проєктів упродовж останніх 10 років (у Каролінському інституті захистилося 6 аспірантів з НМУ ім. О. О. Богомольця). Проблеми і можливості кожної країни різні, однак проєкти з Україною є важливішими. Тому й започатковано новий навчальний курс у рамках співпраці з Україною, покращений і більш адаптований, аби імплементувати нашу систему підготовки медичних кадрів у міжнародну. Він відрізняється від попередніх тим, що до нього залучені молоді вчені, досвідчені науковці, а також науково-педагогічні працівники закладів післядипломної освіти й НАМН України, представники недержавних організацій, які працюють у сфері медичної освіти і науки. Надзвичайна зацікавленість українських фахівців у такій співпраці, фактично учасники проєктів почувалися членами однієї родини, людьми одного духу. Але, найцікавіше – попереду. До того ж, сьогодні Україна активно працює над розбудовою системи громадського здоров'я, тому, співпраця всіляко сприятиме та допомагатиме в цьому.

Роботи в царині громадського здоров'я – непочатий край. Зокрема серед десяти його функцій важлива роль належить освіті. Потрібно навчати населення і медичних працівників, як дбати про здоров'я, як запобігати хворобам. Новостворений Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України продовжуватиме дослідження в цьому напрямку (вивчатиме вплив навколишнього середовища, способу життя, питання вакцинації тощо), НМАПО академія ім. П. Л. Шупика візьме на себе освітню функцію. Оскільки багато клінічних кафедр розташовано саме в інститутах НАМН України, це сприятиме процесу поєднання науки, освіти і практичної охорони здоров'я.

Значна частина тренінгу присвячена питанням підготовки документів для отримання грантів. Багато хто вірить у те, що гранти «витагнуть» вітчизняну науку. Однак, це лише одне із джерел її фінансування. Але ми повинні навчитися заявляти про себе на європейській і світовій дослідницькій арені. Тому нинішні та майбутні вчені мають бути обізнаними з тим, як подати заявку на грант, як підготувати статтю для публікації в міжнародному науковому

журналі, як досягти успіху в перемовинах з потенційними інвесторами тощо. Утім, медична наука переважно прикладна, гранти ж здебільшого виділяють на фундаментальні дослідження, тому їй не вижити «від гранту до гранту». Вона потребує постійної підтримки, відтак, має бути забезпечене її базове фінансування з боку держави. Хто подбає про функціонування інфраструктури закладу, якщо немає гранту? Медичний науковий інститут – це не лише працівники, а й клініка, де є хворі, – отже, має забезпечуватися високо спеціалізоване лікування.

Тоді яких конкретних результатів передбачається очікувати від міжнародної співпраці? По-перше, забезпечення галузі власними кадрами. Цьогоріч в Україні розпочато підготовку науково-педагогічних фахівців через аспірантуру за новою моделлю. Ми нарешті відійшли від радянської школи, коли аспірант займався лише власним науковим дослідженням. Збільшена й тривалість навчання в аспірантурі – до чотирьох років. За рахунок цього додалася нова освітня компонента (біоетика, доказова медицина, епідеміологія неінфекційних захворювань, стратегія розвитку системи охорони здоров'я у світі, методика підготовки власних досліджень до публікації у відомих наукових журналах тощо). Спільні з Каролінським інститутом напрацювання в цих напрямках впроваджуватимуться з початку навчального року. Приємно усвідомлювати, що НМАПО академія ім. П. Л. Шупика однією з перших в Україні розробила програми підготовки науково-педагогічних кадрів через аспірантуру відповідно до нових умов.

Те, чи досягнуть українські колеги успіху, залежить лише від них. У свою чергу Каролінський інститут може провести додаткові тренінги, запросити в Україну фахівців зі спеціальними навичками і досвідом, розробити план співпраці в цьому напрямку на перспективу. Може навіть організувати спільну аспірантуру для українських молодих науковців (відповідні програми вже розроблено).

Чи готові в Україні до таких кардинальних змін? У НМАПО академії ім. П. Л. Шупика такі кардинальні зміни вітаються, оскільки академія була активними ініціаторами таких змін упродовж останніх років. Проте декого доводиться переконувати в їх доцільності. Але це загальне правило менеджменту – тільки 20% людей сприймають новації позитивно.

Нововведення можна порівняти з часом, коли Україна приєднувалася до Болонського процесу. Тому потрібні надійні партнери. Принаймні, скориставшись чийось досвідом, є можливість не повторювати чужих помилок і не шукати давно прокладених шляхів. Можна укладати угоди про співпрацю з кількома інституціями або ж з окремими їх підрозділами. Головне – не кількість

партнерів, а їх якість. Бо в численних контактах також можна загубитися, часом такий масив не працює.

Світ глобалізується, і наука та практична медицина будь-якої країни прагнуть стати гідною частиною світової спільноти. Які ж шанси на це в Україні? Українські здобувачі освіти дуже талановиті. Це – завтрашні лідери вітчизняної медицини і науки, тому вони повинні контактувати зі світовою спільнотою та розвиватися. До того ж, європейці хочуть підтримувати Україну в її намірах, адже наша країна стає частиною європейського регіону. Якщо ж фахівці в Україні позиціонують себе як надійний партнер, міжнародні науковці готові до співпраці. США так само пропонують свою підтримку, але дружня рука Європи може бути для нас не тільки ближчою, а й важливішою.

Журналісти часто натякають, мовляв, доведіть, на що ми здатні, а вже потім потрібно говорити про перспективи міжнародної співпраці на рівних. Так-от можна запевнити: українська медицина має досягнення світового рівня. Наприклад, співробітники кафедри офтальмології НМАПО ім. П. Л. Шупика розробили швидкодіючий рейтрейсинговий просторово роздільний рефрактометр (отримали патент на винахід, визнаний у всьому світі, зокрема і в США). Кафедра діабетології академії провела оригінальні клінічні дослідження щодо цукрового діабету (до речі, завдяки гранту Європейської асоціації з вивчення цукрового діабету), результати яких опубліковано у провідних наукових журналах Європи. Нещодавно кафедра кардіології НМАПО ім. П. Л. Шупика завершила сучасний науковий проєкт (спільно з колегами із країн ЄС) щодо визначення факторів ризику серцево-судинної захворюваності в Україні та порівняння епідеміології з країнами Європи (практичному використанню результатів цих досліджень була присвячена спеціальна конференція). Кафедра дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії спільно з Інститутом електрозварювання ім. Є. О. Патона НАН України розробила унікальний прилад для електрозварювання живих тканин – біполярний електропристрій для операцій, який уже впроваджено в клінічну практику. Ще один яскравий приклад: на базі новоствореної кафедри кардіохірургії, рентгенендоваскулярних та екстракорпоральних технологій пацієнту було імплантоване механічне серце – уперше в Україні (хоча й в усьому світі частота таких операцій досі невисока). До речі, це – результат співпраці з німецькими дослідниками. Тому наші намагання розширювати міжнародне співробітництво (у тому числі й з Каролінським інститутом) не даремні – отримані в такий спосіб знання і практичний досвід впадуть на підготовлений ґрунт.

Безумовно, що вчені світу знайдуть багато сфер, у яких їх інтереси дотичні до наукових пошуків українських колег. Наприклад, з порядку денного науковців Швеції до сьогодні не знято чорнобильських тем. Спільні дослі-

дження, присвячені впливу радіації на здоров'я людини, віддаленим наслідкам опромінення, проблемі раку щитоподібної залози тощо, триватимуть і надалі. Так само потребує поглибленого вивчення проблема поширення тютюнопаління, зловживання алкоголем – факторів, які згубно впливають на здоров'я. Актуальною на сьогодні є тема медичних абортів, застосування репродуктивних технологій при неплідності. Тобто у фокусі міжнародних проєктів мають бути ті сфери, у вивченні яких зацікавлені обидві сторони.

Дуже цікавим напрямком такої співпраці є фетальна медицина, або медицина плода. Фахівці кафедри акушерства і гінекології НМАПО ім. П. Л. Шупика вже пройшли підготовку з цієї проблематики в Німеччині. Їх також цікавить і досвід Швеції, де цей напрям успішно розвивається.

Стажування лікарів за кордоном нині можуть дозволити собі хіба що приватні клініки, бюджетним це не по кишені. Чи поділяться комерційні заклади знаннями зі своїми «бідними родичами»? Охоче використовуються майданчики приватних центрів для підвищення кваліфікації слухачів. Наприклад, разом з клінікою «Оберіг» та відомим французьким госпіталем організовано постійно діючий курс з лапароскопії в акушерстві та гінекології. Запрошуються фахівці із Франції, а оснащення приватної клініки дає змогу проводити таке навчання на високому рівні. Тут взаємна вигода – клініка дбає про свій імідж, а НМАПО академія ім. П. Л. Шупика має унікальну можливість навчати слухачів. Зрештою, виграє охорона здоров'я країни в цілому.

Можна розширювати таку форму роботи й надалі, питання фінансування тут не є ключовим, адже приватні структури хочуть співпрацювати з НМАПО академією ім. П. Л. Шупика. Державні ж заклади ще треба перекозувати в необхідності такого співробітництва, до того ж, у цій сфері виникають різні юридичні неузгодженості або проблеми, пов'язані з орендою площ (часто орендодавці сприймають кафедру, котра розробляє нову технологію, як магазин чи майстерню). Чомусь немає розуміння, що це спільні робота і мета. НМАПО академія ім. П. Л. Шупика готова навчати всіх, хто до звертається. Було б бажання вчитися.

Чи є бажання взагалі змінити парадигму медичної освіти в Україні? Вона вже змінюється, це закріплено навіть на законодавчому рівні. У новому Законі України «Про вищу освіту» прописана така форма навчання лікаря, як резидентура – тепер необхідно втілити цю новацію в життя. Так само в Україні вдалося бодай частково реалізувати сучасну парадигму безперервного професійного розвитку лікаря, що існує в розвинених країнах світу. Міністерство охорони здоров'я видало відповідний наказ, який дозволяє лікарю вибирати різні механізми підвищення кваліфікації (завдяки впровадженню бальної системи), тобто це не обов'язково передатестаційні цикли, як було раніше.

У Швеції безперервна післядипломна освіта лікарів менш формалізована, таку підготовку проводять зазвичай муніципальні лікарні, що співпрацюють у цьому питанні з академічними закладами.

Однак університетські клініки як ідеал поєднання освіти, науки і практики в Україні досі залишаються мрією. На жаль. Адже лікар, котрий працює в університетській лікарні, має зовсім інші можливості: бути популяризатором науки, працювати на підготовку кадрів, ретранслювати свої знання. Без цього сучасний лікар не відбудеться. До того ж, він навчений бути педагогом, водночас у нього менше навантаження, ніж у практикуючого лікаря, тож він може приділити більше часу самовдосконаленню. Щоправда, в багатьох університетських клініках світу найвищий рівень надання медичної допомоги. І що цікаво: практична медицина в цих закладах лежить на плечах резидентів, які проходять хорошу школу, нагромаджують досвід і потім транслюють його на своєму робочому місці.

Лікарі університетських госпіталів у Швеції повинні мати наукову підготовку – без цього їх не візьмуть на роботу в клініку. Здобувачі ж навчаються в університетській лікарні критичному мисленню науковців, спостерігають, як комбінують різні підходи до лікування, як приймають клінічні рішення, що ґрунтуються на доказовій медицині. Муніципальні лікарні так само прагнуть забезпечувати найвищий рівень допомоги, їх оснащення практично не відрізняється від університетських клінік, однак найважчі випадки діагностики та лікування (найскладніші хірургічні втручання і технології) припадають на долю останніх. Бо якщо комп'ютерні томографи є практично в усіх муніципальних лікарнях, то найдосвідченіший персонал – в університетських клініках. Госпіталь Каролінського інституту також є дуже привабливим для найуспішніших лікарів, адже залучаються кращих з кращих. Чекають на таких фахівців і з України [10].

Висновки. Результатом систематичного літературного огляду стану трансляційної медицини в Україні, що був проведений, є впевненість в тому, що назріла необхідність створення нових сервісів та програм, що забезпечують тісну співпрацю між державними, комерційними та некомерційними організаціями нашої країни, більшу доступність та прозорість нових даних для всіх дослідників, що працюють у галузі трансляцій винаходів. Створення та розвиток баз даних з різною інформацією про велику кількість пацієнтів відкриває широкі можливості для підвищення якості до клінічних та клінічних випробувань, та одночасно вимагає підвищення їх доступності для дослідників по всьому світу. Необхідним є підвищення використання потенціалу соціальних медіа та/або месенджерів щодо впровадження в клінічну практику нашої країни сучасних досягнень трансляційної медицини, медичне співтовариство

має отримати освітні програми, рекомендації та інфраструктуру підтримки в соціальних мережах.

ЛІТЕРАТУРА

1. CDBI/INF (2000) [cdbi/plénier/docs publics/inf/travaux préparatoires Conv. (2000.1)]. Available from: https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/CDBI-INF%282000%291PrepConv.pdf
2. Geraghty J. Adenomatous polyposis coli and translational medicine. *Lancet*. 1996 Aug 17;348(9025):422. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)6453-7.
3. Sacks LV, Shamsuddin HH, Yasinskaya YI, Bouri K, Lanthier ML, Sherman RE. Scientific and regulatory reasons for delay and denial of FDA approval of initial applications for new drugs, 2000-2012. *JAMA*. 2014 Jan 22-29;311(4):378-84. DOI: 10.1001/jama.2013.282542.
4. Yao Q, Lyu PH, Ma FC, Yao L, Zhang SJ. Global infometric perspective studies of translational medicine. *BMC Med. Inform. Decis. Mak.* 2013;13:77. DOI: 10.1186/1472-6947-13-77.
5. Christopher P. Austin. Opportunities and challenges in translational science. National Center for Advancing Translational Sciences. Bethesda, MD, USA: NCATS; 12 April 2021. *Clin. Transl. Sci.* 2021;14:1629–1647. Available from: <https://ncats.nih.gov/translation/spectrum>.
6. Busquet F, Hartung T. Corrigendum to "The need for strategic development of safety sciences". *ALTEX*. 2017;34(2):361. DOI: 10.14573/altex.1703281.
7. Sacks LV, Shamsuddin HH, Yasinskaya YI, Bouri K, Lanthier ML, Sherman RE. Scientific and regulatory reasons for delay and denial of FDA approval of initial applications for new drugs, 2000-2012. *JAMA*. 2014 Jan 22-29;311(4):378-84. DOI: 10.1001/jama.2013.282542.
8. Trochim W, Kane C, Graham MJ, Pincus HA. Evaluating translational research: a process marker model. *Clin. Transl. Sci.* 2011 Jun;4(3):153-62. DOI: 10.1111/j.1752-8062.2011.00291.x. 19. NCATS Programs & Initiatives. National Center for Advancing Translational Sciences. 2015-03-16. Retrieved 2021-09-28. 20. Baltimore D, Berg P, Botchan M, Carroll D, Charo RA, Church G, et al. A prudent path forward for genomic engineering and germline gene modification. *Science*. 2015. Apr. 3;348(6230):36–3. DOI: 10.1126/science.aab1028.
9. Knapton S. British scientists granted permission to genetically modify human embryos. *The Daily Telegraph*. 2016. Feb. 1.
10. Медична газета «Ваше здоров'я».

МАТИЯНКА Т.М.,
Науковий керівник:
ЯРЕМЧУК О.В.,
к.держ.упр.

КОМПЕТЕНТНОСТІ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ У ПРОВЕДЕННІ ВАКЦИНАЦІЇ

Медичні сестри є важливою ланкою у системі охорони здоров'я, без якої неможливе формування, підтримання, збереження і відновлення здоров'я громадян. Але сестринська справа зараз – це не тільки догляд за хворими, як це було раніше. Повністю змінено погляд на функцію медичної сестри: це і зміцнення здоров'я пацієнтів, і профілактика захворювань, і навчання пацієнтів самодогляду та забезпеченню максимальної незалежності відповідно їх можливостям та стану здоров'я, і надання психосоціальної допомоги усім верствам населення [1].

Актуальність теми «Компетентності сестри/брата медичних у проведенні вакцинації» обумовлена ключовою роллю медичних працівників у процесі імунопрофілактики, що є основним засобом боротьби з інфекційними захворюваннями. В сучасних умовах, коли загроза поширення небезпечних інфекцій залишається високою, особливо в контексті пандемій та військових конфліктів, медичні сестри та брати відіграють важливу роль у забезпеченні безпеки населення через вакцинацію. Володіння необхідними компетентностями, включаючи знання, навички та комунікативні здібності, сприяє підвищенню ефективності вакцинаційних кампаній, формуванню довіри пацієнтів до цього процесу, а також зниженню рівня інфекційних захворювань у суспільстві.

...В часі реформ системи охорони здоров'я та сучасних вимог до практичного медсестринства, компетентності сестер/братів медичних змінюються дуже стрімко. І до спеціальних або фахових компетентностей сестер/братів медичних додаються сучасні загальні компетентності, такі як цифрова грамотність та цифрова безпека. Сучасні фахівці з медсестринства мають досконало володіти навичками цифрових інновацій, комп'ютерних технологій.

Іще у червні 2022 року медичні сестри отримали можливість вносити дані про вакцинацію пацієнтів в електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ). Це стосується як проведеної вакцинації, так і тієї, яка ще не відбулася. Нині ЕСОЗ містить понад 65 млн записів про вакцинацію, і лише 364 тис. записів внесли середні медичні працівники. МОЗ наголошує, що важливо активніше залучати медсестер до внесення медичних даних в ЕСОЗ [2].

На нашу думку, компетентності сестри/брата медичних у проведенні вакцинації охоплюють кілька важливих етапів, які забезпечують ефективну, безпечну та належну імунопрофілактику, а саме:

- I етап. Підготовка до вакцинації – має розпочинатися з інформування пацієнтів, при якій медична сестра чи медичний брат надає пацієнтам або їхнім батькам детальну інформацію про вакцину, її дію, можливі побічні ефекти та переваги. Це є вкрай важливий етап у проведенні імунопрофілактики, оскільки пацієнти чи їх оточення мають у повній мірі володіти інформацією про вакцину. Також сестра чи брат медичні мають надати консультацію щодо протипоказань. На цьому етапі є важливим моментом, коли медичний персонал оцінює стан здоров'я пацієнта, виявляє можливі протипоказання до вакцинації, аналізує медичну історію та здійснює консультацію. А також, потрібно провести оцінку стану здоров'я пацієнта – перед вакцинацією медична сестра/брат проводить обстеження та оцінює поточний стан пацієнта для уникнення ускладнень.
- II етап. Організація та проведення вакцинації – розпочинається з підготовки вакцини. Варто наголосити, що сестра/брат медичні відповідають за правильне зберігання, підготовку та введення вакцини відповідно до вимог (температурний режим, дотримання термінів придатності). А також важливо дотримуватися норм інфекційного контролю та інфекційної безпеки, оскільки медсестринський персонал забезпечує стерильність та правильність техніки введення вакцини, щоб уникнути ускладнень. Ведення документації на цьому етапі є важливим аспектом, оскільки потрібно здійснити запис результатів вакцинації, включаючи тип вакцини, дату, місце введення та серію вакцини, а також фіксація інформації в медичній картці пацієнта або на електронних платформах.
- III етап. Після вакцинальний моніторинг. Сестра/брат медичні мають інформувати пацієнта про можливі побічні ефекти, а саме повідомити пацієнта або його родину про можливі реакції на вакцину (підвищення температури, почервоніння на місці введення, загальна слабкість) та надає рекомендації щодо їх вирішення. Важливо на цьому етапі, щоби сестри/брати медичні здійснювали спостереження за пацієнтом. Після проведення вакцинації медсестринський персонал мають вести спостереження за пацієнтом, щоб вчасно виявити будь-які негайні реакції на вакцину (наприклад, анафілаксію або інші алергічні реакції).
- IV етап. Консультування пацієнтів після вакцинації. Після вакцинації сестра/брат медичні мають пояснити, як діяти у випадку побічних ефектів, і радить звернутися до лікаря в разі появи серйозних симп-

томів. А також, важливо поінформувати пацієнта або його родину про графік наступних вакцинацій, відповідно до календаря щеплень або необхідності ведення повторних доз вакцини.

- V етап. Навчальна та інформаційна робота. Сестри/брати медичні беруть активну участь в інформаційно-просвітницьких кампаніях щодо важливості вакцинації серед населення, надають роз'яснення стосовно поширених міфів та помилкових уявлень про вакцини. Медсестринський персонал, який працює в кабінеті інфекційних захворювань, повинен проводити навчання та тренінги для колег щодо процедур вакцинації та протоколів безпеки.
- VI етап. Аналіз та покращення впровадження вакцинаційної практики. Сестри/брати медичні беруть участь в аналізі статистичних даних щодо проведених щеплень, що дозволяє виявляти потенційні проблеми та покращувати практику імунопрофілактики, а також вони можуть бути залучені до розробки національних або місцевих рекомендацій щодо вакцинації, ґрунтуючись на результатах спостережень.

Досліджуючи дану проблематику, можна стверджувати, що ключовими компетентностями сучасних сестер/братів медичних, які проводять імунізацію населення є : фаховість, комунікабельність та цифрові навички.



Рис. 1

Таким чином, медична сестра/брат відіграють ключову роль у всіх етапах вакцинації – від консультування пацієнтів до організації самого процесу та контролю за його ефективністю і безпекою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Л. Клименко, сестра медична старша консультативно-діагностичного відділення центру «Ветеран» комунального підприємства «Полтавська обласна

клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». Важливість ролі медичної сестри в системі охорони здоров'я//Департамент охорони здоров'я Полтавської ОДА.10.05.2024 р. URL: <http://surl.li/vgxzpg> (дата звернення 05.10.2024 року).

2. Як залучити медсестер до обліку даних про вакцинацію в ЕСОЗ: п'ять кроків для керівника медзакладу.//Медична справа. Експертус.12.09.2023 р. URL: <https://medplatforma.com.ua/news/68970-yak-zaluchiti-medsester-do-obliku-danikh-pro-vaktsinatsiyu-v-esoz-pyat-kroktiv-dlya-kerivnika-medzakladu> (дата звернення 05.10.2024 року).

НЕДІЛЬКО Р.В.,
к.держ.упр., доц.
ГУМЕНЧУК І.О.,
магістр медсестринства

АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕНЕДЖМЕНТУ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА ПРИКЛАДІ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ. ВЛАСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Актуальність теми полягає у тому, що в процесі реформування галузі вагому частину потрібно приділити менеджменту сестринської служби, виокремивши її в окрему ланку, що забезпечуватиме надання якісних професійних послуг. Управління медсестринською сферою є невід'ємною частиною цілісної системи охорони здоров'я, оскільки сестри/брати медичні є найбільш чисельним людським ресурсом в даній галузі. При дослідженні зарубіжних наукових джерел, нами встановлено, що чисельність сестер/братів медичних за кордоном становлять до 70%, що вимагає високого рівня організації їхньої фахової діяльності.

В наукових джерелах зазначається, що перед керівником стоять вимоги вільно володіти передовими технологіями менеджменту, вміти оцінювати будь-яку ситуацію, швидко приймати рішення та реалізувати його на практиці. Досягнути даної мети можна за наявності освіти та фахових знань з менеджменту. Аналіз останніх досліджень щодо підготовки менеджерів сестринського персоналу – заступників головного лікаря з медсестринства, головних та старших сестер медичних, свідчить, що проблема менеджменту у медсестринстві ще далека від остаточного вирішення і потребує поглибленого вивчення та наукового обґрунтування [1,2,3].

З огляду на вище вказане можемо стверджувати, що наша держава має правильний вектор для забезпечення фаховими с/б медичними для практичного медсестринства. Багато років українські заклади вищої освіти проводять ступеневу підготовку фахівців з медсестринства.

В Україні нові підходи до медсестринської освіти реалізовано задовго до реформування медичної галузі і продовжуються на даний час. Перші кроки – це введення ступеневої освіти (1993 р.), яка визначила два її ступені: дипломована медична сестра та медична сестра-бакалавр. Сьогодні розвивається нова ступенева підготовка медичних сестер освітньо-кваліфікаційних рівнів «фаховий молодший бакалавр», «медична сестра-бакалавр», «магістр медсестринства», «медична сестра з науковим ступенем доктора філософії». Це дозволить підготовленим управлінським кадрам, менеджерам сестринського персоналу, магістрам за спеціальністю «Сестринська справа» та мед-

сестрам-бакалаврам обіймати керівні посади усіх рівнів управління, надасть їм більшої самостійності та розширить професійну компетентність сестер медичних на законодавчому рівні [4].

Очільниця державної установи "Центр розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України" Катерина Балабанова у своєму магістерському дослідженні наводить перелік закладів вищої освіти, які надають освітні послуги за різними рівнями здобуття спеціальності 223 Медсестринство за різними ступенями освіти, а саме «.. Відповідно Реєстру суб'єктів освітньої діяльності Єдиної державної електронної бази з питань освіти (Єдина державна електронна база з питань освіти, 2020) в Україні 114 закладів фахової передвищої освіти, що мають ліцензію на підготовку фахових молодших бакалаврів в галузі знань «Охорона здоров'я» та 25 закладів вищої освіти, котрі ведуть підготовку бакалаврів та магістрів за спеціальністю «Медсестринство» [5].

Перед нами постало актуальне питання, яке полягало у проведенні дослідження та аналізі менеджменту медсестринської сфери. До проведення реорганізації закладів охорони здоров'я у Львівській області налічувалося 112 міських закладів охорони здоров'я. В кожному закладі охорони здоров'я були старші та головні сестри медичні. Після реорганізації закладів охорони здоров'я чисельність старших та головних сестер медичних змінилася.

З метою отримання результатів для проведення аналізу даних, нами проведено дослідження яке стосувалося менеджменту в медсестринській діяльності. Нами було розроблено анонімний опитувальник і розісланий у заклади охорони здоров'я Львівщини. В нашому анкетуванні взяло участь 32 керівників медсестринського персоналу.

Перше питання нашого опитувальника стосувалося рівня отриманої освіти керівників медсестринського персоналу.

