

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЛЬВІВСЬКОЇ  
ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ  
ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ  
«ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»

**МАТЕРІАЛИ**  
**II Регіональної науково-практичної**  
**конференції**

***«Стратегія розвитку вищої  
медсестринської освіти»***

Львів  
2021

Оргкомітет конференції:

Голова: **Кривко Ю.Я.**, ректор «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», професор.

Заступник голови: **Неділько Р.В.**, завідувач кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. наук з держ. управління (доктор філософії).

Члени оргкомітету:

**Білобровка В.Ю.**, викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського». **Бялий А.О.**, викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського». **Жубрид М.Т.**, викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського». **Костів З.П.**, викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського». **Кузьменко О.В.**, викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського». **Янків С.В.**, викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського». **Яремчук О.В.**, викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського».

Редколегія: **Сойка Л.Д.**, проректор з навчальної роботи «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. хім. наук. **Стоколос-Ворончук О.О.**, проректор з наукової роботи «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», доцент. **Юристовська Н.Я.**, проректор з виховної роботи «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. наук з держ. управління (доктор філософії). **Безкоровайна У.Ю.**, декан «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. наук з держ. управління (доктор філософії). **Дуб Н.Є.**, декан «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. наук з держ. управління.

*Рекомендовано до друку вченою радою ВНКЗ ЛОР  
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»  
(Протокол № \_\_ від \_\_ жовтня 2021 року)*

**Матеріали II Регіональної науково-практичної конференції  
«Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти»** (м. Львів, 27 жовтня 2021 року). – Львів: «Тріада плюс», 2021. – с. 160.

У збірнику тез вміщено матеріали науково-практичної конференції «СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ» для студентів, викладачів, магістрів, молодих науковців та практикуючих сестер/братів медичних.

## Зміст

### РОЗВИТОК АКАДЕМІЧНОЇ КУЛЬТУРИ В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ

*Касперська Г. І., Кривко Ю.Я.* Комунікативна культура медичного працівника – огляд наукових джерел ..... 5

### ПРАКТИЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО СУЧАСНОСТІ

*Брилевич О.А., Якубович Н.О., Миршавка Л.І., Вільгусевич В.Ф., Борошук В.О.* Дієво відповідаємо на виклики часу ..... 9

*Бялий А.О.* Біохакінг – спосіб покращення роботи організму за допомогою медичних препаратів, харчування, тренування та інших методів ..... 16

*Жубрид М.Т., Янків С.В.* Медсестринський менеджмент у статифікації ризиків для пацієнтів з серцево-судинною патологією на первинному рівні надання медичної допомоги ..... 21

*Куксенко І. В., Юристовська Н. Я.* Рівноправний доступ сільського населення до медичних послуг ..... 31

*Ліщук Р.М.* Як жити під час карантину пандемії коронавірусної інфекції Covid-19 – наслідки для фізичного та психологічного здоров'я студентів-медиків, зокрема медичних сестер та братів ..... 40

*Федорович У. М., Менів Н. П.* Боротьба з внутрішньолікарняними інфекціями ..... 46

*Назар С.Л., Назар О.Ю., Амізьян А.А.* Значення оптимального складу поживних речовин у профілактиці виникнення стоматологічних захворювань ..... 50

*Наливайко Л. М., Безкоровайна У. Ю.* Як відобразиться реформування охорони здоров'я на сучасній медсестринській освіті ... 58

*Олексюк-Нехамес А. Г.* Нейрофізіологічні механізми адаптації у пацієнтів з частковими когнітивним дефіцитом ..... 65

*Панкевич М.С.* Модифікація генів та біоетичні застереження .. 69

<i>Поцюрко Н.Т., Неділько Р.В.</i> Оксигенотерапія – ключова фахова компетенція сестри/брата медичних сьогоднішня ..... 78	78
<i>Різун Г.М., Цюник Н.Ю.</i> Компетенції сестри медичної при діагностиці гельмінтозів ..... 83	83
<i>Сидор О.К., Засанська Г.М.</i> Роль сестри медичної у здійсненні медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах ..... 87	87
<i>Фітьо Н.Р., Синиця С.В.</i> Роль молодшого спеціаліста кабінету щеплень в імунопрофілактиці дітей різних вікових груп ..... 94	94

### **АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ В ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРІ ЗВО**

<i>Безкоровайна У.Ю., Неділько Р.В., Амізян А.А.</i> Зворотний зв'язок в сучасному освітньому просторі ..... 109	109
<i>Гвоздецька Г.С., Глов'як В.Г., Бігун Р.В., Жукуляк О.М.</i> Удосконалення виконання студентами практичних навиків при вивченні дисциплін акушерсько-педіатричного профілю ..... 113	113
<i>Дуб Н.Є., Качор В.Т., Музика О.І.</i> Досвід країн світу у реалізації інклюзивної освіти ..... 119	119
<i>Льчишин О.В., Андрейко В.Ю., Білобровка В.Ю.</i> Підходи щодо системного впровадження інноваційних технологій у практику закладів охорони здоров'я ..... 125	125
<i>Костів З.П., Кузьменко О.В.</i> Проблемна лекція як метод інтенсифікації навчального процесу ..... 137	137
<i>Кость М.</i> Організація фізичного виховання студентів-лаборантів Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського ..... 141	141
<i>Ліщук Р.М.</i> Управління стресом як ресурс подолання професійного вигорання ..... 144	144
<i>Терещук С.І.</i> Формування фахової (фармацевтичної) компетентності у студентів першокурсників Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського ..... 148	148
<i>Фітьо Н.Р.</i> Інноваційні методи навчання в сучасному освітньому просторі ..... 154	154

# **РОЗВИТОК АКАДЕМІЧНОЇ КУЛЬТУРИ В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ**

*Касперська Г. І., студентка II-го курсу  
спеціальності 223 Медсестринство  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія ім. А. Крутинського»  
Науковий керівник:  
Кривко Ю.Я., професор  
ректор ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія ім. А. Крутинського»*

## **Комунікативна культура медичного працівника – огляд наукових джерел**

Актуальним завданням сьогодення є удосконалення спілкування медичних працівників та пацієнтів на засадах персоналістичної моделі біоетики, засвоєння медичними працівниками мистецтва індивідуального підходу до особистості хворого [1], впровадження підходу до лікувального процесу, центрованого на пацієнті і медико-соціальних проблемах сім'ї. Вміння спілкуватися – це важлива складова професії медсестри [2].

**Мета** статті полягає у висвітленні досвіду формування комунікативної культури медичних працівників у процесі професійної підготовки.

Багато науковців досліджували проблему комунікативної культури, серед яких – А. Богуш, В. Бондар, Н. Волкова, Д. Годлевська, В. Греньов, С. Дорошенко, В. Кан-Калик, І. Комарова, О. Леонтьєв, А. Мудрик, Б. Паригін, Н. Путільовська, Т. Туркот.

Комунікативна культура входить в склад професійної культури особистості медичного. Дане питання вивчали багато науковців, зокрема Н. Кузьміна, С. Максименко, А. Мудрик, В. Саф'янова,

В. Семиченко та інші. Комунікативна культура медичного працівника закладається ще під час навчання у закладах вищої освіти при спілкуванні з науково-педагогічними та педагогічними працівниками. Науковці С. Батишева і Г. Соколова аналізували дефініції «комунікативна культура викладача вищої школи».

Провівши наукову розвідку до визначення феномена «культура» ми дійшли висновку, що культура тісно пов'язана із самою людиною, її поведінкою й професійною діяльністю. На думку І. Тимченко, комунікативна культура являє собою систему поглядів і дій, що є способом досягнення мети під час комунікування з іншими людьми [3].

В. Кан-Калик у своїх наукових працях зазначає, що комунікативна культура виражається в умінні педагога налагоджувати гуманістичні, особистісно зорієнтовані взаємини з вихованцями та колегами, що передбачає наявність у нього таких якостей, як орієнтація на позитивні риси іншої людини, уважне ставлення до неї як до особистості, здатність до розуміння емоційного стану суб'єктів освітнього процесу, уміння мотивувати їх до досягнення поставленої мети [4].

Нас зацікавило питання феномену «комунікативної культури», та з яких складників складається цей феномен. Ми встановили, що комунікативна культура має три складові, а саме: комунікація, спілкування, взаємодія.

Науковець Т. Туркот здійснив аналіз поняття «комунікативна культура» за особистісним, аксіологічним і діяльнісним напрямками. Він зазначає, що комунікативну культуру медика можна уявити як складний соціальний феномен, що складається з декількох взаємопов'язаних компонентів: комунікативних настанов, знань, комунікативних умінь, які реалізуються за

певних умов і залежать від зовнішніх умов і внутрішніх чинників. Внутрішніми умовами, що забезпечують комунікативну культуру медика, є природжені комунікативні задатки, індивідуальні особливості людини, освіта та практичний досвід. Зовнішніми умовами – моральні та культурні цінності, зміст педагогічної діяльності.

Під час вивчення джерел наукової літератури, які описують сутність і зміст комунікативної культури у складі загальної культури особистості, виявлено існування двох напрямків у сучасних дослідженнях проблем комунікації. Деякі автори (Т.В. Вільчинська, О.Я. Гойхман, Т.М. Надііна та ін.) акцентують увагу на тому, що професійна освіта молодого людини не може бути завершеною без сформованої культури мови, мистецтва мовлення, етики комунікативної поведінки, високих моральних якостей та гуманістичного світогляду. Згідно з другим підходом (В.М. Молоканов, Ю.О. Сорокін, Є.Ф. Тарасов та ін.) комунікативна культура передбачає наявність у кожного фахівця певних якостей і стратегій поведінки, які сприяють досягненню цілей у спілкуванні з іншими людьми: скласти позитивне враження про себе, продуктивно спілкуватися, орієнтуватися на успіх у професійній діяльності, прагнути до самореалізації в суспільних відносинах, адаптуватися до нових стосунків у трудовому колективі. Також комунікативна культура розглядається в єдності її функціональних характеристик як цілісне, динамічне особистісне утворення, що забезпечує адаптацію та самореалізацію особистості в сучасному суспільстві [5].

**Висновки.** Отже, можемо констатувати, що комунікативна компетентність посідає важливе місце в підготовці майбутніх медичних працівників. Саме високий рівень комунікативної компетентності є однією з провідних якостей майбутніх медичних братів та сестер, що зумовлює ефективну співпрацю з медичним персоналом, пацієнтами та їх оточенням. У сьогоденній підготовці сестер/братів медичних приділяється значна увага

комунікативним компетентностям і це є перспективним вектором подальших наукових досліджень, які би визначали шляхи розвитку та методологію.

### **Список використаних джерел**

1. Маргаева М. П. Значимость тформирования и развития коммуникативных навыков у студентов медицинских училищ и колледжей / М . П. Маргаева, Н. Н. Лебедева // Медсестра. – 2014. – № 3. – С. 35–38.

2. Коммуникативная компетентность медицинской сестры в конфликтной ситуации / М. А. Асимов, С. Х. Мадалиева, С. Т. Ерназарова, Р. Н. Алибаева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 11. – С. 87–89.

3. Тимченко І. Формування комунікативної культури студентів у процесі вивчення предметів гуманітарного циклу : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Харків : Харківський державний педагогічний університет ім. Г.С. Сковороди, 2001. 20 с.

4. Кан-Калик В. Грамматика общения. Москва : Рос-педагенство, 1995. 108 с.

5. Тимченко І.І.Формування комунікативної культури студентів у процесі вивчення предметів гуманітарного циклу/ Дис. на здобуття науков. ступеня. Канд. пед. наук. Харків – 2021.



# **ПРАКТИЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО СУЧАСНОСТІ**

*БРИЛЕВИЧ О.А.,  
здобувач вищої освіти II-го курсу  
спеціальності «Медсестринство»,  
Кам'янський фаховий медичний коледж*

*Керівники:*

*ЯКУБОВИЧ Н.О., голова циклової комісії терапії та хірургії,  
голова обласного методичного об'єднання викладачів  
дисциплін терапевтичного профілю, викладач вищої  
кваліфікаційної категорії, викладач-методист,*

*Кам'янський фаховий медичний коледж*

*МИРШАВКА Л.І., викладач внутрішньої медицини,  
викладач вищої кваліфікаційної категорії,*

*Кам'янський фаховий медичний коледж*

*Науковий консультант:*

*ВІЛЬГУСЕВИЧ В.Ф., к. мед. н., доцент,*

*Кам'янський фаховий медичний коледж*

*Практичний керівник:*

*БОРОЩУК В.О., завідувач відділення кардіологічної  
інтенсивної терапії КНП КМР «Міська лікарня швидкої  
медичної допомоги», лікар вищої категорії.*

## **Дієво відповідаємо на виклики часу**

*В медицині працюють переможці над обставинами*

Розвиток суспільства ставить нові вимоги до професії медичної сестри. Медична сестра загальної практики повинна

володіти більшою самостійністю в роботі, а не бути просто помічником лікаря. Медсестринський догляд повинен бути націленим на особистість, на фізичні, психологічні та соціальні проблеми, що виникають перед цією особистістю у зв'язку з хворобою, а також на сім'ю в цілому. Одним з головних пріоритетів медсестринського процесу є доступність і профілактична спрямованість, що сприяє попередженню розвитку захворювань та їх ускладнень, виявлення факторів ризику, навчання населення здорового способу життя.

Оскільки функції сімейної медичної сестри різноманітні, для її успішної роботи необхідні глибокі знання та вміння. На всіх рівнях підготовки медсестринського персоналу велике значення має надаватися саме питанням підтримки здоров'я людей.

Питанню підготовки медичних працівників та її удосконаленню приділяється постійна увага і в Кам'янському фаховому медичному коледжі. Вже у цьому році 23–24 вересня викладачі коледжу взяли участь у роботі Осіннього Медсестринського Форуму у Львові. Метою форуму було підняття престижу медсестринської професії, створення професійних медсестринських традицій та підтримки медсестринства в Україні. Розглядалися нормативно-правові аспекти післядипломної освіти, питання стандартів практичної підготовки сестри медичної загальної практики – сімейної медицини, визначалися завдання громадських медсестринських організацій у розвитку медсестринства в Україні. Особливу увагу присутніх привернув досвід роботи симуляційно-тренінгового центру Львівського фахового медичного коледжу післядипломної освіти. Це є дуже цікавим та актуальним і для нашого коледжу.

У коледжі працює відділення доклінічної практики, на базі якого вже проводиться симуляційне навчання. При підготовці медсестер-бакалаврів виникла потреба в інтенсифікації тобто впровадженні та розвитку наукових досліджень здобувачами освіти коледжу в галузі медсестринства для застосування їх в медичній практиці.

Науково-дослідна робота у Кам'янському фаховому медичному коледжі є одним із засобів поглиблення студентами базових знань, формування необхідних вмінь, навичок ефективного спілкування, здатності застосовувати знання у практичних ситуаціях. Вибір напрямків досліджень обумовлений актуальністю проблем медсестринства і суспільства в цілому.

До прикладу, науково-дослідний гурток внутрішньої медицини протягом двох років працював над проблемою артеріальної гіпертензії, що запускає каскад патологічних змін у серці, судинах, нирках, сітківці ока, головному мозку. Ця хвороба є серйозним викликом цивілізації.

Метою дослідження було:

- проаналізувати вплив факторів ризику на розвиток артеріальної гіпертензії та її ускладнень;
- обґрунтувати перспективні напрямки роботи медичної сестри у сприянні процесу формування здорового способу життя населення.

Об'єктом дослідження були 100 студентів Кам'янського фахового медичного коледжу п'яти вікових груп.

На першому етапі дослідження застосовано метод анкетування з визначенням: віку, наявності обтяженої спадковості, рівня фізичної активності, характеру харчування, наявності шкідливих звичок, обізнаності про свої показники (артеріального тиску, рівня глюкози, холестерину крові).

Гуртківці вимірювали артеріальний тиск, визначали артеріальний пульс, проводили підрахунок індексу маси тіла і отримали наступні результати:

- 87% осіб мають обтяжену спадковість на серцево-судинні захворювання,
- 33% – мають підвищений АТ, із них 78% рідко вимірюють АТ, і тільки 22% регулярно.
- 21% ніколи не визначали рівень глюкози крові;
- 12% палять;

- 82% мають недостатню фізичну активність;
- 86 % нераціонально харчуються;
- 42% мають надлишкову масу тіла.

Метою наступного етапу було вивчення проблеми артеріальної гіпертензії, а саме гіпертонічної хвороби та оцінка ризику виникнення серцево-судинних ускладнень у пацієнтів, хворих на гіпертонічну хворобу II-ї – III-ї стадій.

Об'єкт дослідження – 100 пацієнтів, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні лікарні швидкої медичної допомоги (вікова група: 55–60 років, за статтю: 50 чоловіків, 50 жінок).

У відділенні кардіальної інтенсивної терапії гуртковіці проводили опитування, клінічне обстеження та знайомилися з результатами додаткових методів обстеження пацієнтів.

Результати дослідження:

- гіпертонічна хвороба II стадії виявлена у 27% пацієнтів;
- гіпертонічна хвороба III стадії у 73% пацієнтів.

Під час госпіталізації відмічався рівень підвищення артеріального тиску:

- у 72% обстежених – II ступеню;
- у 28% обстежених – III ступеню.

Виявлено, що серед супутніх захворювань переважають: стенокардія, інфаркт міокарда, ішемічний інсульт, гостре порушення ритму та провідності, серцева недостатність.

Зниження толерантності до глюкози виявлено у 34% обстежених, 17% – хворіють на цукровий діабет.

У всіх пацієнтів виявлено Гіперхолестеринемію (дисліпідемію) та ознаки гіпертрофії лівого шлуночка за даними ЕКГ.

Абдомінальне ожиріння мають 56% чоловіків і 92% жінок.

98% не дотримуються принципів раціонального збалансованого харчування, не займаються регулярними фізичними вправами.

Палять 76% чоловіків, 4% жінок.

89% обстежених несвоєчасно звернулися до лікаря при виникненні підвищення артеріального тиску, 26% не мають прихильності до контролю артеріального тиску та регулярного лікування.

Унаслідок ефективної комбінованої антигіпертензивної терапії у 100% пацієнтів було досягнуто цільового рівня артеріального тиску (до 140 на 90 міліметрів ртутного стовпчика).

Як висновок: результати дослідження дали можливість оцінити ризик розвитку серцево-судинних ускладнень у всіх обстежених під час госпіталізації як високий і дуже високий. Підставою для цього стало виявлення у пацієнтів артеріальної гіпертензії II–III ступеню, наявність 3-х і більше факторів ризику, метаболічного синдрому, цукрового діабету, ураження органів-мішеней.

Після досягнення цільового рівня артеріального тиску, комплексної терапії супутніх захворювань, нормалізації рівня глюкози крові, дотримання лікувально-охоронного режиму, відмови (або обмеження) паління у пацієнтів знизився ризик виникнення повторних серцево-судинних подій. Гуртківці визначили не лише рівень ризику розвитку патологічних змін в організмі, а й упевнилися, що їх можна попередити.

Проведені дослідження підтвердили важливу роль просвітницької роботи медичної сестри серед населення та необхідність пропаганди здорового способу життя і впливу на керовані фактори ризику (нераціональне харчування, надлишкова маса тіла, гіподинамія, паління). Така робота сприяла усвідомленню студентами, що саме санітарно-просвітницька робота є пріоритетним напрямком у протидії хворобам цивілізації та впевненості, що їх можна попередити.

Результати дослідження були презентовані гуртківцями у травні 2021 року на Міжнародній конференції студентських наукових гуртків за темою «Роль медсестри та акушерки у протидії хворобам цивілізації». Модератором цього заходу

виступив Інноваційний університет Колегіум Мазовія в Седльцях, Польща. Студенти різних країн поділилися досвідом та результатами власних досліджень.

У нашому коледжі існує традиція проводити студентські науково-практичні конференції до Дня науки, де панує обмін думками серед науковців, здобувачів освіти, провідних спеціалістів у галузі охорони здоров'я, лікарів-практиків та практикуючих медичних сестер. Знайомство з непересічними особистостями є дійсним взірцем перемоги та досягнень, усвідомлення студентами ролі кожної творчої та наполегливої молодшої людини у розвитку науки, державотворення та самоствердження.

Крім наукових досліджень, гуртківці та студенти медичного коледжу започаткували у місті соціальний проєкт «Стоп гіпертонія!». Разом із викладачами студенти вимірювали артеріальний тиск у населення в громадських місцях: парках, торгівельних центрах, зонах відпочинку. При виявленні підвищеного артеріального тиску рекомендували звернутися до сімейного лікаря, створювали власноруч санбюлетні, розповсюджували буклети з профілактики серцево-судинних захворювань.

Інформаційна служба зв'язків з громадськістю розширила платформу спілкування завдяки новим формам роботи:

- відео-лекції вустами студентів «Що потрібно знати про набуті вади серця»;
- флешмоб «Живе серце»;
- проєкт «Маленьке серце запалює великі справи!» (просвітницька робота-попередження хвороб серця у населення);
- волонтерські акціїтощо.

Вся інформація висвітлюється на сайті коледжу.

Участь здобувачів освіти у тренінгах, майстер-класах від професіоналів практичної медицини, змаганнях бригад швидкої та екстреної медичної допомоги сприяють

формуванню професійної готовності, самостійності у проведенні серцево-легеневої реанімації при зупинці серця, що може стати вирішальним чинником того, чи буде жити людина.

В Кам'янському фаховому медичному коледжі відкрито відділення бакалаврату медсестринства, вводиться багато елективних курсів для медичних сестер, запрошені до викладання випускники-бакалаври та магістри медсестринства; створені комп'ютерні бази (навчальні відеофільми, презентації тощо); кабінети доклінічної практики оснащені сучасними симуляційними фантомами та муляжами.

Ще більше проєктів – в перспективі. Серед них:

- створення Асоціації медичних сестер-бакалаврів, випускників коледжу для підтримки молодих фахівців та обміну досвідом;
- організація навчально-клінічного комплексу (коледж – заклад охорони здоров'я);
- розширення бази симуляційного навчання;
- системне впровадження тренінгів тренерами екстреної медичної допомоги.

Співпраця із закладами охорони здоров'я допомагає у проведенні конкурсів професійної майстерності, у вирішенні складних професійних ситуацій; створює платформу для проведення науково-практичних конференцій.

Зрозуміло, що в основі забезпечення якісно нового рівня медсестринської допомоги населенню є вдосконалення системи підготовки фахівців, постійне оновлення методичної та матеріально-технічної бази у закладі вищої освіти, розвиток наукових досліджень у галузі медсестринства та використання їх результатів у практичній охороні здоров'я.

## Література

1. Матеріали Осіннього медсестринського Форуму, 23-24 вересня 2021 рік, м. Львів.

2. Рекомендації української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска», 2011.

3. Ю.Г. Антипкін, академік НАМН України, д.мед.н., професор. Фактори ризику розвитку хвороб цивілізації. – Медична газета «Здоров'я України» №1 2021.

*Бялий А.О., магістр  
державного управління,  
викладач  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія  
ім. А. Крупинського»*

### **Біохакінг – спосіб покращення роботи організму за допомогою медичних препаратів, харчування, тренування та інших методів**

Люди здавна хотіли продовжити своє життя, бути в гармонії з собою, з навколишнім середовищем і щасливими. Кожна людина мріє власними силами зміцнити своє тіло і мозок, щоб бути швидким, розумнішим, сильнішим, кращим, тому на допомогу нам приходять знання з біології. Те, що декілька років назад здавалося фантастикою на кіноекрані, поступово появляється в нашому повсякденному житті. Ніякі не супергерої, а реальні люди, які вживляють у свій організм чіпи або додаткові деталі, приймають різні медичні препарати, котрі, на їхню думку суттєво покращать якість та довго тривалість життя. Це є небезпечно в силу відсутності наукових даних, дорого і часом не законно. Всі ми привикли вважати, що з наступного понеділка починається нове життя, але на превеликий жаль нічого не відбувається. Не варто планувати зміни в першу чергу в собі під будь-яке свято, перший день тижня чи початок року.



Всі ці красиві дати – фікція. Людина повинна збагнути, відчути, для чого їй це потрібно, що вона хоче змінити у своєму житті. Чи дійсно людина хоче змін, без яких її життя втрачає сенс. Тому що це не якась примха або каприз, конкретне усвідомлення. Нове життя починається тоді, коли Ви готові до нього. Фізично і духовно здорові люди набагато легше знаходять престижну або кращу роботу, так як їх не відволікають будь-які фізичні, хвороби, душевні страждання. З точністю можна констатувати, що впевнені у собі люди володіють шармом, який подобається всім без виключення. І багато людей хотіло би так само почуватися комфортно, бути здоровими, але не кожна людина знає як поміняти себе в кращу сторону. І що, коли в сучасному світі з'явилася модна течія, скерована на покращення фізичного та ментального станів, за допомогою цілком звичних правил здорового способу життя.

Біохакінг – системний підхід до біології людини, який концентрується на всіх аспектах діяльності. Це можуть бути різноманітні технології, які дозволяють змінювати структуру людського тіла. Компютерні чіпи, вживлені під шкіру, геномодифіковані бактерії, які здатні змінювати хімічний склад окремих органів та систем організму людини. Все разом і по черзі. Це одна сторона біохакінгу. Формально це антивікова медицина, але термін «біохакінг» припав до душі геніям із Кремнієвої долини. В його основі лежить метод діагностики. Лабораторні, функціональні, когнітивні та інші дослідження. Це не рутинні обстеження, які людина зможе пройти в поліклініці. Ці аналізи включають в себе кількісне визначення антиоксидантів, солей важких металів, мікроелементів, і так далі. Крім цього допускається повторне проведення діагностики для корекції лікування.

Біохакінг – це процес використання науки, біології та самостійних експериментів для контролю і вдосконалення свого тіла, розуму і життя, ДейвЕспрі, засновник і генеральний

директор Bulletproof. Біохакинг відноситься до застосування IT-хаків в біологічних системах - в першу чергу, у людському тілі, але також і у всій біосфері. Біохакинг охоплює широкий спектр IT-проектів і ідей. Біохакинг або біологічне поліпшення набирає популярність у всьому світі. Біохакери використовують технології для модифікації свого тіла за естетичними та або функціональними причинами. Біохакери хочуть, щоб їхнє тіло і мозок функціонували краще, «зламавши» їх біологію. Поняття «біохакинг» походить від англійського слова «hacking», що перекладається як «ламати», «зламувати». Але спочатку це слово означало «усунення нерівностей», тому хакерами спочатку називали програмістів, які доопрацьовували програмний код до функціонального стану. Поняття «біохакинг» означає не тільки «злам», але і «доопрацювання».