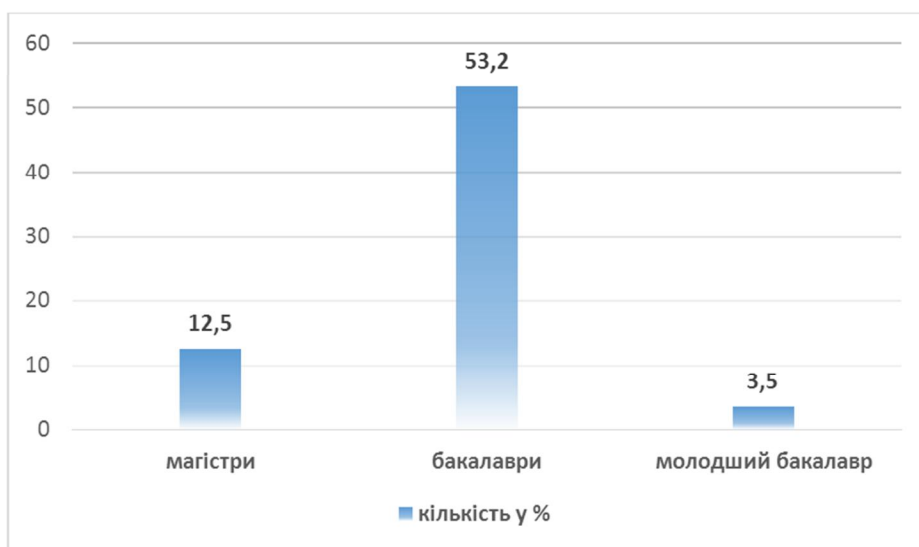


Рис. 1

З даної стовпчикової діаграми можна зробити висновок, про те, що керівні медсестринські посади обіймають 4 (12,5%) з магістерським рівнем освіти, з бакалаврським - 17(53,2%), а молодші фахові бакалаври- 11(34,3%) респондентів. Це свідчить про те, що не усі кадри, що обіймають керівні медсестринські посади мають належний рівень освіти.

Наступне питання стосувалося знань з менеджменту медсестринського управління. Такі знання керівники медсестринського персоналу отримали під час навчання на бакалаврському рівні освіти – 17 (53,2%), при навчанні у магістратурі – 4 (12,5%); на курсах удосконалення – 6 (18,7 %), самонавчання -5 (15,6%) . Можна припустити, що основна кількість респондентів отримала управлінські компетенції під час навчання у закладах освіти, ще на додипломному періоді. І на нашу думку, це є позитивна практика, а також той факт, що потрібні знання та навички отримуються на післядипломному етапі, тобто на курсах підвищення кваліфікації та удосконалення.

Щодо оцінки своїх знань з менеджменту керівники медсестринського персоналу оцінили наступним чином:

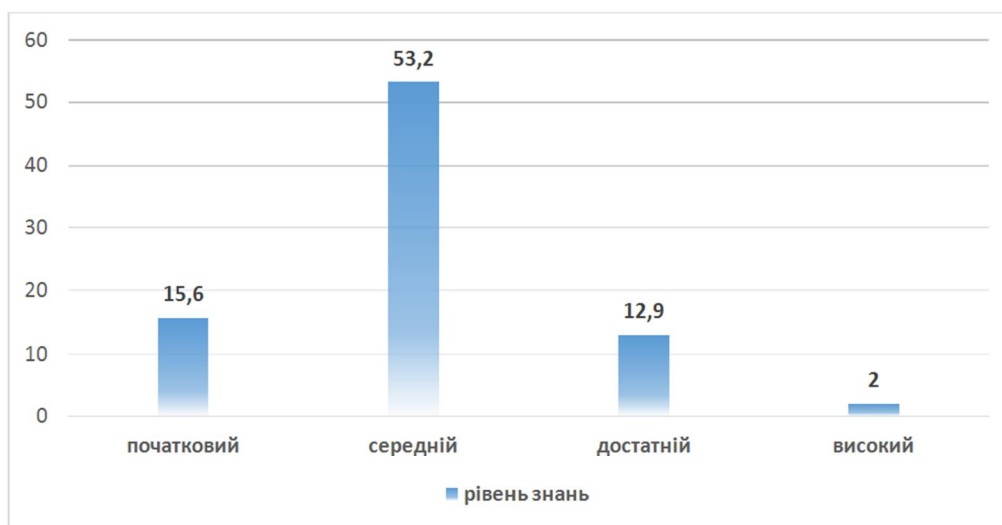


Рис.2

З даної стовпчикової діаграми можна зробити висновок, що рівень знань, вмінь та навичок з менеджменту є середній, який потребує отримання додаткових компетентностей, які можна здобути шляхом БПР та підвищення рівня освіти.

Для повноти розуміння загальної картини, щодо медсестринського менеджменту у закладах охорони здоров'я, нами також досліджувались сестри/брати медичні, які є в підпорядкуванні керівників медсестринського персоналу. В опитування взяло участь 327 осіб. При аналізі опитувальника нами вста-

новлено ключові позитивні та негативні сторони в медсестринському менеджменті. Щодо позитивних сторін респонденти вказали наступні показники:

- Задовільні умови праці – 156 респондентів;
- Задоволені пакетом соціальних послуг – 280 респондентів;
- Здоровий мікроклімат в колективі – 299 респондентів;
- Підтримка колег- 275 респондентів;
- Ефективна комунікація з топ-менеджерами з медсестринства-177 респондентів.

До причин негативної динаміки та ускладнень у роботі респонденти відносять наступні чинники:

- Низька, середньомісячна заробітна плата, при якій не враховується освітній рівень, займана посада та виконання функціональних обов'язків – 309 респондентів;
- Дублювання інформації у веденні медсестринської документації – 289 респондентів;
- Виконання роботи, яка не задекларована у посадовій інструкції – 247 респондентів;
- Психоемоційне вигорання та часті стресові ситуації- 256 респондентів;
- Розподіл пацієнтів на одну сестру/ брата медичних є надто високий-245 респондентів.

Якщо оцінювати розподіл робочого часу у керівників медсестринських служб, то 67% робочого часу займає контроль за роботою підлеглих, решту 33% займає робота з документами та внесення в електронну базу даних.

56% опитуваних бажають делегувати свої повноваження, особливо це стосується критичних ситуацій, тому що вважають своїх колег компетентними та фаховими. 44% респондентів покладаються лише тільки на себе.

Висновок. Підсумовуючи дані анонімного анкетування можна констатувати, що невдоволеність співробітників викликають об'єктивні та суб'єктивні чинники, а їх вирішення залежить від оперативного реагування та професійного рівня керівників медсестринського персоналу. Тому знання та практичні навички з медсестринського менеджменту вкрай необхідні керівникам медсестринських служб. Актуальним залишається питання реформування галузі охорони здоров'я, реформування медсестринства, введення нових посад, розширення їх автономності. Це буде мотивувати молодь та молодших медичних спеціалістів набути базову вищу та завершену вищу медичну освіту, бути менеджерами сестринської справи, рівноправними помічниками лікаря, а не технічними виконавцями лікарських призначень, медична сестра має бути завжди поруч з пацієнтом.

Зміни, які відбуваються позитивно вплинуть на медсестринську службу загалом та зменшать відтік кадрів в інші держави.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шатило В.Й., Свиридчук В.З. (2011). Медсестринство як наукова спеціальність. Магістр медсестринства.
2. Шатило В.Й. (2014). Менеджмент організації управління сестринськими службами. Магістр медсестринства.
3. Шатило В.Й., Копетчук В.А, Гордійчук С.В. та ін. (2013). Менеджмент і лідерство в медсестринства. Київ: ВСВ «Медицина»: 7–303.
4. В.Й. Шатило Л.С. Кравчук. Система управління сестринським персоналом у закладах охорони здоров'я України//МедЕксперт, Хірургія дитячого віку №1 2018. URL: <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2018/05/22-1.pdf>
5. Балабанова К.В. Політика розвитку медсестринства в Україні. Як вирішити проблему низької якості та доступності послуг медичного догляду українців...дип.робота для здобуття освітнього ступеня магістр за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», Київ.-2020.- 17 с.

РАННІ ОЗНАКИ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЇ ВЕНОЗНОЇ СИСТЕМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ПІДЛІТКІВ

Актуальність. Патологія венозної системи нижніх кінцівок, зокрема варикозне розширення вен, є поширеною хворобою, яка найчастіше вражає молодих людей віком 20-30 років [1]. За даними ВООЗ, до 25% населення Землі страждає на цю хворобу. Особливе значення це питання має для медичних працівників, робота яких пов'язана з тривалим перебуванням на ногах [2].

Метою дослідження було виявити групу ризику ранніх проявів патології венозних судин нижніх кінцівок серед підлітків та розробити профілактичні рекомендації.

Матеріали та методи. Обстежено 60 студенток медичного коледжу віком 17-18 років. Обстеження проводилося шляхом анкетування, огляду нижніх кінцівок на предмет змін м'яких тканин та судин, а також вивчення сімейного анамнезу.

Результати. При обстеженні виявлено, що 9 (15%) учасників мали родичів першої лінії з варикозною хворобою, зокрема 7 (11,7%) жінок та 2 (3,3%) чоловіків. Скарги на втому ніг наприкінці робочого дня відзначили 32 (53,3%) обстежених.

Зірочки на шкірі нижніх кінцівок, які можуть свідчити про ранні прояви варикозної хвороби, виявлено у 18 (30%) учасників: на нижній третині гомілки (вени Кокетта) – 6 (10%), на верхній третині гомілки (вени Бойда) – 6 (10%) та на нижній третині стегна (вени Додда) – 6 (10%) (Рис.1).

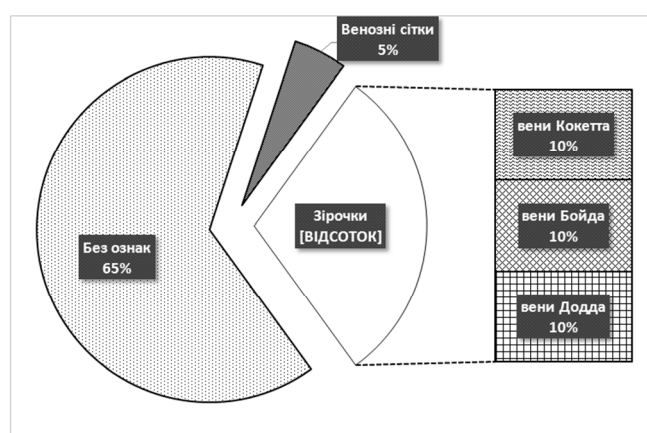


Рис. 1. Результати обстеження на наявність ознак патології венозної системи нижніх кінцівок у студентів

У 7 (11,7%) студенток спостерігався рожевий судинний малюнок на передній поверхні стегна, що може свідчити про патологію артеріальних судин. Наявність венозних сіток, що виступають над шкірою, виявлено у 3 (5%) обстежених.

На підставі змін шкіри у вигляді виступаючих судин та набряків у 18 (30%) учасників діагностовано варикозну хворобу I та II стадії.

Висновки. Результати дослідження свідчать про високу поширеність ранніх симптомів патології венозної системи нижніх кінцівок серед студентської молоді.

Існує група ризику ранніх проявів симптомів патології венозних судин нижніх кінцівок у підлітків. До цієї групи входять молоді люди: з сімейним анамнезом варикозної хвороби; які відчують втому ніг в кінці робочого дня; що мають зірочки на шкірі нижніх кінцівок та рожевий судинний малюнок на передній поверхні стегна, або венозні сітки, що виступають над шкірою.

Регулярний скринінг та своєчасна діагностика дозволять своєчасно виявити групу ризику та розпочати лікування на ранніх стадіях. Профілактичні заходи: активний спосіб життя, лікувальна гімнастика та корекція харчування, мають важливе значення для попередження розвитку варикозної хвороби.

Студентам з групи ризику рекомендовано проконсультуватися з лікарем флебологом, пройти додаткові обстеження, коректувати спосіб життя (знизити навантаження на нижні кінцівки, уникати тривалого стояння, носити зручне взуття) та займатися лікувальною фізкультурою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Варикозна хвороба нижніх кінцівок: клініка, діагностика, лікування : навчальний посібник / Ю. В. Мелеховець, В. В. Мішура, О. К. Мелеховець. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 114 с.
2. Хірургія: підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. – 5-е видання – К. : ВСВ «Медицина», 2021. – 416 с.

ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАЦІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Однією з ключових програм, що розробляються та впроваджуються в систему охорони здоров'я, є розвиток комунікації та пацієнтоорієнтованого підходу в управлінні закладами охорони здоров'я. Сьогодні значно зріс попит на висококваліфіковані та якісні медичні послуги, тому питання комунікації набуло великої актуальності. У закладах охорони здоров'я комунікація охоплює не лише взаємодію між лікарем, медичною сестрою/братом і пацієнтом. Сучасний пацієнт має право бути поінформованим про стан свого здоров'я та перебіг захворювання. Комунікація включає різні форми, методи та моделі, які залежать від характеру проблеми, специфіки пацієнта, необхідної інформації, каналів комунікації та тривалості їх застосування.

Медична комунікація – це переплетення державної політики у сфері охорони здоров'я, інституційних директив, структури охорони здоров'я (географічного розподілу, доступу до медичних послуг, професійної освіти, пріоритетів у галузі досліджень), процесу охорони здоров'я (розподілу послуг, інформації та місця її поширення, цільових програм навчання, міжособистісних і між групових відносин) та етносоціальних реалій, що впливає на використання медичних послуг, задоволення, стан публічного здоров'я на національному та громадському рівні [1].

Слід згадати, що 30 листопада 2016 року було прийнято Концепцію розвитку системи громадського здоров'я в Україні (№ 1002-р), яка одним із ключових завдань визначає трансформацію системи охорони здоров'я від лікувальної моделі до підходу, спрямованого на зміцнення та збереження здоров'я населення. Тобто, профілактична медицина стає основою. Для успішної реалізації цієї Концепції необхідно покращувати комунікаційні процеси, зокрема через впровадження сучасних інформаційно-комунікаційних технологій. У контексті реформування системи охорони здоров'я набуває підтримки ідея електронного управління закладами охорони здоров'я за допомогою інноваційних технологій та телемедицини, що сприяє наданню якісних медичних послуг та своєчасному доступу до них. Для ефективного прийняття управлінських рішень на всіх рівнях та формування ставлення громадян до власного здоров'я і медичної допомоги, всі учасники процесу повинні володіти навичками ефективної комунікації та вміти забезпечувати зворотний зв'язок.

У ході наукового дослідження нами було виявлено, що провідні фахівці, які вивчають питання ефективної комунікації, підкреслюють необхідність

розробки та формулювання єдиної уніфікованої стратегії щодо комунікативних навичок медичних працівників на всіх рівнях у закладах охорони здоров'я. Це дозволить краще задовольняти потреби всіх учасників лікувально-діагностичного процесу. Також нами встановлено, що комунікація є мультифакторною, і на наш погляд варто розглянути та ознайомитися з ключовими термінологіями, оскільки вони є надзвичайно важливими для розуміння походження «комунікації». Найвагомішою серед комунікативних напрямків є соціальна комунікація. Отже, існує велика кількість визначень соціальної комунікації. Найчастіше соціальна комунікація розглядається як «передача інформації, ідей, емоцій (завдяки знакам і символам), як процес, який пов'язує окремі частини соціальних систем одне з одним. Соціальна комунікація у процесі свого здійснення вирішує такі взаємопов'язані задачі, як інтеграція окремих людей в соціальні групи або спільноти, а спільноти – в цілісну систему суспільства; внутрішню диференціацію суспільства, відокремлення і відособлення суспільства й окремих його груп один від одного, що приводить до більш глибокого усвідомлення ними своєї специфіки та функцій. Громадянське суспільство потребує розвинутих і обґрунтованих комунікаційних стратегій і тактик, які допомагають» [2]:

- по-перше, задовольнити потреби суспільства в якісній та оперативній інформації,
- по-друге, забезпечать суспільство, окремі організації і групи людей максимально повними й вичерпними відомостями про діяльність всіх (владних і невідладних) структур в суспільстві, нададуть можливість всім суб'єктам комунікації довести свою соціальну значущість, завоювати довіру до своєї діяльності й дістати підтримку з боку громадськості для успішного виконання своїх функцій.

В системі охорони здоров'я це трансформується, як інформування та навчання населення основам збереження та зміцнення особистого здоров'я, ЗСЖ, профілактики захворювань, тактиці дій при загрозливих для здоров'я та життя станах, виду та місця і умов отримання певних видів медичної допомоги.

У сучасних людей є виражена потреба в отриманні об'єктивної, неупередженої, достовірної інформації та ця потреба може забезпечуватися лише в розвинуто-демократичних країнах та суспільстві. На наш погляд отримання інформації є невід'ємною частиною ефективної комунікації серед індивідів так і цілого суспільства.

Доцільно наголосити, що одним із найпоширеніших тверджень сучасності є «визнання того, що в епоху інформаційного суспільства отримання, споживання, створення і розповсюдження інформації є домінантною ознакою сучасного життя» [3].

Досліджуючи дану проблематику, можна стверджувати, що «ідеальної» моделі комунікації між системою охорони здоров'я і суспільством загалом, а також окремими соціальними групами, не існує. Кожна країна формує свій підхід, враховуючи культурні, релігійні традиції та ментальність населення. На нашу думку, рівень довіри українців до засобів масової інформації залежить від багатьох етіологічних факторів. Ці фактори впливають на формування сприятливих умов у суспільстві, які впливають на громадську думку стосовно громадського здоров'я та технологій, що його підтримують. Суспільні комунікації не обмежуються лише засобами масової інформації. Особливості комунікаційних компетентностей медичного персоналу в закладах охорони здоров'я України мають важливе значення для забезпечення високої якості медичної допомоги та сприяння довірі між пацієнтами, їх оточенням й медичними працівниками.

Опираючись на вище написане, ми можемо виокремити декілька аспектів комунікаційних компетентностей, які потрібно активно впроваджувати в закладах охорони здоров'я, а саме:

1. Ефективне спілкування з пацієнтами має бути спрямовано на пацієнто-орієнтоване спілкування. На нашу думку медичний персонал повинен мати навички ефективного діалогу з пацієнтом, його оточенням та в мультидисциплінарній медичній команді, розуміти емоційні та психологічні потреби пацієнтів, бути чуйними та уважними. Ці компетентності мають забезпечуватися ще на дипломному періоді і згодом на післядипломному періоді. А також, важливо вміти пояснювати складні медичні поняття простими словами, щоб пацієнти могли розуміти свій стан, подальшу тактику діагностики, лікування і прогнози.

2. Професіонали охорони здоров'я повинні бути уважними до скарг і побоювань пацієнтів, демонструвати готовність слухати й реагувати на інформацію, що надається, тобто володіти навичками активного слухання. Не менш важливим є володіння навичками підтримки пацієнтів емоційно й психологічно, особливо у важкі моменти лікування або під час оголошення негативних новин.

3. Розвиток емпатії та емоційного інтелекту. Уміння співчувати пацієнтам та проявляти розуміння їхнього стану та переживань є невід'ємною частиною медсестринської й лікарської практики. Високий рівень емоційного інтелекту дозволяє медичним працівникам краще розуміти емоції своїх пацієнтів і колег, що сприяє покращенню якості комунікацій.

4. Комунікація в мультидисциплінарних командах визначається, як взаємодія між різними фахівцями медицини. З метою надання якісної медичної допомоги медичний персонал повинен бути здатен ефективно взаємодіяти з іншими медичними працівниками, зокрема в межах мультидисциплінарних

команд, а також здійснювати координацію між різними відділами та фахівцями. На нашу думку це є пріоритетний та важливий аспект в процесі надання послідовної й комплексної допомоги в закладах охорони здоров'я.

5. Не менш важливою компетентністю є навички роботи з конфліктними ситуаціями. Це перед усім є вміння вирішувати конфліктні ситуації з пацієнтами, їхніми родинами або колегами. Дана навичка передбачає готовність медичних працівників розв'язувати емоційно складні ситуації професійно та зберігати спокій. Медичний персонал має бути готовим працювати в умовах стресу і контролювати свої емоції під час спілкування з пацієнтами та їх оточенням .

6. Міжкультурна комунікація та гнучкість в підходах. В умовах зростаючої різноманітності населення України, медичні працівники повинні враховувати культурні, релігійні та етнічні відмінності при спілкуванні з пацієнтами. Важливо дотримуватися чутливості до культурних особливостей і переконань пацієнтів, пов'язаних з лікуванням.

7. Цифрові комунікації. В умовах впровадження електронних медичних систем та телемедицини, важливим є розвиток цифрових комунікативних навичок, що дозволяє налагоджувати взаємодію з пацієнтами в онлайн-форматі. А також, медичні працівники повинні вміти дотримуватися конфіденційності та захищати особисту інформацію пацієнтів у цифрових комунікаційних каналах.

Отже, комунікаційні компетентності медичного персоналу є важливою складовою професійної діяльності, яка впливає на якість медичних послуг, задоволеність пацієнтів і їхнє відновлення. Постійний розвиток цих навичок та адаптація до нових викликів, включаючи цифрові комунікації та мультикультурну різноманітність, є необхідними для підвищення стандартів охорони здоров'я в країні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Самофалов, Д.О. (2019). Зарубіжні концептуальні підходи до комунікацій у системі охорони здоров'я. Серія: Державне управління, (№2, (66)), 11-15. 30 листопада 2016 р.
2. Августин Р.Р., Демків І.О. Управлінські інновації як чинник підвищення конкурентоспроможності підприємств. Ефективна економіка. 2020. № 4. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/4_2020/16.pdf.
3. Avhustyn R., Demkiv I. and K. Nataliya, Modeling the Assessment of the Probability of Shadowing and Spread of Corruption in the Social System and the Sphere of Public Services, 2019 9th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT), Ceske Budejovice, Czech Republic, 2019, pp. 388-392, doi: 10.1109/ACITT.2019.8780106.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ БРОНХОСКОПІЇ. НОВІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ В УКРАЇНІ

Актуальність теми. Тема бронхоскопії у хірургії є дуже актуальною і важливою. Бронхоскопія є процедурою, під час якої лікар вивчає стан бронхів та легенів за допомогою спеціального пристрою – бронхоскопа. У хірургії бронхоскопія використовується для діагностики та лікування різних захворювань легенів і бронхів, таких як рак легенів, інфекції дихальних шляхів, кровотечі, закупорки бронхів та інші. Актуальність цієї теми полягає в тому, що бронхоскопія дозволяє не тільки точно діагностувати захворювання, але і проводити невідкладні медичні втручання, такі як видалення інопланетного тіла з бронхів, зупинка кровотечі, дренажування гнійних пухлин тощо. Крім того, бронхоскопія є безпечною та мінімально інвазивною процедурою, що робить її досить популярною серед лікарів і пацієнтів.

Мета дослідження – вивчення та аналіз наукових аспектів бронхоскопії у хірургії з метою вдосконалення методів діагностики та лікування захворювань бронхів і легенів. Дослідження спрямоване на вивчення нових технологій та методів бронхоскопії, їх ефективності та безпечності, а також на вдосконалення технік виконання процедури та управління можливими ускладненнями.

Бронхоскопія є важливою та невід'ємною складовою сучасної хірургії, особливо у галузі лікування захворювань бронхів та легенів. Завдяки постійному розвитку медичних технологій, сучасні методи дослідження бронхоскопії стають все більш точними, ефективними та безпечними. [1,с.240]

Сучасні методи дослідження в бронхоскопії включають в себе:

Фіброоптична бронхоскопія. Використовується тонкий і гнучкий бронхоскоп з оптичними волокнами для огляду дихальних шляхів. Цей метод дозволяє лікареві докладно оглянути стінки бронхів і виявити патологічні зміни.

Україна має досить високий рівень розвитку медичної техніки та методів діагностики, включаючи фіброоптичну бронхоскопію. Проте, існують певні проблеми, які можна виокремити: Не в усіх медичних закладах є можливість проведення фіброоптичної бронхоскопії через відсутність високоякісного обладнання та кваліфікованих фахівців. Вартість обладнання та проведення процедури може бути високою для багатьох пацієнтів, що ускладнює доступність до цієї діагностичної процедури. Для успішного проведення фіброоптичної бронхоскопії необхідно мати висококваліфікованих лікарів та медич-

ний персонал, що може бути проблемою у деяких закладах. Іноді можуть виникати проблеми з технічною часткою обладнання, що може призвести до затримок у проведенні процедури або необхідності її повторення .

Шляхи вирішення цих проблем можуть включати: Поступове впровадження сучасних технологій та обладнання в медичні заклади різних рівнів. Забезпечення доступності процедури шляхом державного або медичного страхування. Проведення навчальних курсів та тренінгів для лікарів та медичного персоналу з фіброоптичної бронхоскопії. Забезпечення регулярного технічного обслуговування обладнання та його швидкої заміни у разі необхідності. Ці заходи можуть допомогти покращити якість та доступність фіброоптичної бронхоскопії в Україні.

Ендобронхіальна ультразвукова бронхоскопія (EBUS). Використовується для отримання високоякісних зображень стінок бронхів та лімфатичних вузлів у діагностиці пухлин та інших захворювань легень.

Ендобронхіальна ультразвукова бронхоскопія (EBUS) є високотехнологічним методом діагностики, який дозволяє отримувати детальні зображення стінок бронхів та лімфатичних вузлів, що знаходяться поруч з бронхіальним деревом. В Україні цей метод дослідження поступово впроваджується в практику пульмонологів та онкологів, проте доступність його може варіюватися в залежності від регіону та медичного закладу. [2,с.163]

Основні переваги ЕБУС полягають у можливості точної локалізації пухлин, виявлення уражень у лімфатичних вузлах та проведення біопсії патологічних зон під контролем ультразвука. Це дозволяє зменшити інвазивність процедури та підвищує точність діагностики пухлин легень та інших захворювань дихальних шляхів. Щодо доступності ЕБУС в Україні, вона може бути обмеженою через такі чинники, як фінансування, технічна оснащеність медичних закладів та кваліфікація медичного персоналу. Проте, з поступом часу та розвитком медичної сфери можна очікувати зростання доступності цього методу діагностики в українських медичних закладах .

Просвітлювальна бронхоскопія (NBI). Використовується спеціальна оптична технологія, яка дозволяє підсвічувати структури на поверхні бронхів, що допомагає в ранньому виявленні пухлин та інших патологій.

Просвітлювальна бронхоскопія, відома також як Небуларизована бронхоскопія (NBI), є сучасним методом діагностики, який використовує спеціальну оптичну технологію для підсвічування структур на поверхні бронхів. Цей метод допомагає виявляти ранні патологічні зміни та візуалізувати пухлини та інші ураження з більшою чіткістю.

В Україні просвітлювальна бронхоскопія також є доступним методом діагностики у відділеннях пульмонології та онкології, особливо у великих

медичних центрах та клініках з високотехнологічним обладнанням. Проте, доступність цього методу може варіюватися в залежності від регіону та рівня медичного закладу. Просвітлювальна бронхоскопія дозволяє лікарям краще оцінити стан бронхів та вчасно виявляти патологічні зміни, що робить її важливим інструментом для діагностики та моніторингу захворювань дихальних шляхів. Її поширення в Україні сприяє покращенню якості медичного обслуговування та діагностики у пацієнтів з захворюваннями легень та бронхів. [3,с.288]

Бронхіальний лаваж – це процедура, при якій здійснюється видалення слизу з бронхів або збирання матеріалу для лабораторного аналізу. Цей метод дозволяє діагностувати різноманітні захворювання легень та бронхів, включаючи інфекційні захворювання, алергічні реакції, пухлини та інші патології. В Україні бронхіальний лаваж також є стандартною процедурою, доступною в медичних закладах, особливо у відділеннях пульмонології та онкології. Цей метод діагностики використовується як для дослідження пацієнтів з підозрою на захворювання легень, так і для моніторингу ефективності лікування або виявлення рецидивів захворювання.

Процедура бронхіального лаважу виконується під місцевою або загальною анестезією з використанням спеціального обладнання, що дозволяє впроваджувати розчини для видалення слизу та збирання матеріалу для аналізу. Після збору зразків вони відправляються на лабораторний аналіз для отримання діагностичної інформації. Бронхіальний лаваж є важливим інструментом для діагностики та лікування захворювань дихальних шляхів і відіграє значну роль у медичній практиці України. [4,с.576]

Показання та протипоказання до бронхоскопії:

Показання:

- Необхідність спростувати/ підтвердити онкологічний процес дихальних шляхів;
- Відкашлювання крові або мокротиння з кров'ю з дихальних шляхів;
- Припущення наявності сторонніх предметів в дихальних шляхах;
- Опіки гортані, трахеї, бронхів (в т.ч. хімічні);
- Запалення легенів (тривале, рецидивуюче, деструктивне, аспіраційне);
- Ознаки дрібних вогнищ, кіст, порожнин, затемнень на рентгенологічному знімку;
- Тривале диспное (в тих випадках, коли є необхідність виключення серцевої недостатності й бронхіальної астми);
- Нічим не виправдані напади кашлю (тривалість – не менше 1 місяця);

Протипоказання:

- Прийом кроворозжижуючих препаратів;
- Важка аритмія серця;

- Виражені порушення згортання крові;
- Аневризма аорти;
- Стеноз гортані або трахеї (II ступінь тяжкості й вище);
- Загострення бронхіальної астми та ХОЗЛ;
- Гострі запальні та інфекційні захворювання;

Ускладнення, які виникають:

Незважаючи на те, що бронхоскопія є відносно безпечною процедурою, це – інвазивне інструментальне втручання, яке несе за собою певні ризики. Рідко, але можуть виникнути такі ускладнення після бронхоскопії, які не можна залишити без уваги:

- Пошкодження стінки бронха;
- Скупчення повітря або газів в плевральній порожнині;
- Кровотеча після забору біоптату;
- Бронхоспазм;
- Розвиток пневмонії;
- Алергічна реакція.

Висновки: Ці методи дозволяють лікарям ефективно діагностувати та лікувати патології дихальних шляхів, зменшуючи ризик ускладнень та покращуючи результати лікування.

Загальний висновок щодо всіх методів дослідження у бронхоскопії в Україні показує, що країна впроваджує сучасні технології та методи діагностики для покращення якості медичної допомоги у галузі пульмонології та онкології. Проте, є певні проблеми, такі як обмежена доступність у регіонах, фінансові труднощі для пацієнтів та необхідність постійного підвищення кваліфікації медичних працівників. Для подальшого розвитку медичної галузі та забезпечення доступності сучасних методів дослідження у бронхоскопії в Україні необхідність: Посилення технічного обладнання у медичних закладах та забезпечення доступу до сучасних методів діагностики у всіх регіонах країни. Запровадження системи медичного страхування для покриття витрат на дослідження та лікування у пацієнтів. Проведення навчальних курсів та тренінгів для лікарів та медичного персоналу з впровадження сучасних методів дослідження. Розробка програм та проектів для забезпечення доступності сучасних методів дослідження у бронхоскопії для всіх верств населення. Ці заходи допоможуть покращити якість медичної допомоги та забезпечити доступність сучасних методів дослідження у бронхоскопії для всіх пацієнтів в Україні. [5,с.528]

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бойко В. В., Малоштан О. В., Польовий В. П. Холангіт: морфологія, патофізіологія та хірургічна тактика: монографія. Харків: Промінь, 2023. 240 с.

2. Борейко Л. Д., Плеш І. А., Марараш Г. Г. Медсестринська практика у терапевтичному відділенні = Nursing Practice in therapeutic Department : навч. посіб. Чернівці: БДМУ, 2023. 163 с.
3. Масікевич Ю. Г., Райко В. Ф., Шестопапов О. В. Основи професійної безпеки та здоров'я: підручник. Чернівці: Місто, 2023. 288 с.
4. Невідкладна військова хірургія. / пер. з англ. Київ, Наш Формат, 2022. 576 с.
5. Хірургія : підручник / [Я. С. Березницький О. В. Білов, Л. С. Білянський Х50 та ін.]; за ред. Я. С. Березницького. Вінниця : Нова Книга, 2020. 528 с.

ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЦИНІ

У сучасному світі штучний інтелект (ШІ), або Artificial intelligence (AI) широко використовується в різних сферах людської діяльності, зокрема у сфері охорони здоров'я. Штучний інтелект завжди «на сторожі», він ніколи не спить, на відміну від людей. Тому впровадження точної медицини може стати простішим за допомогою ШІ. Система штучного інтелекту може зібрати і проаналізувати великий масив інформації, наприклад, повну історію хвороби пацієнта, дані про його аналізи за всі роки лікування, визначити поточний стан здоров'я людини. Ці дані швидко оброблюються «електронним мозком», що підвищує точність діагнозу, дозволяє лікарям своєчасно призначити відповідне лікування і навіть в деяких випадках врятувати людині життя [2].

Основні напрямки застосування ШІ в медицині

- Однією з найпоширеніших сфер застосування ШІ є діагностика захворювань. Завдяки алгоритмам машинного навчання, ШІ може аналізувати медичні зображення, наприклад, рентгенівські знімки або МРТ, щоб виявляти ознаки захворювань, таких як рак, з високою точністю. Системи ШІ здатні розпізнавати патерни та аномалії, що дозволяє виявляти захворювання на ранніх стадіях. Зокрема, нейромережі використовуються для аналізу зображень та допомагають лікарям з діагностикою раку молочної залози, легень та інших органів.
- ШІ також відіграє значну роль у персоналізованій медицині, допомагаючи прогнозувати ризики захворювань на основі генетичної інформації пацієнта. Застосовуючи алгоритми, медичні фахівці можуть створювати індивідуальні плани лікування, адаптовані до потреб конкретного пацієнта. Такі алгоритми можуть оцінювати потенційний ризик розвитку серцево-судинних захворювань або діабету, враховуючи історію хвороби та спосіб життя пацієнта [3].
- У багатьох лікарнях ШІ використовується для автоматизації рутинних завдань, таких як введення медичних даних та обробка адміністративної інформації. Це дозволяє лікарям зосередитися на лікуванні пацієнтів, тоді як ШІ обробляє дані, що підвищує ефективність медичних процесів. Наприклад, системи ШІ можуть автоматично створювати та зберігати електронні медичні записи, що знижує ймовірність помилок і полегшує доступ до інформації для медичних працівників.

- У фармацевтичній галузі ШІ активно використовується для розробки нових ліків. ШІ-алгоритми можуть аналізувати величезні обсяги даних, пов'язаних з хімічними сполуками та їхніми ефектами, що дозволяє прискорити процес виявлення потенційних ліків. Крім того, ШІ використовується для оптимізації клінічних досліджень, прогнозування ефективності нових препаратів та покращення дизайну досліджень.
- Використання роботів у хірургії стало можливим завдяки інтеграції ШІ, який дозволяє виконувати надзвичайно точні маніпуляції. Роботизовані системи можуть працювати з точністю, що перевищує можливості людини, і значно зменшують ризик людських помилок. Системи ШІ допомагають хірургам у плануванні операцій та виконанні мінімально інвазивних процедур.

Слід мати на увазі, що використання ШІ, зокрема у сфері охорони здоров'я, пов'язане з певними проблемами і обмеженнями. У першу чергу це стосується доступності даних і конфіденційної інформації пацієнтів, упередженості цих даних, можливості постановки неправильного діагнозу, помилок в роботі ШІ тощо. Штучний інтелект породжує кілька особливо важливих випробувань для реалізації права людини на недоторканність приватного життя і створює необхідність розробки додаткових нормативних актів щодо захисту даних [4].

З огляду на це, доцільним буде розглянути нормативно-правову базу ЄС, яка стосується обробки персональних даних за допомогою ШІ в медичній сфері та може слугувати орієнтиром для нормативного врегулювання зазначених питань в Україні.

Закон про штучний інтелект (AI Act) був першим нормативним актом Європейського Союзу, що регулює питання штучного інтелекту. Запропонований Європейською комісією 21 квітня 2021 року, він мав на меті запровадити спільну нормативно-правову базу, яка б встановлювала зобов'язання для провайдерів і користувачів та оцінку різноманітних технологій залежно від рівня ризику, пов'язаного зі штучним інтелектом. На даний момент цей нормативно-правовий акт ще остаточно не затверджено Європейським Парламентом.

7 червня 2022 року Керівний комітет Ради Європи з прав людини в галузі біомедицини та охорони здоров'я (CDBIO) опублікував звіт. У дослідженні розглядалися системи штучного інтелекту у таких відносинах з точки зору принципів прав людини, про які йдеться в Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини 1997 року, також відомій як «Конвенція Ов'єдо». Також у звіті був досліджений потенційний вплив ШІ на права людини, в тому числі на повагу до приватного життя стосовно відомостей про стан здоров'я особи [5].

Хоча використання ШІ в медицині має багато переваг, існують також певні виклики. Серед них – питання конфіденційності даних, етичні аспекти та необхідність контролю за точністю алгоритмів. Інше питання – це адаптація медичних працівників до нових технологій і забезпечення їх належної підготовки до роботи з системами ШІ.

У майбутньому очікується подальше розширення ролі ШІ в медицині, зокрема шляхом розробки нових технологій та вдосконалення існуючих систем. Завдяки цьому ШІ зможе ще більше сприяти вдосконаленню медичних послуг, поліпшенню доступу до якісного медичного обслуговування та підвищенню ефективності лікування.

Штучний інтелект має великий потенціал для покращення медичних послуг і може забезпечити більш ефективний підхід до діагностики, лікування та управління медичними даними. Незважаючи на виклики, які супроводжують впровадження ШІ в медицину, його позитивний вплив на цю сферу вже стає очевидним. Перспективи подальшого розвитку ШІ обіцяють ще більше змін і можливостей для медичної галузі в майбутньому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Topol, E. J. (2019). *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. New York: Basic Books.
2. Jiang, F., Jiang, Y., Zhi, H., et al. (2017). Artificial intelligence in healthcare: Past, present and future. *Stroke and Vascular Neurology*, 2(4), 230–243.
3. Pesapane, F., Codari, M., & Sardanelli, F. (2018). Artificial intelligence in medical imaging: threat or opportunity? Radiologists again at the forefront of innovation in medicine. *European Radiology Experimental*, 2(1), 35.
4. Yu, K. H., Beam, A. L., & Kohane, I. S. (2018). Artificial intelligence in healthcare. *Nature Biomedical Engineering*, 2, 719-731.
5. Gulshan, V., Peng, L., Coram, M., et al. (2016). Development and validation of a deep learning algorithm for detection of diabetic retinopathy in retinal fundus photographs. *JAMA*, 316(22), 2402-2410.

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Вступ (актуальність). Інсулінорезистентність (ІР) – це стан, при якому дана концентрація інсуліну викликає біологічний ефект, менший за очікуваний. Інсулінорезистентність також довільно визначена як потреба в 200 або більше одиницях інсуліну на день для досягнення глікемічного контролю та запобігання кетозу. Синдроми інсулінорезистентності фактично складають широкий клінічний спектр, який включає ожиріння, непереносимість глюкози, діабет і метаболічний синдром. Багато з цих розладів пов'язані з різними ендокринними, метаболічними та генетичними захворюваннями. Ці синдроми також можуть бути пов'язані з імунологічними захворюваннями та можуть мати відмінні фенотипічні характеристики.

Останнім часом інсулінорезистентність верифікується частіше, тобто є тенденція збільшення клінічних випадків з даною проблемою. Тому, актуальним є вивчення даної теми.

Основна частина. Метаболічний синдром – стан інсулінорезистентності, також відомий як синдром X або дисметаболічний синдром – привернув найбільшу увагу через його важливість для громадського здоров'я [3,6,9].

Поширеність ожиріння зростає при загостренні стадій порушення метаболізму глюкози; однак не лише на ранніх стадіях порушення метаболізму інсуліну гіперглікемія та гіперінсулінемія, є значними факторами наявності гіпертензії та серцево-судинних порушень. [1,2,4].

Наслідком ІР є цукровий діабет 2 типу. Цукровий діабет 2 типу часто розвивається поступово. Під час його прогресування, виникаюча гіперглікемія сприяє подальшому погіршенню секреції інсуліну β -клітинами (явище глюкозотоксичності) та загострює периферичну інсулінорезистентність. У разі наявності інсулінорезистентного синдрому спостерігається дисфункція судинного ендотелію, що призводить до порушення синтезу оксиду азоту в стінках судин. Оксид азоту є потужним вазодилататором, що стримує проліферацію гладеньких м'язевих клітин, перешкоджає адгезії моноцитів до ендотелію, знижує перекисне окислення ліпідів і захищає судинні стінки від ушкоджень. Таким чином, прогресуюча ендотеліальна дисфункція прискорює розвиток атеросклерозу, що підтверджено численними дослідженнями [5,7,8].

Згідно з літературними даними, смертність від ішемічної хвороби серця серед пацієнтів з метаболічним синдромом у 2-3 рази вища, ніж у загальній популяції [6, 8, 13].

У клінічній практиці жодне лабораторне дослідження не використовується для діагностики синдрому інсулінорезистентності. Діагноз ґрунтується на клінічних даних, підтверджених лабораторними дослідженнями. Окремі пацієнти обстежуються на наявність супутніх захворювань. Лабораторні тести включають, рівень глюкози в плазмі, рівень інсуліну натще та ліпідний профіль [10, 11, 12].

Лікування включає фармакологічну терапію для зниження резистентності до інсуліну разом із хірургічним лікуванням основних причин, якщо це необхідно. Необхідно оцінити супутні захворювання та вирішити їх; це, як правило, можливо в амбулаторних умовах, хоча деякі пацієнти потребуватимуть госпіталізації. Метаболічний синдром вимагає агресивного контролю серцево-судинних і метаболічних факторів ризику. Рекомендується модифікація дієти та активності. Ліки, що знижують резистентність до інсуліну (інсулінорезистентності), включають метформін і тіазолідиндіони [14,15].

Висновок. Інсулінорезистентність і гіперінсулінемія є одними з ключових факторів, що сприяють розвитку цукрового діабету 2 типу, особливо у людей з генетичною схильністю. Відомо, що важливими наслідками інсулінорезистентності є підвищення рівнів інсуліну та глюкози в крові. При інсулінорезистентності знижується здатність периферичних тканин утилізувати глюкозу, тоді як печінка збільшує її вироблення, що призводить до гіперглікемії. Якщо β -клітини адекватно реагують на підвищений рівень глюкози в крові компенсаторним підвищенням інсуліну, нормальний рівень глюкози (нормоглікемія) підтримується.

ЛІТЕРАТУРА

1. Wang Q, Jokelainen J, Auvinen J, et al. Insulin resistance and systemic metabolic changes in oral glucose tolerance test in 5340 individuals: an interventional study. *BMC Med.* 2021 Nov 29. 17(1):217.
2. Reaven G, Abbasi F, McLaughlin T. Obesity, insulin resistance, and cardiovascular disease. *Recent Prog Horm Res.* 2020. 59:207-23.
3. de Luca C, Olefsky JM. Inflammation and insulin resistance. *FEBS Lett.* 2021 Jan 9. 582(1):97-105.
4. Florez H, Castillo-Florez S, Mendez A, et al. C-reactive protein is elevated in obese patients with the metabolic syndrome. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022 Jan. 71(1):92-100.
5. Diamant M, Tushuizen ME. The metabolic syndrome and endothelial dysfunction: common highway to type 2 diabetes and CVD. *Curr Diab Rep.* 2023 Aug. 6(4):279-86.

6. Sarti C, Gallagher J. The metabolic syndrome: prevalence, CHD risk, and treatment. *J Diabetes Complications*. 2024 Mar-Apr. 20(2):121-32.
7. Einhorn D, Reaven GM, Cobin RH, et al. American College of Endocrinology position statement on the insulin resistance syndrome. *Endocr Pract*. 2023 May-Jun. 9(3):237-52.
8. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2021 Sep. 28(9):2289-304.
9. Thota P, Perez-Lopez FR, Benites-Zapata VA, Pasupuleti V, Hernandez AV. Obesity-related insulin resistance in adolescents: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Gynecol Endocrinol*. 2023 Mar. 33(3):179-84.
10. Sasaki N, Ozono R, Higashi Y, Maeda R, Kihara Y. Association of insulin resistance, plasma glucose level, and serum insulin level with hypertension in a population with different stages of impaired glucose metabolism. *J Am Heart Assoc*. 2023 Apr 7. 9(7):e015546.
11. Jensterle M, Janez A, Mlinar B, Marc J, Prezelj J, Pfeifer M. Impact of metformin and rosiglitazone treatment on glucose transporter 4 mRNA expression in women with polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol*. 2021 Jun. 158(6):793-801.
12. Ahren B, Pacini G. Islet adaptation to insulin resistance: mechanisms and implications for intervention. *Diabetes Obes Metab*. 2021 Jan. 7(1):2-8.
13. Mari A, Ahren B, Pacini G. Assessment of insulin secretion in relation to insulin resistance. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2022 Sep. 8(5):529-33.
14. Reaven GM. Pathophysiology of insulin resistance in human disease. *Physiol Rev*. 2024 Jul. 75(3):473-86.
15. Kim JA, Wei Y, Sowers JR. Role of mitochondrial dysfunction in insulin resistance. *Circ Res*. 2021 Feb 29. 102(4):401-14.

НЕДІЛЬКО Р.В.,
к.держ.упр., доц.,
СИМКАНИЧ Н.Д.
викладач

АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗРОБЛЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ СТАНДАРТІВ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

Актуальність розроблення професійних стандартів в охороні здоров'я стає особливо очевидною в сучасних умовах, коли медична галузь зазнає стрімких змін під впливом нових технологій, викликів пандемій, військових конфліктів та інших глобальних криз. Відсутність чітких стандартів у підготовці та професійній діяльності медичних працівників може призвести до неефективності медичних послуг, зниження рівня якості медичної допомоги та порушення безпеки пацієнтів. Професійні стандарти виступають як надійний інструмент для підвищення компетентності та відповідності кваліфікаційним вимогам медичного персоналу, що вкрай необхідно для адаптації до сучасних викликів та забезпечення високої якості надання медичних послуг. Наявність професійних стандартів відіграє ключову роль у забезпеченні належної підготовки лікарів, фармацевтів, медичних сестер, медичних братів та інших фахівців у сфері охорони здоров'я, допомагаючи їм досягати потрібного рівня професійної кваліфікації та підтримувати високу якість їхньої роботи. Це є основою для гармонізації національних стандартів із міжнародними вимогами, сприяючи професійному зростанню, безперервному навчанню та розвитку системи охорони здоров'я в цілому.

Варто зазначити, що на сьогоднішній день не існувало розроблених та впроваджених професійних стандартів в галузі охорони здоров'я. Вимоги до компетентностей працівників сфери охорони здоров'я зазначені у 78-му випуску Довідника кваліфікаційних характеристик професій (ДКХП-78), затвердженого наказом МОЗ від 29.03.2002 № 117 [2]. У цьому довіднику також представлені кваліфікаційні характеристики для 253 професій працівників охорони здоров'я, включаючи керівників, професіоналів, фахівців, технічних службовців і робітників. Довідник кваліфікаційних характеристик змінювався та доповнювався відповідно до вимог сучасності. Останні зміни у нормативний документ було внесено у 2023 році.

Але, не зважаючи на внесені зміни у Довідник кваліфікаційних характеристик Міністерство охорони здоров'я України анонсувало, ще у 2022 році, розроблення та впровадження професійних стандартів у галузі охорони здоров'я, розуміючи важливість та актуальність даного питання.

Міністерство охорони здоров'я України продовжує працювати над розробленням та впровадженням професійних стандартів на медичні, фармацевтичні та інші професії галузі охорони здоров'я. Про це повідомила заступниця міністра охорони здоров'я України Ірина Микичак під час виступу на Міжнародному форумі «Людський капітал: безпека, відновлення, євроінтеграція», організованому Національним агентством кваліфікацій зазначила, що «...Чинні кваліфікаційні характеристики професій за своєю структурою та змістом вже не відповідають вимогам сучасності. Саме тому Міністерство, незважаючи на виклики протистояння російській агресії, продовжує працювати і над таким важливим напрямом, як модернізація освітніх та професійних кваліфікацій та формування спільних з ЄС стандартів. Наразі МОЗ готує поступову зміну кваліфікаційних характеристик професій на повноцінні та професійні стандарти, – Україна переконливо прямує шляхом інтеграції у загальноєвропейський простір з його високими стандартами якості життя. Ми не зупиняємося ні на мить та щоденно протидіємо ворогові, у тому числі впроваджуючи кращі практики європейської спільноти для зміцнення людського капіталу нашої країни». Також у заході взяли участь представники Офісу Президента України, Верховної Ради України, міністерств, інших державних органів, профспілок, організацій роботодавців, закладів вищої освіти та закордонних партнерів [1].

У статті зазначається, що перевагами професійних стандартів є те, що [1]:

- зміст професійних стандартів включає достатній обсяг інформації, необхідний для забезпечення належного регулювання професійної діяльності працівників;
- структура змісту професійного стандарту побудована на основі компетентнісного підходу, який передбачає формування вимог до загальних та професійних компетентностей працівника, що забезпечують якісне виконання ним його професійних функцій;
- забезпечується об'єктивність визначення назв, змісту та обсягу трудових функцій за видами професійної діяльності;
- участь в розробці професійних стандартів беруть експерти, освітяни, науковці, представники фахових асоціацій та організацій роботодавців;
- враховується успішний національний та міжнародний досвід;
- обов'язково проводиться громадське обговорення проєктів професійних стандартів;
- професійні стандарти переглядаються з урахуванням особливостей галузі щонайменше раз на 5 років.

До Національного агентства кваліфікацій надійшли заявки на розроблення 74 проєктів професійних стандартів, які належать до сфери охорони здоров'я, серед яких: 60 заявок на пріоритетні лікарські професії, що становить

40% від загальної кількості лікарських професій; 4 заявки на медсестринські професії; одна заявка на бойового медика; 2 заявки на фахівців з реабілітації та 6 заявок на фармацевтичні професії. Таким чином, впровадження професійних стандартів у сфері охорони здоров'я потребує великого обсягу роботи. Перший етап стосуватиметься вищезгаданих 74 професій, а на наступних етапах професійні стандарти мають бути розроблені та прийняті для професій усіх груп працівників галузі охорони здоров'я. До цього процесу будуть залучені фахові провідні експерти та професійні асоціації за відповідними напрямками [1].

Важливо зазначити, що професійні стандарти створюються з урахуванням найбільш затребуваних та актуальних видів діяльності, професій та кваліфікацій, які мають попит на ринку праці. Завдяки своїй соціальній значущості та високій відповідальності, професії в сфері охорони здоров'я належать до найбільш перспективних і потребують розробки власних професійних стандартів.

Для розроблення професійних стандартів у медсестринстві під керівництвом МОЗ України, залучені бюро ВООЗ в Україні, Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти» та ДУ «Центр розвитку медсестринства МОЗ України». Також створені робочі групи до складу яких входять представники з числа практикуючих сестер/братів медичних, лікарів та освітяни. Для ефективної та плідної роботи, членам робочих груп ДУ «Центр розвитку медсестринства МОЗ України» надано розроблені методичні рекомендації з розроблення професійних стандартів – «Практичний посібник з розроблення професійних стандартів». Робочі групи розпочали роботу по розробленню професійних стандартів за такими напрямками та спеціальностями в медсестринстві, як:

- Медсестринство: керівництво;
- Наукових співробітників з медсестринства;
- Медсестринство: спрямування загального профілю;
- Медсестринство: спрямування сімейної медицини;
- Медсестринство: акушерського напрямку;
- Медсестринство: екстрена медицина та медицина невідкладних станів;
- Робітників з догляду за хворими.

Отже, на нашу думку, розроблення професійних стандартів для медсестринства має низку важливих переваг, серед яких можна виокремити наступні:

1. Підвищення якості надання медичних, зокрема, медсестринських послуг: Професійні стандарти визначають конкретні вимоги до знань і вмінь сестер/братів медичних, що дозволяє забезпечити високий рівень надання медичної допомоги та медсестринських послуг пацієнтам.