В Україні термін «біохакинг» став відомим на початку жовтня 2017 року після публікації статті на сайті Medium з назвою «Мені 32 роки і я витратив 200 тисяч доларів на біохакинг». На той момент в англійських країнах вже існували такі організації, як «Біохакинг Саміт» і «Біохакинг центр». У 2019 році біохакинг набирає популярність у Балтійських країнах, а також у США та Канаді. Особливо в Силіконовій долині, де актуальне підвищення персональної продуктивності співробітників високотехнологічних компаній, щоб отримувати високі результати в контексті підвищення якості результатів їх праці. Формування поняття біохакингу проходить в пост-модерному форматі, а не в академічній закритій медичній сфері – формується зацікавленими в біохакингі персонами або вже практикуючими біохакерами. Специфіка біохакинга полягає в тому, що він на 90 % складається з аматорського руху людей, які його розвивають. Біохакинг не є форматованою медичною структурою. Важливою складовою біохакингу є продукування гіпотез про те, як можна вплинути на здоров'я, впровадження цих гіпотез і верифікація їх результату.

Біохакінг складається з двох основних етапів.

I етап: консультація, діагностика, повторна консультація за результатами діагностики, складання індивідуальної оздоровчої програми. На цьому етапі пацієнт проходить повне обстеження і отримує рекомендації та відповідні призначення. Лікар встановлює контрольні точки – показники, які потрібно досягти за певний період. Для прикладу : сон пацієнта повинен бути не менше 8 годин, рівень гормонів, вітамінів, мікроелементів відповідав певним параметрам, зниження рівня свинцю, солей важких металів, лептину, підшкірної жирової клітковини.

II етап: повторна клініко-лабораторна діагностика, консультація та корекція лікування. При повторних консультаціях встановлюється, наскільки ефективними були призначення, чи вдалося досягнути бажаного ефекту. Якщо ні, здійснюється відповідна корекція.

Адепти нового віяння добровільно і з великим задоволенням вживають таку кількість медикаментів в день, що їх би в достатній кількості вистарчило на пару відділень для важкохворих іпохондриків. Логіка тут проста, змінюючи хімічний склад рідин в організмі та в мозку, вони зуміють добитися якісного покращення своїх розумових та інтелектуальних здібностей. Заможні біохакери наймають цілий штат лікарів, які хоть якимось чином регулюють склад і об'єм вживаних медикаментозних препаратів. А ті, що бідніші, не заможніші обходяться своїми власними уявленнями про ідеальні формули, в результаті чого результат виявляється непередбачуваним, а то і навіть плачевним.

Наведемо 6 прийомів, які можуть повернути своє життя в більш природне та здорове русло.

1. Рухливість. Нам всім відомо, що довго сидіти шкідливо, це призводить до м'язевої напруги і руйнує наші фізичні здатності.

2. Харчування. Спеціаліст по харчуванню Дейв Еспрін впевнений : потрібно їсти багато овочів, вживати рослинну олію, вибирати натуральні білки, обмежувати споживання вуглеводів і фруктів. Його підтримує дієтолог Джей Джей Верджин, додаючи, що вкрай важливо взагалі відмовитися від вживання цукру. На його думку, цукор викликає звикання та залежність, сильнішу за наркотики. Доктор Том О Браєн звертає увагу на залежність шлунок-мозок.

3. Повернення до природи.

4. Усвідомленність. Для початку необхідно створити дискомфорт. Дискомфортні ситуації допоможуть знизити очікування і посилити рівновагу. Починайте кожен ранок з холодного душу. Обов'язковомедитуйте.

5. Музика. Мозок людини складається з 100 млрд нейронів, які «спілкуються» між собою за допомогою імпульсів. Кожної секунди мільйони нейронів одночасно виробляють електричну активність. Цю активність видно на ЕЕГ у вигляді мозкової хвилі. Частота коливань мозкової хвилі залежить від того, що ми робимо. Науково доведено, що постійна звукова хвиля може впливати на активність мозку. Музика як би нав'язує ритм нашому мозку.

6. Вдячність. Висловлюючи вдячність, ми позитивно впливаємо на майбутню оцінку подій в нашому житті. Відчувати вдячність, це щоденна практика, яка подібна до медитації.

7. Біохакінг – це не одноразова процедура, а стиль життя людини. Заданої програми прийдеться дотримуватися все своє життя, бо інакше не буде позитивного ефекту.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Й. Хальментоя, О. Совіярві, Т. Аріпа. «Біохакінг. Керівництво по розкриттю потенціалу організму». Альпіна Тоблішер Україна, 2020.

2. Д. Кармайкл. «Молодістьнавсегда». Азбука, КоЛибри, 2020.

3. Л. Масконі. «Наука розумного харчування для мозку». Наш Формат, 2019.

4. <http://www.psychologies.ru/wellbeing/harmony/biohakingrukovodstvo-dlya-nachinayuschih>.

*ЖУБРИД М.Т.*

*викладач*

*ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
Академія ім.Андрея Крупинського»*

*ЯНКІВ С.В.*

*викладач*

*ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
Академія ім.Андрея Крупинського»*

## **Медсестринський менеджмент у статифікації ризиків для пацієнтів з серцево-судинною патологією на первинному рівні надання медичної допомоги**

У більшості країн світу серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною передчасної смерті. Крім того, ССЗ залишаються важливими причинами інвалідності та зростання витрат на охорону здоров'я. Тому профілактичний напрямок набув пріоритетного значення на сучасному етапі розвитку медицини.

У 2008 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я схвалила План дій зі здійснення Глобальної стратегії ВООЗ щодо профілактики та боротьби з хронічними неінфекційними захворюваннями (2008-2013 рр.), згодом був ухвалений План дій для реалізації Європейської стратегії попередження та боротьби

з неінфекційними хворобами на 2012-2016 роки та 2016-2025 рр. Наукові і практичні аспекти проблеми профілактики ССЗ активно розробляються в країнах Євросоюзу, США, Канади: запроваджені клінічні настанови, які відповідають вимогам доказової медицини, ефективно реалізуються державні та міждержавні проекти. Все це обумовило стабілізацію рівня захворюваності та смертності від ССЗ, зокрема, в осіб молодого віку.[1] В Україні ця наукова проблема ще потребує практичної реалізації, так як смертність від ССЗ складає 61% в структурі загальної смертності, з яких 75 % передчасних смертей можна попередити.

Рекомендовані до застосування у клінічній практиці заходи профілактики ґрунтуються на результатах клініко-епідеміологічних досліджень щодо ССЗ та досліджень щодо впливу заходів профілактики на захворюваність та смертність, проведених на засадах доказової медицини.

Основними заходами профілактики ССЗ є виявлення факторів ризику, проведення загальної оцінки ризику розвитку ССЗ та виконання втручань, направлених на зниження загального ризику за допомогою впровадження засад здорового способу життя та корекції факторів ризику – медикаментозної та немедикаментозної.

Загально визнаними факторами ризику розвитку ССЗ є артеріальна гіпертензія, порушення обміну ліпідів та глюкози, фактори, які визначаються способом життя (тютюнопаління, нездорове харчування, недостатня фізична активність), соціальні фактори, психологічні риси особистості. Провідна роль у виявленні факторів ризику та проведенні профілактики ССЗ належить медичним працівникам закладів первинної медичної допомоги, особливу увагу слід надавати організації професійної мультидисциплінарної команди фахівців, до обов'язків якої належить: виявлення у пацієнтів факторів ризику; визначення загального або відносного ризику розвитку

ССЗ з використанням шкали SCORE; проведення заходів щодо зниження загального ризику розвитку ССЗ; моніторинг виявлених факторів ризику та ступеня їх корекції в осіб з високим рівнем ризику та пацієнтів із ССЗ; періодичну повторну оцінку рівня ризику ССЗ пацієнтів із низьким та помірним рівнем ризику.

В Європейських клінічних настановах з профілактики серцево-судинних захворювань 2012 р. (як і у перегляді 2016 року) оцінка ризику ССЗ рекомендовано приводити з використанням шкали SCORE.

Для оцінки факторів ризику в Україні також рекомендовано використовувати шкалу SCORE. Шкала SCORE дозволяє визначити 10-річний ризик смерті від будь-якої серцево-судинної події. Усім особам чоловічої статі віком від 40 років та жіночої статі, віком від 50 років, у яких немає цукрового діабету, хронічної хвороби нирок або ССЗ, гострого порушення мозкового кровообігу тощо, проводиться оцінювання факторів ризику та загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE.

Шкала SCORE створена спеціально для використання в рамках первинної профілактики. Пацієнти з діагностованими ССЗ, цукровим діабетом не підлягають оцінці за шкалою SCORE і автоматично відносяться до групи високого ризику.

Використання стандартизованих методик оцінки загального ризику – шкали SCORE – дозволяє провести стратифікацію пацієнтів за рівнем ризику. Доведено, що виявлення та адекватне лікування осіб, які мають високий ризик, сприяють зниженню смертності від ССЗ.

Первинне консультування по виявленню факторів ризику включає: проведення лікарського огляду (збір скарг та анамнезу – виявлення факторів ризику, пов'язаних зі способом життя – тютюнопаління, нераціональне харчування, гіподинамія); об'єктивного обстеження (вимірювання артеріального тиску,

визначення індексу маси тіла та окружності талії); лабораторні та інструментальні обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, загальний холестерин, глікемія, креатинін); стратифікація загального ризику.

Усім пацієнтам, незалежно від статі, віку та рівня ризику ССЗ, надаються рекомендації щодо профілактики ССЗ та дотримання здорового способу життя.

Пацієнтам, які мають фактори ризику розвитку ССЗ, надають інформацію про вплив цих чинників на стан їхнього здоров'я, призначають заходи немедикаментозної корекції. Пацієнтам із високим та дуже високим ризиком ССЗ призначають медикаментозну корекцію факторів ризику.

Важливу роль у боротьбі з факторами ризику надається профілактичному консультуванню, яке полягає у інформуванні та навчанні пацієнта з метою формування у нього поведінкових навичок, що сприяють зниженню ризику розвитку захворювання (при їх відсутності), а також зменшенню ускладнень захворювань (при їх наявності). Основною метою профілактичного консультування є заохочення пацієнта до виконання заходів з попередження виникнення хвороби. Рекомендується максимально залучати пацієнта та членів його родини (дружину/чоловіка, дітей) до прийняття рішення щодо тактики лікування, що є запорукою їх активної участі у проведенні заходів щодо модифікації способу життя та підвищення прихильності до лікування.

Ефективність медичного консультування залежить від комунікативних навичок медичного працівника, його вміння вести діалог з пацієнтом та встановлювати відносини довіри. Це передбачає наявність певних психологічних знань (наприклад, про типи особистості, про способи переживання і реагування на стрес у різних людей) та деяких спеціальних навичок (вміння встановлювати контакт, слухати, сприймати невербальну мову комунікації, будувати бесіду, формулювати



питання). Важливим елементом є володіння медичним працівником власними емоціями, здатністю зберігати впевненість, контролювати свої реакції і поведінку. Теоретичні засади медичного консультування базуються на загальних законах психології, а за умови певної адаптації використовують досвід психотерапевтичних втручань [2].

Важливим є вміння вести консультативну бесіду так, аби стимулювати пацієнта до самостійного пошуку розв'язування проблеми, прийняття рішення, а також – покладання на себе відповідальності за реалізацію задуманого. При цьому увага концентрується на способах, що спонукають пацієнта до осмислення своїх власних установок і почуттів. Володіння медичним працівником компетенціями комунікації сприяє підвищенню ефективності медичного втручання, призводить до збільшення рівня задоволеності пацієнта від наданої медичної допомоги, зменшення рівня тривожності пацієнта та рівня стресу у медичних працівників. На практиці, найбільш поширеною причиною скарг пацієнтів на лікарів є не їх компетентність, а проблеми, пов'язані з комунікацією. Рівень тривоги пацієнтів щодо свого захворювання та незадоволеності від наданої медичної допомоги безпосередньо залежить від невпевненості, недостатньої поінформованості, відсутності належних пояснень з боку медичного працівника [8]. Покращання комунікації є ефективним засобом зменшення скарг пацієнтів [7].

Серед причин, що негативно впливають на проведення профілактичного консультування та надання послуг профілактичного характеру – брак часу у лікаря на прийомі, тому медичні працівники часто недооцінюють потреби пацієнта в інформації, а обмежений час консультації не дає можливості у повній мірі висвітлити характер захворювання та принципи його профілактики та лікування. Для вирішення цієї проблеми рекомендується активніше залучати сестру/брата медичних до

консультування пацієнтів з використанням програм скринінгу ранньої діагностики та профілактики.

Отже, рекомендується залучати сестру/брата медичних до консультування пацієнтів, моніторингу факторів ризику, ступеня їх корекції, виконання рекомендацій лікаря, з використанням засобів зв'язку (телефоном, електронною поштою) або з відвідуванням пацієнта.

Розподіл обов'язків між сестрою/братом медичних і лікарем доцільно організувати таким чином: медсестра проводить долікарське консультування з визначенням температури тіла, зросту, ваги, розрахунку індексу маси тіла, артеріального тиску, оцінює залежність від тютюнопаління (тест Фагерстрема), оцінює рівень споживання алкоголю (тест AUDIT). Сімейний лікар після огляду пацієнта оцінює ризики ССЗ за шкалою SCORE, інтерпретує загальний ризик ССЗ, визначає провідний фактор ризику і проводить попереднє мотиваційне консультування. Після відвідування лікаря пацієнт повертається до сестри медичної, яка проводить подальше консультування, навчає здорового способу життя, проводить корекцію факторів ризику, а також спрямовує пацієнта за зазначеним клінічним маршрутом. За відсутності лікаря сестра медична самостійно проводить оцінку загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE, проводить мотиваційне консультування щодо здорового способу життя, надає подальші рекомендації пацієнтам, за визначеним серцево-судинним ризиком скеровує пацієнта до лікаря.

Для оптимізації роботи і часу сімейний лікар може передати частину функцій сестрі/брату медичним: залучати до моніторингу основних факторів ризику, контролювати рекомендації лікаря щодо вживання медикаментів, здійснювати патронаж пацієнтів, надавати долікарську допомогу, виконувати санітарно-просвітницьку роботу, роз'яснювати пацієнтам особливості догляду та правила самопомоги.

Сучасне визначення ВООЗ сестринської справи містить чітко окреслене коло функціональних обов'язків, яке включає в себе діяльність по зміцненню здоров'я, профілактику захворювань та надання психосоціальної допомоги. Проблемі удосконалення підходів щодо залучення медичних сестер для впровадження профілактичних програм присвячено значну кількість наукових досліджень. [6]

В Європейських клінічних настановах щодо профілактики серцево-судинних захворювань 2016 року зазначено, що серед рекомендацій для полегшення зміни поведінки пацієнтів, залучення міждисциплінарної команди фахівців охорони здоров'я (медичні сестри, дієтологи, психологи) – відповідає рівню доказів ІА.

Висока ефективність участі медичних сестер у впровадженні профілактичних програм була показана при проведенні дослідження EUROACTION. Дослідження проведене під егідою Європейського товариства кардіологів у 8 країнах за участю 5405 пацієнтів (3088 з ішемічною хворобою серця та 2317 пацієнтів високого ризику) [10]. Згідно з програмою, в кожній лікарні була виділена багатопрофільна команда фахівців: медсестри, лікар-дієтолог та фізіотерапевт (експерт з фізичної активності). Ця група проходила навчання під керівництвом команди профільних тренерів, які координували роботу в подальшому. Навчання включало такі ключові моменти як: методологія впровадження індивідуальної оцінки факторів ризику; практичні аспекти впровадження програми припинення куріння; практичні аспекти управління дієтою пацієнтів; методологія впровадження та контролю програми фізичної активності.

Результати дослідження EUROACTION показали, що у групах, які спостерігалися за програмою медсестринського менеджменту результати впливу на фактори ризику були значно кращими порівняно з аналогічними групами звичайного

догляду. Це стосувалось як заходів медикаментозної корекції контролю цукрового діабету, артеріальної гіпертензії та дисліпідемії, так і дотримання здорового способу життя.

Варто зазначити, що практичні аспекти впровадження програм припинення куріння, управління дієтою та контролю фізичної активності окрім широкої поінформованості потребують від медичних працівників володіння необхідними практичними навичками, що в подальшому дозволить навчити пацієнта.

Для проведення ефективного консультування пацієнта медичним сестрам/братам самим необхідно пройти навчання щодо фізичної активності пацієнта і тренувань, здорового харчування, зниження ваги та управління гіперхолестеринемією, тренінги щодо відмови від тютюнопаління та навчання психосоціальним втручанням. Важливим також є алгоритм роботи медсестри-менеджера з пацієнтом. Спочатку встановлюються досяжні проміжні цілі (послідовні кроки), в той час як рекомендована мета залишається останнім та оптимальним кінцевим пунктом. Регулярне спостереження (моніторинг) з боку медсестри-менеджера дозволяє здійснювати постійний зворотний зв'язок. У програмах ELM1 та EUROACTION ключовою технологією відстеження прогресу у досягненні поставленої мети був самоконтроль пацієнта з використанням персональних щоденників, які перевірялися при кожному контакті з медсестрою, також використовувався метод інтерв'ю щодо мотивації та поведінкової стратегії [5]. Велика увага в програмах сестринського менеджменту приділяється проблемам розробки та використання відповідних інструментів для оцінки мотивації. Визначається впевненість і здатність пацієнта до певної зміни (наприклад, кинути палити), досліджується амбівалентність до вирішення конкретної зміни поведінки, використовуються засоби для підвищення мотивації. Важливим джерелом соціальної підтримки щодо зміни поведінки

є робота медичної сестри з сім'єю пацієнта. Сестринського менеджменту потребують пацієнти, які вже мають ССЗ, особи з високим ризиком ССЗ, а також їх родини, особливо на етапі первинної допомоги. Ефективність повинна вимірюватись такими показниками як досягнення цільового артеріального тиску, відмова від тютюнопаління, контроль рівня холестерину, поліпшення якості життя; підвищення прихильності; скорочення використання медичних ресурсів, в тому числі, зменшення звернень за невідкладною допомогою та потреб у госпіталізації упродовж певного часу. Консультування під час відвідування пацієнтом медичного закладу, по телефону, через Інтернет дозволяє медсестрам виконувати профілактичні втручання. Використання електронного зв'язку дає можливість медсестрам управляти більшою кількістю пацієнтів упродовж тривалого періоду. Електронний моніторинг ліків, домашні монітори, глюкометри все це технології з полегшення збору даних про пацієнта. Робота з відповідними сайтами дозволяє індивідуалізувати лікування та проводити нагадування пацієнту у режимі реального часу.

Участь медичних сестер в структурі менеджменту профілактики ССЗ активно досліджується в багатьох країнах Європи, Північної Америки та в Австралії [9]. Більшість з цих досліджень демонструє, що великий обсяг роботи, покладений на лікарів первинної ланки, може виконуватись медичними сестрами під керівництвом лікаря загальної практики. Тому залучення медичних сестер до проведення профілактичних заходів є важливою складовою медичної практики.

Медсестри складають більшу частину співробітників охорони здоров'я і їх освітня підготовка в багатьох країнах зосереджена на пацієнті, консультуванні, комунікації та досягненні поведінкових змін, які необхідні для профілактичних програм. Медсестри також розглядаються громадськістю як джерела інформації та допомоги, які заслуговують на довіру і їх

роль, як правило, полягає в координації медичної допомоги та у співпраці з постачальниками медичної допомоги.

Завданням медичних навчальних закладів є адаптація програм – як щодо основних дисциплін, так і щодо практичних навичок – з метою організації системи навчання з профілактичного консультування.

### Література

1. Гідзинська І.М., Мороз Г.З., Ласиця Т.С., Дзизінська О.О. (2015) Профілактика серцево-судинних захворювань: історичний аспект та сучасний стан проблеми (частина 1). Therapia. Український медичний вісник. 6: 62-64.

2. Пузанова О.Г., Грузєва Т.С. (2015) Профілактичне консультування в первинній ланці охорони здоров'я: доказова база. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я, 1 (22): 41-46.

3. Рекомендації МОЗ України щодо удосконалення системи профілактики та раннього виявлення захворювань. 2 лютого 2018 р.

4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Профілактика серцево-судинних захворювань. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 564 від 13.06.2016

5. Berra K., Miller N. H., Jennings C. et al. (2011). Models for Cardiovascular Disease Prevention: From Research to Clinical Nurse-Based Practice. Journal of Cardiovascular Nursing, 26 (4 Suppl.): S46 –S55.

6. Bryant-Lukosius D., DiCenso A., Browne G., Pinelli J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. Journal of Advanced Nursing, 48(5): 519- 529.

7. Cave J., Dacre J. (2008) Dealing with complaints. BMJ, 336: 326-8.

8. Simpson M., Buckman R., Stewart M., et al. (1991) Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.*, 303: 1385-7.

9. Tiessen A. H., Smit A. J., Broer J. et al. (2012) Randomized controlled trial on cardiovascular risk management by practice nurses supported by self-monitoring in primary care. *BMC Family Practice* 13(1): 90.

10. Wood D. A., Kotseva K., Connolly S., et al. (2008) Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention program (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 371(9629): 1999-2012.

*Куксенко Ірина Василівна  
студентка II-го курсу  
спеціальності 223 Медсестринство  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія ім. А. Крупинського»  
Юристовська Наталія Ярославівна  
кандидат наук з державного управління  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія ім. А. Крупинського»*

## **Рівноправний доступ сільського населення до медичних послуг**

**Актуальність.** В умовах реформування політики охорони здоров'я в Україні важливе значення має виявлення основних детермінант, що обумовлюють незадовільний стан здоров'я населення. Однією з ключових детермінант здоров'я населення є доступність та якість медичних товарів та послуг для сільського населення.

**Мета.** Виявити рівень доступності медичних товарів і послуг для населення в сільській місцевості в Україні для поліпшення політики збереження та зміцнення здоров'я населення.

Державна політика в сфері охорони здоров'я формується і реалізується відповідно до стратегічних напрямів, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ). На 17-ій 1963 р. (Нью-Йорк) і 35-ій 1983 р. (Венеція) сесіях ВАОЗ визначено 12 принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи, які впливають із позиції повного дотримання прав людини [1].

Як міське так і сільське населення мають рівні права, щодо отримання медичних послуг та якісного обслуговування.

35 Хельсінкська асамблея 1983 р. прийняла поправки до рекомендацій 18-ої асамблеї, яка проходила у 1964 р. На порядку денному якої було висвітлене питання, щодо приведення у відповідність із міською організацією охорони здоров'я у сільській місцевості. За підсумками, якої були висунуті зобов'язання, що держава повинна забезпечити такі умови роботи в державній системі охорони здоров'я, які були б достатньо привабливі для того, щоб система медичних послуг в сільській місцевості могла розвиватись в такій же мірі, як аналогічна система у містах.

На думку науковця Н. Юристовської яка наголошує, що для з'ясування концептуальних підходів у публічному управлінні в сфері забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування сільського населення важливо визначити поняття “доступу до медичних послуг” і “доступності медичного обслуговування”. На основі аналізу наукових джерел дослідницею встановлено, що єдиного підходу до трактування цих дефініцій не існує.

У дисертаційному дослідженні Н. Юристовська класифікувала медичні послуги за наступними критеріями:

- Медичні послуги можна класифікувати:
  - за місцем їх надання:



- стаціонарні, що надаються постійно, в умовах цілодобового перебування;
- напівстаціонарні, що надаються протягом денного перебування протягом визначеного часу доби;
- послуги за місцем проживання, що надаються в домашніх умовах;
  - за способом їх надання:
    - базові – надання інформації, консультування, що не передбачає систематичної комплексної допомоги;
    - комплексні, що передбачають надання постійної або систематичної комплексної допомоги (догляд, патронаж, кризове втручання, реабілітація);
    - технічні – у формі засобів догляду за дітьми, засоби санітарії, засобів реабілітації, транспортні послуги доставки пацієнта у медичний заклад тощо;
    - екстрені, що терміново надаються особам, що потрапили в ситуацію, яка загрожує їх життю або здоров'ю тощо.
  - в залежності від терміну надання: постійні, тимчасові, разові;
  - за вартістю: безоплатні і платні. [2].

Останнім часом розв'язанню проблеми доступності медичної допомоги приділено більше уваги, що підтверджує ухвалення Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [3].

На сьогоднішній день Україна забезпечує багатовекторні міроприємства, щодо покращення та підвищення доступності мешканців сільської місцевості до якісного медичного обслуговування. Основними напрямками багатовекторності є такі параметри: сприяння розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я та матеріально-технічної бази, проведення у сільській місцевості періодичних виїзних прийомів лікарів спеціалістів вузького профілю тощо. Реалізація цих напрямів може

забезпечити реальні перспективи для покращення доступності та підвищення рівня якості медичної допомоги в сільській місцевості.

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначають фізичну, економічну та інформаційну доступність медичної допомоги. Фізичною доступністю слід розуміти наявність якісних медичних послуг у необхідних обсягах для тих, хто їх потребує;

забезпеченість медичними працівниками, особливо медичними працівниками;

сприятливі години роботи медпрацівників;

ефективні системи призначень та інші аспекти організації та доставки послуг, які дають змогу людям отримувати ці послуги, коли вони їм потрібні.

Іншим аспектом фізичної доступності є територіальна доступність. Медичні товари та послуги мають бути в межах територіальної доступності для всіх верств населення, особливо уразливих або маргінальних груп, таких, як жінки, діти, підлітки, люди похилого віку, інваліди та особи з ВІЛ/ СНІД, у тому числі у сільській місцевості.

Територіальна доступність є важливою з позиції своєчасності надання медичних послуг. Своєчасність – це здатність системи охорони здоров'я швидко надавати медичну допомогу після визнання потреби. Затримка часу між виявленням потреби в конкретному тесті чи лікуванні та фактичне отримання цих послуг може негативно вплинути на здоров'я та витрати на догляд. Наприклад, затримки в отриманні допомоги можуть призвести до: підвищення емоційного стресу, посилення ускладнень, більших витрат на лікування, зростання госпіталізації та смерті, якій можна запобігти.

*Економічна доступність* – це міра спроможності людей платити за медичні товари та послуги без фінансових труднощів. У цьому разі враховується не тільки ціна медичних послуг, а й

непрямі та альтернативні витрати (наприклад, витрати на транспортування до і з медичних установ).

*Доступність інформації* визначає право на пошук, одержання та передавання інформації щодо розв'язання проблем із здоров'ям. Проте цей доступ до інформації не має обмежувати право на конфіденційність даних про особисте здоров'я.

В Україні доступність медичних товарів і послуг є низькою, про що свідчать дослідження, у тому числі ті, які провели Державна служба статистики України (ДССУ) [4].

За даними ДССУ, доступність медичної допомоги значною мірою залежить від фінансових можливостей домогосподарств [4], тобто від економічної доступності. Так, основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги більшість населення домогосподарств протягом 2009–2017 рр. вказало занадто високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я. По 32% домогосподарств із груп домогосподарств першого дециля та домогосподарств, середньодушові еквівалентні загальні доходи яких на місяць нижчі за прожитковий мінімум, за потреби не змогли отримати ліки, медичні товари та послуги, тоді як серед домогосподарств десятого дециля таких була п'ята частина.

У 24% від загальної кількості домогосподарств особисті респонденти повідомили про випадки неможливості придбання необхідних, але занадто дорогих ліків. Найвні також проблеми з доступністю послуг лікарів. У 52% домогосподарств, у яких хто-небудь із членів за потреби не отримав медичну допомогу (15% від усіх домогосподарств), хворі не мали змоги відвідати лікаря. У сільській місцевості таких домогосподарств виявлено 58%, що свідчить про те, що тут нижча фізична доступність медичних послуг. При цьому 79% мешканців сільської місцевості такі випадки пояснили високою вартістю послуг [5].

З метою вивчення економічної доступності до медичних послуг, нами було проведено анонімне опитування респондентів

сільської місцевості таких ОТГ Львівської області, як Турківська та Бібрська. Дані ОТГ були обрані з метою порівняльної характеристики гірської місцевості та близько-лежачої до обласного центру місцевості.

В анонімному опитувальнику прийняли участь 351 особа- Бібрська ОТГ та 205 – Турківська ОТГ. За результатами авторського соціологічного опитування було встановлено, що вкрай низька економічна доступність у двох ОТГ.

З’ясовано, що лише 28,5% респондентів завжди у разі хвороби звертаються за допомогою до медичних працівників у Бібрській ОТГ, а у Турківській ОТГ – 11,8% від загальних звернень. При цьому 4,7 % осіб ніколи не звертаються у Бібрській ОТГ, а у Турківській ОТГ – 22,2% ; Інші показники наведені у таблиці 1.

*Таб.1*

	<b>Бібрська ОТГ</b>	<b>Турківська ОТГ</b>
Завжди звертаюсь	28.5%	11.8%
Переважно звертаюсь, ігнорую лише в дуже легких випадках	26.9%	21.1%
Залежить від обставин	33.7%	29.3%
Переважно не звертаюсь	6.2%	15.6%
Ніколи	4.7%	22.2%

Також з’ясовано, що частота звернень більша серед жінок (порівняно з чоловіками) та серед населення, яке мешкають у місцевості, що знаходиться ближче до м. Львова (Бібрська ОТГ).

На теренах України в березні 2021 року було оголошено карантинні заходи, щодо пандемії Covid-19. Пандемія триває вже другий рік поспіль і нас зацікавило дослідити питання частоти звернень сільського населення Бібрської та Турківської ОТГ за медичною допомогою та з якими проблемами звертаються пацієнти. На нашу думку це соціологічне авторське дослідження має вагомe значення оскільки ФАПи та ЦРЛ не

мають достатньої державної субвенції, а фінансування яке здійснює ОТГ не є достатнім. Це прямопропорційно впливає на рівень здоров'я населення в цілому.

Табл.2

№ з/п	Критерії	Бібрська ОТГ	Турківська ОТГ
1	Немає потреби у лікарняному листі	1,5%	3,0 %
2	Маю сумніви у кваліфікації медичного персоналу	-	2,0%
3	Надаю перевагу народним засобам, народній медицині	5.1%	23,4%
4	Медичний заклад далеко від дому	3.7%	20,2%
5	Через нестачу часу, необхідність вистоювати у чергах	18.5%	4.2%
6	Через скрутне матеріальне становище, нестачу коштів на лікування	33,7%	23,2%
7	Знаю, як себе лікувати	23,5%	15,0%
8	Не можу зареєструватись в системі Helsi	14%	9%

Низька економічна доступність медичної допомоги населенню у сільській місцевості, як показало авторське дослідження є те, що респонденти Бібрської ОТГ не звертаються за медичною допомогою через скрутне матеріальне становище та нестачу коштів на лікування – відповіли 33,7%, а у Турківській ОТГ – 23,2%. Даний факт негативно позначається на стані здоров'я мешканців сільської місцевості особливо в період пандемії Covid-19. На наш погляд рівень економічної доступності медичної допомоги має тенденцію до зниження відповідно до зростання вікової категорії. А так як у селах переважно мешкають особи поважного віку то відповідно то їхня фінансова спроможність не є на високому рівні.

Аналізуючи дані нашого анонімного опитування ми виявили цікавий факт щодо мешканців гірських районів надають перевагу нетрадиційним методам лікування, а саме народній медицині. Цей факт можна пояснити менталітетом даного району та мало поінформованості, щодо доказової

медицини. Крім того респонденти Турківської ОТГ вказують, що не звертаються за медичною допомогою, оскільки заклади охорони здоров'я знаходяться на великій відстані від домівок.

На наш погляд основними причинами низький рівень звернень населення за медичною допомогою чи медичними послугами є низький економічний рівень населення та віддаленість домівок від ЗОЗ та низька інформативність, щодо доказової медицини. Також можна припустити, що в сільських населених пунктах мало розвинена інфраструктура, а особливо у гірських районах.

З вище вказаного можна припустити, що по всій території України громадяни мають мати вільний доступ до медичних послуг та медичної допомоги незважаючи у якій місцевості проживають, але на превеликий жал існуюча політика та практика охорони здоров'я в нашій державі не є достатньо ефективною, щоби забезпечити громадян вільним доступом до отримання якісних медичних послуг та медичної допомоги. Цей факт вагомо впливає на рівень здоров'я нації.

Шушпанов Дмитро зазначає «..., що основними причинами такої ситуації є:

- низький рівень добробуту населення;
- недостатність кваліфікованого медичного персоналу в сільській місцевості, селищах міського типу та малих міських поселеннях;
- нестача сучасного медичного обладнання;
- недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я, що відображається на рівні оплати праці медичного персоналу, наявності заборгованості з оплати праці, обмеженості необхідних коштів не тільки на сучасне обладнання, а й на оплату комунальних послуг тощо».

**Висновки.** Загалом, право на охорону здоров'я для всього населення означає, що доступ до медичних послуг, яких потребує, повинен мати кожен незалежно від віку, статі, соціального

статусу, фінансових можливостей тощо. Крім цього, варто наголосити на тому, що право на здоров'я поширюється не тільки на своєчасне та належне медичне обслуговування, а й на основні детермінанти здоров'я, такі, як гідну працю та дохід, доступ до безпечної питної води та належної санітарії, харчування, житло, інформацію й освіту в сфері охорони здоров'я тощо. Чинна законодавча база не може забезпечити право всіх громадян країни на доступ до охорони здоров'я [6]. Запроваджена Урядом України реформа системи охорони здоров'я дозволять поліпшити доступність ресурсів збереження і зміцнення здоров'я для населення через впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; створення єдиного національного закупника медичних послуг; оптимізацію процесу закупівлі ліків; підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості тощо [7].

### **Список використаних джерел**

1. Державне управління охороною здоров'я в Україні: гене- за і перспективи розвитку : кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – 424 с.
2. Механізми публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні /Дис. на здобуття наукового ступеня канд. держ. упр.// Юристовська Н.Я.
3. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: проект Закону України. ВРУ. URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=62554](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=62554).
4. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2016 році. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2017/zb/03/zb\\_sdu2016pdf.zip](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/zb/03/zb_sdu2016pdf.zip).

5. URL:<http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/33759/1/%D0%A8%D1%83%D1%88%D0%BF%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2.pdf>

6. Реформа системи охорони здоров'я. КМУ. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/reformasistemi-ohoroni-zdorovya>.

*Ліщук Р.М.*

*канд. мед. наук*

*ВНЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. А. Крупинського»*

## **Як жити під час карантину пандемії коронавірусної інфекції Covid-19 – наслідки для фізичного та психологічного здоров'я студентів-медиків, зокрема медичних сестер та братів**

*«Пандемія COVID-19 ще раз нагадує нам, що психічне здоров'я є настільки ж важливим, як і фізичне здоров'я»*

*Антоніо Гутеррес,*

*Генеральний секретар Організації Об'єднаних Націй*

Пандемія COVID-19 триває два роки, і надіятись на перемогу ще не на часі!!! На сьогодні у боротьбі проти корона вірусної інфекції задіяні більшість медичних працівників, котрі чергують без вихідних і не можуть повернутись в свої домівки, до своїх близьких, щодня ризикуючи власним здоров'ям, а навіть і життям. Живуть та працюють кожного дня в умовах стресу, страху, дивлячись на смерті інших людей, відчуваючи власну безпорадність медики зазнають навантаження і на психоемоційний стан.

Все більше людей потребують домашнього карантину або ізоляції через підозру або доведене інфікування коронавірусною



інфекцією. Багатьох також хвилює питання, чи не заразили вони інших людей або чи не є зараженими самі.

Восени 2020 року науковці ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського» та Державного закладу «Луганський державний медичний університет» в рамках грантової Програми міжрегіональної співпраці «Змінимо країну разом» за фінансового сприяння Асоціації “Єврорегіон Карпати – Україна” реалізували проект «Наслідки для фізичного та психологічного здоров’я студентів-медиків, зокрема медичних сестер, пандемії корона вірусу COVID-19» (1).

Було проведено описове перехресне суцільне опитування з допомогою додатку Google Forms (дві форми: 1 – мала на меті оцінити рівень знань студентів, щодо шляхів, механізмів поширення коронавірусної інфекції та груп ризику, тощо; а 2 – мала на меті оцінити стан здоров’я респондентів та дії студентів при COVID-19, симптоматику), (статистична похибка не перевищує 10% з ймовірністю 0,954).

В опитуванні взяли участь 329 учасників (здобувачів вищої освіти з наших двох ЗВО). Вік респондентів варіював від 17 до 26 років, найактивнішою виявилась група студентів віком від 18 до 22 років – 263 особи. Географія респондентів – 53 населених пункти України.

Метою нашого дослідження було: проаналізувати ставлення учасників освітнього процесу у закладах медичної освіти щодо обізнаності та наслідків пандемії COVID-19.

Найважливішими висновками, на мою точку зору, стали наступні:

- **Задоволеність якістю життя** у період карантину під час дистанційного навчання (з березня по червень 2020 р.) – 23,7% – 78 респондентів; не задоволені – 27,7% – 91 респондент.

- **Керованість своїм здоров’ям під час весняного карантину:**

- Фізичні вправи – 29,5% (97 респондентів);

- Спілкування – 24,9% (82 респонденти);
- Достатній сон – 23,4% (77 респондентів);
- Здорова їжа – 11,2% (37 респондентів);
- Нічого не робили – 8,2% (27 респондентів);
- **Методи релаксації для зменшення емоційної напруги та тривоги (медитація, йога, глибоке дихання) – 2,7% (9 респондентів)!!!!!!!**

**• Що турбувало респондентів від початку навчання (осінь 2020 р.)?**

- відчуття нервозності 35,6% – (117 респондентів);
- втрата зацікавлень до будь-якої діяльності 28,3% (93 респонденти);
- настирлива тривога, яку важко контролювати 18,8% – (62 респонденти);
- відчуття пригніченості та безнадії 16,4% – (54 респонденти).

Дані відповіді (їх %) викликають занепокоєння, так як від третини до чверті респондентів мають вищенаведену симптоматику, в той же час, не дуже докладаючи зусиль до зміни ситуації (окрім фізичних вправ).

Методи самопомоги майже не використовуються (релаксація для зменшення емоційної напруги та тривоги – медитація, йога, глибоке дихання) – 2,7% (9 респондентів).

Світова наука доводить, що найбільш ефективними, в процесі подолання стресу у людей, що опинилися на передовій під час епідемії COVID-19, можуть бути психоосвіта (psycho-education) або інформування, неформальна соціальна підтримка, а також повна доступність психологічної/ психіатричної допомоги.

### **Отже Що робити? Як бути? (2)**

***Визнайте свою тривогу і не намагайтеся її заперечувати***

Чим більше ви докладаєте зусиль, щоб про щось не думати, тим більше ви про це думаєте. Спроба заперечувати будь-які тривожні почуття не допоможе впоратися зі стресом.

Тривога допомагає нам підготуватися і бути в безпеці. Це нормально, відчувати почуття неспокою.

Також можна спробувати відкласти занепокоєння. Виділіть 10-20 хв. на день спеціально для переживань. Якщо тривожні думки з'являться в інший час, – нагадайте собі: «Зараз не час непокоїтись, я маю інші справи, подумаю про це згодом». Якщо практикувати такий прийом регулярно, то відкладання переживань стане автоматичною звичкою. Не плануйте час для переживань на пізній вечір. Якщо неспокій з'являється, – не драгуйтеся, нагадайте собі, що у вас є для нього час та перемкніться на щось інше.

### ***Не зациклюйтеся на негативній інформації***

Тривога може змушувати нас зосереджуватися тільки на гірших сценаріях. Важливо брати до уваги і позитивні факти, наприклад, що згідно з даними ВООЗ поточний коефіцієнт одужання для COVID-19 набагато перевищує його рівень смертності.

Орієнтуйтеся на факти. Зберіть інформацію, яка допоможе визначити ризики та вжити обґрунтованих запобіжних заходів. Спирайтесь на джерела варті довіри, наприклад, веб-сторінку ВООЗ або дані від місцевих чи державних служб охорони здоров'я.

Не варто зациклюватися на переоцінці загрози пf недооцінки стійкості людини. Але не варто забувати і про методи елементарної безпеки.

### ***Обмежте час, що проводиться в соціальних мережах***

Соціальні зв'язки – важливі, але існує різниця між отриманням інформації та одержимістю новинами. Використання соціальних мереж в якості джерела інформації про COVID-19 тільки посилить тривогу, крім того, варто пам'ятати про ризик дезінформації, яка є усвідомленою або мимовільною.

Мова йде не про повне відключення джерел інформації, а про дозоване використання, яке дозволить бути обізнаним

щодо останніх рекомендацій, але не впадати в паніку. Використовуйте Facetime, Skype чи інші додатки для розмови з близькими та друзями. Головне, не дозволяти коронавірусу ставати панівною темою.

Соціальні мережі, такі як Facebook, Skype та інші дозволяють нам спілкуватися та бачити інших людей. Соціальні зв'язки є особливо важливими в ході карантину. “Залишайся на зв'язку”! Переконайтеся, що це є нормою для вашого щоденного розкладу.

Самоконтроль і регулювання свого екранного часу (тобто кількості часу, що витрачається на використання всіх пристроїв з екраном / дисплеєм, таких як смартфон, комп'ютер, телевізор) дуже важливі. Зменшення часу використання таких пристроїв, а також відключення повідомлень і пов'язаних з ними звуків на мобільних пристроях можуть виявитися корисними для психічного здоров'я. Постійна перевірка соціальних мереж або перегляд новин про пандемію може негативно позначитися на психічному благополуччі.

### ***Залишайтеся активними, дбайте про свій розклад***

Чітка організація щоденних справ структурує день, надає йому послідовності та передбачуваності, що, в свою чергу, захищає від беспорядності. У ситуації невизначеності такий підхід сприяє відчуттям стабільності та безпеки.

Виконання фізичних вправ, прогулянки в парку до чи після роботи/навчання, заняття аеробікою, йогою або танцями вимагають концентрації, яка допоможе розуму відволіктися від стресових подій, нав'язливих думок, а також допоможуть в боротьбі з деякими фізіологічними симптомами тривоги: пітливістю, нудотою, напругою тіла, сприяють встановленню порядку в новій та не до кінця зрозумілій ситуації.

Дієвими є і техніки розслаблення м'язів (релаксаційні техніки).

***Постарайтеся збалансувати харчування і лягати спати вчасно***

Здорове харчування важливо завжди, але особливо зараз, коли перебуваючи в стані неспокою та напруги велика спокуса пуститися у всі тяжкі, включаючи споживання (іноді надмірне) алкоголю.

Соціальні мережі рясніють алкогольними жартами, але важливо розуміти, що насправді алкоголь є депресантом. Можна відчувати зниження занепокоєння в даний момент, але з часом для отримання того ж ефекту знадобиться все більшу і більшу кількість алкоголю.

Занепокоєння може сприяти порушенню сну, але все ж таки постарайтеся висипатися, мінімум семигодинний нічний сон збільшить вашу здатність справлятися зі стресом протягом дня.

### ***Підтримуйте зв'язок з родиною і друзями***

Навіть в період карантину немає необхідності в повній самоізоляції, оскільки це тільки додасть занепокоєння. Варто мінімізувати фізичні контакти, але спілкування з близькими, друзями і знайомими по телефону або за допомогою інтернету допоможе мінімізувати відчуття ізоляції, дасть можливість підтримати або отримати підтримку від близької людини.

Якщо ви помітили, що хтось посилює ваше занепокоєння, ви напевне відчуєте себе краще, зробивши перерву в спілкуванні. Якщо це близька і улюблена вами людина, попросіть не посилювати свою і вашу тривожність обговоренням певних тем. У період тотальної паніки варто захищати себе, дистанціюючись від будь-якого, хто збільшує ваш стрес.

### ***Пам'ятайте про соціальну відповідальність***

Карантин, в першу чергу, допомагає іншим. Ви сприяєте тому, аби зменшити ймовірність захворювання оточуючих. Такий альтруїзм є зразком колективної соціально відповідальної поведінки.

Такі та подібні міркування допоможуть вам відчувати самоповагу, а також є добрим засобом запобігання стигмі. Коли

період карантину зрештою скінчиться, інші люди пам'ятатимуть про це і будуть вдячними.

### **Література**

1. Методичні рекомендації “Пандемія COVID-19 як джерело сильного психофізичного стресу. Як уникнути згубного впливу?”, ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського». Автори канд.мед.наук, Ліщук Р.М.; канд.мед.наук, Круглова О.В., Костерева Н.В., Рудакова Н.Є. Львів-Рубіжне 2020, Друк: СПД Осифляк М.П. стор.- 34.

2. [iak-zhyty-pid-chas-karantynu-032020.pdf\(mh4u.in.ua\)](https://iak-zhyty-pid-chas-karantynu-032020.pdf(mh4u.in.ua)).

*ФЕДОРОВИЧ У. М.,*

*Заслужений працівник освіти України,  
завідувач кафедри лабораторної медицини  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія  
імені Андрея Крупинського»*

*МЕНІВ Н. П.,*

*викладач дисципліни “Мікробіологія”  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія  
імені Андрея Крупинського»  
аспірант, біологічний факультет,  
ЛНУ імені Івана Франка*

### **Боротьба з внутрішньолікарняними інфекціями**

**Вступ.** Внутрішньолікарняна інфекція – це будь-яке клінічно виражене інфекційне захворювання, яке виникло в пацієнта впродовж перебування в стаціонарі або 7 днів після його виписки. Більшість бактеріальних внутрішньолікарняних інфекцій виникають через 48 год і більше після госпіталізації.

Проте, кожен випадок інфекції слід оцінювати індивідуально залежно від інкубаційного періоду та нозологічної форми інфекції. Інфекція вважається внутрішньолікарняною у разі набуття її у лікувальному закладі [1, с.123].

**Основна частина.** Поширення внутрішньолікарняної інфекції (ВЛІ) може бути внаслідок недотримання правил особистої гігієни, невірною використання деззасобів, несвоєчасна зміна спецодягу або відсутність засобів індивідуального захисту, відсутність інфекційного контролю за якістю проведених протиепідемічних заходів, стійкість мікробіоти організму людини до дезінфектантів та антибіотиків тощо.

Основна відмінність ВЛІ – це різноманітність збудників, що спричиняють внутрішньолікарняні інфекції, різноманітність джерел і шляхів передачі, доцільність боротьби з вогнищем інфекції у стаціонарних відділеннях, наявність супутньої інфекцій у пацієнтів. ВЛІ передаються через забруднені руки медичного персоналу, інфіковані інструменти, дистильовану воду, повітря (пилуку) приміщень, діагностичну апаратуру, предмети побуту.

Причиною зростання ВЛІ: є оперативні втручання, травматизм, застосування апаратури, що погано піддається стерилізації, недоцільне використання антибіотиків, внаслідок чого виникають штами резистентні до антибактеріальних препаратів, концентрація великої кількості пацієнтів на обмеженій території, стан опірності імунітету пацієнта, алергізація тощо, збільшення у пацієнтів кількості хронічних захворювань, різноманіття біологічного матеріалу та його знезараження в лабораторіях та проведення утилізацію матеріалу та інструментарію, не своєчасне дотримання інфекційного контролю.

Інфекційними агентами, що спричиняють ВЛІ вважаються представники різноманітних груп мікроорганізмів,

патогенної, умовно-патогенної (опуртоністичної) та навіть непатогенної мікробіоти – *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas pyocyanea*, *Salmonella tifimurium* тощо.

Біологічний матеріал (сеча, кров, харкотиння) одразу після взяття закривають гумовими або пластмасовими корками або використовують одноразові витратні матеріали для певного типу біологічного матеріалу. Транспортують у контейнерах, бідсах або пеналах на яких укладають чотиришарову суху серветку. Оптимальним є транспортування у сумках-холодильниках. Заборонено вкладати бланки скерувань до контейнерів, вони зберігаються окремо, не контактуючи з біологічним матеріалом. Усі маніпуляції, що пов'язані з кров'ю та біологічними рідинами необхідно проводити у гумових рукавицях. Якщо у працівника наявні травми шкіри, їх необхідно закрити лейкопластирем та гумовими рукавичками. Взяття біологічного матеріалу проводиться згідно протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом і виконання основних медичних процедур та маніпуляцій [2, с. 3-256].

Персонал лабораторії повинен стежити за особистою гігієною та володіти методикою правильної обробки рук відповідно до діючих протоколів. Неабияке значення має своєчасне виявлення та санація носіїв *Staphylococcus aureus*, а також інфекції, що передаються трансмісивним шляхом.

Будь-яке клінічно виражене захворювання мікробної етіології, що вражає пацієнта під час госпіталізації або відвідування лікувальних установ, а також медичний персонал у процесі своєї професійної діяльності, проявляються чи не проявляються клінічні симптоми захворювання під час перебування у медичному закладі все це і є ВЛІ. Усі медичні структури і лабораторії, що входять до складу лікувально-профілактичних закладів є об'єктом підвищеної небезпеки передачі ВЛІ.



**Висновки.** Проведення профілактичних заходів щодо попередження виникнення внутрішньолікарняних інфекцій, а також боротьба з ними – одне з основних завдань медичного персоналу в лікувально-профілактичних установах. Необхідно знизити ймовірність інфікування пацієнтів до антибіотико-резистентних мікроорганізмів, максимально обстежити пацієнтів і скоротити їх перебування в стаціонарі до оперативного втручання.

Для успішної боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями необхідно оптимізувати епідеміологічний нагляд і на його основі проводити профілактичні та протиепідемічні заходи, що сприяють управлінню епідемічним процесом при цих інфекціях. Таким чином, актуальність проблеми госпітальних інфекцій для теоретичної медицини і практичної охорони здоров'я не викликає сумніву. Вона зумовлена, з одного боку, високим рівнем захворюваності, летальності та моральною шкодою, а з іншого – внутрішньолікарняні інфекції завдають істотної шкоди здоров'ю медичного персоналу [3, с.1-2].

### Література

1. Наказ №234 МОЗ України від 10.05.2007 «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах».

2. Хобзей М.К., Чернишенко Т.І., Апшай В.Г., Бразолій Л.П., Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Івашко Г.М. та ін. / Протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом і виконання основних медичних процедур та маніпуляцій. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 256 с.

3. [medcv.gov.ua](http://medcv.gov.ua)

*Назар С.Л. асистент кафедри  
хірургічних дисциплін і невідкладних станів,  
ВНКЗ ЛОР « Львівська медична академія  
імені Андрея Крупинського»,  
Назар О.Ю. асистент кафедри  
лабораторної медицини,  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія,  
імені Андрея Крупинського»  
Амізян А.А. викладач кафедри  
хірургічних дисциплін і невідкладних станів,  
ВНКЗ ЛОР « Львівська медична академія  
імені Андрея Крупинського»*

### **Значення оптимального складу поживних речовин у профілактиці виникнення стоматологічних захворювань**

Здоров'я кожної людини є абсолютною та непересічною цінністю, яка перебуває на найвищому щаблі ієрархічної шкали цінностей людського буття. Надзвичайно важливими для повноцінного розвитку суспільства є знання про здоров'я населення, його тенденції та прогнозовані оцінки на майбутнє. [1]

Здоровий спосіб життя є ведучим розділом профілактики стоматологічних захворювань. Через формування способу життя шляхом зміни соціальних факторів відбувається вплив на біологічні структури, які сприяють гармонійному розвитку людини, оптимальному формуванню зубощелепової системи зокрема. (Заяць). [2] Одним із важливих факторів перш за все є врахування ролі харчування в системі первинної профілактики стоматологічних захворювань.

У сучасних умовах розвитку суспільства особливе значення набуло якісне харчування для розвитку та підтримки захисних сил організму людини та зубо-щелепової системи.

Також на якість харчових продуктів, збереження у них важливих мікроелементів, вітамінів впливає і рівень зовнішнього середовища.

Нинішня екологічна ситуація та стан здоров'я населення України, можуть характеризуватися, як кризові. Порушення рівноваги природних процесів привело до розвитку екологічної деградації більшої частини території нашої держави. Зростаюче забруднення навколишнього середовища значно порушило екологічну рівновагу в системі людина-довкілля. Закономірним наслідком цього стало погіршення стану здоров'я населення, [3] виникнення низького стоматологічного статусу, захворювання твердих тканин зубів, пародонту, слизової, як в дорослих, так і в дітей. оскільки організм людини зазнає дії таких хімічних і фізичних факторів, до яких у нього не вироблено адаптації в процесі еволюції. Медицина зіткнулась з новим для себе явищем – екологічно спровокованими хворобами. [3]

Харчування, за словами відомого фізіолога І.П.Павлова – це давній зв'язок, який об'єднує в собі всі живі істоти з навколишньою природою. Процеси асиміляції і дисиміляції, які безперервно відбуваються в організмі, неможливі без введення ззовні поживних речовин в оптимальних співвідношеннях, які містять в собі достатню кількість необхідних для організму людини елементів їжі: білків, жирів, вуглеводів, мінеральних солей і вітамінів. [2]

Тому збалансованість харчування – це не надмірність їжі, а її раціональний склад, що забезпечує баланс жирів, вуглеводів, білків, вітамінів та мікроелементів. Перших двох складових завжди достатньо у нашому традиційному меню, останніх же трьох компонентів часто не вистачає. Особливо це стосується вітамінів у зимово-весняний період.