2. Чітка регламентація професійної діяльності: Професійні стандарти дають можливість чітко окреслити межі обов'язків і відповідальності сестер/братів медичних, що сприяє ефективній організації робочого процесу та зменшує ризик перевищення компетенції.

3. Професійний розвиток та навчання: Професійні стандарти виступають основою для розроблення освітніх стандартів, а в подальшому і освітніх програм, підвищення кваліфікації та безперервного професійного розвитку сестер/братів медичних

4. Забезпечення єдиних підходів до підготовки кадрів: Професійні стандарти сприяють уніфікації підготовки фахівців з медсестринства, що допомагає гарантувати однаковий рівень професійних знань і навичок незалежно від закладу освіти чи регіону. А також, дає чітке розуміння, якими компетентностями має володіти сестра/брат медичні залежно від отриманого рівня освіти.

5. Підвищення професійного статусу медсестер: Завдяки наявності чітких професійних стандартів, сестри/брати медичні отримують визнання своєї важливої ролі в системі охорони здоров'я, що підвищує престиж професії.

6. Посилення відповідальності та професійної етики: Професійні стандарти встановлюють високі етичні вимоги до поведінки та взаємодії медичних працівників із пацієнтами та їх оточенням, у мультидисциплінарних медичних командах, що сприяє покращенню відносин і збільшенню довіри між пацієнтами та медичним персоналом.

7. Прозорість кар'єрного зростання: Чіткі критерії Професійних стандартів дають можливість сестрам/братам медичним планувати своє професійне зростання та розвиток кар'єри, а також допомагають при оцінюванні їхніх досягнень.

8. Гармонізація з міжнародними стандартами: Професійні стандарти можуть бути розроблені з урахуванням міжнародного досвіду та практик, що дозволяє українським сестрам/братам медичним відповідати вимогам світових систем охорони здоров'я і сприяє їхньому працевлаштуванню за кордоном.

Ці переваги сприяють не лише підвищенню якості надання медичної допомоги та медсестринських послуг, але й загальному розвитку медсестринства як важливої складової системи охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. МОЗ планує перехід від кваліфікаційних характеристик до професійних стандартів// офіційний сайт МОЗ України. URL: <http://surl.li/ngzdxa>
2. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я. Наказ МОЗ від 29.03.2002 № 117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text>

КОСМЕТОЛОГІЧНІ ПОСЛУГИ: СЕСТРИ/БРАТИ МЕДИЧНІ, ЯК КЛЮЧОВІ ФАХІВЦІ В ПЕРСПЕКТИВНІЙ СФЕРІ.

Сестринська справа в косметології є одним з найбільш перспективних напрямків медичної професії, який поєднує в собі медичні знання та естетичні процедури. В умовах сучасного світу, де зовнішній вигляд та самопочуття людей стають важливими аспектами їхнього життя, косметологія отримує все більшу популярність. За даними світових досліджень, індустрія краси та догляду за собою демонструє стійкий ріст, що створює численні можливості для сестер/ братів медичних, які хочуть спеціалізуватися в цій галузі.

Медична сестра – це особа, яка пройшла підготовку за основною програмою медсестринського навчання, одержала достатню кваліфікацію і має право виконувати у своїй країні відповідальну роботу з медсестринського обслуговування, маючи на меті зміцнення здоров'я, запобігання хворобам та здійснення догляду за хворими [1]

Довідник кваліфікаційних характеристик №78 визначає, що косметологічну допомогу може надавати медичний брат/медична сестра з косметичних процедур, але виключно під керівництвом лікаря, наприклад:

- впроваджувати раціональну технологію догляду за шкірою відповідно до індивідуальних особливостей людини;
- виконувати призначені лікарем косметичні та фізіотерапевтичні процедури;
- проводити косметичний, пластичний та лікувальний масаж, косметичну гімнастику;
- консультувати щодо раціонального застосування косметичних препаратів і процедур.

В умовах цього розвитку медичні сестри та брати, які спеціалізуються на косметологічних процедурах, мають унікальну можливість для професійного зростання та стабільного доходу. Цей напрямок дозволяє медичним працівникам застосовувати свої знання та навички, забезпечуючи високоякісну косметологічну допомогу.

Вивчаючи наукові джерела нами виокремлено особливості сестринської справи в косметології:

- Сестринська справа в косметології передбачає набуття спеціалізованих знань у галузі догляду за шкірою, зокрема з таких дисциплін, як дерматологія, анатомія, фізіологія та фармакологія. Медичні сестри та брати,

які працюють у цій сфері, мають можливість розширити свої професійні горизонти, опановуючи сучасні косметологічні методики, такі як пілінг, мезотерапія, ін'єкційні процедури, лазерна терапія тощо. Завдяки цьому вони можуть надавати широкий спектр послуг, що робить їх професію більш універсальною та привабливою для клієнтів.

- Сьогодні попит на косметологічні послуги зростає в усьому світі, і Україна не є винятком. Багато людей звертаються до косметологів не лише для поліпшення зовнішнього вигляду, але й для вирішення певних дерматологічних проблем, таких як акне, пігментація, передчасне старіння тощо. Медичні сестри/брати-косметологи можуть допомогти пацієнтам у боротьбі з цими проблемами, застосовуючи науково обґрунтовані методики. Це робить професію не тільки перспективною, але й прибутковою, оскільки спеціалісти можуть працювати як у клініках, так і відкривати власну практику.
- Медичні сестри та брати мають значні переваги у порівнянні з іншими спеціалістами в сфері косметології завдяки медичній освіті та досвіду в галузі сестринської справи. Вони краще розуміють потреби та анатомо-фізіологічні особливості клієнтів, а також мають навички надання першої медичної допомоги, що є важливим аспектом безпеки під час проведення косметологічних процедур. Це підвищує довіру клієнтів і робить їх більш схильними обирати медичних спеціалістів для виконання косметологічних послуг.
- Робота в косметології для медичних сестер/братів може стати джерелом стабільного доходу та пропонує широкі можливості для кар'єрного зростання. Спеціалісти можуть підвищувати свою кваліфікацію, освоювати нові технології та розширювати перелік послуг. Крім того, вони можуть працювати як в салонах краси, так і в приватних медичних клініках, що пропонують послуги косметології, або навіть розпочати власну підприємницьку діяльність. Це дозволяє медсестрам збудувати успішну кар'єру, зберігаючи при цьому гнучкість у виборі робочого середовища та графіка.

Сьогодні диктує переваги роботи медсестри-косметолога:

- У зв'язку зі зростаючою популярністю косметологічних процедур, попит на кваліфікованих медичних сестер/братів-косметологів стабільно високий. Багато клієнтів цінують наявність медичної освіти у фахівця, оскільки це підвищує рівень довіри до якості та безпеки послуг.
- Медичні сестри/брати-косметологи мають можливість працювати як в медичних установах, так і в приватних салонах або на фрілансі. Це дозволяє їм обирати комфортний для себе робочий графік і місце

роботи, що сприяє балансу між професійною діяльністю та особистим життям.

- Косметологія як сфера є надзвичайно динамічною, що відкриває широкі можливості для професійного зростання та спеціалізації. Медичні сестри/брати можуть регулярно підвищувати свою кваліфікацію, відвідуючи курси, тренінги та семінари з новітніх косметологічних технологій та методик, що дозволяє їм залишатися конкурентоспроможними на ринку праці.

Сестринська справа в косметології є перспективним і прибутковим напрямком для медичних працівників, що надає їм можливість розвиватися в галузі, яка поєднує медичні знання з естетичними процедурами. Медичні сестри/брати-косметологи мають значні конкурентні переваги завдяки своїй освіті та досвіду, а також можуть скористатися зростаючим попитом на професійні косметологічні послуги. Кар'єра у сфері косметології дозволяє медичним сестрам/братом не тільки досягати професійного успіху, але й забезпечити стабільний дохід та гнучкість у виборі робочого середовища.

ЛІТЕРАТУРА

1. Якість підготовки медичних сестер – нагальна вимога часу / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, І. І. Феценко [та ін.] // Розвиток медсестринської справи в Україні : матеріали конгр. // Буковин. мед. вісн. (спец. вип.). – 2021. – С. 7–1.
2. Brown, A. The Role of Nurses in Aesthetic Medicine. *Journal of Aesthetic Nursing*, 2020. № 9(4), P.12-19.
3. Петрова, О. М. Косметологія для медичних сестер: вимоги, можливості та перспективи. *Український медичний огляд*, К.2020. №7(3). С.98-104.
4. Smith, C. Aesthetic Nursing: A Growing Field for Registered Nurses. *International Journal of Cosmetic Medicine*, 2022. № 10(5). P.25-30.

ПАСІЧНЮК І.П.

к.мед.н., доц.,

ПАРТИКА У.Б.

викладач

ВРОДЖЕНА ПАТОЛОГІЯ ОРГАНІВ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ В ПРАКТИЦІ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ.

Вступ. Мальротация є найбільш поширеною вродженою аномалією тонкого кишківника. Одним із її варіантів є синдром Ледда (СЛ), який при несвоєчасному наданні допомоги може призвести до масивного некрозу тонкої кишки з необхідністю її подальшої резекції. Латентний СЛ складний для діагностики і часто є причиною помилкових діагнозів, що веде до незадовільних результатів лікування у пацієнтів різних вікових груп. Частота народження дітей з вродженими вадами розвитку за даними ВООЗ сягає 4–6 % від загальної кількості новонароджених, а в 15 % дітей вади розвитку виявляються протягом перших 5–10 років життя. Щорічно вроджені вади стають причинами смерті близько 2,7 млн дітей у світі [2].

Особливе місце серед усіх вроджених вад органів травлення посідає мальротация кишківника. Частота її складає від 1:500 до 1:6000 живих новонароджених. Попри це справжню частоту мальротации з'ясувати проблематично, оскільки ця вада виявляється не тільки у новонароджених і дітей раннього віку, а й у дітей старшого віку та дорослих пацієнтів.

Вважається, що в однієї з 200 живонароджених дітей має місце безсимптомна ротаційна аномалія, яка клінічно може маніфестувати в будь-якому віці. За статистичними даними відзначається переважання в дитячому віці цієї вади у хлопчиків, ніж у дівчат у співвідношенні 2:1. З віком співвідношення змінюється до 1:1 у дорослих [1, 3, 19].

Одним із варіантів мальротации кишківника є синдром Ледда (СЛ). Його частота становить 0,8 на 1000 народжених дітей. Також хлопчики хворіють вдвічі частіше ніж дівчата [15].

Поєднання двох вроджених патологічних станів – здавлювання дванадцятипалої кишки ембріональними тяжами очеревини і вродженого завороту тонкої і правої половини товстої кишок внаслідок незавершеного повороту кишечника детально описав В. Ледд (W. Ladd) в 1932 р., і патологія отримала назву «синдром Ледда» [14].

Виникає СЛ внутрішньоутробно в терміни від 10 до 12 тижня ембріогенезу та обумовлений порушенням другого періоду нормального процесу обертання кишківника [14].

У літературі є достатня кількість повідомлень про синдром Ледда, що свідчить про актуальність цієї проблеми протягом не одного десятиліття [5, 9, 12, 20]. Проте, частіше описані гострі випадки. Діагностика віддаленої маніфестації СЛ вимагає ширшого ознайомлення лікарів з варіантами проявів даної патології [5, 6, 14, 21].

Основна частина. При підозрі на СЛ стандартними методами обстеження є оглядова рентгенографія черевної порожнини, рентгенографія верхніх відділів ШКК з барієм, іригографія та УЗД органів черевної порожнини. При СЛ рентгенографія органів черевної порожнини з барієм виявляє спіралеподібний перебіг тонкої кишки та високе підпечінкове розташування купола сліпої кишки. При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини визначається спіралеподібний перебіг петель тонкої кишки, верхньої брижової вени, розширені вени брижі тонкої кишки, порушення венозного відтоку від верхньої вени брижової з тенденцією до артеріалізації. При СЛ діагностична цінність ехографічно виявленого завороту (whirlpool sign) дуже велика [7, 23].

Однак, більшість клініцистів вважають, що складність даної вродженої патології полягає в тому, що вона, як правило, діагностується, лише за клінічними проявами [17, 18, 24].

Найчастіше (у 35-40% випадків) діагноз СЛ встановлюють на 1-му тижні, або (50-60% випадків) на 1-му місяці життя дитини. Це так звані гострі форми СЛ, для яких характерні часті зригування, блювання з домішками жовчі, кишкова непрохідність, тромбоз верхньої артерії брижі з розвитком гангрени кишківника. Такі стани у дітей раннього віку зазвичай не становлять труднощів для діагностики та вчасної оперативної корекції [1, 3].

Проте, трапляються випадки хронічного або латентного перебігу СЛ, які маніфестують у дітей дошкільного та шкільного віку, дітей-підлітків і дорослих, коли думки про вроджену патологію травної системи вже втратили актуальність. Клінічні ознаки обумовлені вторинними порушеннями функції травної системи, а саме: порушенням перистальтики кишківника, стазом вмісту тонкої кишки з ураженням її епітелію, вторинним порушенням біоценозу з формуванням ентеропатії та мальабсорбції [5, 6, 21].

Для хронічного варіанту перебігу СЛ характерні короточасні епізоди погіршення стану з тривалими (від декількох місяців до декількох років) світлими проміжками. Описані дані, що у 25-50 % 18-річних підлітків, яким під час оперативного втручання було встановлено діагноз СЛ, попередні скарги взагалі були відсутні [10, 11, 22]. Перші ознаки при цій формі СЛ – періодичні зригування або блювання в перші місяці життя, в подальшому змінюються на періодичні приступи болю в животі. Під час загострення спостерігається притупоподібний біль у животі із затримкою газів і стільця, багаторазове блю-

вання, вздуття живота в епігастрії з можливим западінням нижніх відділів [1, 8, 10]. Такі прояви латентного перебігу СЛ, як короткочасні епізоди болю в животі, періодичне блювання, нудота, діарея, болюча пальпація та вздуття живота, можуть розцінюватися як функціональні, так й органічні захворювання ШКК (синдром циклічного блювання, дискінезії жовчевих ходів, дисбактеріоз кишечника, ентеропатія та синдром мальабсорбції, реактивний панкреатит, неспецифічний коліт та ін.) [1, 5, 10].

Опрацювавши дані наукової літератури, подаємо найбільш цікаві клінічні випадки латентного варіанту СЛ у дітей та дорослих.

У 2012 році S. K. Sahu та співавторами описаний випадок у дівчинки 2-х років з проявами білково-енергетичної недостатності неясного генезу, яка народилася доношеною здоровою дитиною. З перших днів життя спостерігалися незначні зригування, кашкоподібні, потім водянисті випорожнення до 6 разів на добу. З 4-го місяця життя почалося відставання у фізичному розвитку, розвинулася анемія. У віці одного року дефіцит маси тіла складав 17,1%. Дитина відмовлялася від споживання твердої їжі, не з'їдала всю порцію. У 1,5 року спостерігалось три епізоди підйому температури до фебрильних цифр з респіраторними та кишковими розладами. Дитину консультували педіатр, гематолог, імунолог. Діагноз – ентеровірусна інфекція, гіповітаміноз. Під час лабораторного обстеження дитини виявлені кишковий дизбактеріоз (лактобактерії 10^4), гіпопротеїнемія, підвищення активності трансаміназ, анемія Іст., моноцитоз, ШОЕ 35 мм/год. Виключалася патологія печінки вірусної етіології, гельмінтози. На другому році життя стан дитини продовжував погіршуватися. Утримувалися зригування, блювання, розлади випорожнень. Дефіцит маси у 2 роки складав 31,7%. Спостерігалася затримка психо-моторного розвитку, негативізм у поведінці. Проводилася диференційна діагностика між вродженими вадами, пухлинними процесами в грудній та черевній порожнинах, головному мозку мітохондріальними хворобами. Верифікувати діагноз СЛ вдалося за даними ЕФГДС, УЗД органів черевної порожнини. Проведено оперативне втручання [5].

Ще раніше автор M. Bruijn (2004) описав клінічний випадок у дівчинки 5-ти років з затримкою розвитку, рецидивуючим блюванням, періодичними колькоподібними болями в животі, що спостерігались з 45-денного віку [8].

Автор P. C. Guzzetta (2009) описав кілька випадків СЛ. Перший – у хлопчика з частими, майже щоденними блювотами з однорічного віку, діагноз СЛ було верифіковано у 14 років. І другий – у дівчинки 8 років, в якій з 1-року відмічалось ацетонемічне блювання, болі в животі, які знімалися спазмолітиками, ферментами, оральною та пероральною регідратацією. З 6 –ти до 8-ми років блювання пов'язували з порушенням дієти, діагностували гастро-

дуоденіт, реактивний панкреатит, перегин жовчного міхура, холецистохолангіт, лактазу недостатність. Світлий проміжок тривав 16 міс. і у віці 8р.3міс. під час поступлення було діагностовано СЛ. Третій випадок описано автором також у дівчинки, яка з 1-го року спостерігалася з діагнозом: синдром мальабсорбції, неспецифічний коліт, імунодефіцитний стан, затримка фізичного розвитку. І тільки у 8 років 9 міс була вона була прооперована з приводу СЛ [10].

Автор A.Lamichhane (2020) описав цікавий випадок – під спостереженням лікаря перебувала дівчинка 15-ти років з приступами затяжного блювання з домішками жовчі протягом 5 днів, закрепом, розлитим болем в животі [4].

У науковій літературі все частіше зустрічаються повідомлення про пізню діагностику СЛ. Так, у 2013 році Собко О. І. описано випадок СЛ у дорослого пацієнта. А саме у хворого 46-ти років, який звернувся зі скаргами на загальну слабкість, нудоту, відрижку повітрям, багаторазове блювання, запаморочення, болі в животі та здуття живота, невідходження газів та відсутність стільця протягом 2 діб, та з підозрою на гостру кишкову непрохідність. Пацієнт був госпіталізований у хірургічне відділення. Під час оперативного втручання були виявлені ознаки СЛ [1].

Аналогічно С. Crassi (2020) повідомлено про 44-річну жінку, яка поступила з приводу гострого болю в животі, на комп'ютерній томографії черевної порожнини в правій здухвинній частині виявлені конгломератні петлі клубової кишки з потовщеними стінками, заповненими рідиною. Успішно виконано лапаротомічну операцію з приводу СЛ [16].

D.W. Dietz (2002) описав 68-річного чоловіка, якого госпіталізували з сильним болем у животі. Комп'ютерна томографія показала ненормальне розташування петель тонкої кишки та перекрут брижі тонкої кишки. Пацієнт пройшов лапароскопічну процедуру, яка виявила внутрішню грижу через бандаж Ледда. Було призначено планову процедуру Ледда [13].

За статистичними даними Львівської обласної клінічної лікарні Охматдит спостерігалось 20 випадків СЛ за останні 10 років.

Один з цих випадків був дуже складним проявом СЛ. А саме, у 17-річного Максима С. з одного із селищ Львівської області довелось видалити майже весь кишківник, в зв'язку з чим пацієнт-підліток потребував і потребує до теперішнього часу трансплантації кишківника. Дана операція за багатьма параметрами є складнішою за трансплантацію інших органів. З анамнезу дитини з'ясувалося, що з раннього віку були епізоди нудоти та болю в животі. Згодом наступив світлий проміжок. В 16 років розвинувся приступ гострого болю в животі, потім ще три. Знеболюючі середники ефекту не давали. При госпіталізації в районну лікарню був поставлений діагноз хронічного гастрит-

ту. Після лікування відмічалось покращення, але під час наступного фізичного навантаження відбувся рецидивний приступ болю, який у районній лікарні не змогли купувати, і хлопчика ургентно доставили в лікарню м. Львова. Саме там під час оперативного втручання було діагностовано СЛ, але некроз кишківника вимагав радикального видалення.

Наступний цікавий випадок спостерігали у Львівській міській дитячій клінічній лікарні. Хлопчик Володимир Л. підліткового віку (15 років) тричі за один рік був госпіталізований у Львівську міську клінічну лікарню з приводу гострої ниркової недостатності (ГНН) на тлі приступів блювання та болю в животі. Двічі отримував консервативну терапію ГНН з позитивним результатом. При третьому епізоді ГНН було проведено поглиблене обстеження, при якому було верифіковано СЛ.

Таким чином, підсумовуючи та узагальнюючи наведені клінічні випадки, можна сказати, що для латентного перебігу СЛ характерними є різноманітні соматичні прояви. Частіше це стани рецидивного блювання, абдомінального болю, синдрому мальабсорбції. Ускладнюють вчасну діагностику СЛ можливі тривалі періоди «повного благополуччя».

Висновки. Наведені у роботі клінічні приклади вродженої патології системи травлення у дітей – СЛ вказують, що дана патологія цілком ймовірно може зустрічатись у клінічній практиці педіатрів і сімейних лікарів. Опис різноманітної клінічної симптоматики, що характерний для СЛ, потребує осмислення і відповідних знань. Вбачається необхідність рекомендувати лікарям при проявах розладів травної системи у дітей раннього і старшого віку, особливо – дорослих пацієнтів не виключати ймовірність діагностики СЛ для вчасного надання кваліфікованої медичної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Випадок успішного лікування пацієнта із синдромом Ледда / О.І. Сопко, Р.М. Козубович, І.Л. Заря, Р.І. Верещако, І.М. Молнар, А.В. Пироженко. Хірургія України. 2013. № 2. С. 120-122.
2. Вроджені вади розвитку. Велика українська енциклопедія. URL: <https://vue.gov.ua> (дата звернення: 20.07.2023).
3. Переяслова А.А., Рибальченка В.Ф., Лосева О.О. Мальротация кишечника у детей: від ембріогенезу до наслідків : монографія. – Київ : ПП «ІНПОЛ ЛТМ» Друкарня«000000000», 2019. 226 с.
4. A Five Years Old Child with Failure To Thrive and Vomiting Presenting as a Diagnostic Dilemma: A Case Report. / A. Lamichhane, R. Sharma, R. Rajkarnikar, R. Awale, P. Shrestha. Oli NC.JNMA J Nepal Med Assoc. 2020.

- Vol.58(228). P. 600-603. URL: <https://doi: 10.31729/jnma.5134> (date of access: 06.01.2023).
5. Adult intestinal malrotation presenting as midgut volvulus: case report / S.K. Sahu, S. Raghuvanshi, A. Sinha, P.K. Sachan. *J. Surg. Arts.* 2012. P. 18-21
 6. Age related differences in diagnosis and morbidity of intestinal malrotation / E.T. Durkin, D.P. Lund, A.F. Shaaban, et al. *J. Am. Coll. Surg.* 2008. 658 p.
 7. Age-related difference in diagnosis and morbidity of intestinal malrotation / E.T. Durkin, D.P. Lund, A.F. Shaaban, M.J. Schurr, S.M. Weber. *J Am Coll Surg.* 2008. Vol. 206. P. 658-663.
 8. Bilious vomiting due to malrotation, also in older children / M. Bruijn, B.H. Wolf, A.M. Smets, et al. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2004. Vol. 148. P. 553-556.
 9. Bogoch A. *Surgery and gastroenterology.* New York, 2008. 230 p.
 10. Guzzetta P. C. Malrotation, Volvulus and Bowel Obstruction. *Surgical Pitfalls.* 2009. P. 53-56.
 11. How much of a misnomer is “asymptomatic” intestinal malrotation? / Z. Cohen, O. Kleiner, R. Finaly, et al. *Isr. Med. Assoc. J.* 2003. Vol. 5. P. 172-174.
 12. Intestinal malrotation and catastrophic volvulus in infancy / H.C. Lee, S.S. Pickard, S. Sridhar, S. Dutta. *J. Emerg Med.* 2012. Vol. 43(1). P. 49-51.
 13. Intestinal malrotation: a rare but important cause of bowel obstruction in adults / D.W. Dietz, R.M. Walsh, S. Grundfest-Broniatowski, et al. *Dis. Colon Rectum.* 2002. Vol. 45. P. 1381-1386.
 14. Ladd W.E. Congenital obstruction of the duodenum in children. *New Engl. J. Med.* 1932; Vol. 206. P. 277-283.
 15. Ladd W.E. Surgical diseases of the alimentary tract in infants. *New Engl. J. Med.* 1936. Vol. 215. P. 705-708.
 16. Ladd’s band in the adult, an unusual case of occlusion: Case report and review of the literature / C.Grassi , L. Conti, G. Palmieri, F. Banchini, et al. *International Journal of Surgery Case Reports.* 2020. Vol. 71. P. 45-49.
 17. Malrotation beyond infancy / N.G. Nagdeve, A.M. Qureshi, P.D. Bhingare, S.K. Shinde. *J Pediatr Surg.* 2012. Vol. 47(11). P. 2026-32.
 18. Midgut malrotation with chronic abdominal pain / A.K. Wanjari, A.J. Deshmukh, P.S. Tayde, Y. Lonkar. *N Am J Med Sci.* 2012. Vol. 4(4). P. 196-198.
 19. Millar A., Rode H., Cywes S. Malrotation and volvulus in infancy and childhood. *Semin. Pediatr. Surg.* 2003. Vol. 12, P. 229-236.
 20. Nehra D., Goldstein A.M. Intestinal malrotation: varied clinical presentation from infancy through adulthood. *Surgery.* 2011. Vol. 149(3). P. 386-93.
 21. Pickhardt P.J., Bhalla S. Intestinal malrotation in adolescents and adults: spectrum of clinical and imaging features. *AJR Am. J. Roentgenol.* 2002. Vol. 179. P. 1429-1435.

22. Powell D.M., Biemann O. , Smith C.D. Malrotation of the intestine in children: the effect of age on presentation and therapy. *J. Pediatr. Surg.* 1989. Vol. 24. P. 770-780.
23. Total midgut volvulus in adults with intestinal malrotation. Report of eleven patients / H. Kotobi, V. Tan, J. Lefèvre, et al. *J. Visc. Surg.* 2016. Vol. 79. P. 429-435.
24. Wallberg S.V., Qvist N. Increased risk of complication in acute onset intestinal malrotation. *Dan Med J.* 2013. Vol. 60. P. 44-47.

ШОПА Ю.П.,
Науковий керівник:
ЮРИСТОВСЬКА Н.Я.,
к.держ.упр., доц.

ЕМПАТІЯ ТА ЛЮДЯНІСТЬ – ВЗАЄМОЗВ’ЯЗОК У МЕДСЕСТРИНСТВІ

Актуальність даної теми полягає у тому, що специфіка медичної допомоги та застосування нових методів діагностики і лікування при недотриманні правил деонтології можуть створити бар’єр в спілкуванні між медичним працівником і пацієнтом. Часто це заважає психологічній комунікації, яка надзвичайно необхідна при здійсненні діагностично-лікувального процесу. Володіння навиками емпатії та людяності дає змогу під час лікування, догляду та опіки над пацієнтом, користуватися не лише даними лабораторних та інструментальних досліджень, а й думкою, почуттями та відчуттями пацієнта. Потреба пацієнта у чуйному та уважному ставленні медичного працівника, у доброму слові, що дарує надію на одужання, з перебігом діагностичного-лікувального процесу не зменшується, а лише зростає. Емпатія, на нашу думку – це глибоке і безпомилкове сприйняття внутрішнього світу іншої людини та її емоцій. Насамперед це розуміння емоційного стану людини і демонстрація цього розуміння.

Емпатія – це також здатність побачити навколишній світ таким, яким його бачить інша людина[1]. Людяність – риса характеру особистості, що означає діяльне співпереживання відносно істот свого та інших видів. Теоретичною основою практики людяності є гуманізм – світоглядна установка, що визначає відношення до будь-якої людини як до унікальної особистості, яка має право на творчу самореалізацію та полегшення страждань, пов’язаних із колізіями людської природи. Людяність виявляється у гуманному ставленні та повазі до людей, вболіванні за їхнє здоров’я і добробут, щирому прагненні допомогти у скрутних ситуаціях. Людяність – практичне втілення гуманізму та його екзистенційна першооснова; найповніше розкривається у системі колективних відносин, в умовах спільної діяльності та безпосереднього спілкування. У різних соціальних групах людяність є однією з найбільш референтних рис [2].

У медицині часто застосовують поняття «емпатичне слухання», яке походить із психології, – розуміння емоційного стану іншої людини і демонстрація цього розуміння. Наприклад, при опитуванні пацієнта сестрою/братом медичними емпатією є, по-перше, розуміння слів, почуттів і жестів пацієнта, а по-друге, – такий прояв цього розуміння, за якого пацієнт бачить, що медсестринський персонал усвідомлює його переживання [1].

Специфіка професійної діяльності медичного фахівця зумовлена етико-деонтологічними вимогами, що вміщують різноманітні види міжособистісних взаємин. Б.Д. Карвасарський [3] наголошує на тому, що в медичного працівника, крім інших професійно-важливих якостей, обов'язково має бути сформована комунікативна компетентність, яка забезпечує взаєморозуміння, довіру у взаєминах «медичний працівник – пацієнт». Серед психологічних характеристик, що визначають комунікативну компетентність лікаря, автор виокремлює афіліацію (потреба у створенні довірливих, емоційно значущих відносин із людьми), емоційну стабільність, сенситивність та емпатію. Проте, на нашу думку, автор не надає значення медсестринському персоналу в процесі діагностики та лікування пацієнтів та їхнім взаємовідносинам з пацієнтом та його оточенням.

Подібну думку висловлюють С.О. Кубіцький [3], М.М. Філоненко [4], які серед найбільш важливих комунікативних якостей медичного працівника визначають толерантність, емпатію, професійну рефлексію, спрямованість на відкрите спілкування й установлювання контакту. Емпатія розуміється як здатність до співчуття та співпереживання, вміння під час спілкування розуміти й поділяти емоції інших, досягати взаєморозуміння.

Т.М. Навлюк, [5] акцентує увагу на тому, що емпатійність потрібно розглядати не тільки як професійно-важливу рису медичного фахівця, а і як критерій його професіоналізму й основного регуляційного чинника ефективної професійної адаптації. За результатами дослідження автор констатує, що основним атрибутом ефективного контакту медичної сестри з хворим є емпатія як здатність входити в стан іншої людини за допомогою уявлення й інтуїції. У професійній діяльності медичної сестри конкретні емпатійні вміння, що функціонують у вигляді засвоєних когнітивних, афективних і мотиваційних патернів поведінки, визначають рівень професійної ідентифікації як процесу усвідомлення суб'єктом образу професійної діяльності та можливостей її реалізації.

Сучасна система охорони здоров'я переживає складні виклики та реалії. Це пов'язано із тим, що пацієнти, які поступають у заклади охорони здоров'я з різними діагнозами та відповідно і з різними потребами. Це викликано, також і з війною в країні. Бо поранені пацієнти, які прибувають на лікування із зони бойових дій, потребують особливого ставлення та опіки.

На нашу думку, важливо, щоби пацієнт розумів, що його уважно та із зацікавленістю слухають. Потрібно заохочувати його до вираження почуттів, що дасть змогу медичному працівникові краще зрозуміти ставлення пацієнта до своєї хвороби та своїх потреб. Взаєморозуміння поліпшується, якщо сестра або брат медичні під час спілкування з пацієнтом уникають зарозумілості і не демонструють зверхності, а, навпаки, поводяться доброзичливо і впевнено, виявляючи свою здатність до розуміння і щирий інтерес до проблем пацієнта та його родини.

Під час діагностично-лікувального процесу формується особливий зв'язок «лікар – сестра/брат медичні— пацієнт – близьке оточення пацієнта». Тому знання психології спілкування сприяє розв'язанню проблем і труднощів, пов'язаних із розвитком та протіканням хвороби і сприяє якісному одужанню пацієнта. Повсякденна робота, опіка, догляд медсестринського персоналу пов'язана із психологічними і емоційними чинниками та, обов'язково, – із проявом емпатичних здібностей та людяності. Однією з таких здібностей є вміння зрозуміти хвору людину, виробити методику комунікації з пацієнтом та його оточенням.



Рис. 1

Варто зазначити, що для пацієнта та його оточення є дуже важливим аспектом в діагностично-лікувальному процесі, що би сестра чи брат медичні розуміли та поділяли його емоційний стан та психологічний стан його оточення. Саме це дає хворому відчуття полегшення, довіри, безпеки та надії на швидке одужання. Тому, коли медичний працівник проводить бесіди з пацієнтом, характер яких в ідеалі має бути терапевтичним (наприклад, при підготовці до досліджень чи оперативних втручань, складної процедури, прийняття важливого рішення тощо), він насамперед має звертати увагу не так як на інформацію яку пацієнт повідомляє, а як на почуття які він виражає при цьому.

Підводячи підсумок, можна стверджувати, що емпатія та людяність є двома невід'ємними складовими професійної етики в медсестринстві, які взаємодоповнюють одна одну та формують основу якісної медичної допомоги. Емпатія, як здатність глибоко розуміти емоційний стан пацієнта та співчувати йому,

дозволяє сестрі медичній чи брату медичному створювати емоційний зв'язок з пацієнтом і забезпечувати індивідуалізований догляд та опіку. Людність, у свою чергу, виявляється в загальному підході до надання допомоги, що ґрунтується на повазі, доброзичливості та турботі про гідність пацієнта. Взаємозв'язок емпатії та людності в медсестринстві полягає в тому, що людність створює етичну платформу для професійної діяльності, тоді як емпатія допомагає медичним працівникам ефективно реагувати на емоційні та фізичні потреби пацієнтів. Цей синергійний підхід дозволяє підвищити рівень довіри до медичних сестер і братів, покращити комунікацію з пацієнтами та позитивно вплинути на процес лікування і реабілітації. Отже, емпатія та людність є ключовими компетенціями, які повинні культивуватися в медсестринській практиці для забезпечення високих стандартів медичної допомоги. Досліджуючи та вивчаючи дану проблематику, варто наголосити на тому, що людність та емпатія позитивно впливає на пацієнта та його оточення, а також пов'язаний з ефективним та швидким одужанням. Ось чому медичним працівникам, а особливо сестрам/братом медичним, так потрібно володіти навиком емпатичного слухання та проявами людності. Зазначаємо, що, ефективний та якісний терапевтичний ефект залежить від того, чи почувається пацієнт в спілкуванні з медичним працівником об'єктом турботи, чуйності та розуміння.

ЛІТЕРАТУРА

1. Спілкування з пацієнтом на основі емпатії// Медична справа. 20.04.2017. URL:<https://medplatforma.com.ua/article/569-qqq-17-m4-20-04-2017-splkuvannya-z-patsntami-na-osnov-empat> (дата звернення 01.09.2024).
2. Н. В. Хамітов. Людність. Енциклопедія Сучасної України (2017)//ISBN 966-02-2074-X
3. Кубіцький С.О. Особливості професійної комунікативної взаємодії майбутніх медпрацівників / С.О. Кубіцький, Н.В. Неділька // Вісник Національної академії оборони. Серія «Питання педагогіки».-2010. – № 2 (15). – С. 49-55.
4. Філоненко М.М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря : [монографія] / М.М. Філоненко. – К. : Центр учбової літератури, 2015. – 420 с.
5. Павлюк ТМ. Емпатійні чинники професійної адаптації медичних сестер : автореф. дис. ... канд. пси-хол. наук : спец. 19.00.07 / Т.М. Павлюк. – Івано-Франківськ, 2007. – 21 с.

КОНОПАДСЬКА М.С.,
Науковий керівник :
ВАСЬКОВСЬКА О. Л.

СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПРИВОДУ ОБІЗНАНОСТІ УЧНІВ ТА СТУДЕНТІВ ЩОДО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Актуальність: В еру ‘харчового буму’ та розладів травлення особливо у дітей молодшого та старшого віку, через велику кількість сприяючих чинників, які діють на організм дітей. Як результатом дії цих факторів, ми маємо підвищену статистику у групі набутих хвороб, тобто різні ступені ожиріння, гастрити і цукровий діабет. Вони всі є небезпечними для дитячого організму, але цукровий діабет має найбільш згубний вплив ніж інші.

Цукровий діабет (ЦД) – це група метаболічних (обмінних) захворювань, що характеризуються хронічною гіперглікемією внаслідок порушень секреції інсуліну, дії інсуліну або обох цих чинників. Хронічна гіперглікемія при ЦД супроводжується ураженням, дисфункцією і недостатністю різних органів, особливо очей, нирок, нервів, серця і кровоносних судин. ЦД – найнебезпечніший виклик людству в ХХІ столітті. ЦД визначений ВООЗ як неінфекційна епідемія, саме у зв’язку з цим 2006 року ухвалено резолюцію ООН про боротьбу з ЦД. Це четверта за всю історію ООН резолюція про захворювання, перші три були присвячені боротьбі з малярією, туберкульозом, ВІЛ-інфекцією. Якщо на початку 80-х років минулого століття число хворих на ЦД становило близько 30 млн, то на сьогодні це вже понад 498 млн з них 97 млн дітей, а за прогнозами експертів Міжнародної діабетичної федерації (МДФ) і ВООЗ до 2030 року очікується понад 738 млн із них 174 млн орієнтовно будуть діти. Число хворих на ЦД 2-го типу зростає в усіх без винятку країнах світу найчастіше серед дітей віком від 9 до 15 років. До того ж 63 млн дітей із ЦД залишаються не діагностованими. ЦД спричинив

107 тис випадків дитячої смерті у 2013 році, з кожними роком смертність від ЦД серед дітей лише зростає приблизно на 3,7-4,2%. Станом на кінець 2023 року в Україні цукровий діабет діагностований у 24,3 тис дітей, із них діабет I типу має 14,3 тис, II типу- 6,2 тис, інші 3,8 тис мають діабет змішаного генезу, тобто розвиток діабету спричинило інше захворювання (спадкове/інфекційне). На даний час в Україні за даними МОЗ кожного року цукровий діабет діагностують близько у 2,5 тис дітей [3].

У Житомирській області за даними МОЗ на 2023 рік кількість дітей, які мають діагностований діабет становить 773 особи. Таким чином, Житомирська область, посідає 9 місце серед усіх областей України за чисельністю хворих дітей на цукровий діабет, що є дуже невтішним [1].

На відміну від дорослих, у дітей найчастіше виявляють діабет першого типу (інсулінозалежний). Тобто це захворювання розвивається внаслідок руйнування β -клітин підшлункової залози, які виробляють інсулін. І для того, щоб ці діти почувалися нормально, і у них не виникало ускладнень, їм щодня слід вводити певну кількість інсуліну. Доза кожному підбирається індивідуально і вона залежить від багатьох чинників: кількості спожитих вуглеводів, рівня цукру в крові, віку, способу життя, ваги, тривалості захворювання тощо.[4]

Значно рідше у дітей виявляють діабет другого типу (інсулінонезалежного), коли контролювати рівень цукру можна за допомогою таблеток, дієти. Тобто, інсуліну виробляється стільки, скільки потрібно, але рецептори клітин не реагують на нього і в результаті не вбирають всередину глюкозу з крові.

У дітей цукровий діабет другого типу розвивається на тлі ожиріння, зазвичай у період статевого дозрівання. Ознаки цукрового діабету у дітей ті ж, що і в дорослих. При цьому в дитини вище ризик розвитку атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, жирової дистрофії печінки.[3]

Цей тип діабету, тривалий час не має явних симптомів. Сьогодні в Україні діабет другого типу діагностовано у 6,2 тис дітей, хоча насправді таких хворих діток є значно більше. Його небезпека полягає у тому, що він значно швидше, ніж перший тип, дає ускладнення. Класичним симптомом діабету другого типу є надмірна вага. Тому всім повненьким дітям слід раз на рік здавати аналіз на визначення рівня цукру.[4]

Окремо виділяють таке поняття як неонатальний цукровий діабет, який виявляють у немовлят до півроку, найчастіше, до трьох місяців. Це єдиний тип діабету, від якого дитину можна повністю вилікувати, і в майбутньому вона буде цілком здоровою. Неонатальний діабет доволі часто буває транзиторний (тимчасовий): є підвищений рівень цукру, є симптоми, характерні для цього захворювання, іноді доводиться навіть вводити інсулін, але згодом діабет зникає. Це не є стовідсоткова класична форма діабету. Після відповідного лікування ці дітки надалі можуть бути абсолютно здоровими.

Причинами розвитку цукрового діабету I типу вважається, що схильність до цього захворювання може передаватися спадково, а проявиться воно чи ні, залежатиме від способу життя людини.[1]

Виникнення цукрового діабету у дітей, можуть спровокувати: відсутність грудного вигодовування, погана екологія, неправильне харчування тощо.

Цукровий діабет I типу – це аутоімунне захворювання, тобто, коли організм знищує свої ж клітини підшлункової залози. Тобто є спадкова схильність, а для того, щоб розпочався цей аутоімунний процес, мусить бути поштовх. Найчастіше це будуть вірусні захворювання (грип, краснуха тощо) або стресова ситуація.

Нерідко це захворювання діагностують у дітей, батьки яких не хворіли на цукровий діабет. [4]

Коли хтось із батьків чи рідних має це захворювання, то існує значно більша ймовірність того, що й діти хворіють. Якщо хворий батько, ризик становить 5%, коли мати – 3-4%, коли обоє батьків – 40-60%.

Клінічними проявами є сильна спрага без причини. Малюк постійно хоче пити – незалежно від сезону і часу доби. Дитина часто ходить в туалет «по маленькому». Число сечовипускань у дітей, хворих на цукровий діабет, коливається від 10 до 25 разів на добу. Часто спостерігається енурез. Пояснюється це особливістю глікози «притягати» до себе воду, в результаті чого обсяг сечі збільшується, і з сечею організм виділяє зайвий цукор. Також визначається сухість шкіри та слизових оболонок.

Дитина помітно втрачає у вазі. У дитини псується зір. Зайвий цукор може залишатися в організмі не тільки у вигляді жиру – він може накопичуватися в нирках, кровеносних судинах і кристалику ока, через що відбувається його помутніння і гострота зору падає. [6]

Постійна слабкість і швидка втомлюваність. Зростаючому організму не вистачає енергії: таким дітям важко дається навчання, вони відстають у фізичному розвитку від однолітків, у них часто болить голова.

Наведені вище ознаки характерні для першого типу цукрового діабету. Розвиток вторинних симптомів відбувається впродовж усього життя. Вони властиві всім типам цукрового діабету. У першу чергу до них відносяться проблеми зі шкірою. При цукровому діабеті характерні тривалі шкірні захворювання, а осередки їх прояву схильні до нагноєння. [5]

Мета дослідження: полягає у визначенні обізнаності студентів та учнів щодо цукрового діабету.

Матеріали та методи дослідження: для проведення дослідження використовувалася анкета, створена на основі проблематики дослідження. Соціологічне дослідження проводилося в Google-forms серед здобувачів освіти Житомирських ліцеїв та коледжів. В анкетуванні взяли участь 571 респондентів різного віку.

Результати дослідження. Анкета соціологічного дослідження складається з 9 питань щодо обізнаності студентів та учнів різних освітньо-професійних програм та курсів навчання.

Результати дослідження наведені на рис. 1–9.

Вік опитаних

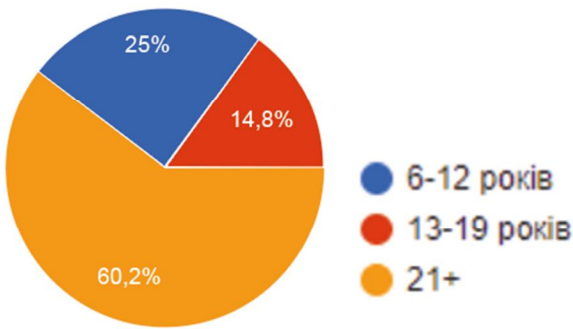


Рис. 1

Чи чули опитані про ЦД.

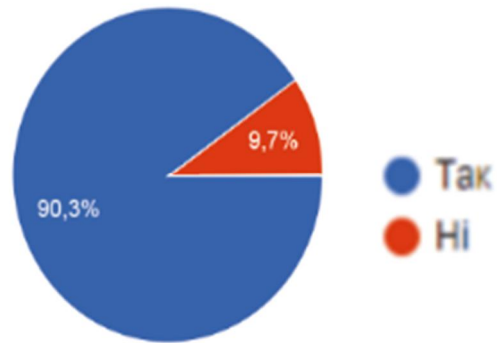


Рис. 2

Чи хворіють опитані на цукровий діабет.

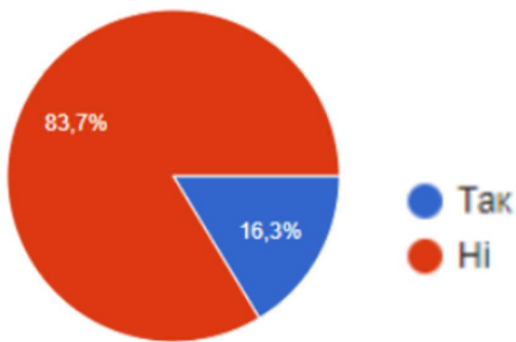


Рис. 3.

Якщо хворіють, то який тип ЦД мають.

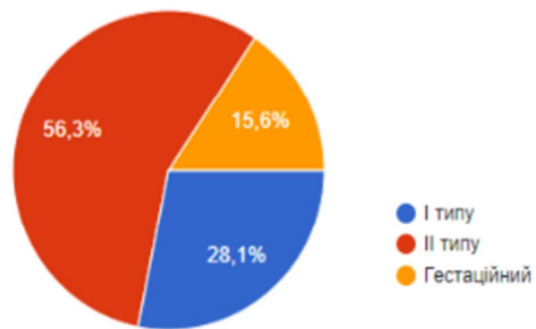


Рис. 4.

Чи мають в оточенні хворих на ЦД.

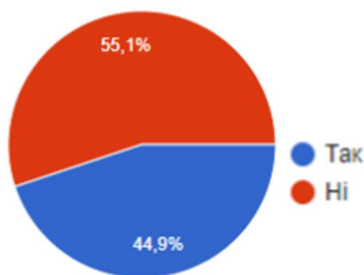


Рис. 5

Фактори які сприяють розвитку ЦД.



Рис. 6.

Джерела з яких опитані дізналися про ЦД.



Рис. 7

Загроза розвитку ЦД.

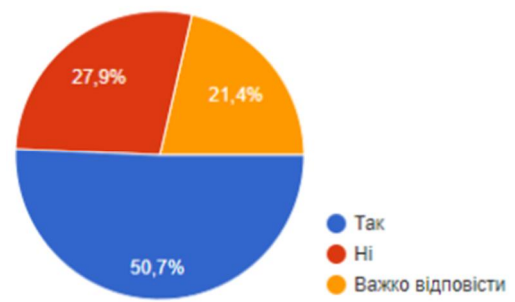


Рис. 8

Обізнаність респондентів про надання першої невідкладної допомоги особам, які хворіють на ЦД.

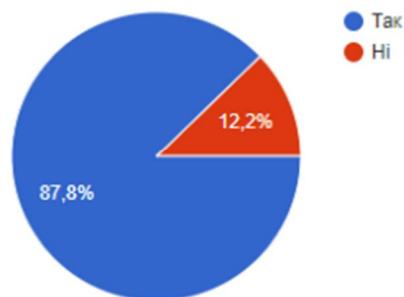


Рис. 9

Висновок: аналізуючи результати соціологічного дослідження респондентів з'ясували, що 87,4% з них вперше дізналися про цукровий діабет з різних джерел, а саме: 65,2% – зі ЗМІ; 14,2% – від батьків; 8,6% – в навчальному закладі, в той час як 12,6% вперше про нього чують.

Загалом серед респондентів мають діагностований цукровий діабет 16,3% осіб, що є досить високим показником. Мають рідних, друзів чи знайомих, які хворіють на цукровий діабет – 44,1% респондентів. Це може свідчити про те, що кожна людина, без винятку, перебуває у зоні ризику захворіти на цукровий діабет. Необхідною умовою запобігання захворювань на цукровий діабет – це профілактика.

Профілактика цукрового діабету у дітей включає:здорове харчування (мінімум цукру, більше клітковини та білків), регулярні нормовані фізичні навантаження, контроль ваги для запобігання ожиріння. Також є дуже важливим фактором профілактики є грудне вигодовування. Медики вкотре

підкреслюють своїми дослідження наскільки важливе грудне вигодовування для здоров'я малюків.

Бережіть себе та будьте здорові!

ЛІТЕРАТУРА:

1. “Що варто знати про цукровий діабет”-Гончарук О.З. МОЗ України. Дія. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/scho-var-to-znati-pro-cukrovij-diabet>
2. Атлас діабету. – <https://diabetesatlas.com.ua/>
3. “Енциклопедію діабету”.- <https://into-sana.ua/enc/cukrovij-diabet-u-ditej-ta-pidlitkiv/>
4. Bolotskaya LL, Esayan RM, Oleynik OV The 6th International Symposium Diabetes and Pregnancy, 23-26 March 2011, Salzburg, Austria. Diabetes mellitus . 2011; 14 (2): 131-132 .-<https://doi.org/10.14341/2072-0351-5651>
5. Інсулінова помпа (допомога лікарю та пацієнту для ефективного управління діабетом) / І. І. Дідов, В. А. Петеркова,
6. Т. Л. Кураєва, Д. Н. Лаптев. – М.: 2014. – 126 с.
7. F. M. Alsaleh, F. J. Smith, S. Keady, K. M. G. Taylor Insulin pumps: від уявлення про сучасність і до майбутньої // Journal of
8. Clinical Pharmacy and Therapeutics. – 2010. – No35. – С. 127-138.

СЕКЦІЯ 3

ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ЖУКРОВСЬКА М.О.

к. хім. н.

ПАРТИКА У.Б.

викладач

ВПРОВАДЖЕННЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ХІМІЇ ТА ФАРМАКОЛОГІЇ У МЕДИЧНУ ОСВІТУ

Міждисциплінарний підхід до навчання стає все більш актуальним у підготовці майбутніх медичних працівників. Інтеграція хімії та фармакології є важливою у системі медичної освіти, оскільки сприяє кращому розумінню хімічних механізмів дії лікарських засобів та особливостей їхнього впливу на організм людини.

Ця стаття аналізує переваги та можливі підходи до впровадження міждисциплінарної інтеграції фармакології та хімії в освітній процес студентів-медиків і майбутніх фармацевтів.

Ключові слова: міждисциплінарний підхід, фармакологія, хімія, медична освіта, інтеграція, навчальний процес.

Вступ. Медична освіта постійно розвивається відповідно до вимог сучасної науки та медицини. Сьогодні важливо не тільки забезпечити майбутніх медичних працівників знаннями з окремих дисциплін, але й навчити їх мислити комплексно, розуміти взаємозв'язки між різними сферами медичних наук [1]. Особливо актуальним стає питання інтеграції базових дисциплін, таких як хімія, з прикладними дисциплінами, до яких належить і фармакологія.

Фармакологія – це наука про лікарські засоби та їхній вплив на організм, а хімія досліджує молекулярну структуру, властивості та реакційну здатність хімічних речовин, які проявляють біологічну та фармакологічну активність і є активними фармацевтичними інгредієнтами у лікарських засобах. Тому інтеграція цих двох дисциплін має велике значення для розуміння механізмів дії лікарських препаратів, їхньої фармакокінетики та фармакодинаміки [2-4].

Мета роботи – проаналізувати можливості впровадження міждисциплінарної інтеграції хімії і фармакології в освітній процес Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського.

Основна частина. Хімія відіграє важливу роль у системі підготовки спеціалістів медицини і фармації [5]. Ця фундаментальна освітня компонента дає знання про будову, шляхи одержання, властивості органічних та неорганічних речовин, механізми реакцій, а також про взаємозв'язок між будовою, хімічними властивостями і фармакологічною активністю різних класів органічних та неорганічних 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.

Інтеграція хімії та фармакології в процес підготовки студентів-медиків має велике значення з кількох причин [2, 4, 5]:

1. глибше розуміння механізмів дії ліків (знання хімічної структури лікарських засобів дає студентам можливість зрозуміти, як ці речовини взаємодіють з рецепторами, ферментами та іншими молекулярними мішенями в організмі);

2. покращення клінічного мислення (інтеграція хімічних і фармакологічних знань дозволяє студентам не лише засвоювати теоретичний матеріал, але й краще застосовувати його на практиці, аналізуючи фармакокінетичні та фармакодинамічні властивості препаратів у контексті різних хімічних реакцій);

3. протидія антибіотикорезистентності (базові знання хімії допомагають зрозуміти механізми резистентності бактерій до антибіотиків, що є ключовим аспектом для розвитку нових фармакологічних стратегій).