Раціональне харчування – це повноцінне в кількісному та збалансоване в якісному відношенні харчування, що забезпечує нормальний ріст, фізичний та психофізіологічний

розвиток організму, його високу працездатність, активне довголіття та стійкість до несприятливих природних, техногенних, соціальних чинників навколишнього середовища. [9].

Повноцінне харчування передбачає оптимальне для організму людини співвідношення добового раціону білків, жирів, вуглеводів, амінокислот вітамінів. Співвідношення білків, жирів і вуглеводів складає 1:1:4. В загальному половину становлять білки тваринного походження. Вони мають більше незамінних амінокислот. Тваринні і рослинні білки краще вживати разом (м'ясо з овочевим гарніром), так вони краще засвоюються. [4]

У профілактиці стоматологічних захворювань важливе значення має збалансованість незамінних амінокислот. Для цього необхідно вживати сир, куряче м'ясо, горох, квасолю, сою, рибу, молоко, зернові продукти. Для забезпечення поліненасиченими жирними кислотами, жири повинні поступати у вигляді рослинних олій. Необхідність збалансованості вітамінів визначається потребою організму в енергії. Вітамінна забезпеченість досягається поступленням цих речовин з харчовими продуктами. Харчові речовини (білки, жири, вуглеводи, вітаміни, мінеральні речовини) є джерелом для побудови клітин і тканин, ферментів, гормонів і інших важливих компонентів. [4]

До основних груп продуктів харчування відносяться: м'ясо й м'ясні продукти – основне джерело повноцінних білків, містять мінеральні речовини (фосфор, залізо, натрій, калій, мідь, цинк, йод), вітаміни (А, Д, групи В). У м'ясі є найцінніші білки м'язевої тканини: міозин, колаген, глобулін, еластин; незамінні амінокислоти. Риба й рибні продукти – є джерелом білків, жиророзчинних вітамінів, вітамінів групи В, нікотинової кислоти (РР), мінеральних солей (фосфору, кальцію, йоду). Біологічну цінність риби підвищують жиророзчинні вітаміни, яких особливо багато є в риб'ячому жирі (ретинол, кальциферол). [4]

Молоко – джерело легкозасвоюваного кальцію, а також різних мінеральних речовин і мікроелементів у оптимальному співвідношенні. [5], є постачальником біля 100 різноманітних поживних речовин. Мінеральні речовини в молоці – кальцій і фосфор. Вітамінний склад молока складають вітаміни А (ретинол), В1(тіамін), В2(рибофлавін). [4]

Зернові продукти є основними продуктами харчування більшої частини населення країн світу. За рахунок зернових продуктів забезпечується не менше 40% добової потреби білка. Білок зернових продуктів характеризується низьким вмістом лізину, а також (крім сої) мають невисокий вміст жирів (2–6%). Вуглеводи представлені переважно у вигляді крохмалю. У зернових продуктах в значній кількості містяться калій, фосфор, магній, і в меншій мірі – кальцій, а також вітаміни групи В. [5]

Яйця містять в оптимально збалансованому стані всі компоненти, необхідні для розвитку живого організму (білки, жири, вітаміни А, Д, Е, група В, К), мінеральні солі (Р, Fe, S, Cu). Лушпиння яєць багата на карбонат кальцію. [2]

Овочі і фрукти – джерело вуглеводів ( крохмалю, цукру. клітковини), вітамінів і мінералів (калій, магній, кальцій). Рекомендовано щоденно вживати не менше 400 г овочів та фруктів. В овочах та фруктах присутні вітаміни групи В і фолієва кислота. Джерелом фолієвої кислоти є червона квасоля, соєві боби, горох та арахіс, зелені овочі, а саме: шпинат, капуста брюссельська та брокколі, цитрусові. Найкращими джерелами заліза є листові зелені, а саме: капуста і шпинат, квасоля [4].

До макроелементів для профілактики захворювань твердих тканин зубів відноситься кальцій, фосфор, фтор.

Кальцій – виконує ключову роль у мінералізації кісток і зубів [1], бере участь у пластичних та обмінних процесах, у формуванні кісткової тканини (в ній зосереджено 99% його загальної кількості), входить до складу клітинних структур [5].

Вміст кальцію в раціоні дорослої людини становить 800 мг. Основні джерела кальцію – молоко, молочні продукти, в них кальцій оптимально збалансований. Для засвоєння кальцію необхідний вітамін Д2[4].

Фосфор потрібний для формування кісткової, м'язової і нервової тканин, є також у сироватці крові, входить до складу білків. Регулює функції центральної нервової системи, енергетичне забезпечення процесів життєдіяльності організму. Разом з кальцієм, фтором і хлором фосфор формує зубну емаль. Добова потреба – 1200 мг. Джерела фосфору - молоко, молочні продукти, м'ясо, риба, зернові і бобові [4]. Найбільш ефективним джерелом фосфору для кісток і зубів є кислота розчинний фосфор, який утворюється усередині клітини і в незначній кількості знаходиться у позаклітинному просторі. Найтипівіший представник такого фосфату це гліцерофосфат.[1]

Фтор бере активну участь у процесах розвитку зубів, формування дентину та зубної емалі. нормалізує фосфорно-кальційовий обмін. Основна кількість фтору надходить в організм із водою. Фтор може потрапляти в організм і з харчових продуктів: борошна, чаю, петрушки, салату, шпинату, капусти. Добова потреба людини у фторі становить 2–3 мг [5].

Ріст інтенсивності і поширеності карієсу зубів зумовлений високим та частим вживанням легкозасвоюваних вуглеводів (Т.Л. Редінова, 1991). Карієсогенна дія вуглеводів визначається у наступному: вуглеводи засвоюються мікроорганізмами, які містяться в зубному нальоті; вони є важливим фактором адгезії мікробів до поверхні зуба; у результаті їх розщеплення виробляються кислоти, які зумовлюють демінералізацію, підвищуючи рівень *Streptococcus mutans*. Більшість із вживаних цукрів (сахароза, фруктоза, глюкоза) легко ферментується мікроорганізмами зубного нальоту до утворення органічних кислот, здатних посилювати процеси демінералізації емалі. Із метою зниження карієсогенного потенціалу вуглеводів

рекомендується зменшити загальну кількість вживаного цукру і частоту його вживання. Потрібно привчати дитину не утримувати довго в ротовій порожнині солодку їжу (льодяники, карамель тощо), а також, по можливості, не використовувати в їжу продукти, які містять вуглеводи, що легко ферментуються [6].

У виникненні карієсу також важливу роль відіграє і характер харчування.

Їжа, багата на вуглеводи, знижує кислотність ротової рідини, призводить до розвитку специфічної мікрофлори, зміни швидкості слиновиділення, підвищення в'язкості, що зумовлює підвищене прилипання назубних нашарувань, а все це прискорює процеси демінералізації емалі. Так, у розвитку карієсу великого значення надають консистенції їжі, яка супроводжується високим ступенем кулінарної обробки, що знижує функціональне навантаження на жувальний апарат. [7]

Для раціонального харчування надзвичайно важливим є склад і характер продуктів харчування у щоденному та довгостроковому меню, консистенція страв, послідовність їх вживання, культура їди, оскільки це має гігієнічне значення для здоров'я ротової порожнини.

З метою запобігання карієсогенній дії вуглеводів необхідно: зменшення споживання вуглеводів; зниження частоти вживання вуглеводів; заміна вуглеводів на такі, що не метаболізують в ротовій порожнині; зменшення часу надходження вуглеводів в ротову порожнину; активне очищення ротової порожнини від залишків вуглеводів. Споживання грубої їжі варто рекомендувати людям з поганою гігієною порожнини рота, зі схильністю до каріозних уражень з метою профілактики карієсу, для розвитку зубощелепової системи, підвищення її резистентності. Не можна рекомендувати тверду і жорстку їжу людям з патологічними зубоясновими кишнями, з розхитаними зубами до їх лікування і протезування. [8]

Отже, раціональне харчування (з лат. *rationalis* – розумний) це своєчасне, фізіологічно повноцінне забезпечення організму людей доброякісною їжею із врахуванням їх віку, статі, характеру праці та інших факторів. Раціональне харчування слід розглядати як одну із складових частин здорового способу життя, яка сприяє збереженню здоров'я, опірності шкідливим факторам навколишнього середовища, високій фізичній і розумовій працездатності, а також активному довголіттю. Вимоги до раціонального харчування складаються із вимог до харчового раціону, режиму харчування та умов прийняття їжі. Основним елементом раціонального харчування є збалансованість. [5]

Майбутнім зубним гігієністам необхідно у планування санітарно-освітньої роботи серед населення також передбачати висвітлення питання важливості необхідного складу поживних речовин у системі запобігання виникнення стоматологічних захворювань.

Оскільки для підготовки майбутніх зубних гігієністів у навчальну програму з дисципліни «Профілактика стоматологічних захворювань» (2019 р.) у другому семестрі включений Модуль І. «Вплив харчування на розвиток стоматологічних захворювань», тому викладачі стоматологічних дисциплін широко впроваджуючи в освітній процес основні аспекти оптимізації харчування в системі первинної стоматологічної профілактики, мають на меті проведення санітарно-профілактичної роботи здобувачами вищої освіти нашої Академії у школах для дітей молодших та старших класів, серед дорослого населення.

### **Література**

1. Смоляр Н.І., Гуменюк О.М., Кравець Т.П., Безвужко Е.В., Гуменюк В.В., Сфремова О.В. Профілактика стоматологічних захворювань: навч. посібник. – Львів: «Магнолія 2006», 2011. – 368 с.



2. Заяць Т.І., Жуковська Л.О. Профілактика стоматологічних захворювань. Навчальний посібник. В. Новий світ – 2000. Львів – 2011. – 322 с.

3. Г.М.Траверсе, О.Г.Шадрін, Г.В.Козакевич, О.В.Горішна. Дитяча нутриціологія. Навчальний посібник. Наукове видання. Полтава; 2009. – 175 с.

4. <https://res.in.ua/vstup-suchasni-aspekti-problemi-profilaktiki-stomatologichnih.html?page=3>

5. Основи харчування: підручник / М.І. Кручаниця, І.С. Миронюк, Н.В. Розумикова, В.В. Кручаниця, В.В. Брич, В.П. Кіш. Ужгород: Вид-во УжНУ, «Говерла», 2019. 252 с.

6. Мельник В.С., Горзов Л.Ф., Білищук Л.М. Профілактика стоматологічних захворювань: Навчальний посібник. – , Ужгород. – 2019 р. – 136 с.

7. Профілактика стоматологічних захворювань: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. / Л. Ф. Каськова, Л. І. Амосова, О. О. Карпенко [та ін.]; за ред. проф. Л. Ф. Каськової. – Х.: Факт, 2011. – 392 с.

8. [https://ua.referat.com/Харчування\\_і\\_хвороби\\_зубошелепного\\_апарату\\_Роль\\_харчових\\_речовин\\_у\\_розвитку\\_стоматологічних\\_захворювань](https://ua.referat.com/Харчування_і_хвороби_зубошелепного_апарату_Роль_харчових_речовин_у_розвитку_стоматологічних_захворювань)

9. [https://tdmuv.com/kafedra/internal/hihiena/classes\\_stud/uk/pharm/prov\\_pharm/ptn](https://tdmuv.com/kafedra/internal/hihiena/classes_stud/uk/pharm/prov_pharm/ptn)

*Наливайко Лілія Миколаївна  
студентка II-го курсу  
спеціальності 223 Медсестринство  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія ім. А. Крупинського»  
Безкоровайна Уляна Юріївна  
кандидат наук з державного управління  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія ім.А.Крупинського»*

## **Як відобразиться реформування охорони здоров'я на сучасній медсестринській освіті**

**Актуальність.** Підготовки високопрофесійних медичних кадрів для галузі обумовлена несприятливим станом вітчизняної системи охорони здоров'я та необхідністю системних трансформацій, спрямованих на модернізацію та забезпечення її належного функціонування.

**Мета.** Аналіз стану системи підготовки медичних кадрів для галузі охорони здоров'я та подальше використання підготовленого кадрового ресурсу.

В процесі інтеграції нашої держави в європейський простір і враховуючи реформування медичної галузі, також впровадження кращих досягнень світової медицини, швидкий розвиток сучасного медичного обладнання та інноваційних технологій діагностично-лікувального процесу призводить до швидкого переформатування закладів вищої освіти, які надають освітні послуги в галузі знань 22 Охорона здоров'я. Зважаючи на вище вказане також приділяється увага підготовці майбутніх медичних фахівців за спеціальністю 223 Медсестринство спеціалізації сестринська, акушерська, лікувальна справи. Питанням фахової підготовки медсестринського персоналу приділяється значна увага, як вітчизняними так і закордонними

науковцями. Наукова спільнота постійно робить акцент на пріоритетності проведення стандартизації медсестринської освіти до міжнародних стандартів.

Вивчивши міжнародний досвід за для покращення надання якісних освітніх послуг у нашій державі створено сертифікований Центр тестування, місія якого є – Захист населення від некваліфікованих фахівців. Передумовою створення сертифікованого центру тестування була 5 річна титанічна, наукова, організаційна та міжнародна діяльність спеціалістів в галузі медичної освіти.

Технологія, яка покладена в основу ліцензійних іспитів, обговорювалася протягом 1996-98 років на Всеукраїнських семінарах за участю представників усіх медичних навчальних закладів (більш ніж 30 засідань, в яких взяли участь понад 1000 професорів та доцентів ВНЗ України). Саме широке обговорення та підтримка технології ліцензійних іспитів призвели до того, що до педагогічного експерименту з впровадження ліцензійних іспитів, започаткованого наказом МОЗ України від 31.12.96 №396, за власним бажанням приєдналися майже всі медичні навчальні заклади (наказ МОЗ України від 09.04.97 №113). А після затвердження наказом МОЗ України від 14.08.98 №251 Положення про систему ліцензійних іспитів бажання взяти участь у впровадженні цієї системи висловили усі навчальні заклади України, які здійснюють підготовку за напрямом «Медицина» та «Фармація» (в тому числі чотири ВНЗ МО України та три ВНЗ недержавної форми власності). Технологія медичних ліцензійних іспитів, що застосовується в Україні, також пройшли професійну експертизу в провідних атестаційних центрах світу: Національній Раді медичних екзаменаторів (NBME, США), Центрі медичної освіти (CME, Англія), а також в Інституті змісту і методів навчання МО України, Інституті педагогіки та психології професійної освіти АПН України. Результати впровадження ліцензійних іспитів

регулярно доповідаються на щорічних конференціях Асоціації з медичної освіти Європи та 8-й, 9-й, 12-й всесвітніх конференціях з медичної освіти (Ottawa conference). Рішенням всесвітньої конференції Програма ліцензійних іспитів України була рекомендована іншим країнам, які впроваджують ліцензійні або сертифікаційні іспити, як модель для використання. З питань міжнародної експертизи Центр тестування активно співпрацює також з різними міжнародними організаціями, які здійснюють підтримку проектів, що сприяють становленню демократичного, відкритого суспільства в Україні: з Інститутом відкритого суспільства (OSI) – Будапешт (мережа організацій Дж. Сороса), з програмою TEMPUS Представництва Європейської комісії в Україні, програмою Підтримки вищої освіти в Україні Міжнародного фонду «Відродження», Представництвом ООН в Україні, Альянсом Програми сприяння зовнішньому тестуванню в Україні (USETI Legacy Alliance) тощо. [1].

З 2006 року розпочато проведення ліцензійних іспитів Крок М та Крок Б для спеціальності 223 Медсестринство.

Вивчаючи офіційну веб-сторінку ДО «Центр тестування» говориться про те, що методологічною основою технології медичних ліцензійних іспитів є державні стандарти вищої освіти України, вимоги до яких визначені Постановою Кабінету Міністрів України від 7 серпня 1998 р. № 1247 «Про розроблення державних стандартів вищої освіти», які узгоджені з міжнародними стандартами ISO і EC та Standards for Educational and Psychological Testing.

Технологічною основою медичних ліцензійних іспитів є стандартизоване тестування, яке вимагає наявності чотирьох основних компонентів:

- банк стандартизованих тестових завдань;
- тест, що будується відповідно до мети та структури змісту іспиту;
- стандартизована процедура тестування;

- стандартизована процедура обробки і аналізу результатів.

Для проведення медичних ліцензійних тестових іспитів як засобу діагностики якості підготовки фахівців для галузі охорони здоров'я в Україні було розроблено програмно-технічний комплекс підтримки технології стандартизованого тестування, який отримав назву Standard Test. Система Standard Test призначена для організації і супроводу процесу тестування, що проводиться у бланковій формі з комп'ютерним скануванням результатів та обробкою у нормативні терміни даних в обсязі галузевого рівня. Система має розвинуті засоби обробки й аналізу результатів тестування і може бути задіяна на всіх етапах тестування. Основні режими роботи системи:

- формування банку тестових завдань;
- експертиза тестових завдань;
- створення тесту для іспиту;
- формування банку студентів, що проходять тестування;
- первинна обробка результатів тестування студентів;
- аналіз результатів тестування;
- розрахунок психометричних показників тесту і тестових завдань, підготовка статистичного сертифіката тесту;
- підготовка і друк звітів за результатами тестування тощо.

Робота системи здійснюється у вигляді замкненого технологічного циклу, належне дотримання якого гарантує формування якісного тесту та використання результатів тестування для вдосконалення навчального процесу

До ліцензійного іспиту Крок М та Крок Б допускаються здобувачі вищої освіти корті успішно завершили навчання за освітньою програмою сестринська справа спеціалізації 223 Медсестринство. Методологічна структура ліцензованого іспиту Крок для сестер/братів медичних складається з 150 тестових завдань з 5 дистракторами відповідей. Тестові завдання складені у вигляді ситуативних клінічних завдань з

урахуванням етапів медсестринського процесу, а для бакалаврського рівня додаються завдання з управлінської сфери, прогностичної, діагностичної, технологічної функцій.



Рис.1

Час на складання іспиту становить 150 хвилин.

На рисунку 2 та 3 нами представлено структуру буклету ліцензійованих іспитів Крок М та Крок Б.

#### Крок Б. Сестринська справа



Рис.2

### Крок М. Сестринська справа

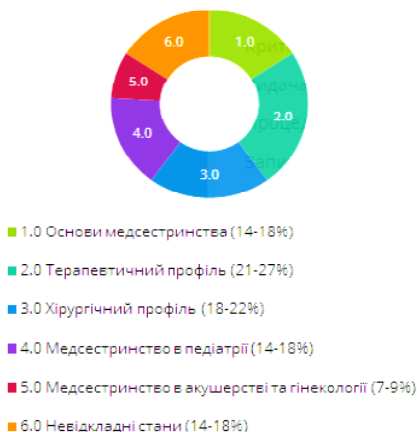


Рис.3

Починаючи з 2006 року проводиться періодична експертиза банку тестових завдань та переглядаються критерії складання ліцензійованого іспиту. У 2021 році діючою величиною критерію складання становить 55% правильних відповідей. Величина критерію «склав» затверджується МОЗ України (наказ МОЗ України від 22.01.2021 № 106, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 02.03.2021 за № 269/35891).

Здобувачі вищої освіти котрі не подолали прохідний поріг 55 % допускаються до випускової атестації, але не отримують сертифікату ліцензійного іспиту Крок М чи Крок Б, і не отримують диплом про закінчення закладу вищої освіти. Такі студенти можуть повторно скласти екзамен «Крок М» не раніше, ніж через рік протягом трьох років. З приводу перескладання іспиту ведуться дискусійні бесіди, щодо термінів.

**Висновки.** Досліджуючи дане питання та маючи певний досвід в складанні тестових завдань можемо вивести наступну

характеристику позитивних та негативних факторів. Позитивним фактором є те, що це адаптований та стандартизований до міжнародних стандартів ліцензійний іспит, одночасно здають іспит студенти по всій Україні, всі здобувачі вищої освіти мають рівні можливості та знаходяться у рівних умовах, щодо складання іспиту (є вільний доступ до баз Кроків за попередні роки, можливість проходження тренувального тестування в on-line режимі, існує можливість ознайомитися з тестовими буклетами попередніх років які знаходяться на офіційній веб сторінці ДО «Центр тестування» тощо). На нашу думку існує ряд недоліків, які потребують регулювання та вирішення. А саме:

- Деякі тестові завдання складено некоректно і мають розбіжності в дистракторах;

- Може бути декілька однакових дистракторів;

- Не проводиться щорічна експертиза тестових завдань;

- Відсутність реагування Центру тестування на пропозиції від ЗВО, щодо удосконалення структури тестових завдань для певних спеціальностей;

- Сучасні студенти не всі мають клінічне мислення, цьому сприяє бездумне заучування вірних відповідей у тестових завданнях;

- Студенти, які мають досвід у складанні ліцензійного іспиту Крок М та Б здебільшого діляться своїм негативним досвідом, тим самим формують упереджене ставлення до обрання професії майбутніми абітурієнтами.

### **Список використаних джерел**

1. URL: <https://www.testcentr.org.ua/uk/pro-nas/zahalna-informatsiia>



*ОЛЕКСЮК-НЕХАМЕС А. Г.*  
*кандидат медичних наук,*  
*нейрофізіолог, невролог викладач,*  
*ВНКЗ ЛОР*  
*«Львівська медична*  
*академія ім.А. Крупинського»*

## **Нейрофізіологічні механізми адаптації у пацієнтів з частковими когнітивним дефіцитом**

**Актуальність теми.** Когнітивні функції мозку – це здатність розуміти, пізнавати, вивчати, усвідомлювати, сприймати і переробляти зовнішню інформацію. Це функція центральної нервової системи – вища нервова діяльність, без якої втрачається особистість людини. Гнозис – сприйняття інформації та її обробка, мнестичні функції – це пам'ять, праксис і мова – це передача інформації. При зниженні зазначених мнестико-інтелектуальних функцій (з урахуванням вихідного рівня) говорять про когнітивні порушення, когнітивний дефіцит. [6, ст. 12.]. Порушення когнітивних функцій є одним з найбільш частих неврологічних симптомів. Зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті – найчастіші скарги пацієнтів у невролога. [6, ст. 120]. Когнітивні порушення зустрічаються у постінсультному періоді, при розсіяному склерозі, як наслідок хронічної цереброваскулярної недостатності та при інших захворюваннях<sup>1</sup>. По вираженості когнітивні порушення поділяють на легкі, помірні і тяжкі. Деменція – один з видів тяжких когнітивних порушень. Клінічна картина деменції складається з когнітивних, поведінкових, емоційних розладів і порушень у повсякденній діяльності. Для дослідження когнітивних функцій використовують клінічні методи (збір скарг, анамнезу хворого) і нейропсихологічні тести. Вибір терапевтичної тактики

залежить від причини і вираженості когнітивних порушень. Поліетіологічність біологічної природи когнітивних розладів обмежує можливості їх фармакотерапії, тому для таких пацієнтів, в основному, проводяться програми поведінкової, психологічної, корекційно-педагогічної реабілітації. Поряд з тим продовжується пошук адекватної фармакотерапії<sup>2</sup>. У діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition – DSM-5), опублікованому в 2013 р., використовують термін «нейрокогнітивні розлади», який включає делірій, великий та малий нейрокогнітивний розлад, що відображає тенденцію відсторонення терміна «деменція» як стигматизаційного фактора. Васкулярна деменція та васкулярні когнітивні порушення де судинна деменція характеризується когнітивною дизфункцією, яка виникає на фоні цереброваскулярного захворювання.

Таким чином причинами судинної деменції можуть бути: хвороба малих судин; мультифокальні корові інсульти; стратегічні інфаркти; церебральна амілоїдна ангіопатія та інші. Фронтотемпоральна деменція має свої особливості перебігу: поведінкова, семантична, аграматична. Існують і генетичні маркери фронтотемпоральної деменції: МАРТ (пов'язаний з мікротрубочками тау, Microtubule associated protein tau). GRN (програнулін, progranulin). Таким чином вивчення когнітивних розладів стає актуальним питанням нашого часу.

**Метою** нашого дослідження стало вивчення нейрофізіологічних механізмів змін та адаптації у пацієнтів з когнітивними розладами різного віку з різною переважно судинною патологією.

**Обґрунтування.** Когнітивні прояви, пов'язані з тяжкістю судинної патології. Раннє виявлення нейропсихологічних проявів може модифікувати ризик незворотного порушення та подальшого зниження, когнітивних порушень. **Методи дослідження.** В одноцентрове когортне дослідження було

послідовно включено всіх дорослих пацієнтів віком від 20 до 60 років із підтвердженим когнітивним дефіцитом. Нейро-психологічну оцінку проводив один і той самий підготовлений лікар нейрофізіолог. Демографічні, клінічні, фармакологічні та лабораторні дослідження дані були включені та отримані з медичної документації.

**Результати.** Загалом 35 пацієнти відповідали критеріям включення та були залучені до дослідження. У дослідження включені пацієнти з головним болем, у них були – показники субтестів пам'яті, уваги та виконавчої функції були нижчими порівняно з безсимптомними пацієнтами. Пацієнти з головним болем і клінічними неврологічними показниками мали нижчий показник загального когнітивного індексу ( $p=0,002$ ;  $p=0,010$ ). Показник  $T < 30$  спостерігався в доменах пам'яті, уваги та семантичної швидкості (2 [5,7%]), робочої пам'яті та розумової гнучкості (3 [8,6%]), у фонетичній швидкості (4 [11,4%]). Вищі показники тривоги та депресії ( $p=0,047$ ;  $p=0,008$ ) були виявлені в пацієнтів із когнітивними скаргами. Таким чином необхідно уточнити наші методи дослідження.

**Методи дослідження.** Дизайн дослідження й учасники. У когортне дослідження включали дорослих пацієнтів з когнітивними розладами після перенесених судинних захворювань. Вік пацієнтів варіював від 24 до 60 років. Групі пацієнтів призначали коротким курсом ноотропні нейротрофічні засоби: прамістар дозуванням 600 мг і 1 раз за добу зранку на протязі 20 днів у подданні з препаратом мемостім – препарат з вмістом з гінго білоба. Пацієнтів когерентної групи обстежували методом когнітивних викликних соматосенсорних потенціалів і проба шахматний патерн.