Перевагами інтеграції знань з хімії та фармакології є [3-6]:

1. системне мислення (студенти, які навчаються за інтегрованими програмами, розвивають здатність мислити комплексно, поєднуючи знання з різних дисциплін);

2. краща підготовка до клінічної практики (інтеграція хімічних і фармакологічних знань підвищує рівень розуміння студентами принципів лікування, фармакокінетики та токсикології лікарських засобів);

3. зниження ймовірності помилок (розуміння хімічних властивостей препаратів дозволяє майбутнім медикам і фармацевтам краще оцінювати ризики та побічні ефекти, зменшуючи ймовірність помилок у призначенні лікування).

Поряд із перевагами існують певні труднощі впровадження інтеграції [7]. Інтеграція різних дисциплін вимагає значних змін у структурі освітніх програм, що може бути складним для реалізації в короткі терміни. Для впровадження міждисциплінарного підходу необхідні фахівці, які добре володіють як знаннями з хімії, так і фармакології, що може бути проблемою через відсутність таких кадрів. Студенти можуть сприймати інтеграцію дисциплін як додаткове навантаження, що потребує збільшення часу на самостійну роботу та підготовку.

Аналізуючи можливості інтеграції хімії з фармакологією у системі медичної та фармацевтичної освіти, слід віднайти конкретні теми та питання у навчальних програмах, які дозволяють інтегрувати вище згадані освітні компоненти. Наприклад, такими «точками дотику» хімії і фармакології може стати вивчення студентами будови і властивостей багатьох класів органічних сполук, які є активними фармацевтичними інгредієнтами лікарських засобів (карбонових кислот: сульфанілової, саліцилової, бензойної, параамінобензойної, барбітурової; численної кількості гетероциклічних сполук, амінів, амінокислот, білків, полісахаридів, глікозидів, ліпідів, алкалоїдів, тощо). Також міждисциплінарні зв'язки хімії та фармакології можна формувати під час розгляду таких тем з медичної хімії, як-от: «Біогенні елементи» (студенти отримують знання щодо властивостей елементів, які є складовими кардіо-, невро-, гепатотропних засобів; володіють антисептичними властивостями, здатні стимулювати еритропоез, входять до складу металоферментів, органотропних засобів тощо); «Колігативні властивості розчинів» (знання про явище осмосу допомагає зрозуміти механізм дії осмотичних діуретиків та проносних засобів); «Розчини електролітів» (згадуються препарати кислот і основ: сила дії препаратів залежить від величини константи їхньої дисоціації); «Поверхневі явища. Адсорбція» (знання основ адсорбційної теорії допомагають засвоєнню фармакології сорбентів); «Дисперсні системи. Колоїдні розчини» (опанування студентами теорії коагуляції полегшує розуміння механізму дії в'язучих засобів) та ін. Розуміння механізму дії лікарських засобів різних фармакологічних груп сприяє закріпленню знань, отриманих при проходженні хімічних освітніх компонентів.

Таким чином, засвоєння вище згаданих тем допоможе майбутньому спеціалісту медицини та фармації сформувати ґрунтовні знання про сучасний арсенал лікарських засобів. Саме такий міждисциплінарний підхід допомагає студентам пов'язувати уже набуті знання з хімії із новими відомостями з фармакології. 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.

Можливими способами впровадження міждисциплінарної інтеграції є [8-10]:

1. модульний підхід (створення модульних курсів, які об'єднують хімію та фармакологію; у цих курсах студентам пропонується вивчати хімічні властивості лікарських речовин паралельно з їхньою фармакологічною дією);

2. практичні завдання (інтеграція знань найкраще здійснюється через практичні заняття, де студенти можуть використовувати свої знання з хімії для розв'язання клінічних кейсів, пов'язаних із фармакологією; наприклад, студентам пропонується проаналізувати фармакокінетику препарату на основі його хімічної структури);

3. проектна діяльність (впровадження міждисциплінарних проектів, у яких студенти працюють над створенням або аналізом нових лікарських засобів, що сприяє більш глибокому розумінню взаємозв'язку між хімією та фармакологією).

Для успішного створення і реалізації міждисциплінарних зв'язків викладачі кафедри фармації Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського використовують проведення інтегрованих занять, застосовують технології інтерактивного навчання, комп'ютерні технології, тренінгові технології з використанням тестів, ситуаційних задач інтегрованого змісту.

Висновки. Інтеграція хімії та фармакології у медичній освіті є важливим кроком до вдосконалення підготовки майбутніх спеціалістів медицини і фармації. Такий підхід дозволяє не лише глибше розуміти механізми дії лікарських препаратів, але й покращує клінічне мислення студентів. Впровадження міждисциплінарних підходів потребує значних змін у навчальних програмах, але його переваги для якісної підготовки майбутніх фахівців очевидні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багрій М. М. Інтеграція навчального процесу у вищих медичних закладах / М. М. Багрій, Н. М. Ворович-Семченко, О. Г. Попадинець // Вісник проблем біології та медицини. 2010. Вип. 3. С. 209–211.
2. Чечотіна С.Ю. Актуальність Лисаченко О. Д. Роль міждисциплінарної інтеграції у формуванні клінічного мислення студента / О. Д. Лисаченко // Вісник проблем біології і медицини. 2012. Вип. 3, т. 2 (95). С. 133-135.
3. упровадження міждисциплінарної інтеграції при вивченні фармакології / Український стоматологічний альманах. № 4. 2013 р. С. 86-89.
4. Горчакова Н. О. Інтеграція фармакології з медичною та біологічною хімією / Н. О. Горчакова, Н. В. Савченко, О. В. Шумейко // Вісник проблем біології і медицини. 2015. Вип. 1 (117). С. 55-59.

5. Клименко С.О. Хімічна освіта в системі професійної підготовки студентів медичних вузів / Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». Том 12, Випуск 3(39). С. 176-179.
6. Кривенький Т. П. Особливості інтеграції навчального процесу, які спрямовані на підвищення фахової підготовки студентів-стоматологів в ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» / Т. П. Кривенький. Р. М. Назарчук, О. І. Турчак, Н. М. Воронич-Семченко // Медична освіта. 2014. № 1. С. 48–50.
7. Хмельникова Л.І. *Інтегративні проблеми у розвитку компетенцій студентів – провізорів при навчанні аналітичної хімії* / Л.І. Хмельникова, О.А. Подплетня // 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.
8. Результати впровадження нових технологій навчання при викладанні фармакології / К. А. Посохова, О. М. Олещук, О. О. Шевчук [та ін.] // Медична освіта. 2012. №3 (додаток). С. 247.
9. Кайдалова Л. Г. Професійна підготовка майбутніх фахівців фармацевтичного профілю у вищих навчальних закладах : монографія / Л. Г. Кайдалова. – Харків : НФаУ, 2010. 364 с.
10. 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.

АБИШЕВА Л.П.
2 курс, медицина
Науковий керівник:
МАЛИШЕВ В.В.
д.т.н., проф.

СВІТОВИЙ РИНОК КОНТРАКТНОЇ РОЗРОБКИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ВИРОБНИЦТВА У ФАРМАЦІЇ

Вступ. Contract Development and Manufacturing Organization (CDMO) – або контрактна організація з розробки та виробництва – це організація, яка відповідає не лише за зовнішнє виробництво лікарських речовин, але й за весь процес інновацій та розробки, який передує виробництву. Він надає широкий спектр послуг, призначених для полегшення всього процесу виробництва фармацевтичних продуктів протягом усього життєвого циклу [1]. Фармацевтичний CDMO займається аутсорсингом лікарських речовин і працює з інноваціями та програмою розвитку, яка відбувається перед виробництвом. Фармацевтичний CDMO є одним із найважливіших факторів позитивного суттєвого зростання галузі охорони здоров'я.

Фармацевтична промисловість – це світ, який постійно змінюється та суворо регульований, тому розуміння того, що означає CDMO pharma, має вирішальне значення для успіху фармацевтичної компанії. CDMO є основними гравцями в цьому контексті, оскільки вони надають усі повністю інтегровані послуги та таким чином покращують увесь процес розробки ліків.

Основна частина. Існує декілька причин необхідності використання послуг CDMO фармацевтичними компаніями [1, 2]:

- фармацевтична промисловість стикається з кількома викликами, починаючи від складних процесів розробки ліків, високих операційних витрат і закінчуючи суворими нормативними вимогами, які CDMO допомагає вирішити;
- управління витратами – фармацевтичні компанії можуть значно скоротити або уникнути величезних інвестицій, необхідних для розвитку інфраструктури, включаючи лабораторії та виробничі підприємства, оскільки CDMO роблять ці об'єкти готовими до використання;
- доступ до експертних знань – використання глибоких знань і досвіду CDMO дозволяє фармацевтичним компаніям орієнтуватися в складнощях розробки ліків і ефективного регулювання процесів, забезпечуючи високі стандарти якості та відповідності;

- гнучкість і швидкість – CDMO забезпечують більшу гнучкість у реагуванні на потреби ринку; вони пропонують масштабовані рішення, які допомагають керувати коливаннями попиту та можуть швидко регулювати обсяги виробництва відповідно до ринкових і клінічних потреб.

Як вибрати правильного партнера CDMO Pharma?

На думку фахівців [2] вибір фармацевтичного партнера CDMO може значно вплинути на успіх фармацевтичного проекту. При виборі CDMO слід враховувати такі обставини:

- оснащеність CDMO найновішими технологіями та здатність впоратися зі складністю продукту;
- наявність сформованого досвіду відповідності нормативним стандартам, критичним для ринків;
- здатність CDMO ефективно керувати проектами, одночасно масштабуючи процеси для задоволення виробничих вимог без шкоди для якості;
- можливість включення до послуг комплексної підтримки для фармацевтичних компаній, включаючи послуги з дослідження та виробництва;
- відповідність культури та способу роботи CDMO цінностям і духу організації – партнера.

Обсяг світового фармацевтичного ринку CDMO становив 173,2 млрд дол. США у 2023 році та, за прогнозами сягне 184,9 млрд дол. 2024 році. Очікується його зростання до 345,6 млрд дол. 2033 року з сукупним середньорічним темпом зростання 7,2% з 2024 по 2033 рік [3].

Основні висновки фармацевтичного ринку CDMO:

- у 2023 році Азійсько-Тихоокеанський регіон мав найбільшу ринкову частку доходу – 43%.; регіони Північна Америка та Європа є регіонами, що розвиваються на фармацевтичному ринку CDMO;
- у 2023 році за продуктами ринку сегмент активний фармацевтичний інгредієнт (АФІ) домінував на ринку з найбільшою часткою ринку;
- згідно з робочим процесом, комерційні сегменти мали найбільшу ринкову частку на ринку, а клінічний сегмент є сегментом, який швидко зростає на ринку в прогнозований період;
- за заявками сегмент онкології мав найбільший ринковий дохід; серцево-судинні захворювання та діабет є одними з найбільших нових сегментів у прогнозований період.

Обсяг фармацевтичного ринку CDMO в Азіатсько-Тихоокеанському регіоні оцінювався в 73,7 млрд дол. США в 2023 році, а до 2033 року за прогнозами що він становитиме близько 144,1 млрд дол. з ССТЗ 7% з 2024 по 2033 рік. Лідируюче становище та подальше зростання фармацевтичного ринку CDMO в регіоні пояснюється такими обставинами:

- збільшення населення в таких країнах, як Індія та Китай;
- збільшення попиту на передові та надійні медичні установи;
- нижча вартість виробничих галузей та робочої сили;
- вигідне державне регулювання;
- зростаючий попит на генеричні та персоналізовані ліки.

Північна Америка з часткою доходу ринка 25% є ще одним із найбільших ринків фармацевтичних послуг CDMO завдяки:

- очікуваного поживлення за рахунок розширення виробничих підрозділів фармацевтичних галузей;
- зростанню геріатричної популяції та підвищенню попиту на відповідні послуги;
- збільшенню технологічних інновацій у фармацевтичній промисловості;
- розробці контрактів і зростанню ринку організації виробництва;
- добре налагодженій інфраструктурі охорони здоров'я та сприятливій державній політиці щодо покращення послуг охорони здоров'я.

У Європі (частка доходу ринку 23%) очікується помітне зростання фармацевтичного ринку CDMO протягом прогнозованого періоду завдяки збільшенню інвестицій у фармацевтичний сектор для покращення системи охорони здоров'я. На країни Латинської Америки та Близького Сходу з Африкою припадають частки доходу 6% і 3% відповідно.

Факторами росту фармацевтичного ринку CDMO є такі:

- відсутність необхідності залучення інших членів команди для інновацій та розвитку завдяки тому, що CDMO працює з виробництвом, інноваціями, аналізом і розвитком фармацевтичних галузей;
- можливість надання таких послуг, як пакування та транспортування, змішування, нанесення покриттів, аналітичні послуги тощо;
- діяльність CDMO щодо розробки рецептур і преформацій, комерційних та клінічних послуг.
- збільшення населення в усьому світі створює великі можливості для охорони здоров'я в прогнозований період та зростаючу потребу у фармацевтичній промисловості, виробництві та розвитку;

- важливість CDMO для управління всіма інноваційними програмами та програмами розвитку під одним «дахом», що надає фармацевтичній промисловості аутсорсинг ліків за менший час і економічно ефективним способом;
- збільшення інвестицій у програми досліджень і розробок з боку фармацевтичної промисловості призведе до збільшення розвитку фармацевтичної індустрії CDMO;
- зростаюча потреба в технологічному прогресі у фармацевтичній промисловості та розробці та виробництві ліків у галузі охорони здоров'я.

Одним з основних драйверів ринку є збільшення лікування хронічних захворювань, що призведе до збільшення потреби в сучасному та ефективному лікуванні для швидкого та кращого одужання людей. Крім того, зростання генеричних ліків і персоналізованої медицини також матиме позитивний вплив на ринок. Технологічний прогрес індустрії охорони здоров'я, готові лікарські форми, збільшення співпраці між фармацевтичними галузями, збільшення інвестицій у дослідження та розробки, збільшення населення похилого віку призведуть до більшого зростання ринку.

Обмеженням ринку може бути менша частка прибутку для фармацевтичної промисловості. Залучення аутсорсингової компанії до виробництва фармацевтичних препаратів і технологічного прогресу для галузі охорони здоров'я призведе до зниження частки прибутку для фармацевтичної промисловості. Такі фактори, як сировина, кількість придбаних замовлень, робоча сила, впливатимуть на інвестиції, зроблені фармацевтичною промисловістю. У аутсорсинговому виробництві існує проблема «видимості» виробничого процесу порівняно з власним виробничим процесом. Якщо CDMO виявить будь-які виробничі дефекти, відповідальність за проблему несе фармацевтична промисловість, а фірмі завдано репутаційної шкоди.

Можливості ринку пов'язані з технологічним прогресом у CDMO, яка реалізує інноваційні операційні технології. Збільшення попиту на прецизійну медицину та генеричні ліки призведе до можливостей майбутнього зростання на ринку. Очікується, що технологічні досягнення, такі як розгортання штучного інтелекту, блокчейн, хмарні обчислення та машинне навчання, запропонують вигідні можливості для зростання ринку протягом прогнозованого періоду. Фармацевтичний CDMO ставить перед собою цілі щодо технологічного лідерства. Зростаючі злиття та поглинання в CDMO розширяють зростання ринку.

Висновки. Узагальнено досвід діяльності фармацевтичних контрактних організацій з розробки та виробництва та досліджено стан та динаміку їх світового ринку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Contract Development and Manufacturing Organization (CDMO) <https://www.propelsoftware.com/glossary/contract-development-and-manufacturing-organization-cdmo>
2. CDMO Pharma: What Is It and How It Benefits Your Business <https://adragos-pharma.com/cdmo-pharma/>
3. Pharmaceutical CDMO Market Size, Share, and Trends 2024 to 2033 <https://www.precedenceresearch.com/pharmaceutical-cdmo-market>

КОРЖОВА М.Ю.
2 курс, Медицина,
Науковий керівник:
МАЛИШЕВ В.В.
д.т.н., проф.

СВІТОВИЙ РИНОК НАНОФАРМАЦЕВИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ: ДРАЙВЕРИ, ОБМЕЖЕННЯ ТА СЕГМЕНТАЦІЯ

Вступ. НП все частіше використовують для профілактики та лікування важких хронічних захворювань. Ці препарати складаються з наноматеріалів, які характеризуються різними вдосконаленими фізико-хімічними властивостями. В останні роки багато органічних і неорганічних наночастинок (НЧ), таких як НЧ оксидів металів, НЧ ліпідів, НЧ полімерів та інші, використовуються для лікування цирозу печінки, серцево-судинних захворювань, раку тощо. Ці НЧ використовуються як наноагенти та нанозонди для лікування цирозу печінки та інших захворювань [1, 2].

Останні дослідження за тематикою були здійснені до 2020 року. Зважаючи на стрімкі темпи розвитку галузі нанофармації, дані потребують оновлення, уточнення та узагальнення.

Основна частина. Обсяг світового ринку нанофармацевтичних препаратів (НП) у 2021 році становив 53,85 млрд дол. США, і очікується, що середньорічний приріст його доходу становитиме 7,4% протягом прогнозованого періоду [3].

Основними факторами, які сприяють зростанню доходу ринку є:

- зростання інтеграції наночастинок у медичну діагностику та профілактику різноманітних гострих і хронічних захворювань;
- технологічний прогрес у процедурах діагностики захворювань;
- зростання геріатричної популяції.

Драйвери ринку нанофармацевтичних препаратів

До основних чинників, які впливають на зміни на ринку та напрямки його розвитку можна віднести:

- зростання поширеності хронічних захворювань, таких як цироз печінки, серцево-судинні захворювання, рак тощо – за даними Національного центру біотехнологічної інформації (NCBI), понад 2 мільйони смертей припадають на цироз печінки через недостатню точність в процедурах лікування та цільовому механізмі доставки ліків; НП мають високу цільову спрямованість і зробили «революцію» у фармацевтичній промисловості;

- розвинення досліджень і розробок нанороботів для лікування раку та тромботичних захворювань – Європейської комісії, група вчених з Eidgenössische Technische Hochschule, Цюрих, Швейцарія, розробила крихітних нанороботів, які можуть лікувати рак і захворювання, пов’язані з утворенням тромбів; ці перорально або ін’єкційно нанороботи можуть переміщатися по кровоносних судинах і доставляти ліки до місця раку;
- збільшення фінансування наномедичних досліджень урядами та неурядовими організаціями – у 2021 році Національний науковий фонд уряду США виступив із ініціативою під назвою Національна нанотехнологічна ініціатива для дослідження розробки НП; було профінансовано 453,53 млн дол. США на новітні інновації в маніпуляції з НЧ в біологічних областях, таких як технологія формулювання та розробки клітин, нанобіовиробництво тощо; зростання світового фінансування надає більше можливості для розробки нанопрепаратів із підвищеною ефективністю, залежністю від дози препарату і біодоступністю.

Обмеження ринку нанофармацевтичних препаратів. Водночас з драйверами зростання ринку існують деякі його обмеження, які перешкоджають його зростанню та прийняттю:

- складний і тривалий регулятивний процес затвердження наноліків – регуляторні органи, такі як FDA та ЕМА, все ще розробляють комплексні рекомендації щодо оцінки безпеки та ефективності нанопрепаратів, що може призвести до затримок у виведенні нових НП на ринок;
- висока вартість досліджень, розробки та виробництва НП – спеціалізоване обладнання, матеріали та досвід, необхідні для розробки та виготовлення нанопрепаратів, можуть значно збільшити витрати на виробництво порівняно зі звичайними лікарськими формами; це може вплинути на доступність і доступність наноліків, потенційно обмежуючи їх проникнення на ринок.

Сегментація світового ринку нанофармацевтичних препаратів.

Сегментація за типом препарату. Залежно від типу препарату світовий ринок НП поділяється на терапевтичні, регенеративні та діагностичні. Частки сегментів за доходом в 2021 році становили: терапія – 39,8%. Регенеративна медицина – 36,0%, діагностика – 24,2%. За прогнозами до 2030 року частка сегменту терапія збільшиться до 45,0%, а сегментів регенеративна медицина і діагностика зменшаться до 34,1% і 20,9% відповідно [3].

Домінування терапевтичного сегменту. Терапевтичний сегмент складається з НФ і нанофармацевтичних пристроїв. На терапевтичний сегмент

припадала найбільша частка доходу на світовому ринку НФ у 2021 році завдяки збільшенню інтеграції НЧ у відкриття ліків. Зростанню доходів ринку цього сегменту сприяв сплеск інтеграції нанонауки з виробництвом ліків. Інтеграція нанотехнологічних інструментів для просування існуючих препаратів створює величезні можливості для зростання ринкових доходів у цьому сегменті.

Стабільне зростання сегменту регенеративної медицини. У 2021 році сегмент регенеративної медицини мав стабільну частку доходу завдяки збільшенню попиту на клітинну та генну терапію в медичній галузі. Зростання попиту на регенеративні ліки пояснюється збільшенням випадків м'язової дистрофії Дюшена (МДД), діабету 1 типу, хвороби Паркінсона тощо. В останні роки ряд інститутів інвестували в розвиток сегменту регенеративної медицини. Такі гранти створюють значні можливості для нових винаходів і запуску продуктів.

Сегментація за застосуванням. Залежно від застосування світовий ринок НП поділяється на клінічну онкологію, інфекційні захворювання, серцево-судинні захворювання тощо.

Домінування сегменту клінічної онкології. Сегмент клінічної онкології отримав найбільшу частку доходу на ринку НП у 2021 році. Основним фактором зростання доходів цього сегменту є зростання світового фінансування для інтеграції нанотехнологій із традиційною молекулярною клітинною біологією в дослідженнях раку. Ініціативи спрямовані на лікування раку на основі нанопрепаратів і нанопристроїв нового покоління створюють значні можливості для нових нано-біотехнологічних інновацій. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на рак припадає кожна шоста смерть у всьому світі. Зростанню доходів сегменту сприяють збільшення кількості ліків від раку на основі нанотехнологій та їхня значна ефективність. Крім того, підвищені показники реакції на нанопрепарати порівняно з генеричними препаратами викликають сплеск попиту на перші, що також сприяє зростанню доходів цього сегменту.

Стабільне зростання інфекційного сегменту. У 2021 році сегмент інфекційних захворювань становив стабільну частку доходу завдяки збільшенню світового фінансування інтеграції нанотехнологій із традиційною молекулярною клітинною біологією в дослідженнях раку. Зростанню сегменту сприяють дослідницькі проєкти впровадження наноматеріалів для виявлення будь-якої загрози від інфекційних захворювань. Крім того, суттєвим чинником доходу цього сегменту є зростання трансмісивних захворювань. За даними ВООЗ, на трансмісії припадає 17% випадків інфекційних захворювань у світі, що спричиняє 0,7 мільйона смертей у всьому світі. Зі збільшенням кількості випадків

інфекційних захворювань можна впоратися за допомогою наночастин, якими можна маніпулювати для розробки вакцин для боротьби зі збільшенням випадків інфекційних захворювань.

Сегментація ринку за типом молекул. На основі наномолекул світовий ринок нанофармацевтичних препаратів сегментований на наночастинки, наноболонки, нанотрубки та нанопристрої.

Домінування сегменту наночастинок. Сегмент НЧ отримав найбільшу частку доходу в 2021 році завдяки зростанню впровадження НЧ у багатьох наукових дисциплінах, включаючи біотехнології, біомедицину, охорону здоров'я тощо. НЧ широко використовуються в біомедичній візуалізації, переносі ліків і генів на місце пухлини та в різних інших сферах застосування. НЧ золота використовуються в темнопольній мікроскопії резонансного розсіювання для ідентифікації мікробних клітин, виявлення пухлин, ендоцитозних досліджень і генної терапії. Крім того, впровадження НЧ золота в застосування *in vivo* та біозображення підвищує точність і точність аналізу.

Стабільне зростання сегменту наноболонки. У 2021 році на сегмент наноболонки припадала стабільна частка доходу завдяки збільшенню використання наноболонки у цілеспрямованому руйнуванні клітин. Наноболонки – це сферичні наночастинки з діелектричним ядром і шаром тонкого металу навколо них. Наноболонки поглинають інфрачервоне випромінювання та генерують тепло, тим самим сприяючи руйнуванню пухлинних клітин або інфікованих бактеріями клітин, що представляють інтерес, фототепловим способом.

Висновки. Результати, отримані в ході дослідження, можуть бути застосовані для порівняльної оцінки стану українського ринку нанофармації, визначення його переваг та слабких місць. Урахування факторів, які позитивно та негативно впливають на світовий ринок, надасть можливість кращого інтегрування українського ринку до світового.

ЛІТЕРАТУРА

1. Farjadian F, Ghasemi A, Gohari O, Roointan A, Karimi M, Hamblin MR. Nanopharmaceuticals and nanomedicines currently on the market: challenges and opportunities // *Nanomedicine* – 2019 – 14(1) P. 93-126. doi: 10.2217/nnm-2018-0120. Epub 2018 Nov 19. PMID: 30451076; PMCID: PMC6391637.
2. Volkmar Weissig, Tracy K Pettinger, Nicole Murdock. Nanopharmaceuticals: products on the market // *International Journal of Nanomedicine* 2014 – №9 – p. 4357-4373. DOI:10.2147/IJN.S46900
3. Nanopharmaceutical Drugs Market
<https://www.emergenresearch.com/amp/industry-report/nanopharmaceutical-drugs-market>

НОСАЛЬ Д.С.,
2 курс, Медицина,
Науковий керівник:
КОВАЛЕНКО В.В.
к.б.н., доц.