Нейрофізіологічні механізми адаптації були вивчені через обстеження пацієнтів когерентної групи методик інструментального методу. Частково стан дефіциту когнітивних функцій оцінювався шляхом методу когнітивних викликаних

потенціалів та проба «шахматний патерн». Було проведено аналіз зв'язку між результатами нейропсихологічних тестів і клінічними характеристиками, що відзначалися більш ніж у 5 пацієнтів. Нейрофізіологічний пакет обстеження пацієнтів групи (N=35) проводилося з залученням нейроаналізатора електронейроміографічного фірми «Синапсис». З пакетом викликаних потенціалів з світловим стимулятором – (світлодіодний – 0,1 мс – 500 мс). [4 ст 21] Середня частота підсилювача 0–10 Гц. Токовий стимулятор – з амплітудою – імпульса струма: 0 – 100 мА. Аналізатор передбачає проведення діагностичних нейрофізіологічних досліджень, аналіз основних електрофізіологічних рухових, чутливих і вегетативних волокон периферичних нервів, сегментів спинного мозку і провідників спинного мозку, а також для вивчення нейродинамічних процесів стовбура мозку і супарспінальних структур головного мозку.

**Висновок.** Після курсу лікування з залученням прамістару в дозуванні 600 мг 1 таблетка на добу зранку на протязі 20 днів з поєднанням з препаратом мемостім в групі пацієнтів з поірними когнітивними розладами спостерігали певні нейрофізіологічні феномени а саме, зміни патернів зареєстровані методом когнітивних викликаних потенціалів та ВССП спостерігається видовження міжпікового інтервалу. На пробі Шахматний патер, вірогідних статичтично значимих показників не виявлено. Робимо висновок що чисельність пацієнтів досліджуваної групи було не достатньо, що доводить необхідність продовження дослідження.

### Література

1. Гнездицкий В.В. Юзефова С.М. Авакян Е.Н. Исследование ВП и ВР методом избирательного усреднения у больных с поставматической эпилепсией. – Невропатология и психиатрия» 1996 №2 с. 41-44.

2. Егоров А.В., Гнездицкий В.В. и др., \Анализ дополнительных источников когнитивных вызванных потенциалов (Р300) мозга человека. – Материалы конференции “Современное состояние методом неинвазивной жиагностики в медицине” – Ураина Ялта Гурзуф, 1996 с.106-108.

3. Гнездицкий В.В. \Вызванные потенциалы мозга в клинической практике – Москва “Медпрес – информ” – 2003. – 246 с.

4. Санадзе А.Г., Касаткина Л.Ф. Клиническая электромиография для практических неврологов М.: Геотар-Медиа. 2020. – 80 с.

5. Левашов О.В. \ Зрение, мозг, движение М.: Союзкнига. – 2018. – 128 с.

6. Отсроченный эффект ранней когнитивной реабилитации в остром периоде церебрального инсульта / В.И. Скворцова, Г.Е. Иванова, Т.Т. Киспаева // Клиническая Фармакология и Терапия. – 2012. – № 4. – С. 44-48.

7. Prospective Studies Collaboration. Age specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. A metaanalysis of individual data for an million adult in 61 prospective studies. Prospective studies collaboration / S. Lewington, R. Clarke, N. Qizilbash [et al.] // Lancet. – 2002. – № 360. – P. 1903-1913.

*Панкевич М.С., викладач  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія  
ім. Андрея Крупинського»*

## **Модифікація генів та біоетичні застереження**

У даній роботі викладені наукові дані про новітні дослідження геному людини, редагування генів та біоетичні застереження.

**Актуальність теми:** Ми живемо на порозі нової ери, у надзвичайно цікавий та непередбачуваний період розкриття

глибинної суті розвитку людства. Це епоха нового напрямку молекулярної біології – «біотехнології» та «генної інженерії». Цей напрямок уможливує цілеспрямовані зміни спадковості організмів на клітинному, хромосомному та генному рівнях.

За останні 10 років у молекулярній біології стався надзвичайний прорив. Уже сьогодні стало можливим зчитування генетичного коду людини та передбачення її хвороб, чи схильності до тих чи інших захворювань. За допомогою новітніх технологій стало можливим клонування тварин, редагування генів, спроби створювати дітей «на замовлення» і багато інших видів експериментів. Одним із завдань генетики є вирощування нових людських органів для заміни хворих.

Молекулярна діагностика дозволяє зазирнути у найбільші таємниці життя. Завдяки новітній технології CRISPR/ Cas9 можна не тільки діагностувати хвороби, але й «редагувати ДНК», тобто вносити зміни в геном людини (вирізати або вставляти необхідні ділянки геному та змінювати дефектний ген на здоровий) [ ].

Попри геніальні дослідження генетиків всього світу, основним питанням сьогодення є питання біоетики: де пролягає межа втручання людини у генетику та які її наслідки?

**Метою даної роботи є:** ознайомлення із сучасними науковими даними в області молекулярної генетики, з технологією редагування генів та біоетичними питаннями модифікації генів.

Для досягнення мети ставились наступні завдання:

- ознайомлення з науковими відомостями в області молекулярної генетики;
- ознайомлення з технологією CRISPR/ Cas9 та її застосування при лікуванні онкологічних та генетичних захворювань;
- опрацювання інформації, аналіз сучасних наукових даних;
- висновки.

### **Виклад основного матеріалу.**

З кожним роком молекулярна біологія стрімко розвивається. Найбільшим її успіхом є технологія редагування генів **CRISPR**, яка може змінити майбутнє людства.

**CRISPR( кріспер)** – це біологічна система для внесення змін до ДНК. Технологія відома також як редагування генів, потенційно може змінити життя всіх і кожного на нашій планеті. Це смілива заява, але в цьому переконані провідні світові гентики й біохіміки, які планують використовувати дану технологію для медичних цілей.

**CRISPR**- послідовності вперше були відкриті в 1987 році, їх біологічна функція описана в 2010-2011, а застосування цієї системи для редагування геному ссавців вперше описано у 2013 році незалежно Джорджем Черчем і Фен Чжаном [1].

Одним із винахідників **CRISPR** стала професор молекулярної біології Дженніфер Дудна, команда якої у 2012 році у Берклі (Університет Каліфорнії), вивчала як бактерії захищаються від вірусних інфекцій. Нині професор Дудна та її колега Шарпентьє є одними із найвпливовіших вчених у світі. Ними відкрита технологія яка дає змогу біологам вносити точні зміни в будь-якій молекулі ДНК. Після того як чотири роки тому була опублікована їхня робота, лабораторії по всьому світу почали застосовувати цю технологію на тваринах, рослинах, людях, грибах та бактеріях – фактично на всіх видах організмів. Виявляється, коли на бактерію нападає вірус, вона продукує уривок генетичного матеріалу, який відповідає генетичній послідовності цього вірусу. Потім цей уривок у парі з ключовим білком, що називається **Cas 9**, може причепитися до ДНК вірусу, зламати і знешкодити його. Тепер науковці навчилися застосовувати цей самий процес, щоб вставляти в ДНК окремі послідовності, видаляти їх або відновлювати[7].

**Новий метод ДНК-редагування позбавить від онкологічних та генетичних захворювань.**

Головне те, що ця технологія швидка і дешева, а тому дозволяє прискорити найрізноманітніші дослідження: від створення генетично модифікованих тваринних моделей, що імітують людські захворювання, до пошуку мутацій в ДНК, які викликають хворобу або забезпечують захист. На початку 2013 року вчені встановили, що можна надзвичайно точно змінювати неправильну послідовність генів і лікувати спадкові хвороби людини [3].

Зважаючи на те, що цій технології лише кілька років, випробування на пацієнтах вже почалося, і кілька з них на стадії планування. Наприклад, на бостонській біотехнологічній фірмі Editas Medicine сподіваються, що дуже скоро зможуть почати тестування методу для лікування амаврозу Лебера (рідкісна хвороба сітківки), яка спричинює сліпоту. Через мутацію гена, око поступово втрачає світлочутливі клітини [1].

Технологія редагування генів допомогла досягти ремісії хворій Лайлі Річардс, яка хворіла на агресивну форму лейкемії, оскільки всі попередні способи лікування їй не допомагали. Вона стала першою людиною, життя якої вдалося врятувати завдяки редагуванню генів [1].

Перші випробування, в яких застосовувалися технології редагування генів використовували в Каліфорнії для лікування 80-ти пацієнтів з ВІЛ-інфекцією. Спочатку пацієнтам видалили з крові імунні клітини, потім видалили ген під назвою CCR5, який використовується вірусом імунодефіциту, щоб отримати доступ до клітини. Це лікування ґрунтується на рідкісній мутації генів, яка забезпечує людям природній імунітет проти хвороби. Одним із пацієнтів був 52 річний Мет Чапел, який прожив з ВІЛ більшу частину дорослого життя. Після того, як два роки тому йому змінили гени в клітинах імунної системи, Мет більше не вживав жодних антиретровірусних ліків. Такий метод лікування ВІЛ розробила компанія SANGAMO BIOSCIENCES з Річмонда, Каліфорнія, яка має ексклюзивну ліцензію на технологію ZFN, що



займається змінами в генах імунної системи. Ця компанія розпочала випробування з пацієнтами, які потерпають від гемофільних розладів зі згортанням крові та бета-таласемії [1].

У Китайських університетах вже у 2016 році почали використовувати технологію, відому під назвою **CRISPR**, у боротьбі із раковими клітинами: сутність терапії полягає в тому, щоб видалити імунні клітини хворого, генетично їх відредагувати, скерувати їх дію на знищення ракових клітин та ввести їх назад у кров [2].

У Південній Кореї вчені Інституту фундаментальних досліджень створили нову технологію на основі **CRISPR/Cas9**, яка дозволяє редагувати мутації в ДНК з точністю до нуклеотиду, що допоможе лікувати важкі генетичні захворювання такі як муковісцидоз, фенілкетонурия, хворобу Хантінгтона тощо [1].

### **Генетичні модифікації на ембріональному рівні.**

Найбільш суперечливий аспект генного редагування стосується внесення змін в ДНК зародка людини та редагування її. Ці зміни редагування генів передадуться наступним поколінням. Теоретично, за допомогою технології **CRISPR/Cas9**, можна відкорегувати ДНК ембріонів, які містять ген, відповідальний за хворобу Хантінгтона чи муковісцидоз. Одна із перших проблем над якою працюють генетики це раннє діагностування та лікування дітей пренатальному рівні, з синдромом Дауна, ДЦП тощо. Зараз генетики роблять спроби секвенування геному ембріональних клітин і вибирають здорові клітини або клітини з виправлено вадою, а тоді імплантують їх в організм матері. Вони хочуть видалити певні генетичні мутації з ембріону і запобігти розвитку інвалідності. Найлегше виправити ваду в одноклітинному ембріоні, аніж виправляти її на багатоклітинному зародку тому, що на стадії росту ембріона, клітини з вадою дублюються [4]. Сьогодні існують побоювання, що технологію **CRISPR/Cas9**, можуть застосовувати для корекції генетичних поліпшень людських зародків.

Ніхто з науковців не пропонує народжувати дітей з генетично модифікованих людських зародків. Але кілька наукових колективів у Китаї провели базові дослідження, а Британія стала першою країною, яка офіційно дозволила редагування генів людських ембріонів, лише для дослідницької мети. Цим будуть займатися в Інституті Френціса Кріка в Лондоні. Цей центр з редагування генів стане найбільшою в Європі біомедичною лабораторією [3]. Запліднені яйцеклітини вирощують у пробірках, модифікують різні гени, проводять селекцію ембріонів відповідно до «замовлених» фізіологічних чи інтелектуальних характеристик, які хочуть бачити у майбутній дитині. Такий ембріон імплантують сурогатним матерям, які народжують «дизайн-дитину». Закладаючи в ембріони певні характеристики і видаляючи інші, можна створити людей на «власний смак», але при цьому вони можуть народжуватися з новими генетичними вадами. У природі закладено, що покращити породу можна лише шляхом змішування генетичного складу. Коли обмежується генетична різноманітність, то це провокує появу різноманітних вад. Виявляється не все можна передбачити навіть, якщо відчитати геном ембріона, що імплантується. Мутації можуть виникати вже після імплантації ембріона у стінку матки [5].

Науковець Каті Ніакан займається зміною ключових генів зародка, щоб визначити, котрі генетичні помилки призводять до регулярних викиднів у жінок. Таким ембріонам дозволять розвиватися лише протягом кількох днів. На її думку «це допоможе знайти шляхи, щоб поліпшити штучне запліднення і визначити ті зародки, які можуть набирати сил і привести до народження здорових немовлят [3].

Поки-що науковці є обережними у проведенні таких експериментів, оскільки є пересторога виникнення шкідливих змін у людському геномі, які передадуться наступним поколінням.

Нові генетичні дослідження встановили, що з будь-якої чоловічої чи жіночої клітини можна створити яйцеклітину чи сперматозоїд. Зараз планують перевірити чи дійсно можливо їх схрестити та отримати біологічних дітей.

Відомо, що в Англії прийняли закон, згідно якого дозволяється існування дітей від трьох батьків. Слід розуміти, тут не йдеться про змішування хромосом від усіх трьох осіб. Передається лише мітохондріальна ДНК, це 1% генетичної інформації від третьої особи – жінки-донора. Відомо, що вже можливе народження дитини від двох чоловіків, теоретично це можливо, але такі експерименти ще не впроваджували у життя [1].

### **Етичні наслідки за загрози генетичної модифікації.**

Генетична модифікація на рівні клітин чи ранній стадії розвитку ембріона є небезпечною для життя майбутньої дитини. Здебільшого акцентують увагу та посилюють права батьків, які не можуть мати дітей, природнім шляхом. Але при цьому не звертають увагу на права дитини, яка б не хотіла бути створеною у пробірці а хотіла б мати своїх біологічних батьків.

Хоча науковці запевняють, що експерименти з ембріонами проводяться під особливим контролем, загалом небезпек є багато. З модифікованих ембріональних клітин вибирають, ті, які не мають жодних вад і є повністю здоровими, всі інші клітини ліквідовуються. Але не все можна побачити та передбачити навіть при секвенуванні геному ембріона який імплантується. Щоб виправити генетичну ваду в організмі, потрібно модифікувати склад генів у кожній одній ембріональній клітині із мільйона. У такому випадку науковцям легше вбити та абортувати небажаний ембріон, аніж повністю виправляти у ньому гени. І це вже неповага до Бога та людської гідності оскільки кожна запліднена яйцеклітина є зародком майбутньої людини. Отже вчені вже самі вирішують: хто має жити а хто має вмерти. Ембріон сприймається деякими вченими як

предмет, який при невдалій спробі викидаємо, а потрібно поважати таїнство людства[1].

Мутації можуть виникати після імплантації клітин. Тоді важко сказати хто винен у каліцтві дитини: лікарі, дослідники чи батьки, які хочуть мати дитину штучним методом.

Наукою доведено, що закладаючи в ембріони певні бажані ознаки і видаляючи інші, можна створити людей на «власний смак», але при цьому, вони можуть народжуватись з новими генетичними вадами. У природі закладено, що покращити породу можна лише шляхом змішування генетичного матеріалу. Якщо обмежується генетична різноманітність, то це провокує появу різноманітних вад.

З точки зору християнської етики це недопустимо. Наука захоплена собою і не зважає на етичні принципи. Дослідники закладають у ембріон лише потрібні якості, а ті які непотрібні видаляються. Якщо такі експерименти стануть масовими, вони будуть обмежувати різноманітність людського роду. Якщо генетичний склад обмежений, частота зустрічі однакових патологічних генів зростає і внаслідок схрещування однакових організмів виникають фізіологічні та анатомічні вади. Варто дослухатись сьогодні до слів відомого генетика Юрія Мончака, наукового директора Лабораторії молекулярної діагностики, професора Монреальського університету «Людство зайшло у глухий кут з ядерною енергією. Атомна зброя спрямована на знищення, генетична модифікація може мати ще гірші наслідки. Вони можуть стати спадковими. Ми не знаємо як вони впливають, але вже починаємо ними бавитися».

З розвитком можливостей даної технології виникає багато етичних питань. Наприклад, наскільки моральним є модифікувати гени, і що буде, якщо заможні люди будуть спроможні «редагувати» свої недоліки та покращувати стан здоров'я? І що становитиме ідентичність людини, якщо вона з легкістю зможе змінити себе та свою генетику?

## **Висновки**

1.З розвитком новітніх технологій в області вивчення геному людини, відкриваються перспективи переходу на новий рівень діагностики та лікування спадкових хвороб людини.

2.Нові біотехнології з використанням CRISPR/Cas9 технології та редагуванням генів ДНК у клітинах ембріонів дають невичерпні можливості для лікування та удосконалення організму людини.

3.З огляду на етичні застороги це питання потребує детального вивчення про генетичні наслідки введення в організм ембріона модифікованих ДНК.

4. З точки зору деяких провідних генетиків світу, генетична модифікація може бути небезпечніша за атомну зброю.

## **Література**

1. Комісаренко С.В, Романюк С.І. Редагування геному, або CRISPR/Cas9 – панацея від багатьох невиліковних хвороб чи перший крок до генного апокаліпсису? Вісник НАН України, 2020,(3): 50-77.)

2. Интернет-журнал «Коммерческая биотехнология», 2016. – 1040 с.

3. Макс Арбалет «Генетична революція», 2011. – 86 с.

4. Hadlington S. Snihing away at the human genome//Scrip Magasine/2000, 55–57с.

5. Jennifer Doudna. Wikipedia. [https://en.wikipedia.org/wiki/Jennifer\\_Doudna](https://en.wikipedia.org/wiki/Jennifer_Doudna).

6. Emmanuelle Charpentier. Wikipedia. [https://en.wikipedia.org/wiki/Emmanuelle\\_Charpentier](https://en.wikipedia.org/wiki/Emmanuelle_Charpentier)

7. Deltcheva E., Chylinski K., Sharma C.M., Gonzales K., Chao Y., Pirzada Z.A., Eckert M.R., Vogel J., Charpentier E. CRISPR RNA maturation by trans-encoded small RNA and host factor RNase III. Nature. 2011.

*ПОЦЮРКО Н.Т.,  
магістрантка II-го курсу  
спеціальності «Медсестринство»  
ВНЗ ЛОР «Львівська медична академія ім.А.Крупинського»  
Науковий керівник:  
НЕДІЛЬКО Р.В., канд.держ.упр.,  
ВНЗ ЛОР «Львівська медична академія ім.А.Крупинського»*

### **Оксигенотерапія – ключова фахова компетенція сестри/брата медичних сьогодення**

Поточна пандемія Covid-19 знову дає не втішні результати. На початку літа 2021 року в Україні зафіксовано новий штамп коронавірусної інфекції – «Дельта». За словами Міністра охорони здоров'я Віктора Ляшко, що на початку осені штамп «Дельта», ймовірно, витіснить інші варіанти вірусу і стане домінуючим в Україні.

Штамп коронавірусу «Дельта» вперше виявили восени минулого року в Індії. Саме тому його тривалий час називали індійським, аж поки Всесвітня організація охорони здоров'я не вирішила відмовитися від географічних прив'язок у назвах вірусів. Для позначення британського варіанту коронавірусу обрали назву «Альфа», для південноафриканського – «Бета», а для індійського – «Дельта». «Дельта» залишається недостатньо дослідженою, але, за попередніми оцінками, цей штамп є у 1,6 рази заразнішим, ніж штамп «Альфа» (британський різновид вірусу), у 2,26 рази частіше призводить до госпіталізації та у 1,45 рази частіше - до реанімації. У випадку зараження «Дельтою» симптоми можуть бути традиційними для Covid-19 – кашель, лихоманка, втрата відчуття запаху і смаку. Але при цьому дослідник захворювання, професор Тім Спектор, зазначав, що з новим штамом такі симптоми зустрічаються рідше [1].

Широко інформується населення, щодо штаму «Дельта» і які його є особливості, через засоби мас-медіа у закордонних країнах.

Штам “Дельта” значно заразніший та може викликати більш серйозні захворювання, ніж усі інші відомі. Про усе це йдеться у внутрішній презентації Центрів із контролю й профілактики захворювань США, повідомляють [The New York Times](#) і [The Washington Post](#) із посиланням на копію документа. Згідно з ним, так само заразний, як вітряна віспа чи сезонний грип [2].

Українські епідеміологи також надають інформацію щодо мутованого штаму Covid-19. В одному з інтерв'ю, директорка Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України Вікторія Задорожна пояснює: «... вірус мутував і пристосувався до нових умов. Вірус поступово пристосовується все більше і більше до нового хазяїна – нової людської популяції. І для того, щоб проникнути у клітину, він вже більш адаптований. Він адаптувався, щоб швидше проникати в організм і швидше розмножуватися», – розповіла фахівчиня.

За даними Львівського обласного лабораторного центру МОЗ, на Львівщині з початку пандемії Covid-19 серед усіх інфікованих було близько 7% дітей. За словами директорки Львівської обласної дитячої лікарні «Охматдит» Олександри Бурди, куди госпіталізують дітей з підозрою на коронавірус, діти справді хворіють значно рідше, аніж дорослі, та їхня кількість зараз, наприкінці літа, у порівнянні з весною, зросла. Вона додає, що з усіх дітей, яких госпіталізують з підозрою на Covid-19, діагноз підтверджується приблизно у третини [3].

Загрозлива ситуація, яка спровокована новим спалахом коронавірусної інфекції наприкінці літа 2021 року, спонукала нас вивчити ситуацію, яка виникає на Львівщині, особливо серед населення дитячого віку. На сьогоднішній день, це є вкрай важливим, оскільки штам «Дельта» є невивченим до кінця

і науковці не знають які можуть виникати потенційні проблеми у перехворілих, особливо у дітей. Під час пандемії, медичні працівники та особливо сестри/брати медичні відіграють значну роль у процесі одужання пацієнтів, вони мають бездоганно володіти фаховими компетентностями.

У Львівській області станом на 26 вересня підтвердили 53 випадки дельта-штаму коронавірусу. Усі пацієнти лікувались в медзакладах, повідомила головна санітарна лікарка Львівщини Наталія Тімко-Іванченко. За інформацією Наталії Тімко-Іванченко, дельта-штам коронавірусу підтвердили у 53 мешканців Львівщини серед них є діти. Всі пацієнти перебували у лікарнях і були невакциновані. Перші випадки штаму коронавірусу «Дельта» на Львівщині почали фіксувати ще улітку, а в серпні в одній із львівських лікарень помер 36-річний чоловік. Це єдиний випадок смерті від небезпечного штаму коронавірусу в області. Нагадаємо, нещодавно ВООЗ заявила про те, що штам коронавірусу «Дельта» остаточно витіснив інші мутації – наразі його фіксують у зразках 99% хворих в усьому світі. Штам «Дельта» протікає агресивніше та швидше, ніж попередні штами: на другий-третій день після госпіталізації у пацієнтів різко знижується сатурація, тому вони не можуть самостійно дихати та потребують перебування в реанімації. За даними департаменту громадського здоров'я Великої Британії, штам «Дельта» в 1,6 рази заразніший, ніж «Альфа», у 2,26 рази частіше призводить до госпіталізації та у 1,45 рази частіше – до реанімації. Крім того, група вчених з Інституту медичних наук Токійського університету виявила, що штам коронавірусу «Дельта» має значно вищу патогенність – потенційну здатність спричиняти захворювання [4].

Для вивчення даної проблематики, нами зроблені запити у Тернопільську обласну клінічну дитячу лікарню та у Львівську обласну дитячу клінічну лікарню «ОХМАТДИТ». Нам надані статистичні дані про перебіг захворювання у дитячому віці. Проаналізувавши надані статистичні дані, ми отримали наступні результати:



Табл 1.

## Тернопільська обласна клінічна дитяча лікарня

Місяці 2021 року	Кількість госпіталізованих дітей	Потребують ШВЛ	Потребують оксигенотерапії
Січень	11	-	-
Лютий	19	1	3
Березень	58	3	16
Квітень	43	1	8
Травень	20	-	-
Червень	15	-	-
Липень	-	-	-
Серпень	9	-	-
Вересень	36	1	5
Всього	211	5	32

З даної таблиці видно, що кількість госпіталізованих дітей з коронавірусною інфекцією характеризується хвилеподібним показником і це притаманно сезонності та у якій епідеміологічній зоні перебуває місто чи область. Від початку 2021 року госпіталізовано 211 дітей, з яких 32 (15 %) хворих потребує оксигенотерапії. У березі 2021 року госпіталізовано 58 дитини, з яких потреба у ШВЛ була у 3 дітей та в оксигенотерапії – 16 дитини, у квітні – 43 дитини, з яких потребувало ШВЛ – 1 дитина та оксигенотерапії – 8 дітей. Відстежується зростання госпіталізованих дітей на початку осені – у вересні 2021 року – 36 дітей, з яких 5 дітей потребувало оксигенотерапії. У статистичній довідці Тернопільської обласної клінічної дитячої лікарні зазначено, що у вересні- жовтні 2021 року почали хворіти частіше діти малюкового віку: 28 днів, 1,5 міс, 2 міс. Отримані дані можуть свідчити про те, що коронавірусною вірусною інфекцією

почали інфікуватись діти малюкового віку та проявляється значними патологічними ураженнями легеневої тканини.

Від початку 2021 року по вересень місяць, у Львівську обласну дитячу лікарню «ОХМАДИТ», госпіталізовано 300 дітей з коронавірусною вірусною інфекцією. Пік госпіталізації припадав на березень, квітень та вересень місяць 2021 року. В період пікових місяців, діти потребували проведення ШВЛ в реанімаційному відділенні та оксигенотерапії у палатах закладу охорони здоров'я.

*Рис.1*

### Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАДИТ»



З даної секторної діаграми видно, що 6% (20 дітей) потребували ШВЛ у реанімаційному відділенні та 25% (75 дітей) – оксигенотерапії від початку 2021 року.

Отже, зважаючи на вище викладений матеріал, можна зробити наступний висновок, що при будь-якому штамі коронавірусної вірусної інфекції пацієнти потребують проведення оксигенотерапії від якої залежить одужання

пацієнтів. Сестра/брат медичні мають професійно володіти методиками проведення оксигенотерапії. З метою якісного оволодіння вище вказаної фахової компетенції, рекомендуємо приділяти значної уваги під час відпрацювання навичок під час вивчення фахових дисциплін у симуляційному центрі, лабораторіях клінічних навичок, тренінгових класах, зі здобувачами медсестринської освіти.

### Література

1. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-57932897>
2. URL: <https://bit.ly/3Fm5U7y>
3. URL: <https://bit.ly/3mvgqka>
4. URL: <https://zaxid.net/news/>

*РІЗУН Г.М.*

*викладач*

*ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія  
ім. Андрея Крупинського»*

*ЦЮНИК Н.Ю.*

*викладач*

*ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія  
ім. Андрея Крупинського»*

### **Компетенції сестри медичної при діагностиці гельмінтозів**

**Вступ.** Видатний гельмінтолог академік К.І. Скрябін писав: *«Все живе на земній кулі потрапило до дуже чіткої гельмінтологічної павутини, яка плелася мільйони років».*

Паразитарні хвороби, збудниками яких є понад 350 видів гельмінтів, супроводжують людство протягом багатьох століть. Ними уражено понад 4,5 мільярди людей у світі [1, с.371].

У “Національній доповіді про стан техногенної та природної безпеки в Україні” наголошується, що з приводу цих хвороб за медичною допомогою кожен рік звертається близько 7–8 млн. осіб, причому реєструється до 250 тисяч нових випадків захворювань з 33 нозологій паразитозів [2,с.365].

Саме тому, медичні сестри повинні досконало володіти клінічним мисленням, фундаментальними і спеціальними знаннями й уміннями щодо догляду за пацієнтами з паразитологічними захворюваннями, надавати медичну допомогу. Вміти диференціювати статеві зрілі форми гельмінтів, членистоногих; здійснювати підготовку пацієнта до інструментальних обстежень та лабораторних досліджень; проводити забір біологічного матеріалу та транспортувати його у лабораторію для виявлення паразитів.

**Основна частина.** Живучи в організмі господаря, глисти виснажують його, а їхні токсини можуть викликати різноманітні патології. Личинки гельмінтів здатні «мандрувати» по всьому організму, спричиняючи ураження різних органів – кишечника, печінки, нирок, легенів, очей, мозку. Ось далеко не повний перелік патологічних впливів паразитів на організм [3, с. 47]:

- ознаки хронічної інтоксикації;
- імунні дисфункції;
- алергізація організму;
- диспептичні розлади;
- легеневий синдром;
- лімфаденопатія;
- біль у м’язах;
- залізодефіцитна анемія;
- канцерогенез;
- закупорка – жовчних проток і проток підшлункової залози;
- ураження печінки та підшлункової залози;
- кишкова непрохідність-;

- перфорація кишечника;
- перитоніт.

Є кілька механізмів негативної дії гельмінтів на організм.

*Токсико-алергізаційний* – антигени паразитів сенсibiliзують організм господаря, призводячи до розвитку або потенціювання алергічних реакцій. Інтоксикація продуктами життєдіяльності паразитів призводить до патологій нервової та м'язової тканин [4, с.35].

*Механічні пошкодження* стосуються насамперед тканин шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і проявляються кровотечами, подразненням нервових рецепторів, некрозом [5, с.58].

*Конкуренція гельмінтів за поживні речовини* в організмі господаря призводить до втомлюваності, слабкості, зниження апетиту; у дітей спричинює відставання у фізичному, психічному та розумовому розвитку. Низка гельмінтозів супроводжується анемією, дефіцитом вітамінів. [5, с.58].

*Імунодепресивний вплив* гельмінтів проявляється зниженням активності Т-лімфоцитів, частими проявами бактеріальних і вірусних інфекцій. призводять до місцевої та загальної імуносупресії. Зокрема, імунодепресивною дією аскарід зумовлене зниження ефективності вакцинації і ревакцинації проти кору, дифтерії, правця, поліовірусів у дітей, а паразитування гостриків призводить до пригнічення неспецифічного імунітету, що проявляється зниженням рівня б-інтерферону в сироватці крові [6, с.60].

Медичні сестри повинні усвідомлювати свої функції при заборі біологічного матеріалу для паразитологічної діагностики та проявляти набуті навички:

- проводити підготовку пацієнтів до лабораторних досліджень та інструментальних обстежень при паразитарних інвазіях;
- проводити забір біологічного матеріалу ;
- володіти методами обстеження пацієнтів;

- виконувати фізіотерапевтичні процедури, медичні маніпуляції, шкірно-алергійні проби тощо, вести спостереження, догляд за пацієнтами з паразитарною патологією;

- надавати невідкладну медичну допомогу при раптовому погіршенні стану пацієнта, виникненні небезпечних ускладнень тощо.

**Висновки.** Останнім часом зростає зацікавленість до вагомості гельмінтів в етіології багатьох захворювань, оскільки накопичені різноманітні клінічні та експериментальні висновки свідчать, що гельмінти викликають ураження не тільки тих органів, у яких вони безпосередньо паразитують, а й можуть бути причиною розвитку важких захворювань, спричиняти патологічні стани у органах і тканинах, а продукти життєдіяльності гельмінтів викликають інтоксикацію і алергічну дію. Може страждати весь організм, особливо органи травної і центральної нервової систем.

На сучасному етапі розвитку медсестринства удосконалюється вагомість ланки медсестринського процесу щодо забезпечення високої якості догляду пацієнта при паразитарних патологіях. Змінюються вимоги і ставлення суспільства до сестринської практики, системи професійної сестринської освіти, вдосконалюються сучасні сестринські технології.

При наданні допомоги пацієнтові із підозрою на паразитарні інвазії потребує від медичного персоналу професійності та постійного вдосконалення практичних навичок, що забезпечує надання належної висококваліфікованої допомоги при виконанні функціональних маніпуляцій.

### Література

1. Юлиш Е.И. Клиника, диагностика, лечение и профилактика гельминтозов у детей. Новости медицины и фармации. – 2011. 371-372 с.

2. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2014 році / Державна служба України з надзвичайних ситуацій. – Київ. – 2015. – 365 с. [Електронний ресурс].

3. Ершова И.Б., Мочалова А.А., Лохматова И.А и соавт. Неспецифические проявления гельминтозов у детей. – Здоровье ребенка. – 2015. 45-50с.

4. Охотникова Е.Н., Ткачева Т.Н. Гельминтозы у детей. – Мистецтво лікування. – 2011. 32-43 с.

5. Марушко Ю.В., Грачова М.Г. Гельминтози у дітей: стан проблеми, особливості діагностики і терапії. – Современная педиатрия. – 2011. 58-62 с.

6. Найпоширеніші гельмінтози у дітей: коротке керівництво для лікаря-практика. – Дитячий лікар. – 2016. 59-63 с.

*СИДОР О.К., викладач  
ВНЗ ЛОР «Львівська медична академія  
імені Андрея Крупинського»  
ЗАСАНСЬКА Г.М., викладач  
ВНЗ ЛОР «Львівська медична академія  
імені Андрея Крупинського»*

### **Роль сестри медичної у здійсненні медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах.**

Фізичне виховання школярів є органічною складовою частиною усієї системи державної освіти дітей та підлітків. Воно повинне забезпечити розвиток їх фізичного, морального здоров'я, комплексний підхід до формування розумових і фізичних якостей особистості, підготовку до активного життя

та професійної діяльності, використання засобів оздоровчої спрямованості на принципах індивідуального підходу. Однак сучасні діти, підлітки інколи просто не готові до шкільних фізичних навантажень. І лише 60% учнів виконують ті нормативи, які їм пропонує шкільна програма. Діти через звичку жити з гаджетами у руці, стали менш рухливими, тому навіть незначні фізичні навантаження можуть в окремих випадках можуть стати причиною різкого порушення в стані здоров'я та навіть смерті.

Медико-педагогічний контроль за фізичним вихованням – невід'ємна частина навчального процесу та медичного обслуговування учнів у загальноосвітньому навчальному закладі що включає заходи, спрямовані на оптимізацію, безпеку та ефективність фізичної культури, забезпечує своєчасне визначення рівня функціональних можливостей організму учнів, адекватність фізичних навантажень та раннє виявлення ознак хвороб і ушкоджень. Медико-педагогічний контроль входить також до обов'язкових функцій медичних і педагогічних працівників навчального закладу. [1]. Значна роль і робота у цьому контролі належить медичній сестрі навчального закладу.

*Метою медико-педагогічного контролю є:*

1. Визначення стану здоров'я, фізичного розвитку і функціонального стану організму учнів, які займаються фізичною культурою;

2. Оптимізація рухової активності учнів;

3. Вирішення питань щодо відповідності фізичних навантажень стану здоров'я та функціональним можливостям учнів навчальних закладів. (2).

Саме у всіці процеси активно залучається медична сестра навчального закладу.

Відповідно до мети, основними завданнями медико-педагогічного контролює:

➤ Визначення рівня фізичного розвитку, стану здоров'я, функціональних можливостей організму та рівня розвитку



рухових навичок учня з метою диференціації засобів і форм фізичного виховання та дозування фізичного навантаження;

➤ Систематичне спостереження за динамікою показників фізичного розвитку, стану здоров'я та розвитку локомоторної функції учня під впливом фізичних вправ, загартування та інших засобів біокорекції для оцінки їх оздоровчого ефекту;

➤ Виявлення функціональних відхилень і ранніх симптомів хвороб, що виникають під час занять фізичною культурою;

➤ Профілактика шкільного, в тому числі спортивного, травматизму;

➤ Проведення санітарно-просвітницької роботи та гігієнічного виховання учнів [2].

Оцінювання стану здоров'я учнів з подальшим розподілом їх на групи для занять фізичною культурою здійснює медичний працівник, а саме медична сестра навчального закладу за результатами:

➤ обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів (рівень та гармонійність фізичного розвитку, наявність захворювань чи вад розвитку, травм, гострих хронічних захворювань, частота та тривалість захворювань, патологічна враженість);

➤ функціональних проб з дозованим фізичним навантаженням (визначення рівня функціонального стану організму);

➤ медико-педагогічних спостережень за різними формами фізичного виховання у навчальному закладі.

На підставі результатів обов'язкових медичних профілактичних оглядів медична сестра навчального закладу здійснює розподіл усіх учнів на групи для занять фізичною культурою. Таких груп є три: основна, підготовча та спеціальна [1].

<b>Назва медичної групи</b>	<b>Критерій віднесення учнів до групи</b>	<b>Характеристика фізичного навантаження</b>	<b>Примітка</b>
Основна група	Здорові діти та діти, які мають гармонічний, високий або середній рівень фізичного розвитку з високим або вище середнього рівнем функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи	Фізична підготовка проводиться в повному обсязі з навчальними програмами з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку дитини	Дозвіл лікаря щодо занять, які супроводжуються підвищеними фізичними навантаженнями (заняття в спортивних секціях, танці, хореографія тощо), надається тільки після поглибленого обстеження
Підготовча група	Діти в реабілітаційному періоді після випадку гострої захворюваності, що не потребує курсу лікувальної фізкультури, з середнім рівнем функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи	Поступове збільшення навантаження без задачі нормативів	Заборонено заняття в спортивних секціях, але рекомендовано додаткові заняття у групах загальнофізичної підготовки або в домашніх умовах з метою ліквідації недоліків у фізичній підготовці (за індивідуальними комплекс-завданнями вправ, спрямованими на підвищення рівня функціональних можливостей серцево-судинної системи та системи дихання, на зміцнення певної групи м'язів, на оволодіння певними руховими навичками або підвищення рівня їх виконання)
Спеціальна група	Значні відхилення постійного чи тимчасового характеру в стані здоров'я, що не перешкоджають навчанню в школі, але протипоказані для занять фізичною культурою за навчальною програмою. Рівень функціональних резервних можливостей	Фізична підготовка проводиться за спеціальними програмами з урахуванням характеру та ступеня відхилень	Заняття проводяться вчителем фізичної культури з наданням індивідуальних завдань безпосередньо на уроках

На підставі цього розподілу медична сестра складає списки учнів, які за станом здоров'я відносяться до спеціальної медичної групи. У таких списках зазначають діагноз захворювання і термін перебування учнів у цій групі. Такі списки затверджує директор навчального закладу своїм наказом [1].

В подальшому медична сестра навчального закладу, на підставі такого наказу оформляє Листок здоров'я кожного окремого класу, який має в подальшому знаходитись в журналі обліку навчальних занять. За потреби зміни щодо групи заносяться медичною сестрою у Листок здоров'я класу та обов'язково засвідчуються її підписом та підписом класного керівника.

Медична сестра навчального закладу також здійснює:

- періодичне спостереження під час уроків з фізичного виховання, динамічної перерви, занять у спортивних секціях, змагань та інших форм фізичного виховання;
- диспансерний облік учнів, які за станом здоров'я займаються в підготовчій та спеціальній групах;
- оцінку санітарно-гігієнічного стану місць проведення уроків та інших форм фізичного виховання;
- медичний супровід змагань та туристичних походів;
- профілактику шкільного, у тому числі спортивного травматизму;
- санітарно-освітню роботу.

Під час здійснення періодичного спостереження за уроками фізичного виховання, медична сестра здійснює контроль навантаження учнів, віднесених за станом здоров'я до основної, підготовчої та спеціальної груп. Одночасно з хронометражем складових частин уроку фізичної культури у 2-3-х учнів різної статі, яких медична сестра обирає об'єктами спостереження за критеріями достатньої активності, дисциплінованості та середньої фізичної підготовленості, проводить пульсометрію. За стандартом підрахунок проводить протягом 10 с. Обов'язково вимірює пульс до уроку та після його закінчення. Пульс

вимірюють до початку занять, після ввідної частини уроку, після проведення загальних вправ, після рухової гри, після заключної частини уроку та через 3-5 хв. після закінчення уроку. Також візуально визначають втому учнів під час фізичного навантаження. При цьому медична сестра оцінює колір шкіри обличчя, пітливість, характер дихання і рухів, міміка, увага і самопочуття [3].

В умовах правильної побудови уроку, фізіологічна крива оцінки реакції учнів на фізичне навантаження має одновершинну (рідко – двовершинну: підвищення після підготовчої частини та періоду рухової гри) параболо подібну форму, причому після вступної частини фізіологічні показники мають збільшуватись на 15-20%, після періоду формування рухових навичок основної частини – на 50-60%, після рухової гри – на 70-90%, після заключної частини – на 5-10%, що свідчить про наявність тренувального ефекту, а через 2-3 хв. після закінчення уроку повертається до вихідних значень.

Паралельно медична сестра разом з вчителем фізичного виховання оцінює інтенсивність фізичного навантаження (частота серцевих скорочень, уд./хв.) за такими критеріями: до 140 уд./хв. – легке фізичне навантаження;

141-160 уд./хв. – середнє фізичне навантаження; більше 160 уд./хв. – значне фізичне навантаження [2].

Оцінюючи ці дані, за потреби, проводиться корекція планування процесу фізичного виховання та дозування фізичних навантажень учнів, складають перелік заходів щодо підвищення якості тієї чи тієї форми роботи тощо.

Щодо оцінювання санітарно-гігієнічного стану місць проведення уроків та інших форм фізичного виховання, то до обов'язків медичної сестри слід віднести: оцінювання температура та вологість повітря, ефективність вентиляції, рівень освітленості, якість і своєчасність вологого прибирання приміщень, дотримання правил техніки безпеки, наявність засобів

першої медичної допомоги, контроль відповідності одягу та взуття учнів умовам проведення занятьошо.

Результатимедико-педагогічногоконтролю фіксують у книгах контролю адміністрації, протоколах щодо медико-педагогічногоспостереже-ння.У протоколах обов'язково має бути графічне зображення кривої фізичного навантаження.

Результати медико-педагогічного контроль використовують як для індивідуальної, так і для колективної оцінки рівня рухової активності, а також для визначення груп ризику щодо можливого негативного впливу гіпокінезії та гіперкінезії на фізичний розвиток та функціональні можливості організму дитини, формування захворювань серцево-судинної, ендокринної, кістково-м'язової систем

Медико-педагогічний контроль за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах та роль медичної сестри уцьому є важливим у формування здоров'я молоді, здійсненні профілактики захворювань, сприянні швидкій реабілітації та видужанню. Важливо, щоб медична сестра навчального закладу разом з вчителем фізичного виховання здійснювали систематичне спостереження за навантаженням на уроках фізичної культури, оцінювала його відповідність віку учнів та функціональним можливостям їхнього організму. За дотримання цієї умови при належних санітарно-гігієнічних умовах проведення занять фізичних культури, вони будуть ефективними та матимуть оздоровчий ефект.

## Література

1. Положення про медико-педагогічний контроль за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах, затверджене наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України «Про забезпечення медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах» від 20.07.2009 № 518/

674. [https://ips.ligazakon.net/document/view/re16788?an=40&ed=2009\\_07\\_20](https://ips.ligazakon.net/document/view/re16788?an=40&ed=2009_07_20) режим доступу 13.10.21р.

2. Основи екології та профілактичної медицини: підручник/О-35 Д.О.Ластков, І.В. Сергета, О.В. Швидкий та ін. – К.: ВСВ «Медицина», 2017. – 472 с.

3. <https://www.pedrada.com.ua/article/1341-shikuysya-kontrol-fzichnogo-vihovannya-v-shkol>. Режим доступу 13.10.21р.

*Фітьо Н.Р., викладач другої  
кваліфікаційної категорії  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія імені Андрея Крупинського»  
Синиця С.В., асистент  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія імені Андрея Крупинського»*

## **Роль молодшого спеціаліста кабінету щеплень в імунопрофілактиці дітей різних вікових груп**

У статті висвітлено роль молодшого спеціаліста із медичною освітою Кабінету щеплень в умовах пандемії COVID-19, зокрема дитячого населення України. Звертається увага на загальні положення, функціональні обов'язки, права та відповідальність медичного працівника. Подано перелік кваліфікаційних професій працівників охорони здоров'я, які безпосередньо приймають участь у профілактичних щепленнях щодо попередження поширення різних інфекційних захворювань.

Основна мета імунізації полягає у збереженні і зміцненні здоров'я населення, адже вакцинація ефективна в запобіганні або зменшенні тяжкості протікання інфекційного захворювання й може забезпечувати міцний та довгостроковий захист від

інфекційних хвороб. Згадується основне визначення імунопрофілактики та описується ряд препаратів, які мають вплив на імунну систему. Оскільки досліджується дитяче населення, тому розрізняють різні вікові періоди. Додається календар профілактичних щеплень, згідно якого розробляється план вакцинацій із оновленими наказами МОЗ України про внесення змін.

**Ключові слова:** молодший спеціаліст, медична освіта, Кабінет щеплень, кваліфікаційні професії, імунізація, вакцинація, вікові періоди дітей, інфекції, вакцинокеровані інфекційні захворювання, пандемія.

**Мета дослідження:** ознайомити із нормативною документацією, де відображаються загальні, функціональні обов'язки, права та відповідальність, перелік кваліфікаційних професій молодшого спеціаліста із медичною освітою Кабінету щеплення; проаналізувати значення рутинної вакцинації дітей усіх вікових груп в умовах пандемії COVID-19 у профілактиці вакцинокерованих інфекційних захворювань; підсумувати важливу роль молодшого спеціаліста в галузі охорони здоров'я в імунопрофілактиці та запропонувати своє бачення ролі цього працівника у сьогоденні.

Особливу роль відіграє молодший спеціаліст з медичною освітою Кабінету щеплень в імунопрофілактиці дітей різних вікових груп. Тому, в період пандемії коронавірусної інфекції, найбільше наголошується на вакцинації, бо це є своєрідним захистом від вакцинокерованих інфекцій і специфічною профілактикою Covid-19.

Для вітчизняної системи охорони здоров'я актуальною проблемою є різке зростання інфекційних захворювань за рахунок пандемії Ковід-19. Відомо, що за весь час пандемії в Україні станом на жовтень 2021: захворіло – 2 701 600 осіб; одужало – 2 352 835 осіб; летальних випадків – 62389. [1]

В умовах відсутності надійних методів діагностики та лікування, хронічні захворювання та їхні ускладнення

призводять до інвалідності, знижують тривалість життя, спричиняють негативний економічний вплив на сім'ї, державу і суспільство в цілому. Особливе занепокоєння викликає щорічне зростання показників захворюваності дитячого населення України, поширеність хронічних хвороб серед дітей та їхня інвалідизація. [2]

У Наказі Міністерства охорони здоров'я України від 31.12.2009 р, за №, 1095, «Примірне положення про молодшого спеціаліста з медичною освітою Кабінету щеплень», йдеться про:

### **I. Загальні положення**

1. На посаду молодшого спеціаліста з медичною освітою Кабінету щеплень призначається особа, що пройшла навчання по проведенню щеплень, туберкулінодіагностики населенню.

2. Молодший спеціаліст з медичною освітою Кабінету щеплень призначається на посаду і звільняється керівником ЛПЗ.

3. Молодший спеціаліст з медичною освітою Кабінету щеплень підпорядковується безпосередньо головній медичній сестрі ЛПЗ.

4. У своїй роботі молодший спеціаліст з медичною освітою Кабінету щеплень керується інструкціями і правилами, установленими для організації Кабінету щеплень, а також наказами, розпорядженнями і вказівками керівника ЛПЗ, заступника керівника ЛПЗ, керівника відповідного структурного підрозділу і цим положенням.

### **II. Функціональні обов'язки молодшого спеціаліста з медичною освітою Кабінету щеплень**

Обов'язками молодшого спеціаліста з медичною освітою Кабінету щеплень є:

1. Проведення вакцинації, туберкулінодіагностики населення за призначенням лікарів.

2. Дотримання правил проведення щеплень і правил безпечної імунізації.



3. Дотримання у Кабінеті щеплень санітарно-епідеміологічних вимог.

4. Надання долікарської медичної допомоги при невідкладних станах.

5. Надання невідкладної допомоги пацієнту за призначеннями та вказівками лікаря на випадок побічної дії (ускладнення) після застосування імунобіологічного препарату.

6. Ведення облікової документації щодо реєстрації проведених щеплень, туберкулінодіагностики і використаних імунобіологічних препаратів у відповідних статистичних формах (із указівкою дати, виду щеплень, дози і серії тощо).

7. Ведення обліку осіб, що мають тривалі медичні протипокази до проведення щеплень.

8. Реєстрація та своєчасне оповіщення про випадок побічної дії (ускладнення) після застосування імунобіологічних препаратів.

9. Підготовка заявок керівнику ЛПЗ щодо забезпечення кабінету щеплень лікарськими засобами та виробами медичного призначення для проведення щеплень, туберкулінодіагностики.

10. Забезпечення обліку, розподілу та використання медичних імунобіологічних препаратів.

11. Забезпечення запасу медичних імунобіологічних препаратів, видачу останніх медичним працівникам Кабінетів щеплень тимчасових.

12. Забезпечення умов дотримання холодового ланцюга при транспортуванні, зберіганні та використанні медичних імунобіологічних препаратів.

13. Забезпечення наявності та дотримання алгоритмів надання медичної допомоги при невідкладних станах відповідно до чинних нормативів; лікарських засобів та виробів медичного призначення для надання медичної допомоги при невідкладних станах та аптечки для надання термінової

медичної допомоги медичним працівникам та технічному персоналу ЛПЗ (відповідно до наказу МОЗ України від 25.05.2000 N 120) тощо.

14. Складання звітів щодо проведених щеплень, звітів щодо руху медичних імунобіологічних препаратів за формами державної статистичної звітності.

15. Проведення аналізу виконання плану профілактичних щеплень та туберкулінодіагностики.

16. Сприяння роботі щодо розробки планів заходів з активної імунопрофілактики населення, в тому числі з планування профілактичних та/або додаткових щеплень сумісно з лікарями-педіатрами дільничними, лікарями-терапевтами дільничними, лікарями загальної практики/сімейний лікар, медичними працівниками дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів, медичними працівниками медичних пунктів та/або кабінетів щеплень підприємств та суб'єктів підприємницької діяльності, які мають ліцензію на медичну практику.

17. Формування картотеки форм 063/о населення, що знаходиться на обліку в ЛПЗ, та своєчасне їх заповнення.

18. Проведення контролю заповненням форми 063/о разом з молодшими спеціалістами з медичною освітою ЛПЗ та навчальних закладів 2 рази на рік.

19. Дотримання правил безпечної утилізації медичних відходів.

14. Складання звіту про використання імунобіологічних препаратів для надання в територіальну СЕС.

15. Координація діяльності з медичними працівниками територіальних навчальних закладів.

16. Проходження щороку навчання щодо особливостей організації та техніки проведення щеплень і туберкулінодіагностики.

### **III. Права молодшого спеціаліста з медичною освітою Кабінету щеплень**

Молодший спеціаліст з медичною освітою Кабінету щеплень має право:

1. Вносити пропозиції керівництву ЛПЗ з питань організації роботи Кабінету щеплень, забезпечення необхідними імунобіологічними препаратами, розхідними матеріалами, лікарськими засобами, медичним та немедичним оснащенням.

2. Підвищувати свою професійну кваліфікацію і проходити атестацію на присвоєння кваліфікаційної категорії у встановленому порядку.

### **IV. Відповідальність молодшого спеціаліста з медичною освітою Кабінету щеплень**

Молодший спеціаліст з медичною освітою Кабінету щеплень несе відповідальність за:

1. Дотримання техніки безпеки при проведенні щеплень та туберкулінодіагностики з дотриманням правил асептики й антисептики санітарно-епідеміологічного режиму.

2. Зберігання і ефективне використання імунобіологічних препаратів відповідно до вимог діючого законодавства і наявного устаткування.

3. Своєчасне і правильне заповнення медичної документації. [3]. У довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників, випуск 78 «Охорона здоров'я» йдеться про наступні кваліфікації молодшого спеціаліста з медичною освітою, які безпосередньо беруть участь в специфічній профілактиці дітей різних вікових категорій, серед яких виділяють: сестра медична дитячої поліклініки, сестра медична загальної практики – сімейної медицини, сестра медична поліклініки. [4] Для вирішення існуючих складних проблем зі здоров'ям населення необхідно, насамперед, поліпшити ефективність профілактичних заходів охорони здоров'я. Профілактична діяльність галузі охорони здоров'я у 5 разів ефективніша, ніж лікувально-діагностична. У

країнах Заходу медична профілактика набирає силу: у загальнодержавних витратах на охорону здоров'я вона становить 15–20% або 800–1500 доларів США на одну людину [5, с.5].

За розрахунками, економічно вигідніше попередити захворювання, ніж лікувати хвороби та їхні наслідки, виплачувати кошти у зв'язку з втратою працездатності [6].