СВІТОВИЙ РИНОК ФАРМАЦЕВИЧНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ: ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ТА ДИНАМІКА

Вступ. Фармацевтична промисловість (ФП) є важливим чинником соціальних змін і суттєвим внеском у соціальну структуру в розвиненому світі. Завдяки цьому галузь стала місцем досліджень антропологів, істориків, соціологів та інших науковців, які займаються дослідженнями науки і техніки. В Міжнародній енциклопедії соціальних і поведінкових наук [1] та в огляді [2] підкреслюється, що ФП є важливою галуззю виробництва, яка визначається міжнародними угодами про інтелектуальну власність, витрачає значні кошти на медичні дослідження, залучає велику кількість суб'єктів до своїх клінічних випробувань, має значний вплив на медичні знання та практику, а також формує погляди людей та сприйняття здоров'я і хвороб.

Основна частина. Обсяг доходу світового ринку ФП становив 512 млрд дол. США в 2023 році. За прогнозами у 2024 році він досягне 577 млрд дол. та становитиме близько 1906 млрд дол. до 2034 року при середньорічному темпі зростання (СТЗ) 12,7% з 2024 по 2034 рік. При цьому обсяг ринку регіону Північна Америка становив 164 млрд дол. в 2023 році [3].

Ключові висновки щодо стану ринку у 2023 році:

- Північна Америка лідирувала на світовому ринку з найвищою часткою доходу ринку 32%;
- за типом розробки ліків сегмент власної розробки мав найбільшу частку доходу;
- за способом застосування сегмент пероральних препаратів домінував на світовому ринку;
- за оцінками Therapu сегмент раку буде займати найвищу частку ринку.

У 2023 році обсяг фармацевтичного ринку США оцінювався в 114,84 млрд.дол. США, а до 2034 року прогнозується, що він становитиме близько 436,95 млрд дол. США при СТЗ 12,9% з 2024 по 2034 рік [3].

Основні тенденції розвитку ФП. Послуги з виробництва ліків повинні гарантувати досягнення цілей користувача з найвищою якістю за найефективнішим використанням часу та регулюванням витрат. Для ФП характерні пильність щодо застосування нових технологій і обережність у внесенні змін.

Обережний підхід ФП пояснюється регулятивними зобов'язаннями перевірки препаратів щодо шкідливого впливу на здоров'я людини. Моніторингові агенції разом із ФП намагаються запровадити процедури та технології для покращення якості та ефективності виробництва. Крім того, для подальшої адаптації до нових методів виробництва, таких як безперервне виробництво, персоналізована медицина та Індустрія 4.0, а також допоміжних технологій, таких як аналітика процедур та інноваційний контроль процесів, знадобляться додаткові коригування.

Основними факторами зростання ринку ФП є:

- зростання поширеності хронічних захворювань;
- збільшення геріатричного населення;
- значні інвестиції в дослідження та розробки нових препаратів;
- збільшення уваги до аутсорсингу виробничої діяльності;
- зростання витрат на охорону здоров'я на душу населення;
- поширення захворюваності на нові вірусні захворювання;
- технологічний прогрес у виробничих процесах;
- удосконалення відшкодування послуг у регіонах, що розвиваються.

Майбутні перспективи ФП пов'язані з впровадженням новітніх цифрових рішень фармацевтичного виробництва для вирішення проблем передової терапії, цінового тягаря та світових ланцюгів постачання. Впровадження включає в себе використання штучного інтелекту, великих даних, машинного навчання та індустріального Інтернету речей для подальшого впливу на процес фармацевтичного виробництва з метою підвищення якості [3, 4]. Очікується, що контрактне виробництво призведе до такої необхідної трансформації у фармацевтичному виробництві.

Динаміка ринку. Чинником, який визначає зростання ринку, є технологічний прогрес. Він сприяє впровадженню більш ефективних виробничих процесів, що призводить до покращення якості продукції та зниження витрат на виробництво. Автоматизація, роботизація та оцифрування підвищують точність і послідовність виробництва, мінімізуючи людську помилку. Аналітичні технології допомагають здійснювати моніторинг і контроль якості в реальному часі, забезпечуючи дотримання суворих нормативних стандартів. Крім того, передові технології, такі як 3D-друк і безперервне виробництво, дозволяють швидше виготовляти та персоналізувати фармацевтичні препарати. Загалом ці інновації підвищують продуктивність, скорочують час виходу на ринок і сприяють зростанню фармацевтичної промисловості.

Обмеження ринку пов'язано зі складнощами у впровадженні нових технологій. ФП має справу зі складними процесами, суворими правилами та

високими стандартами безпеки продукції разом із підтриманням ефективності. Складнощі впровадження нових технологій викликані необхідністю валідації, забезпечення сумісності та потенційним ризиком порушення існуючої системи виробництва. Крім того, галузь є дещо консервативною, що стосується безпеки даних та фінансових інвестицій. Цей фактор також обмежує компанії інвестувати в нові технології.

Ринкові можливості ФП пов'язані зі зростанням попиту на персоналізовану медицину. Персоналізована медицина передбачає пристосування лікування до індивідуальних пацієнтів на основі генетичної, молекулярної та клінічної інформації. Такий підхід дозволяє проводити більш ефективно та точно лікування, потенційно зменшуючи побічні ефекти та покращуючи результати лікування пацієнтів. На ринку фармацевтичного виробництва ця тенденція породжує потребу в спеціалізованих виробничих процесах для виробництва індивідуальних ліків, засобів діагностики та терапії. Це також вимагає багатьох передових технологій, таких як 3D-друк, системи цільової доставки та редагування генів [3, 4]. Виробники можуть оптимізувати можливості, розробляючи гнучкі виробничі процеси, які здатні вмістити невеликі розміри партій і швидкі зміни в рецептурі, необхідні для персоналізованої медицини.

Виклики ринку пов'язані зі збоями в ланцюзі поставок. Збої в постачанні сировинних матеріалів через стихійні лиха, геополітичні та виробничі проблеми можуть призвести до затримок або навіть зупинок виробництва. Фармацевтичне виробництво включає складні процеси та послідовність кроків. Якщо будь-який компонент або проміжний продукт затримується або недоступний, це може порушити весь виробничий процес, що призведе до потенційного дефіциту.

Сегментація світового ринку ФП за географічними регіонами. У 2023 році на регіональному ринку ФП з часткою доходу 32% домінувала Північна Америка через наявність кваліфікованих дослідників і високу поширеність хронічних захворювань. На Європу припадає друга за величиною частка (27%) в основному через дієве відшкодування послуг та високу популяцію геріатричного населення. Решта регіонів мали такі частки: Азійсько-Тихоокеанський регіон – 23%, Близький Схід та Африка – 10%, Латинська Америка – 8%. Очікується, що в Азійсько-Тихоокеанському регіоні будуть спостерігатись швидкі темпи зростання через збільшення інвестицій великих виробників, зростання популярності контрактних дослідницьких організацій і зростання витрат на охорону здоров'я на душу населення.

Сегментація світового ринку ФП за типом розробки препарату. У 2023 році сегмент власної розробки фармацевтичних препаратів мав найбільшу частку ринку. Використання власної інфраструктури та досвіду великих фармацевтичних компаній для розробки ліків є основною причиною високої

частки ринку багатодозових систем. Очікується, що такі чинники, як питання конфіденційності даних і технологічний прогрес, збережуть домінування внутрішньої розробки ліків у найближчому майбутньому. Прогнозується, що аутсорсингові розробки ліків зростуть з найвищими темпами завдяки популярності контрактних дослідницьких організацій.

Сегментація світового ринку ФП за способом введення препарату. Пероральні препарати призначають для широкого спектру захворювань завдяки їх легкодоступності та доступності. Вони, як правило, є першою лінією лікування, яке призначає лікар. Таким чином, очікується, що висока частота хронічних захворювань, таких як діабет і астма, підвищить попит на пероральні препарати в прогнозований період часу. Парентеральний сегмент розшириться зі значними темпами зростання.

Сегментація світового ринку ФП за рецептурою. Сегмент таблетованих препаратів домінує у сегменті рецептур на ринку фармацевтичних виробництв. Таблетки є найбільш широко використовуваною формою завдяки таким факторам, як легкість зберігання та використання. Крім того, таблетки доступні в різних формах для різних цілей.

Сегментація світового ринку ФП за видом хвороби в терапії. Онкологічні захворювання мають найбільшу частку доходу в терапевтичному сегменті. Такі фактори, як високі інвестиції в дослідження раку, потужний випуск продукції та технологічні вдосконалення, сприяють зростанню сегменту.

Висновки. Результати, отримані в ході дослідження, можуть бути використані для урахування на українському ринку фармацевтичної промисловості факторів впливу на світовий ринок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Sergio Sismondo. Pharmaceutical Industry: Political Economies of Drugs and Knowledge // In International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition), 2015.
2. Xiaoting Shan, Xiang Gong, Jie Li, Jingyuan Wen, Yaping Li, Zhiwen Zhang. Current approaches of nanomedicines in the market and various stage of clinical translation. Review // Acta Pharmaceutica Sinica B – 2022 – Volume 12, Issue 7 – P. 3028-3048.
3. Pharmaceutical Manufacturing Market Size and Forecast 2024 to 2034 <https://www.precedenceresearch.com/pharmaceutical-manufacturing-market>
4. Farjadian, F., Ghasemi, A., Gohari, O., Roointan, A., Karimi, M., & Hamblin, M. R. Nanopharmaceuticals and Nanomedicines Currently on the Market: Challenges and Opportunities // Nanomedicine – 2018 – 14(1) – P. 93–126. <https://doi.org/10.2217/nnm-2018-0120>

СЕКЦІЯ 4

СТОМАТОЛОГІЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

LISETSKA I.S.

Candidate of Medical, Associate Professor
Ivano-Frankivsk National Medical University

FORMATION OF COMMUNICATION COMPETENCES OF STUDENTS IN THE STUDY OF DENTAL DISEASE PREVENTION.

Modern world standards in the field of higher medical education provide for the training of highly qualified specialists of a new formation, capable of integrating theoretical knowledge and practical skills into a holistic system, possessing the latest technologies, competent, capable of effective work at the level of international standards, ready for continuous professional growth, etc. In addition, the development of communication skills remains an important component of the formation of the professional competence of the future dentist, namely the ability to establish interpersonal relationships, choose the necessary style of communication in accordance with the situation arising during professional activity, and master the methods of verbal and non-verbal communication. Nowadays, both abroad and in our country, when forming the professional competence of future specialists, much attention is paid to the development of 'soft skills', which include communication skills.

It is known that the formation of communicative competences of future specialists, including dentists, becomes more effective if in the process of studying the student receives creative tasks that help him/her to master such components of communicative competence as: forecasting and programming of the communicative situation; knowledge and erudition; means of communication (verbal and non-verbal); management of the communicative situation; speech competence, etc. In the third year of study, future dentists study the discipline 'Prevention of Dental Diseases', which provides ample opportunities for the development of communication competencies, as it requires the student to communicate not only with the teacher and other students, but also with children of different ages and their parents. One of the tasks of preventing dental diseases is to motivate people to maintain their dental health. Sanitary and educational work is an important method of prevention, which includes hygienic education of the population, dissemination of knowledge about a

healthy lifestyle, instilling skills in caring for the oral cavity and keeping them healthy. As part of the study of the discipline 'Prevention of Dental Diseases', third-year students under the guidance of teachers of the Department of Paediatric Dentistry conduct 'Health Lessons' in educational institutions of the city, during which they teach children to properly care for the oral cavity, talk about healthy eating and bad habits in a way that is accessible to each age group. During such classes, future professionals have the opportunity to develop communication competencies with children of different ages, temperaments, behaviours, and development. Thus, the development of communication competences is an important component of the professional training of dental students.

СЕКЦІЯ 5

СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНИЙ ТА ФУНДАМЕНТАЛЬНИЙ НАПРЯМОК В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ

СЕМЕНЕНКО О.

викладач

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Знання латинської мови є важливим аспектом підготовки медичних працівників. Студенти-медики вивчають латинську мову для того, щоб зрозуміти терміни, які вони зустрічають у навчальних матеріалах а згодом у професійній діяльності. Це допомагає їм швидше засвоювати нові концепції та терміни, що є важливими для їх подальшої практики. Латина також допомагає студентам розвивати аналітичні навички. Наприклад, вивчаючи латинські корені, префікси та суфікси, студенти можуть розуміти нові терміни, навіть якщо вони їх ще не зустрічали. Це є важливою навичкою, оскільки медицина постійно розвивається, і нові терміни з'являються щодня. [2, с. 1].

Латина в наш час використовується як міжнародна наукова мова у низці медико-біологічних дисциплін і номенклатур, що вивчають і використовують лікарі і медичні працівники з усього світу. Тому є абсолютно очевидним необхідність володіння медичним працівником, що працює в галузі медицини, принципи словотворення і розуміння латинської медичної термінології. В анатомії, гістології, мікробіології, патологічній анатомії, клінічних дисциплінах, а також у фармакології ця традиція номінації ніколи не переривалася і триває в наш час.

Термінологія сучасної медицини являє собою одну з найбільш складних термінологічних систем. Загальна кількість медичних термінів невідома – за оцінками фахівців, термінологічний фонд сучасної медицини перевищує 500 тисяч медичних термінів. Медична термінологія як система являє собою комплекс взаємопов'язаних термінологій і різниться за трьома напрямками: [3, с. 1].

1. Анатомічна термінологія. Вона є невід'ємною частиною медичної освіти, бо всі анатомічні терміни вивчаються латинською мовою.

2. Клінічна термінологія. Це термінологія, що використовується в клінічній практиці. Більшість клінічних термінів являють собою складні

слова, утворені зі словотворчих елементів. Загальна кількість клінічних терміноелементів – понад 1500, проте вони володіють різним ступенем частотності. Кількість найбільш активних терміноелементів становить близько 600. Ядро клінічної термінології становлять 150 терміноелементів, з яких утворена основна частина медичного словника. [1, с. 3].

3. Фармацевтична термінологія. Вона також використовує в основному грецькі і латинські слова або їх частини, з яких складаються нові терміни і назви.

Згодом лікарі та інші медичні працівники у професійному спілкуванні перейшли на національні мови, однак домінування належить греко-латинським елементам, словами і словосполученням, у першу чергу завдяки їх універсальному національному характеру, тому назви хвороб, діагностик і лікувань впізнаються на будь-якій мові.

Щодня лікарі, фармацевти, медсестри постійно використовують латинську мову в медицині. Наприклад, при читанні спеціалізованої термінології, написанні рецептів, лікарських засобів та хімічний сполук. Складаючи історію хвороби, лікарі пишуть латиною і назву медичного препарату, і коротку характеристику. Людині, яка знає латинь, буде легко розібратися у всій медичній термінології, навіть якщо вони йому зовсім незнайома. [1, с. 2].

Латинська мова в медицині стала міжнародним, і латинизувала усі грецькі терміни. Тепер – це мова сучасної медицини і фармакології. Хоча латинь сьогодні вважають мертвою мовою, все ж вона є невід'ємною частиною роботи кожного медика. Досі на багатьох міжнародних симпозіумах лекції та презентації проводять латинською мовою.

Медична освіта ХХІ ст. немислима без знання основ розгалуженої і постійно створюваної термінології. Латинські найменування лікарських засобів вживаються як офіційні в багатьох національних фармакопеях, у Міжнародній фармакопеї (*Pharmacopoea Internationalis*) і виданнях Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ). В Україні латинською мовою виписуються рецепти. Пунктом 1.9 «Наказу Міністерства охорони здоров'я України» від № 360 19 липня 2005 року передбачене таке: Назва лікарського засобу, формоутворюючих та коригуючих речовин, його склад, лікарська форма, звернення лікаря до фармацевтичного працівника про виготовлення та видачу лікарських засобів пишуться латинською мовою. Використання латинських скорочень дозволяється тільки відповідно до прийнятих у медичній і фармацевтичній практиці.

Латинська мова, як і старогрецька, є своєрідним будівельним матеріалом, основним джерелом розвитку й поновлення термінологічних систем різних галузей науки, у тому числі фармації та медицини. Нові лікарські препарати й наукові відкриття отримують назви з невичерпного джерела міжнародної

грецько-латинської скарбниці терміноелементів. Латина приваблює своєю лаконічністю (багатослівні українські терміни перекладаються одним словом: запалення слизової оболонки порожнини рота – stomatitis; розділ геронтології, який вивчає особливості перебігу захворювань у людей похилого та старечого віку, а також методи їх лікування та запобігання – геріатрія), як і досконалістю морфологічної структури, своїм лексичним багатством, виразністю, рухомою словотворчою структурою. Тут доречно навести вислів видатного римського оратора і письменника Ціцерона: «Non tam praeclarum est scire Latine, quam turpe nescire», що означає: «Не так почесно знати латину, як ганебно не знати її». [1, с. 2].

Отже, метою вивчення латинської мови в сучасних медичних закладах освіти є підготовка спеціалістів, здатних свідомо й грамотно вживати фармацевтичну та клінічну латинську термінологію на практиці, а забезпечення високої якості засвоєння термінологічної латини студентами медичного профілю є одним із першочергових завдань освітян сучасних закладів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. О.В. Самойленко Значення вивчення латинської мови для становлення фахівця у медичній галузі. ДНМУ, м. Донецьк, 2022р. с.1-4
2. Шпанько Т.С. Латинська мова в системі сучасної медичної освіти. Харківська державна академія фізичної культури, Україна, 2020р. с.1-2
3. Annet Göth Braucht man Latien für ein Medizinstudium? Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg., 2024, s. 3,

ГЕРМАНОВИЧ Г.О.

к.філол.н.

ПУКАЛЯК Л.Т.

викладач

ДИСКУСІЇ ПРО СТАТУС СОМАТИЧНИХ МІЖНАРОДНИХ КОМПОНЕНТІВ

Більшість медичних термінів зі соматичними компонентами за походженням є запозиченими, чужомовними. Отже, закономірно виникає питання про статус таких частин. Оскільки вони є складниками термінів, то послуговуємося назвою терміноелемент. Їх вивчали і намагалися визначити їхній статус як національні (українські), так і зарубіжні вчені.

Залежно від місця розташування таких елементів у слові-терміні, їх іменують префіксоїдами та суфіксоїдами (афіксоїдами) (О. Безпояско, К. Горденська, В. Горпинич, І. Муромцева, З. Осипенко), компонентами (І. Кочан), кореневими морфемами (Є. Карпіловська), основами (Н. Клименко), афіксами (Д. Лотте), афіксальними радикаїдами (Р. Сафін), міжнародними терміноелементами (В. Григор'єв), морфемоїдами (Н. Васильєва), напівافیксами (М. Степанова), препозитивними та постпозитивними міжнародними блоками (В. Акуленко) тощо.

Поняття терміноелемента ввів Д. Лотте, який під терміноелементом розумів слово, яке має самостійне значення і входить до складу простого чи складного терміна, а згодом уточнив його, що будь-який термін-словосполучення, або термін-слово, або частина терміна-слова, неподільна в термінологічно-смісловому відношенні – елемент терміна. Д. Лотте не вирізняв серед запозичених термінів і терміноелементів міжнародних.

В українській лінгвістиці поняття терміноелемент досліджували Р. Беляєв, І. Кочан та інші. В. Акуленко наголошував на тому, що «терміноелемент – поняття термінознавче, яке за формою збігається із словом чи його частиною, але не співвідносне з ними ні за семантикою, ні за функціями ... нерідко на позначення компонентів уживається термін блок, тобто складник, елемент структури» [1]. В українському мовознавстві словник інтернаціональних терміноелементів грецького та латинського походження уклали І. Гнатишена та Т. Кияк (1996).

Дехто з учених розглядає терміни напівافیкс й афіксоїд як синоніми. Як стверджує Б. Бартков, напівافیкси – це форманти, що на півшляху до пере-

творення елемента-композиція на загальноновизнаний афікс; афіксоїд – це формант, що перебуває на початковій стадії перетворення на афікс, подібний до афікса, але який ще не досяг статусу напівافیкса. Такі дефініції цілком слухні стосовно загальноновизнаних міжнародних блоків, таких як *авіа-*, *авто-*, *кіно-*, *теле-* і под. Ми ж маємо справу з вузьковживаними елементами, які поза медичною сферою майже ніде не вживаються.

Соматичні компоненти займають переважно препозитивні позиції в слові:

адено-, *аксі(о)-*, *альвеоло-*, *артері(о)-*, *ауро-* *аури-*, *блефар(о)-*, *брахі(о)-*, *бронхі(о)-*, *вагін(о)-*, *ваз(о)-*, *гемато-*, *гемангіом-*, *гемо-*, *гепат-*, *гепатик(о)-*, *гепат(о)-*, *дер(о)-*, *дерма-*, *дерм(о)-*, *дермат(о)-*, *енцефало-*, *кардіо-*, *кефал-*, *лоринг(о)-*, *мазо-*, *мамо-*, *масто-*, *медузо-*, *менінго-*, *назо-*, *ото-*, *психо-*, *рино-*, *тоншило-*, *фаринго-* та інші.

Однак у певних ситуаціях їх місце може змінюватися, напр.: *акромастит* – запалення сосочка грудей [2, с. 29]; *аносмія* – відсутність нюху [2, с. 56]; *гінекомастія* – надмірний розвиток грудних залоз в чоловічої статі [2, с. 176]; *ехокардіограф* – прилад для дослідження серцевої діяльності шляхом реєстрації переміщень серця або його каналів методом ультразвукової ехографії [2, с. 841]; *патопсихологія* – розділ психології, який вивчає розлади, відхилення та перебіг психічних процесів у психічнохворих [2, с. 521]; *піопневмогепатит* – гнійне запалення печінки з упвренням газу [2, с. 539]. А також: *аденотонзилектомія*, *аденофарингіт*, *акародерматит*, *ангіокардіограма*, *геродермія*, *епідермофітид*, *еритридерма*, *ксантродермія*, *магнітокардіограма*, *мікрокардія*, *полімастія*, *фізіопсихологія* тощо.

Оскільки соматичні компоненти можуть займати позицію на початку, усередині і вкінці слова, їхній статус не є однозначний, тому вживатимемо на позначення таких частин термін компонент чи термінологічний елемент (терміноелемент).

Чужомовні терміноелементи (інтернаціоналізми) в медичних словниках переважають і витісняють національні складники, розхитують норму й посилюють термінологічний різнобій. Українські терміноелементи, які повністю б витіснили чужомовні, не виявлені.

Зважаючи на статус, слід визначити будову таких слів: прості вони чи складні? Більшість учених кваліфікує слова з такими формантами як складні. Хоча є і протилежна точка зору, що належить І. Муромцеву, а також низці зарубіжних учених, які кваліфікують терміни з чужомовними компонентами як

прості, мотивуючи це тим, що перелічені компоненти не уживаються в мові як самостійні слова.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акуленко В. В. Головні історичні джерела інтернаціоналізмів в українській мові // Потебня О. О. і деякі питання сучасної славістики. Харків: Вид-во Харк. ун-ту, 1962. С. 128–144.
2. Литвиненко Н. П., Місник Н. В. Тлумачний словник медичних термінів: рос., лат. та укр. мовами: для лікарів, науковців, студ. мед. навч. закл. Київ; Ірпінь: ВТФ Перун, 2010. 848 с.

ЛОЗИНСЬКА С. О.

к. і. н., доц.,

КЛЕБАН Л. О.

к. і. н.,

СОЦІОГУМАНІТАРНІ ВИМІРИ У РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

У статті висвітлюється конструктивна роль соціогуманітарних знань у системі медичної освіти. Їх актуальність – це відповіді на виклики сучасної техногенної цивілізації, що заклала основи до відродження філософської складової в освітньому просторі наукових знань, а отже, розвиток і становлення сучасної особистості. Розкриті конструктивні причинно-наслідкові зв'язки, що вказують на позитивну роль соціогуманітарного напрямку у медичній галузі та суспільства загалом. Показано роль соціогуманітарного фактору у вищій медичній освіті.

Сучасні умови існування суспільства – це життєва необхідність зберегти та підсилити роль соціогуманітарних парадигм в освітньому просторі, як інструменту для формування ідеалів, критичного мислення, норм культури медичного фахівця та майбутнього науковця. У статті розкривається значимість викладачів гуманітарних дисциплін у закладах вищої освіти (далі – ЗВО), які повинні йти в ногу з сучасними технологіями та вміти формувати й впливати на трансформацію сучасних методологічних підходів у формуванні наукових знань молодого покоління. Спрямувати їх йти шляхом не пасивних спостерігачів-дослідників, а вмотивованих і креативних особистостей до нових реальних викликів у житті, де головним принципом визначається гуманність.

Освітній процес міждисциплінарного синтезу даних дисциплін опирається на інноваційні методи і технології, що будуть здатні формувати нові методологічні підходи найближчого майбутнього наукових досліджень в медицині. Особливо, важливим є ряд дисциплін гуманітарного спрямування у формуванні нової генерації медичних сестер/братів, які мають бути готовими позбутись неактуальних практичних методик у сучасному технологічному просторі.

В умовах становлення нової інституційної моделі охорони здоров'я шляхом проведення медичної реформи, виникає вагомий запит на високопрофесійних медичних працівників, які здатні конкурувати на національному та глобальному ринках праці. Такі медичні працівники повинні мати високу конкурентну мотивацію, суть якої полягає в усвідомленні ними потреби здобувати якісну освіту та застосовувати її на практиці. Конкурентна мотивація має інституційну

та ціннісну природу. Якщо інституційну мотивацію забезпечують ефективні інститути охорони здоров'я, то ціннісну – знання, навички, переконання, сформовані в рамках академічної медичної освіти [3, с. 97].

Вища освіта України в останні десятиліття зазнала глибоких інституційних змін, які спрямовані на наближення її змісту до принципів і стандартів Європейського простору вищої освіти – єдиного європейського освітнього простору всіх країн, які беруть участь у Болонському процесі, в області вищої освіти. Вагомим кроком на шляху трансформації вищої освіти стало ухвалення Верховною Радою України літом 2014 р. Закону України «Про вищу освіту» [4]. Цей документ закріпив ряд нових положень щодо вдосконалення якості вищої освіти. До них можна віднести запровадження [3]:

- незалежного органу – Національного агентства для контролю над забезпеченням якості вищої освіти;
- академічної автономії, де кожен ЗВО отримав право впроваджувати власні освітні та наукові програми;
- фінансово-господарської автономії, що дозволяє ЗВО відкривати власні рахунки, отримувати кредити, розпоряджатися майном та землею, засновувати наукові парки та підприємства, що займаються наукою чи інноваціями;
- сильного студентського самоврядування;
- механізмів прозорості, в рамках якого кожний ЗВО зобов'язаний публікувати на власному сайті документи про свої фінанси, майно, у тому числі кошториси, звіти про їх виконання, розподіл зарплат тощо;
- виборності ректорів, деканів на термін 5 років і заборону обіймати ці посади більше ніж двічі;
- п'яти ступенів вищої освіти (молодший бакалавр, бакалавр, магістр, доктор філософії, доктор наук);
- чотирьох типів ЗВО замість рівнів акредитації (університети (універсальні навчальні заклади); інститути та академії (галузеві навчальні заклади); коледжі (де готують спеціалістів до рівня молодшого бакалавра чи бакалавра);
- антиплагіатних норм, що передбачають покарання для наукових керівників, опонентів у вигляді позбавлення їх права керувати підготовкою дисертацій протягом трьох років, а також обов'язкове розміщення наукових робіт та відгуків опонентів перед захистом сайтів вишів;
- зменшення навантаження на викладачів (з 900 до 600 годин на ставку) та студентів (30 годин замість 36 на кредит);
- обов'язковості вступу тільки через зовнішнє незалежне оцінювання;

- конкурентної системи держзамовлення, що передбачає механізм електронного вступу до вишів і автоматичного розміщення держзамовлення;
- стипендійного рівня прожиткового мінімуму;
- гарантованого цільового фінансування наукових розробок в університетах, які отримують статус національного або дослідницького;
- обов'язково викладання державної мовою та ін.

Основний недолік Закону України «Про вищу освіту» полягає в тому, що він слабо стимулює конкуренцію між ЗВО, консервує попередній статус-кво як серед вчених, так і самих навчальних закладів. Йдеться про те, що викладацький склад, який здобув учені ступені та звання в умовах корупційних схем, має шанси довго зберігати свої панівні позиції. Натомість справжня реформа вищої школи мала би створити сприятливі умови для молодих учених, спроможних творити наукову конкурентоспроможну продукцію на світовому рівні. Сьогодні виникає гостра потреба в істотних змінах та доповненнях до законодавства про вищу освіту[3].

Для формування конкурентної мотивації у студентів-медиків необхідно, в першу чергу, реформувати інституційну модель охорони здоров'я України, що буде стимулювати конкурентний відбір медичних кадрів, з одного боку, а з іншого – отримувати високу нагороду за ефективні результати своєї праці.

Таким чином, в сучасних умовах трансформації медичної галузі майбутнім фахівцям-медикам актуально оволодівати знаннями з соціології медицини, як галузі загальної соціології, що вивчає принципи, закономірності та тенденції функціонування й розвитку медицини, медичної сфери, систем охорони здоров'я, а також їх окремі елементи: медичні інститути та інституційні моделі охорони здоров'я, медичні організації та медичні групи, вплив соціально-економічних чинників на систему охорони здоров'я та ін. [3, с.7].

Поняття «*закономірності*» часто використовують у соціології медицини для з'ясування причинно-наслідкового зв'язку між змінними медичної сфери. Наприклад, між девальвацією національної валюти, якщо вона не є повністю конвертованою, і доступністю ліків існує такий зв'язок, оскільки він передбачає зростання ціни на ліки, що закупаються на міжнародному ринку. Це ж саме стосується й зростання інфляції, що також позначається на ціні ліків. Однак поняття «*закономірності*» слід використовувати обережно, оскільки в суспільстві загалом і в окремих його сферах, зокрема, багато залежить від волі суб'єктів суспільного процесу (політичних, економічних, психологічних).

Поняття «*тенденції*» використовують тоді, коли досліджуваний процес є недостатньо вивчений, однак зміни, що спостерігаються в ньому, дають підстави стверджувати про певний вектор їх розвитку. Наприклад, ми на сьогодні не можемо переконливо стверджувати про успіх медичної реформи в Україні,

однак досить чітко спостерігається процес демонтажу старої системи охорони здоров'я і зародження елементів нової. Окрім цього, якщо про закономірності ми можемо говорити на межі економічної теорії, соціології та політології, то про процеси, що відбуваються винятково в медичній сфері, слід говорити як про тенденції.

Соціологія медицини передбачає використання *категорій*, які позначають суть, структуру та типи медичних інститутів (формальних і неформальних), а також формат взаємодії суб'єктів медичної діяльності. Наприклад, до таких категорій належать «медична сфера», «система охорони здоров'я», «медична інституційна модель».

Соціологія медицини має тісний зв'язок з такими дисциплінами як філософія медицини, біоетика, психологія медицини, економічна теорія, політологія, а також деякими медико-біологічними та клінічними дисциплінами (генетика, ендокринологія тощо). Якщо філософія медицини вивчає принципи взаємодії медицини з іншими сферами суспільного життя, філософські концепції медицини, то соціологія медицини акцентує увагу на прикладних аспектах такої взаємодії. Наприклад, коли досліджують якість системи охорони здоров'я, використовують критерії та чинники ефективності суспільного розвитку загалом.

Окрім того, соціологія медицини використовує емпіричні методи дослідження громадської думки для обґрунтування доцільності проведення тих чи інших інституційних змін.

Біоетика як галузь філософського знання вивчає основні принципи, норми, стандарти щодо вирішення питань захисту життя, здоров'я, гідності та безпеки людини в умовах швидкого поширення медико-біологічних технологій. Вона сьогодні намагається дати відповіді на питання, що стосуються евтаназії, абортів, штучного запліднення, клонування ембріонів людини і тварин, трансплантації органів, тканин і клітин, сурогатного материнства тощо. Однак біоетика не завжди твердо стоїть на засадах сучасного розвитку науки, а здебільшого орієнтується на релігійні звичаї та масову громадську думку. Тому існує потреба соціологічного обґрунтування причин різних моральних позицій еліт, соціально- класових груп та суспільства загалом щодо законодавчого вирішення біоетичних проблем у різних суспільних порядках. Якщо у високорозвинених країнах, де панує принцип верховенства права і високий ступінь свободи людини, біоетика намагається формулювати теоретичні положення у відповідності з прогресивними досягненнями науки, то в слаборозвинених країнах – обстоювати етичні принципи в угоду інтересів правлячої політичної еліти та традиційних патерналістських масових цінностей.

Взаємодія медичної психології та соціології медицини полягає в тому, що наукове вивчення психічного здоров'я і психосоматичних захворювань

неможливе без соціологічного аналізу природи суспільства та інституційно-ціннісних детермінант. Підготовка медичних психологів потребує соціологічного проектування таких інституційних умов, у рамках яких вони зможуть набувати навички критичного мислення, психологічної діагностики та реабілітації. Вивчення психічних станів потребує ґрунтовного засвоєння методології та методики проведення конкретно-соціологічних досліджень. Проблеми соціальної реінтеграції та психологічної реабілітації можна ефективно досліджувати на стику соціології та психології медицини.

Соціологія медицини, досліджуючи ефективність управління системою охорони здоров'я, має опиратися на знання економічної теорії, особливо в частині макроекономічної стабілізації та розвитку ринку медичних послуг, медичних інноваційних технологій та фармацевтичних препаратів. Без знань економічної теорії неможливо ефективно управляти медициною як на публічно-адміністративному рівні, так і на рівні окремих закладів охорони здоров'я. На кожному з названих рівнів управління при формуванні видатків на охорону здоров'я необхідно враховувати макроекономічні прогнози і тенденції інституційних змін у всій економічній системі [1].

Зв'язок соціології медицини з політологією полягає в тому, що для медичної спільноти варто знати стратегії політичних «акторів» щодо розвитку медицини, а також основні напрямки трансформації політичної системи, які в кінцевому результаті мають забезпечити прозорість, свободу, справедливість у соціально-економічному житті суспільства, у тому числі охорони здоров'я.

На недалеку перспективу чітко викристалізовується тенденція в потребі вивчення спільних проблем генетики та соціології медицини. Адже після відкриття карти епігеному людини відкривається можливість читати ДНК. Епігеном складається з хімічних речовин, що можуть змінювати функцію ДНК, а самі епігеноми, у свою чергу, зазнають змін під впливом соціального та природного середовища. У такому випадку соціологія повинна продукувати ідеї щодо створення найбільш оптимального соціального середовища, що позитивно впливає на епігеном.

Соціологія медицини використовує теоретичні та емпіричні методи. До теоретичних відносять такі логічні методи, як: абстрагування, індукція, дедукція, узагальнення, моделювання, ідеалізація, а також гіпотези, концепції, парадигми, з позицій яких учені аналізують медичну реальність [3].

Ухвалення нового законодавства про вищу освіту сприймалося громадською думкою як зародження перспективи для покращання якості підготовки елітарних кадрів [2]. Однак, сучасна вища освіта нині ще не позбулася негативних рис, сформованих в умовах авторитарно-олігархічної системи: надмірного державного регулювання, централізації управління, непотизму, геронтократії,

пріоритету посади і звання над результатами професійної діяльності, високого рівня корупції. У силу вищеназваних ознак, українські ЗВО й надалі займають аутсайдерські позиції у світових рейтингах.

Ці зміни мають забезпечити:

- перехід на трьохступеневу вищу освіту – бакалавр, магістр, доктор філософії (закон передбачає 5 ступенів: молодший бакалавр, бакалавр, магістр, доктор філософії, доктор наук);
- скасування постійних спеціалізованих рад для захисту докторських дисертацій як найбільш корумпованого механізму здобуття вчених ступенів;
- надання права вченим радам ЗВО присвоювати наукові звання і утворювати одноразові спеціалізовані ради у складі не більше п'яти осіб (як це передбачено в законі для дослідних університетів) для захисту докторських дисертацій;
- обов'язкове запровадження відповідальності у вигляді позбавлення наукових ступенів дисертантів незалежно від терміну захисту, а також позбавлення прав наукових керівників і опонентів займатися підготовкою наукових кадрів;
- однаковий порядок утворення іноземних ЗВО або їх філій на рівні з національними закладами;
- обов'язкове визнання дипломів усіх ступенів, здобутих у країнах Заходу без попередньої нострифікації;
- обов'язкове запровадження національної системи рейтингування (моніторинг за цією системою здійснює національне агентство з питань якості вищої освіти), яка б враховувала критерії найбільш відомих світових рейтингів (AR WU, QS World University Ranking, Times Higher Education);
- надання переваг у державному фінансуванні першій десятці або двадцятці університетів національного рейтингу у вигляді грантів для підготовки магістрів і докторів, грантів для навчання у престижних західних університетах, а також грантів для науково-дослідної діяльності;
- перехід на два типи ЗВО – коледж та університет, скасувавши при цьому такі типи як «національний університет» та «дослідний університет», які були утворені з політичних мотивів;
- у структурі університетів чіткий поділ повноважень між наглядовими радами, які повинні здійснювати фінансовий контроль і виробляти стратегію наукової та навчально-методичної діяльності, вченими радами – присвоєння вчених звань, організацію одноразових спеціалізованих рад,

- обрання за конкурсом на посади доцента, професора, затвердження навчальних планів та програм, і ректоратами та деканатами – адміністративне управління;
- обрання повного складу вчених рад із професорського складу (або викладачів, які мають докторський ступінь) і третину наглядових рад на альтернативній основі вищим органом університетського самоврядування;
 - обрання ректорів наглядовими радами на альтернативній основі без врахування необхідної вимоги – мати вчений ступінь або звання;
 - державне фінансування освіти в рамках програми бакалаврату має здійснюватися шляхом надання різних категорій грантів, які відповідають середній та максимальній вартості річного навчання на одного студента;
 - надання грантів за результатами зовнішнього незалежного оцінювання із врахуванням пріоритетних спеціальностей, а також соціальних грантів для вихідців з бідних верств населення;
 - надання державних стипендій 10 % студентів в залежності від їх рейтингового місця;
 - електронний документообіг і трансляцію в режимі онлайн в першу чергу таких процедур як захист дисертацій та обрання органів університетського самоврядування.

Таким чином, формування конкурентної мотивації у студентів-медиків передбачає, в першу чергу, створення сучасної ефективної інституційної моделі охорони здоров'я, а також сучасної якісної вищої освіти загалом, і медичної, зокрема.

Життя стрімко мінливе й непередбачуване у своєму розвитку, насичене багатьма політичними та економічними викликами, а тому нестабільне. Сучасні технології дозволяють здійснювати масштабні відкриття (наприклад, в рамках використання біотехнологій), перетворювати навколишній світ, але, на жаль, не дозволяють передбачити не тільки віддалені, але і найближчі наслідки тих процесів, які автоматично запускаються разом із відкриттями, що приходять у світ. Виходить, людина змінює дійсність навколо себе набагато швидше, ніж змінює себе, свою власну думку, свій світогляд.

Все це – наслідки «царювання» позитивістської парадигми як в науці так і в освіті. Саме позитивізм довгий час трансливав думку про те, що будь-які «позанаукові знання здатні вплинути на розвиток наукового знання не якісно, а кількісно – вони можуть прискорити або сповільнити науковий процес» (О. Конт). Але, на рівні філософського аналізу ще Г. Гегель показав, що в основі будь-якого знання лежить попередня культура, зміст історії діалектичних

відносин між суб'єктом і об'єктом. Це кардинально змінює сутнісне значення науки і знання в цілому, будь-яке знання носить історичний зміст та характер, обумовлений культурою, а отже, всіляке знання зазнає впливу соціальних факторів. Тому, подальше осмислення проблематики пізнавальної комунікації має відбуватися в парадигмі «соціальної філософії науки».

У динаміці майбутнього розвитку, людина має стати частиною єдиної системи сучасного світу. Постсучасна людина наділена конструктивістською роллю. Основним принципом конструктивізму є принцип пізнання світу, шляхом побудови моделей, тому наука й освіта стають суттю майбутнього. Організація ЮНЕСКО визначила, що ХХІ ст. має стати «Століттям освіти». Саме освіта і наука є стрижнем, найважливіших ресурсів нового етапу розвитку цивілізації, заснованого на високих технологіях high-tech (біо-, нано-, інфо-, електрохімії). Процес конструювання образу майбутнього задає зміст розвитку, в яких провідна роль належить людині, творцеві, з адекватними моральними переконаннями, ціннісними орієнтирами, творчими здібностями. Причинно-наслідкові зв'язки приводять сучасне суспільство до запиту на відродження філософського, соціогуманітарного знання в науці та освіті у вищих медичних закладах.

Всі, хто має будь-яке відношення до науки впродовж останніх (як мінімум) 50-ти років обговорюють і створюють міждисциплінарні контексти наукового знання. Давно введені у вищих програми дисципліни, явлені світові як симбіоз із двох і більше наук. Але цей процес продовжується і відкриває все нові можливості збірки, синергії знань, отриманих у різних сферах.

Філософія в системі соціогуманітарних наук сьогодні є для сучасного суспільства «методологічним регулятивом» розвитку. А отже, регулятивом виступає філософська культура особистості, яка формується і розвивається через аналітику, критику ідеалів, норм культури мислення, що формуються у повсякденному житті. Збереження в освітньому дискурсі філософських дисциплін дає можливість сформувати людський світогляд як онтологічний чинник, який спрямовує буття людини.

Сучасна освіта не тільки отримала велику кількість нових технологічних засобів, якими має навчитися користуватися з оптимальним результатом. Вона сама стає політичною, терапевтичною, соціальною технологією. Викладачі гуманітарних дисциплін враховують це та використовують нові технології щоб уникнути катастрофи глобальної дегуманізації. Якщо соціогуманітарні дисципліни отримують шанс від безособових технологій, ним варто скористатися для того, щоб з пасивних спостерігачів-дослідників перетворитися на активних творців нової реальності де головне місце завжди залишатиметься за особистістю людини.

Прогрес наукових знань прямо і опосередковано буде пов'язаний з медициною. Науки про людину і для людини, техніки, нові наукові відкриття знаходять свої нові точки опори. І, саме в медицині роль соціогуманітарної і філософської складової є актуальною. Інформаційне суспільство вже транслює події, пов'язані з технізацією людини і антропологізацією машини. Отже, так важливо розглядати можливі точки дотику соціогуманітарного і філософського знання саме в медичній сфері, яка активно працює над створенням трансгуманної істоти, а це означає, – створює надлюдину, реалізує людське прагнення до самостворення.

В умовах розвитку XXI ст. важливою є здатність творити, створювати нове, і, безумовно, медицина – це та сфера, де постійно створюватиметься щось нове, оскільки прагнення людини до самовдосконалення, до безсмертя, завжди було найактуальнішим для людини. Кожен готовий віддати свої скарби заради продовження молодості, краси та здоров'я. Тому медицині так важливо виховувати в своєму середовищі вчених, здатних мислити критично, здатних підійти до вирішення питань нестандартно та творчо, здатних творити щось нове.

В сучасних умовах філософія йде слідом за наукою, мистецтвом, політикою, релігією, повсякденним досвідом. Соціально-філософське осмислення природи сучасної науки, зокрема медицини, контрастує з іпохондриєю економічного виміру науково-технічного комплексу, в якій знецінюються фундаментальні знання і абсолютизується роль інструментального продукту науки, який виступає в якості товару.

У роботі викладачі проявляють педагогічну майстерність: від соціально-філософського дискурсу до психолого-педагогічного. Їх праця направлена на формування у студентів нових «соціальних навичок», «soft skills» («м'які навички», «соціальні навички», «універсальні навички» чи «навички успішності»). «Soft skills» – комплекс неспеціалізованих, надпрофесійних навичок, які відповідають за успішну участь у робочому процесі, високу продуктивність. Вони дозволяють нашим здобувачам ЗВО бути успішними в подальшому на своєму робочому місці. До «soft skills» зараховують навички комунікації, лідерство, здатність брати на себе відповідальність і працювати в критичних умовах, вміння залагоджувати конфлікти, працювати в команді, управляти своїм часом, розуміння важливості дедлайнів, здатність логічно й системно мислити, виробляти креативність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Герасимчук В.Г. Факторний аналіз конкурентоспроможності соціально-економічних систем: Україна, ЄС, Світ. *Економ. вісник Нац.*

техніч. ун-ту України “Київський політехнічний інститут”. 2015. № 12. С. 83 – 89.

2. Лозинська С., Рутар С. Реформа вищої освіти як фактор формування нової сучасної еліти в Україні. *Забезпечення якості вищої освіти*: Матеріали II-ої Всеукр. наук.-метод. конф., м. Одеса, 30 травня 2020 р. Одеса: Одеська нац. акад. харч. технолог., 2020. С. 3 – 4.
3. Лозинська С.О., Рутар С.М., Шашков Ю.І. Соціологія медицини: навч. посіб. Львів: ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», 2021. 173 с.
4. Про вищу освіту: *Закон України* від 01.07.2014 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
5. Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення освітньої діяльності у сфері вищої освіти: *Закон України* від 18.12.2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392-20#Text>
6. Рутар С.М., Лозинська С.О. На початку шляху до сучасної ефективної системи охорони здоров'я України. URL: <http://www.health-loda.gov.ua/files/problemy%20ta%20ryzyky.pdf>

ЗМІСТ

Секція 1

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА:

СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ

НЕДІЛЬКО Р.В., СОЙКА Л.Д.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ВИБІРКОВИХ
КОМПОНЕНТ У МЕДСЕСТРИНСТВІ..... 3

АНТОНЕНКО Ю.О., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.,

НЕДІЛЬКО Р.В., РИК Т.М.

НАВЧАЛЬНА ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА РОБОТА ДЕКАНАТУ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ 8

ГВОЗДЕЦЬКА Г., ГЛОВ'ЯК В.

АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО
КВАЛІФІКАЦІЙНОГО ІСПИТУ «МЕДСЕСТРИНСТВО»
У ФАХОВОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ІФНМУ
(З ДОСВІДУ РОБОТИ)..... 11

НАЛИВАЙКО Л.М., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ
В СУЧАСНИХ УМОВАХ..... 15

САХАРНАЦЬКА Д.М., ДУБ Н.Є.

ІСТОРИКО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО СТАНОВЛЕННЯ
ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ..... 18

ФЕДОРОВИЧ У. М., МЕНІВ Н. П., ВІНЯРСЬКА М. С.

ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ
ТА ІНТЕГРАЦІЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПІДГОТОВЦІ
МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ..... 26

КАРПИН Х.І., ХМІЛЯР І.Р.

ГАРМОНІЗАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ
З МІЖНАРОДНИМИ СТАНДАРТАМИ..... 30

ШЕГЕДИН А.С., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ВСТАНОВЛЕННЯ
МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ..... 33

ШЕГЕДИН А.С., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

ДОСЛІДЖЕННЯ БЕЛЛУМОРФІЇ ЯК СТРАХУ ВІЙНИ
У СУЧАСНОМУ СВІТІ..... 40

ЮРЦУНЬ Ю.М., НЕДІЛЬКО Р.В. АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ВИМОГ ДО КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ У ВІЙСЬКОВОМУ ТА ПІСЛЯВОЄННОМУ КОНТЕКСТІ.....	45
ФІТЬО Н.Р., ЯРЕМЧУК О.В. ФОРМУВАННЯ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СТУДЕНТА У ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН.....	49

Секція 2

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА ТА МЕДСЕСТРИНСТВО

ШЕВЧУК В.А., ШКВАРОК М.Г. АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ УКУШЕНИХ РАН В ХІРУРГІЇ...	52
ЗАСАНСЬКА Г.М. ТРАНСЛЯЦІЙНА МЕДИЦИНА – ІННОВАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ.....	56
МАТІЯНКА Т.М., ЯРЕМЧУК О.В. КОМПЕТЕНТНОСТІ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ У ПРОВЕДЕННІ ВАКЦИНАЦІЇ.....	64
НЕДІЛЬКО Р.В., ГУМЕНЧУК І.О. АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕНЕДЖМЕНТУ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА ПРИКЛАДІ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ. ВЛАСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ....	68
ВАЩЕНКО М. В., ВИШНЕВСЬКИЙ В. О., НОСАР А. Є. РАННІ ОЗНАКИ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЇ ВЕНОЗНОЇ СИСТЕМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ПІДЛІТКІВ.....	73
АНДРЕЙКО О.І., БІЛОБРИВКА В.Ю. ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАЦІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	75
РОЖКО О.С., ШКВАРОК М.Г. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ БРОНХОСКОПІЇ. НОВІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ В УКРАЇНІ.....	79
КУКСЕНКО І.В., ПОЦЮРКО Н.Т. ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЦИНІ.....	84

ЩУРКО М. М.	
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ.....	87
НЕДІЛЬКО Р.В., СИМКАНИЧ Н.Д.	
АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗРОБЛЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ СТАНДАРТИВ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ.....	90
ТВЕРДА І.І.	
КОСМЕТОЛОГІЧНІ ПОСЛУГИ: СЕСТРИ/БРАТИ МЕДИЧНІ, ЯК КЛЮЧОВІ ФАХІВЦІ В ПЕРСПЕКТИВНІЙ СФЕРІ.....	94
ПАСІЧНЮК І.П., ПАРТИКА У.Б.	
ВРОДЖЕНА ПАТОЛОГІЯ ОРГАНІВ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ В ПРАКТИЦІ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ.....	97
ШОПА Ю.П., ЮРИСТОВСЬКА Н.Я.	
ЕМПАТІЯ ТА ЛЮДЯНІСТЬ – ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК У МЕДСЕСТРИНСТВІ.....	104
КОНОПАДСЬКА М.С., ВАСЬКОВСЬКА О. Л.	
СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПРИВОДУ ОБІЗНАНОСТІ УЧНІВ ТА СТУДЕНТІВ ЩОДО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ.....	108

Секція 3

ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ

ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ЖУКРОВСЬКА М.О., ПАРТИКА У.Б.	
ВПРОВАДЖЕННЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ХІМІЇ ТА ФАРМАКОЛОГІЇ У МЕДИЧНУ ОСВІТУ.....	114
АБИШЕВА Л.П., МАЛИШЕВ В.В.	
СВІТОВИЙ РИНОК КОНТРАКТНОЇ РОЗРОБКИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ВИРОБНИЦТВА У ФАРМАЦІЇ.....	119
КОРЖОВА М.Ю., МАЛИШЕВ В.В.	
СВІТОВИЙ РИНОК НАНОФАРМАЦЕВИЧНИХ ПРЕПАРАТИВ: ДРАЙВЕРИ, ОБМЕЖЕННЯ ТА СЕГМЕНТАЦІЯ.....	124
НОСАЛЬ Д.С., КОВАЛЕНКО В.В.	
СВІТОВИЙ РИНОК ФАРМАЦЕВИЧНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ: ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ТА ДИНАМІКА.....	128

Секція 4

СТОМАТОЛОГІЧНІ НАУКИ

ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

LISETSKA I.S. Candidate of Medical, Associate Professor

FORMATION OF COMMUNICATION COMPETENCES OF STUDENTS
IN THE STUDY OF DENTAL DISEASE PREVENTION..... 132

Секція 5

**СОЦІАЛЬНО- ГУМАНІТАРНИЙ ТА ФУНДАМЕНТАЛЬНИЙ
НАПРЯМОК В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ**

СЕМЕНЕНКО О.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ У ПРОФЕСІЙНІЙ
ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ..... 134

ГЕРМАНОВИЧ Г.О., ПУКАЛЯК Л.Т.

ДИСКУСІЇ ПРО СТАТУС СОМАТИЧНИХ МІЖНАРОДНИХ
КОМПОНЕНТІВ..... 137

ЛОЗИНСЬКА С. О., КЛЕБАН Л. О.

СОЦІОГУМАНІТАРНІ ВИМІРИ У РОЗВИТКУ
МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ..... 140

ДЛЯ ПОТАТОК

ДЛЯ ПОДАТОК

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

МАТЕРІАЛИ

**V РЕГІОНАЛЬНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

28 жовтня 2024 року

*Відповідальний за випуск **Р. В. Неділько***

Комп'ютерне верстання *Галини Сукмановської*

Художник-дизайнер *Мирослава Пасека*

Підписано до друку 4.11.2024

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

Умовн. друк. арк. 9,3. Обл.-вид. арк.8,4

Наклад 20 прим. Зам. 241209

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