Провідною частиною профілактичного напрямку охорони здоров'я є імунізація населення. Вакцинація у нашій країні не є примусовою. Проте законами України «Про захист населення від інфекційних хвороб» (частина перша статті 12) та «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (частина перша статті 27) передбачена обов'язковість профілактичних щеплень проти туберкульозу, поліомієліту, дифтерії, кашлюка, правця та кору. [7]

*Імунізація* – уведення препаратів для створення штучного імунітету. Уперше науково обґрунтував імунопрофілактику А. Пастер. Його дослідження започаткували застосування профілактичних щеплень. Він розробив вакцини проти сказу, сибірки та курячої холери.

Створення штучного імунітету нині є основним напрямком боротьби з інфекційними хворобами.

З метою проведення імунізації застосовують вакцини, сироватки та імуноглобуліни.

*Вакцини* – це препарати для створення штучного активного імунітету. Вони містять антигени. Термін “вакцина” походить від назви препарату, що приготував Е. Дженнер з патологічного матеріалу людей, які заразилися коров'ячою віспою (від лат. vaccina – коров'яча). Розрізняють такі види вакцин: а) 1-го покоління: корпускулярні (живі й убиті); б) 2-го покоління: хімічні та анатоксини; в) 3-го покоління: штучні (синтетичні) та генно-інженерні.

За кількістю антигенів розрізняють моновакцини (з одним антигеном), дивакцини (з двома антигенами) та полівакцини (з трьома антигенами і більше).

Вакцини виготовляють на спеціальних біофабриках, в інститутах вакцин і сироваток або в лабораторіях науково-дослідних інститутів. Готові препарати розливають в ампули або флакони. Вакцини випускають здебільшого в ліофілізованому стані (так вони довше зберігають свої імуногенні властивості).

Зберігають вакцини за температури +4 °С, їх не можна заморожувати.

Для лікування хронічних захворювань (гонореї, бруцельозу, дизентерії, стафілококової інфекції) можна використовувати вакцини в комплексі з антибіотиками та іншими лікарськими засобами.

*Сироватки* – це препарати для створення штучного пасивного імунітету. Вони містять готові антитіла.

За спрямованістю дії розрізняють *антитоксичні* (проти-дифтерійна, протиправцева, протиботулінічна, протизміїна, проти анаеробної інфекції) та *антибактеріальні* (проти сибірки, чуми та ін.) сироватки, а за походженням – *гомологічні* (готують із сироватки крові людей, які попередньо були імунізовані) та *гетерологічні* (їх готують із сироватки крові тварин, які були попередньо імунізовані).

Після закінчення імунізації людей або тварин визначають рівень антитіл у крові. Отриману сироватку консервують, контролюють її стерильність, активність та фізичні властивості. Дозу сироватки визначають у міжнародних одиницях (МО). Сироваткові препарати вводять внутрішньом'язово або внутрішньовенно. Для запобігання виникненню алергічних реакцій їх вводять за методом Безредки.

Для профілактики та лікування інфекційних захворювань частіше використовують *імуноглобуліни*. Їх виготовляють із сироватки людей або тварин шляхом виділення гамма-глобулінів. Ці препарати називаються гамма- або імуноглобулінами. Імуноглобуліни значно ефективніші за імунні сироватки, оскільки вони містять більше антитіл і дають менше ускладнень. Ефективність

сироваток та імуноглобулінів залежить від термінів уведення (їх доцільно вводити якомога раніше в разі підозри на зараження або при зараженні), оскільки антитіла здатні нейтралізувати токсин чи збудник тільки до його адсорбції на чутливій клітині.

*Гетерологічні імуноглобуліни* вводять за методом Безредки. Після введення імуноглобуліну хворий повинен перебувати під наглядом лікаря не менше ніж 30 хв. Виділяють імуноглобуліни широкого спектра дії та специфічні, які застосовують для лікування чи профілактики одного захворювання (сказу, лептоспірозу, грипу тощо). Сироватки та імуноглобуліни зберігають за температури +4 °С.

До імунопрепаратів належать також альбумін і протеїн (використовують для лікування хворих із гнійними процесами), гістаглобулін, фібринолізин, амінокровін та ін.

Вакцини, сироватки та імуноглобуліни проходять державний контроль у лабораторії Київського науково-дослідного інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. А. В. Громашевського. [8]

Вік – є відносно обмеженим у часі станом фізичного і психічного розвитку. Віком є раннє та дошкільне дитинство, підлітковий вік, юність, зрілість, старість. Кожен вік — це нові стосунки людини зі світом і відповідні зміни свідомості. Необхідність розібратись у своїх стосунках з довколишніми чи не найгостріше усвідомлюється в юнацькому віці [9].

Вікова періодизація – це спроба виокремити загальні закономірності, яким підпорядковується життєвий цикл людини. Поділ життєвого шляху на періоди дає змогу краще зрозуміти закономірності розвитку і специфіку окремих вікових етапів. Фізіологічна періодизація, ухвалена на Міжнародному симпозіумі з вікової фізіології у 1965 році, виокремлює сім періодів розвитку в дитинстві та юнацтві:

- період новонародженості (з 1-го по 10-й день після народження);
- грудний вік (з 11-го дня до року);

- раннє дитинство (з 1-го року до 3-х років);
- перший період дитинства (від 3-х до 8-ми років);
- другий період дитинства (у хлопчиків з 8 до 12 років, у дівчаток – з 8 до 11 років);
- підлітковий вік (у хлопчиків з 13 до 16 років, у дівчаток – з 12 до 15 років);
- юнацький вік (у юнаків від 17 до 21 року, а у дівчат - від 16 до 20 років).

Психологічні періодизації залежно від критерію виокремлюють різні періоди в житті людини. Однак, незважаючи на різні критерії періодизацій розвитку, більшість теорій виокремлюють схожі вікові етапи.[10]

Через відсутність загальноприйнятого визначення підліткового віку і юності Організація Об'єднаних Націй (ООН) відносить до підлітків осіб віком 10-19 років, а до молоді – осіб віком 15–24 років для цілей статистичного обліку без шкоди для інших визначень, що їх використовують держави – члени ООН. Разом підлітків і молодь позначають терміном «молоді люди», до яких належать особи віком 10-24 років. Конвенція про права дитини визначає дітей як осіб віком від народження до 18 років [11].

Згідно з рекомендаціями ВООЗ та наказу МОЗ України від 11.10.2019 №2027 «Про внесення змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні та Переліку медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень», планову вакцинацію під час карантинних заходів необхідно продовжувати. Будь-які переривання планової імунізації, навіть на короткий період, призведуть до підвищення ймовірності спалахів вакцинокерованих інфекцій або зростання кількості випадків захворювань, яким можна запобігти шляхом вакцинації. Планова вакцинація є запорукою захисту дітей від небезпечних інфекцій [12]. Адже це буде додатковим навантаженням на системи охорони здоров'я у країнах, які вже й так перевантажені через

пандемію COVID-19. Карантин не скасовує рутинної вакцинації. У пріоритеті є первинні вакцинальні комплекси. Зокрема, це вакцинація від кору, краснухи, поліомієліту, дифтерії, кашлюку та правця, особливо серед дітей першого року життя. Наразі кампанії додаткової вакцинації мають бути призупинені до моменту зняття карантинних обмежень. Зменшення ризику передавання SARS-CoV-2 під час рутинної, екстреної вакцинації за епідпоказаннями полягає у дотриманні вимог інфекційного контролю. Це визначено національними настановами та чинним законодавством у сфері попередження інфекцій. Новонароджених у пологових будинках необхідно продовжувати вакцинувати згідно із національним календарем профілактичних щеплень[13]

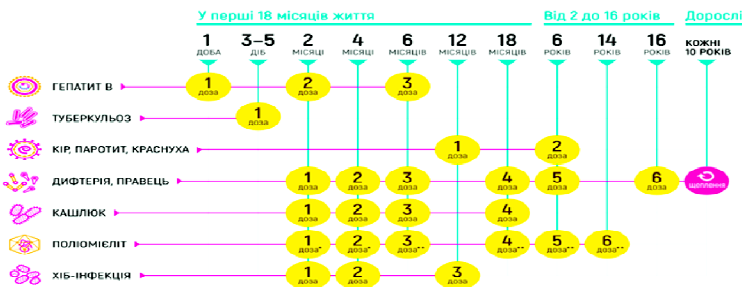
Згідно Національного календаря щеплень, діти мають мати щеплення від 10 інфекційних хвороб: туберкульозу, гепатиту В, дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, кору, краснухи, паротиту, та хіб-інфекції.

Оновлений Наказ МОЗ України від 18.05.2018 № 947 “Про внесення змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні” стосуються вакцинації проти гепатиту В та туберкульозу. Новації в календарі базуються на міжнародному досвіді проведення імунізації, а також відповідають рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ). Це відповідає досвіду країн Європи, де вакцинація проти гепатиту В співпадає або поєднується з імунізацією проти дифтерії, правця, кашлюку та поліомієліту у дітей (у 2 та 6 міс). Всі вакцини для дітей, необхідні для імунізації згідно з Національним календарем щеплень, передані в регіони та доступні безоплатно в закладах первинної медичної допомоги України. Всі ці вакцини є якісними, ефективними та безпечними, перекваліфіковані ВООЗ. Вакцини, що закуповується для України за кошти державного бюджету, закуповує Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) [14].



## Календар профілактичних щеплень

Чинний, затверджений Міністерством охорони здоров'я України в 2019 році



\*Інактивована поліомієлітна вакцина (ІПВ) | \*\*Оральна поліомієлітна вакцина (ОПВ)

[vaccination.com.ua](http://vaccination.com.ua) | [moz.gov.ua](http://moz.gov.ua)

Імунізація проти низки захворювань може проводитися комбінованими вакцинами, що зменшує кількість уколів і візитів до поліклінік.

Відповідно до наказу від 23 квітня 2019 року № 958 встановлено, що для профілактики кору, епідемічного паротиту, краснухи при виникненні осередку (наявність контактних осіб) цих інфекцій проводитимуть вакцинацію в перші три дні від моменту контакту.

Зараз для профілактики кору, паротиту, краснухи при виникненні осередку (наявність контактних осіб) цих інфекцій проводять вакцинацію в перші три дні від моменту контакту дітям старше 1-го року, які не хворіли на зазначені інфекції та не були щеплені. Дорослим (віком до 30-ти років) роблять щеплення, якщо вони не хворіли на зазначені інфекції і не отримали вакцинацію та ревакцинацію проти них.[15]

Міністерство охорони здоров'я України своїм наказом №1477 «Про введення в дію Рішення оперативного штабу Міністерства охорони здоров'я України з реагування на ситуації з поширення інфекційних хвороб, яких можна запобігти шляхом вакцинації від 02 липня 2021 року» від 17.07.2021 затвердило рекомендації Національної технічної групи експертів з імунопрофілактики щодо можливості вакцинації дітей віком від 12 років вакциною Comirnaty від Pfizer-BioNTech.

Враховуючи наявні наукові дослідження, рекомендації ВООЗ та відповідні зміни до інструкції вакцини Comirnaty/Pfizer-BioNTech, цей препарат дозволено використовувати дітям віком від 12 років в Україні. [16]

Отже, після ознайомлення із нормативною документацією, де подано загальні, функціональні обов'язки, права та відповідальність, перелік кваліфікаційних професій молодшого спеціаліста із медичною освітою Кабінету щеплень; проаналізувавши значення вакцинації дітей різних вікових груп в умовах пандемії COVID-19 в імунoproфілактиці, можна зробити висновок, що медичний працівник має мати диплом про здобуття молодшого спеціаліста із медичною освітою, пройти курси з профілактики інфекційних захворювань; знати препарати та ряд вакцинокерованих інфекцій, Covid-19 (після 12 років); вміти скласти у жовтні план вакцинацій згідно календаря профілактичних щеплень, надати невідкладну допомогу при анафілактичному шоці, алергічних реакціях. Окрім цього, зобов'язаний дотримуватися правил асептики та антисептики, інфекційної безпеки, підтримувати холододовий ланцюг, щоб запобігти ускладнень і отримати ефективну імунізацію.

На сьогоднішній день працівники Кабінетів щеплень перебувають у складній ситуації, оскільки більше населення вакцинується від Covid-19, ніж від керованих інфекцій, тому було створено додаткові кабінети вакцинації, де після згоди пацієнта, проводиться імунoproфілактика коронавірусної інфекції. Для цього молодший спеціаліст має контролювати стан інфекційної захворюваності, не тільки на Україні, але й за її межами, бо дуже швидко ця інфекція набула значення пандемії. Молодшим спеціалістам із медичною освітою Кабінетів щеплень слід детально пояснювати батькам і дітям різних вікових груп та медпрацівникам доцільність імунізації під час пандемії COVID-19, ризики поширення вакцинокерованих інфекцій у цей період і переваги вакцинації.

## Література

1. Коронавірус\_інфо [https://t.me/s/COVID19\\_Ukraine](https://t.me/s/COVID19_Ukraine)
2. Роль диспансеризації у збереженні здоров'я населення України / О. Д. Байдала, Н. Є. Дуб // Сімейна медицина. – 2017. – № 3. – С. 15-17
3. <http://consultant.parus.ua/?doc=06CJD6FAAE>
4. [https://vk24.ua/regulations\\_and\\_jurisprudence/nakazi/dovidnik-kvalifikaciinih-harakteristik-profesii-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorova](https://vk24.ua/regulations_and_jurisprudence/nakazi/dovidnik-kvalifikaciinih-harakteristik-profesii-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorova)
5. Вялков А.І. Семашко Н.А. – основоположник профілактичного напрямку у вітчизняній охороні здоров'я [Текст] / А.І. Вялков // Громадське здоров'я та профілактика захворювань. – 2013. – № 1. – С. 3–10.
6. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. No 1164 р Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80>
7. Відповідь Президента України на електронну петицію № 22/121610-еп «Кримінальна відповідальність за примусову вакцинацію», розміщену на вебсайті Офіційного інтернет-представництва Президента України 12 серпня 2021 року громадянином В.С.Бондарем <https://petition.president.gov.ua/petition/121610>
8. <https://lifelib.info/microbiology/microbiology/20.html>
9. М'ясоїд П. А. Загальна психологія: Навч. посіб. – К., 2001. – С. 106
10. Основи здоров'я збереженої компетентності 2.1 Розвиток і вікова періодизація дітей та підлітків <http://multycourse.com.ua/ua/page/16/93#2>
11. ЮНФПА. Підліткова і молодіжна демографія.Огляд [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/factsh>. (Англійською мовою)

12. Бориспільський міський центр первинної медико-санітарної допомоги

13. <https://cpmsd.com.ua/?p=1553>

14. Центр громадського здоров'я МОЗ України <https://phc.org.ua/news/imunizaciya-v-umovakh-pandemii-covid-19>

15. Центр громадського здоров'я МОЗ України <https://phc.org.ua/news/v-ukraini-onovleno-nacionalniy-kalendar-profilaktichnikh-sheplen>

16. <https://moz.gov.ua/article/news/moz-rekomendue-v-okremih-vipadkah-shepiti-ditej-12-proti-covid-19->

## **АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ В ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРІ ЗВО**

*БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.,*

*канд.держ.упр.*

*ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія*

*ім. Андрея Крупинського»*

*НЕДІЛЬКО Р.В.,*

*канд.держ.упр.,*

*ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія*

*ім. Андрея Крупинського»*

*АМІЗЯН А.А. викладач*

*ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія*

*ім. Андрея Крупинського»*

### **Зворотний зв'язок в сучасному освітньому просторі**

**Актуальність.** Кожного дня є потреба в інструментах та підходах, які допомагають ефективно спілкуватися. Ефективне спілкування між людьми, а також особливого значення має спілкування між викладачем та здобувачем освіти. Через спілкування, ми реагуємо на зміни та приймаємо зважені рішення, але в той же час в комунікації можуть виникати непорозуміння, які гальмують процес або/ї мають негативні наслідки для нас. Зворотний зв'язок є одним з важливих інструментів для налагодження продуктивної комунікації між людьми й передачі знань і розвитку власних компетенцій в будь-якій системі, та зокрема в освіті.

Зворотний зв'язок (ЗЗ) – це будь-яка відповідь стосовно роботи студента зі сторони викладача, зовнішнього експерта або колеги. Однак, часто зворотний зв'язок може бути складним, а інколи неприємним процесом, який при неправильному формулюванні сприяє початку конфлікту. Насамперед, зворотний зв'язок має бути доступним та зрозумілим. Також важливо переконатись у тому, що ваш відгук справедливий та чесний, а не занадто позитивний, або ж навпаки – негативний [1].

Аналіз змісту та роль зворотного зв'язку в процесі навчально-пізнавальної діяльності відображені в роботах вітчизняних та зарубіжних психологів та педагогів. У будь-якому випадку, стверджує І.О. Зімня, “відомості про процес або результат виконання дії є зворотним зв'язком, що здійснює контроль, регуляцію і управління”. Внутрішня дія того, хто навчається, “контролюється за численними “петлями” зворотного зв'язку і передбачає основні три ланки: модель бажаного результату дії; процес порівняння даної моделі та реальної дії; прийняття рішення про продовження або корекцію дії” [2]. У своїх дослідженнях С. С. Занюк особливу увагу приділяє змісту відомостей, що подаються сигналами зворотного зв'язку. Він вважає, що одні лише відомості відносно успішного (або неуспішного) виконання завдання є недостатніми для розвитку почуття власної компетентності (впевненості у власних можливостях). С. С. Занюк відмічає, що відомості про те, які саме навички людини покращились і як це допоможе їй в майбутньому – дуже важливі [3].


**Основна частина.** Досліджуючи питання комунікації та зворотного зв'язку, нами опрацьовано багато матеріалу, щодо надання конструктивного зворотного зв'язку і зазвичай викладачем для здобувачів вищої освіти. На нашу думку, важливо мати на увазі, що зворотний зв'язок – це вулиця з двостороннім рухом. Недостатньо просто дати конструктивний зворотний зв'язок у контексті викладач-здобувач вищої освіти, а й діалог у форматі здобувач вищої освіти – викладач. Отримання зворотного зв'язку

від здобувача вищої освіти також є цінним досвідом для викладача. Це допомагає зробити свою викладацьку роботу більш ефективною і дає розуміння, щодо тієї освітньої компоненти, що викладається.

Для того щоби надавати якісні освітні послуги, на кафедрі внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я Львівської медичної академії ім. Андрея Крупинського, розроблено авторське анонімне опитування для здобувачів освіти з метою покращення освітніх компонентів, які забезпечує кафедра. Опитувальник містить ряд запитань, які стосуються освітньої компоненти з відкритими відповідями та професійної майстерності викладача – яка оцінюється у балах. Дане опитування проводиться після завершення вивчення повного циклу освітньої компоненти, з метою врахування побажань здобувачів вищої освіти для модернізації та удосконалення навчального матеріалу освітньої компоненти. Анонімне опитування проводиться у двох форматах: в онлайн платформі MOODLE та на паперовому носії, в залежності у якій формі навчання перебуває ЗВО відповідно санітарно-епідеміологічних ситуацій в країні. Але на нашу думку розміщення анкетування в онлайнплатформі MOODLE є ефективнішим рішенням для швидкого процесу зворотного зв'язку.

Рис. 1

### Анонімний авторський опитувальник у паперовому форматі

 <p>ОПИТУВАЛНИК СТУДЕНТІВ, ЯКІ ВИПЧАЛИ КУРС ДИСЦИПЛІНИ « _____ »</p> <p>/ / 20 р. Група _____</p> <p>(для заповн. рід. зазначити) ботатьо _____</p> <p>Яка тема/інформація з курсу викладана була для Вас найбільш цікавою та прокличкою:</p> <p>Що додатково Ви хотіли б почути у цьому курсі?</p> <p>Що було неприємним чи непрактичним до застосування?</p> <p>Ваше враження від навчання: Особистий комфорт Ваші коментарі(обґрунтуйте свою оцінку)</p> <p>Оцініть професійність викладача: Ваші коментарі(обґрунтуйте свою оцінку)</p> <p>Знання предмету курсу</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table> <p>Вміння презентувати матеріал</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table> <p>Вміння працювати з аудиторією, застосування інтерактивних методів</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table> <p>Наскільки матеріал відповідав Вашим очікуванням</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table> <p>Ваші коментарі чи побажання до викладача _____</p> <p>Додаткові побажання чи коментарі, що стосуються організації, навчального процесу _____</p>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<p>Ваше враження від навчання: Особистий комфорт Ваші коментарі(обґрунтуйте свою оцінку)</p> <p>-1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10</p>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																
<p>Оцініть професійність викладача: Ваші коментарі(обґрунтуйте свою оцінку)</p> <p>-1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10</p>	<p>Оцініть професійність викладача: Ваші коментарі(обґрунтуйте свою оцінку)</p> <p>-1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10</p>																																								

## Анонімний авторський опитувальник в онлайн платформі MOODLE



Авторським колективом, на сьогоднішній день розроблено та впроваджено 24 анонімних анкетувань для освітніх компонентів, які забезпечує кафедра.

**Висновки.** Взаємодія між учасниками освітнього процесу є ключовим моментом будь-якої освітньої програми. Систем освітнього процесу без зворотного зв'язку не може існує. Отже, підсистема інтерактивної взаємодії між викладачем і здобувачем вищої освіти є обов'язковим компонентом у системі надання якісних освітніх послуг. Потрібно сприяти побудові конструктивного діалогу між викладачами та здобувачами вищої освіти у різних форматах: викладач-здобувач вищої освіти чи навпаки – здобувач вищої освіти-викладач. Зворотній зв'язок як діалог означає, що студент не тільки отримує інформацію про свої успіхи у навчанні, але також має можливість залучити викладача до цього процесу. І найголовніше – пам'ятайте, що зворотний зв'язок так і залишиться лише зворотнім зв'язком, якщо він не призводить до реальних дії та змін щодо покращення якості освітніх послуг.



## Література

1. URL:<https://cutt.ly/ZRpepvl>
2. Зимняя И.А. Педагогическая психология: Учебник для вузов. – М.: Логос, 1999. – 384 с.
3. Занюк С. Психология мотивации. – К.: Ельга-Н; Ника Центр, 2001. – 352 с.

*Гвоздецька Г.С.,  
викладач вищої категорії фахового  
медичного коледжу ІФНМУ  
Глов'як В.Г.,  
асистент, ІФНМУ  
Бігун Р.В.,  
асистент, ІФНМУ  
Жукуляк О.М.,  
викладач першої категорії фахового  
медичного коледжу ІФНМУ*

### **Удосконалення виконання студентами практичних навиків при вивченні дисциплін акушерсько-педіатричного профілю**

**Вступ.** Сучасна реформа системи охорони здоров'я, виклики сьогодення, світова пандемія COVID-19 вимагає від медичної освіти спеціаліста, який за рівнем теоретичних знань і практичних умінь відповідає міжнародним стандартам. Підготовка конкурентоспроможного випускника можлива лише при впровадженні нових форм і методів навчання та реалізації стратегії проблемно-орієнтованого навчання, створення умов для активної позиції студента в освітньому процесі [3, с.35]. Велика увага приділяється індивідуалізації практичного навчання. Згідно вимог сучасності, кількість

практичних навичок і вмінь, якими повинна володіти медичні працівники, стрімко зростає, а при здійсненні освітнього процесу для відпрацювання практичних навичок не завжди є можливим забезпечити студентів тематичними пацієнтами. Окрім цього, у зв'язку з наближенням до запровадження страхової медицини права пацієнта вимагають їхньої згоди на виконання тих чи інших дій, з точки зору освітнього процесу, з кожним роком все більш актуальними стають правові аспекти навчання студентів біля ліжка хворого практичних навичок. Рівень оволодіння практичними навичками та вміннями є своєрідним індикатором професійної компетентності майбутніх медиків, конкурентоздатність яких залежить не тільки від якості оволодіння сучасними медичними знаннями, але й від мотивації та рівня сформованості їх самооцінки. Тому пошук нових підходів в оптимізації засвоєння практичних навичок та вмінь студентом є особливо актуальним у період реформування медичної галузі [2, с.32–33].

**Основна частина.** Аналізуючи літературні джерела, визначено оптимальну схему для оволодіння практичними навичками: «Знаю – бачив – робив – вмію» [1, с.22–26].

Етап «Знаю» – це теоретична підготовка до практичного заняття студента, використовуючи підручники, матеріали до практичних занять, презентації лекцій, які розміщені на веб-сторінці кафедр [5, с.120].

Етап «Бачив» – це сумісна робота викладача та студента на практичному занятті, причому активна позиція студента в цьому моменті освітнього процесу має вирішальне значення. Оптимальним варіантом засвоєння практичної навички є робота в центрі симуляційного навчання, відпрацювання навичок на фантомах. Використання симуляційних фантомів та манекенів дозволяє студентам відпрацювати окремі практичні навички або комплексне надання медичної допомоги при відповідних клінічних ситуаціях. Одними із таких є симуляційні центри на

базі кафедри акушерства та гінекології ім. І.Д.Ланового та кафедра пропедевтики педіатрії де заняття проходять студенти фахового медичного коледжу, медичного та стоматологічного факультетів. У перелік навиків включені акушерські та гінекологічні маніпуляції із дисциплін акушерсько-гінекологічного профілю та практичні навики по особливостях догляду за дітьми, ін'єкційні та зондові маніпуляції і процедури проведення реанімаційних заходів та надання невідкладної допомоги при критичних станах. У даних центрах наявні сучасні манекени, інструментарій. Одночасно у симуляційних центрах можуть відпрацьовувати свої навики і вміння 10 студентів. Крім того, центри оснащені стендами, сучасними алгоритмами виконання навиків згідно міжнародних стандартів та вимог, інструкціями виконання навиків. У світовій медичній практиці оптимальним варіантом для засвоєння студентами практичних навиків на перших етапах вивчення дисципліни є робота з фантомами та муляжами [7, с.85]. Студенти мають можливість доопрацювати алгоритм «Знаю – бачив – робив – вмю» у симуляційному центрі. Тут активна позиція студента в навчанні відіграє вирішальну роль, адже якщо хтось не зрозумів, як виконати практичну навичку, то викладач на фантомі має можливість продемонструвати і перевірити її виконання в кожного студента. Студент, спостерігаючи за роботою викладача під час навчально-лікувального процесу, вчиться мистецтва спілкування з дітьми та вагітними жінками, налагоджування контакту між лікарем та пацієнтками. Така практика дає можливість студенту втілювати складову алгоритму «бачив». У навчальних програмах багато уваги приділяється самостійній роботі студента. Проте ця частина освітнього процесу буде ефективною для студента лише за умови достатнього багажу знань. Для цього доцільно проводити практичні заняття в клініці, методами рольової гри чи дискусії малими групами.

Під час викладання дисциплін «Акушерство» та «Медсестринство в педіатрії» працівниками кафедр широко

використовуються наступні методи сучасного інноваційного навчання, які застосовуються під час практичного заняття як в оф-лайн форматі так і під час дистанційного навчання, враховуючи карантинні умови:

1. Вирішення творчого завдання шляхом створення студентами мультимедійних презентацій, альбомів або стендів по заданій навчальній темі.

2. Інтерактивні виступи під час практичного заняття. Студент представляє свою доповідь на задану тему з мультимедійним супроводом, використовує інші наочні посібники, веде активний діалог з одногрупниками ставлячи їм питання та отримуючи на них відповіді. Даний вид роботи набув актуальності під час дистанційного навчання.

3. Робота в малих групах. Студенти розділяються на групи по 4-5 чоловік, та отримують певне практичне завдання. Це дає можливість усім студентам брати активну участь у теоретичному вирішенні поставленого завдання, визначення об'єму надання медичної допомоги, та відпрацюванні конкретних практичних навичок, із формуванням комунікативних навичок та покращенням міжособистісного спілкування при командній роботі.

4. Ділові ігри, які дозволяють змоделювати конкретні клінічні ситуації. Це дає змогу студентам розвивати своє критичне мислення, комунікативні навички, відпрацьовувати різні варіанти вирішення проблемних ситуацій. У ході ділової гри студенти відпрацьовують окрему навичку або комплекс навичок. Обов'язковою умовою є підсумування результатів гри з аналізом допущених помилок.

5. Методика «Займи позицію». Вона дозволяє по відповіді студентів на поставлене питання швидко встановити в групі прихильників та противників тієї чи іншої позиції та розпочати аргументоване обговорення дискусійного питання з точки зору обраної позиції.

6. Методика «ПОПН-формула». Дозволяє студенту аргументувати свою позицію по вирішенню дискусійного питання шляхом використання таких чотирьох елементів, як: П – позиція, О – обґрунтування, П – приклад, Н – наслідок.

7. Методика «Дерево рішень». Побудова такого дерева дозволяє опанувати навички вибору оптимального варіанта вирішення поставленого питання шляхом оцінки переваг та недоліків можливих варіантів.

8. Методика «мозкового штурму». Дозволяє згенерувати велику кількість варіантів відповідей на поставлене питання, та вибрати найбільш оптимальний хід вирішення проблемної ситуації.

9. Кейс-метод. Цей метод полягає в навчанні студентів на основі розбору та аналізу реальних клінічних ситуацій або вирішення ситуаційних задач: стандартних, критичних, екстремальних.

10. Групове обговорення. На першому етапі перед студентами ставиться певна проблема та виділяється певний час для пошуку аргументованих шляхів її вирішення. На другому етапі група студентів разом із викладачем проводить пошук оптимального методу вирішення проблеми. Це дозволяє досягнути кращої колективної комунікації студентів, навчає їх працювати в групі та покращує засвоєння навчального матеріалу.

11. Методика «Стандартизований пацієнт». Варіант активного навчання з моделюванням конкретної клінічної ситуації з використанням спеціально підготованого «стандартизованого пацієнта» з числа студентів, які грають роль пацієнта з певною патологією за суворо визначеними сценаріями. Це виключає будь-яку імпровізацію, та моделює захворювання чи стан відповідно до його типової клінічної картини. Завдання студента/ів полягає в проведенні обстеження, постановки діагнозу та визначення тактики чи надання невідкладної допомоги з відпрацюванням конкретних практичних навичок.

12. Ділова гра. Вона занурює студентів в атмосферу інтелектуальної діяльності, яка дуже близька до професійної

діяльності лікаря в діагностиці захворювання, лікуванні, змушує думати в режимі «тут і зараз», залежно від подій у грі. Крім того, студент залишається один на один зі своїм пацієнтом, несучи за нього всю відповідальність, що вигідно відрізняє цю гру від звичайної курації. Дане навчання розвиває індивідуальні творчі здібності студента, вчить його правильно реагувати, самостійно оцінювати і вирішувати критичні ситуаційні задачі, з якими він буде стикатися у своїй професійній діяльності, розвиває комунікативні та професійні навички.

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

### Література

1. Сміянов Ю. М., Боярська Л. М. Деякі аспекти підвищення якості викладання в акушерстві. Медична освіта. 2015. № 4. С. 22–26.
2. Івченко В. К., Меженський П. С., Швець О. І. Про деякі проблеми практичної підготовки фахівців. Проблеми медичної науки та освіти. 2001. № 3. С. 32–33.
3. Ковальчук Л. Я. Самостійна робота – невід’ємний елемент навчання студентів. Сучасні аспекти організації самостійної позааудиторної роботи студентів, лікарів-інтернів, курсантів: матеріали навч. - метод. конф. Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – С. 35.
4. Сікорський П. І. Кредитно-модульна технологія навчання: навч. посіб.: Вид-во Європейського університету, 2004. 127 с.
5. Федорців О. Є., Кінаш М. І. Об’єктивний структурований клінічний іспит з пропедевтики педіатрії, 2-ге вид., без змін. Тернопіль: Укрмедкнига, 2016. 120 с.

6. Ann K. Allen. Research skills for Medical Students. SAGE Publication Inc., 2012.P.264.

7. Dr. John Willison. A Handbook for research skills development and assessment in the curriculum. Centre for Learning and Professional Development University of Adelaide, 2009. P. 85

*ДУБ Н.Є.,  
кандидат наук з державного управління,  
викладач кафедри внутрішньої медицини  
та управління охорони здоров'я  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія ім.Андрея Крупинського»,  
КАЧОР В.Т.,  
магістр медсестринства,  
викладач кафедри внутрішньої медицини  
та управління охорони здоров'я  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія ім. Андрея Крупинського»,  
МУЗИКА О.І.,  
студентка групи ІІ МС 31,  
викладач кафедри внутрішньої медицини  
та управління охорони здоров'я  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія ім. Андрея Крупинського»*

### **Досвід країн світу у реалізації інклюзивної освіти**

**Вступ.** З середини 20 століття в країнах Північної Америки та Західної Європи вектор уваги суспільства повернувся до інклюзивної освіти. Кожна з країн розробила свої підходи до надання освітніх послуг особам з інвалідністю.

**Основна частина.** Інклюзивна освіта в США у своєму розвитку пройшла ряд етапів: сегрегація (до 1960 рр.) – введення осіб з особливими потребами в суспільство; нормалізація (1968 – 1975 рр.) – створення нормального життєвого простору для осіб з інвалідністю; освітній мейнстрімінг (1975 – 1983 рр.) – залучення осіб з особливими потребами до освітнього середовища; інклюзивне навчання (1983 – 2004 рр.) – спільне навчання осіб з особливими потребами з однолітками з типовим розвитком; змішана система навчання (2004 – дотепер) – комплексна інклюзивна освітня система. Сьогодні інклюзивна освіта в Сполучених Штатах Америки базується на нормативно-правовому забезпеченні рівних прав осіб з особливими потребами. В країні співіснують декілька моделей інклюзивного навчання. Створені адаптивні навчальні середовища, інтегровані класи. Широкого застосування знайшли: індивідуальний підхід до кожної особи з інвалідністю; навчання, що базується на результатах досягнень здобувачів освіти; інтеграція діяльності навчальних закладів, наукових установ, громадських організацій для підтримки осіб з особливими потребами. В основу успіху інклюзивної освіти в країні лягли державний контроль за повноцінним функціонуванням інклюзивних освітніх закладів, створення адекватної нормативно-правової бази, співпраця громадських організацій та науково-дослідних установ у вирішенні проблем освітньої інклюзії, ефективна взаємодія усіх стейкхолдерів у мультидисциплінарних командах (батьки, учителі, однолітки, психологи, соціальні працівники) [1, с.5].

У Канаді функціонування інклюзивної освіти базується на підході, що всі особи можуть навчатися і реалізувати свій потенціал за умов створення відповідного освітнього середовища. Це середовище включає не просто середовище, а й спеціально розроблені методики та необхідну підтримку особам зі спеціальними освітніми потребами. Зокрема в провінції Альберта вимоги до забезпечення якісною освітою та



задоволення потреб всіх осіб, що навчаються, регламентують Стандарти зі спеціальної освіти, затверджені у 2004 році. У Стандартах визначено, що: «Спеціальна освіта передбачає освіту учнів з легкими, помірними та важкими психофізичними вад-ами, а також обдарованих і талановитих» [2, с.11]. В освітніх закладах навчання здійснюється за індивідуальними програмами, які формуються на основі оцінювання спеціальних навчальних потреб за умови використання стандартизованих критеріїв та різних стратегій оцінювання. Спеціальні потреби визначаються у фізичній, інтелектуальній, соціальній, навчальній та комунікативній сферах. На основі одержаних результатів, формується індивідуальний навчальний план, створюється консультативна команда, розробляються модифіковані освітні програми. Індивідуальний навчальний план містить: дані оцінювання; поточний рівень успішності та навчальних досягнень; визначення сильних сторін та сфер, де існують проблеми; процедури для оцінювання прогресу; визначення, за необхідності, додаткових послуг та підтримки, в тому числі й медичної допомоги; доречну медичну інформацію; необхідні архітектурні зміни та пристосування середовища, додаткові навчальні засоби та матеріальні ресурси [3, с.80-101].

Провідною країною у реалізації інклюзивної та інтегрованої освіти в Західній Європі є Італія. Саме ця країна визнала інклюзивне навчання найприйнятнішою формою здобуття освіти для осіб з інвалідністю. Італійський національний громадський рух «Демократична психіатрія» ініціював освітню реформу, метою якої було змінити підходи до навчання осіб з порушеннями психіки. В державі у 1971 році був ухвалений новий «Закон про освіту», який закріпив законодавчо право батьків на вибір освітнього закладу; визначив статус масових шкіл, які приймали на навчання дітей із затримкою розвитку; регламентував державну підтримку щодо здобуття освіти дітям з особливостями психофізичного розвитку. У 1977 та 1992 рр.

в Закон внесли положення, які визначили, що для дітей з особливими освітніми потребами оптимальними є школи біля дому та навчання в звичайних класах; підтримку школярів з інвалідністю мають забезпечувати кваліфіковані педагоги та соціальні працівники у тісній взаємодії з батьками. Результатом реформи стало: понад 90% дітей з особливостями психофізичного розвитку здобувають освіту в закладах загального типу; створення консультативних служб щодо інклюзивного навчання при департаментах освіти, діяльність яких забезпечують медичні та соціальні працівники, психологи, педагоги, адміністратори шкіл, представники громадських організацій, тощо [4].

В Австрії налагоджена система освіти для осіб з особливими освітніми потребами. Ініціаторами створення такої системи стали медики, вчителі, батьки дітей з інвалідністю. У 1983 році в країні була розроблена експериментальна програма реалізації інклюзивного навчання. Були створені інтегровані класи, взаємодіючі класи, малокомплектні класи. Поряд з цим учні з особливими освітніми потребами можуть навчатися і в звичайних класах [3, с.49-52].

У Бельгії підтримку дітей з особливими потребами здійснюють психолого-медико-соціальні центри, метою діяльності яких є надання психолого-педагогічної та медико-соціальної допомоги особам з особливими освітніми потребами їхнім сім'ям, педагогам. [3, с.52-55]. Професійна підготовка осіб з інвалідністю контролюється Національним агентством «Awiph». Основним завданням Агентства є комунікація осіб з інвалідністю та їх батьків з роботодавцями та структурами, які можуть сприяти їх соціалізації та адаптації. Також Агентство здійснює професійну підготовку осіб з інвалідністю, консультує їх щодо працевлаштування, надає різні види супроводу, сприяє їх працевлаштуванню, лобіює їх інтереси на політичному рівні. Вища освіта особам з особливими освітніми потребами надається лише в деяких освітніх закладах Бельгії [5].

У Німеччині в різних регіонах – Землях – надається різний психолого-педагогічний супровід особам з особливими потребами через ресурсні центри, медико-соціальні служби, реабілітаційні центри. Поряд з цим в кожному регіоні створюються педагогічні центри, які консультують батьків і вчителів, проводять профорієнтаційну роботу, координують діяльність різнопрофільних фахівців [3, с. 62-63].

З 1986 р. в Швеції діти з вадами зору навчаються у школах за місцем проживання, а необхідну допомогу отримують у Національному медичному центрі та його філіях. В усіх округах країни функціонують Центри дитячої реабілітації, які визначають освітній маршрут дитини з особливими потребами, розробляючи індивідуальні навчальні програми з наданням відповідних реабілітаційно-корекційних послуг. При Міністерстві освіти Швеції функціонує Агентство Спеціальної Освіти, яке надає різні види підтримки особам з особливими освітніми потребами, їх батькам, педагогічним командам [3, с. 60-62].

Початок функціонування система внутрішньої підтримки дітей з особливими потребами в масових освітніх закладах Голландії пов'язаний з результатами експерименту, який показав, що 20% учнів масових шкіл потребують додаткової спеціальної допомоги, оскільки, хоч і не мають визначених психофізичних порушень, вирізняються з-поміж однолітків певними особливостями. Тоді ж була створена служба шкільного консультування, метою діяльності якої стало діагностика порушень у дітей, комунікація з батьками, психологічне консультування. Ці функції виконували психологи, спеціальні педагоги, соціальні працівники, шкільні методисти. Зближення систем загальної та спеціальної освіти в країні стало можливим завдяки започаткуванню Міністерством освіти Голландії національного проекту «Крок за кроком до школи» («Weer Samen Naar School»). Масовим і спеціальним школам було запропоновано знайти собі партнерів для взаємодії та вироблення загальної стратегії

навчання учнів з освітніми проблемами. Проект засвідчив, що всі масові та спеціальні школи мають взаємодіяти в наданні якісної освіти учням з особливими освітніми потребами, використовуючи спільні кадрові, навчально-методичні та інші ресурсні можливості [3, с. 55-60].

**Висновки.** Аналізуючи досвід реалізації інклюзивної освіти в країнах Північної Америки та Західної Європи, можна запропонувати застосувати позитивні практики в Україні. Зокрема в нашій державі доцільно розробити національні кваліфікаційні стандарти підготовки фахівців для роботи в інклюзивному освітньому середовищі; сприяти розширенню застосування нових форм і методів навчання, сучасних інформаційних технологій, формування готовності педагогів працювати в інноваційному середовищі. Враховуючи досвід Канади, необхідно розробляти індивідуальні навчальні плани, консультативні команди, модифіковані освітні програми, побудовані на основі оцінювання спеціальних навчальних потреб осіб з інвалідністю та їх сімей. Ми сподіваємося, що в Україні, так само як і в Італії, 100 % осіб з інвалідністю будуть навчатися в звичайних класах і школах. Позитивною практикою Бельгії є функціонування психолого-медико-соціальних центрів, Національного агентства з професійної підготовки осіб з інвалідністю. Для підтримки школярів з особливими потребами необхідно створювати служби шкільного консультування, сприяти взаємодії масових та спеціальних шкіл.

### Література

1. Захарчук, М. Є. Становлення та розвиток інклюзивної освіти у США [Текст] : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.01 - загальна педагогіка та історія педагогіки / М. Є. Захарчук ; ТНПУ ім. В. Гнатюка. – Тернопіль, 2013. – 17 с.
2. Shapiro E.S. & Lentz F.E. Behavioral assessment of academic skills. In T.R.Kratochwill (Ed.). *Advanced in school psychology*. Vol. 5. – Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1988 pp. 87-139.

3. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: Монографія. – К.: «Самміт-Книга», 2009. – 272 с.:іл. -

4. Інклюзивна освіта в Італії. URL: <https://vseosvita.ua/library/inkluzivna-osvita-v-italii-426401.html>

5. Кравцова А. В. Особенности организации профессиональной подготовки инвалидов в Бельгии. Актуальные проблемы навчання та виховання людей з особливими потребами. №6(8). 2009. URL.: <http://ap.uu.edu.ua/article/154>

*ІЛЬЧИШИН О.В., магістр медсестринства,  
викладач, Львівська медична академія  
імені Андрея Крупинського  
АНДРЕЙКО В.Ю., асистент, Львівська  
медична академія імені Андрея Крупинського  
БІЛОБРИВКА В.Ю., викладач, Львівська  
медична академія імені Андрея Крупинського*

### **Підходи щодо системного впровадження інноваційних технологій у практику закладів охорони здоров'я**

Вітчизняна система охорони здоров'я знаходиться в епіцентрі масштабних змін як сфери законодавства, так й реалізації нагальних програм модернізації охорони здоров'я, серед яких розробка і впровадження медичних інновацій.

Підґрунтям підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності функціонування системи охорони здоров'я в Україні є планування та на основі цього, раціональне впровадження інноваційних технологій лікування, діагностики, профілактики і реабілітації захворювань, вдосконалення менеджменту та професійної підготовки медичних кадрів закладів охорони здоров'я.

Вітчизняна практика функціонування сучасної системи охорони здоров'я України в умовах ринкових відносин та обмежених наявних матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів у більшості закладів охорони здоров'я первинної ланки вимагає розробки заходів для зростання ефективності їх використання. У зв'язку з цим, виникають проблеми організаційно-економічного характеру, одними з яких є планування і управління процесами розробки та впровадження медичних інновацій, спрямованих на задоволення споживачів якістю сучасних та ефективних технологій медичної допомоги і підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я в цілому.

Погоджуємося з науковою думкою Свінціцького А.С. та Висоцької О.І., для того, «щоб забезпечити здоров'я для всіх, системи охорони здоров'я повинні відповідати вимогам суспільства та зростаючим очікуванням щодо поліпшення їх роботи. Це передбачає істотну переорієнтацію і реформування нинішніх принципів функціонування систем охорони здоров'я в суспільстві: ці реформи становлять суть програм оновлення системи Первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), одним із ключових моментів яких є ефективна інноваційна політика» [1].

Аналіз наукових джерел та практики управління у системі охорони здоров'я засвідчив, що теоретичні принципи розвитку науково-технічного прогресу в умовах соціалістичного господарювання не враховували організаційно-управлінських, соціальних інновацій і, взагалі, багатьох важливих чинників ринкової економіки. З переходом системи охорони здоров'я до ринкових відносин продовжується активний пошук шляхів оптимізації інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я та усвідомлення сутності і форм її організації. Зарубіжний досвід показав, що при відсутності важливих інноваційних змін економіка скочується до стагнації, що і спостерігається в українській системі охорони здоров'я.

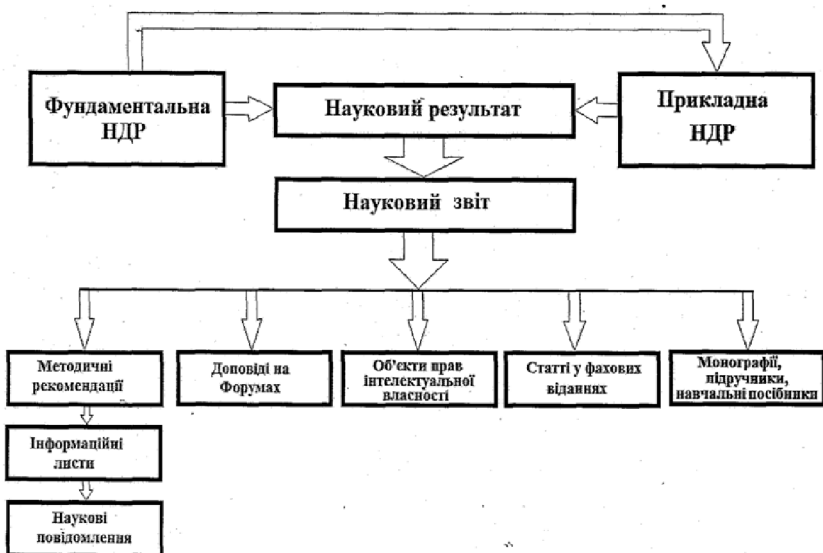
Процеси планування інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я повинні, орієнтуючись на максимально оптимальні якісні кінцеві результати, акцентувати увагу на раціоналізацію використання наявних ресурсів. Якість медичних послуг та ефективність медичної допомоги має ставати метою управління даним процесом при плануванні, розробці та впровадженні будь-якої нової медичної технології в рамках комплексного інтегрованого інноваційного підходу.

У медицині під «інноваціями» розуміють цілеспрямовані перетворення в галузі, оригінальні медичні технології, нові способи діагностики, лікування та реабілітації, у т. ч. використання нових приладів, лікарських засобів і приладів в її організаційній структурі та економічному механізмі, спрямовані на підвищення ефективності використання ресурсів та якості надання медичної допомоги, а також найбільше задоволення потреби населення в послугах охорони здоров'я [2, с. 107].

На нашу думку, задля досягнення результату необхідне вирішення таких завдань:

- створення концепції і стратегії інноваційного розвитку охорони здоров'я на всіх рівнях управління;
- формування інноваційного організаційно-економічного механізму в охороні здоров'я;
- вдосконалення нормативної правової бази інноваційного розвитку охорони здоров'я, у тому числі в частині наукового забезпечення;
- формування та функціонування інноваційного механізму діяльності системи охорони здоров'я на всіх рівнях управління, що багато в чому визначається державною політикою в галузі охорони здоров'я.

Схема взаємозв'язків між носіями науково-медичної інформації в медицині представлена на рис. 1.



Процес планування інноваційної діяльності в закладах охорони здоров'я відбувається на основі впровадження чи реалізації наукового результату, як нового знання, одержаного в процесі проведених фундаментальних чи прикладних науково-дослідних робіт (НДР), і зафіксованого у формі звіту, наукової праці, монографічного дослідження або наукового відкриття.

Вітчизняні дослідники Цюмашко Ю.С. і Станкевич І.В., аналізуючи термінологічні підходи щодо визначення поняття «інновація» зазначають: «...в залежності від об'єкта та предмета дослідження, інновації розглядаються з позиції чотирьох підходів: як процес; як система; як зміна; як результат. Разом з тим, вони виокремлюють, ще й п'ятий підхід – інновації як об'єкт» [3].

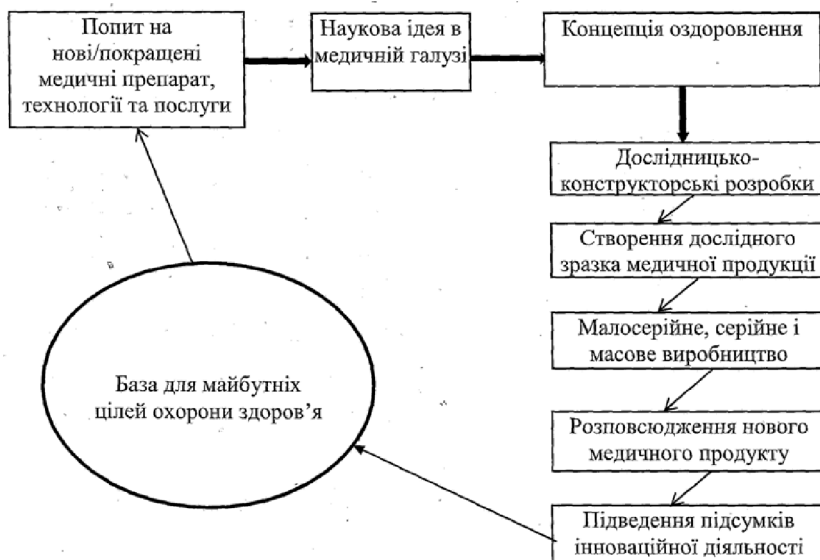
Інноваційна діяльність представляє комплексні заходи, що направлені на реалізацію здійснення процесу інновацій системи охорони здоров'я. Цюмашко М.С. і Станкевич І. В. підкреслюють: «Трактування інновацій як результату інноваційної діяльності передбачає у собі будь-які результати наукової праці: як



зміни та перетворення вже існуючих, так і впровадження абсолютно нових об'єктів, процесів, технологій та способів» [4].

Інноваційний процес в системі охорони здоров'я представляє собою послідовний ланцюг подій, у результаті яких інновація перетворюється з ідеї на конкретний продукт, технологію або послугу і поширюється в практичному використанні для досягнення загальних медичних цілей.

Схема інноваційного процесу в системі охорони здоров'я представлена на рис.2. Джерело: систематизовано за даними: [5, с. 47-64].



Розкриття поняття «інновації» зумовлене практичним застосуванням у контексті здійснення інноваційного розвитку. Викликає науковий інтерес класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних закладів, відповідно до якої можна визначити такі рівні:

- I рівень – початковий, базовий;

- II рівень – стандартизований;
- III рівень – комплексний, розвинутий, орієнтований на модернізацію;
- IV рівень – реалізуючий інновації, здатний до динамічного та самостійного розвитку.

Дана класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних закладів дозволяє всебічно оцінити досягнення закладу охорони здоров'я в системі інновацій за основними напрямками: лікувально-діагностичний процес, систему організаційно-управлінську та інформаційного забезпечення, а також дає можливість медичним організаціям виявляти сильні та слабкі моменти свого інноваційного розвитку, розробляти і здійснювати необхідні заходи щодо активізації інноваційної діяльності за пріоритетними напрямками [6].

Вважаємо, що поліпшення індикаторів стану інноваційного розвитку медичного сектору стане можливим за рахунок:

- збільшення обсягу поставок медичного обладнання і техніки у межах системи загальнодержавного лізингу, а також зниження ставок за використання лізингу для медичних закладів до 10 років;
- надання медичним установам кредитів;
- активне співробітництво з Центром з підготовки та передпідготовки співробітників медичної сфери;
- постійний моніторинг процесу запровадження інновацій на практиці.

Механізм моніторингу інноваційної активності в системі охорони здоров'я України, здатний враховувати динаміку контрольних показників на середньостроковий період, а також перерозподіл прав власності та форм функціонування закладів охорони здоров'я, що є необхідним етапом удосконалення інноваційного стану галузі охорони здоров'я.

Моніторинг трактується як основа стимулювання інноваційної активності та інноваційний елемент у системі управління медичними установами, страховими компаніями й

іншими учасниками ринку медичних послуг. Використання методів моніторингу інноваційного розвитку системи охорони здоров'я актуалізується тим, що сучасний стан інноваційної площини характеризується досить нестійким станом зовнішнього середовища, зростанням обсягу інформації та її важливості при прийнятті рішень різного рівня, підвищенням ролі процесу координації при підготовці, прийнятті та реалізації запланованих інноваційних проєктів.

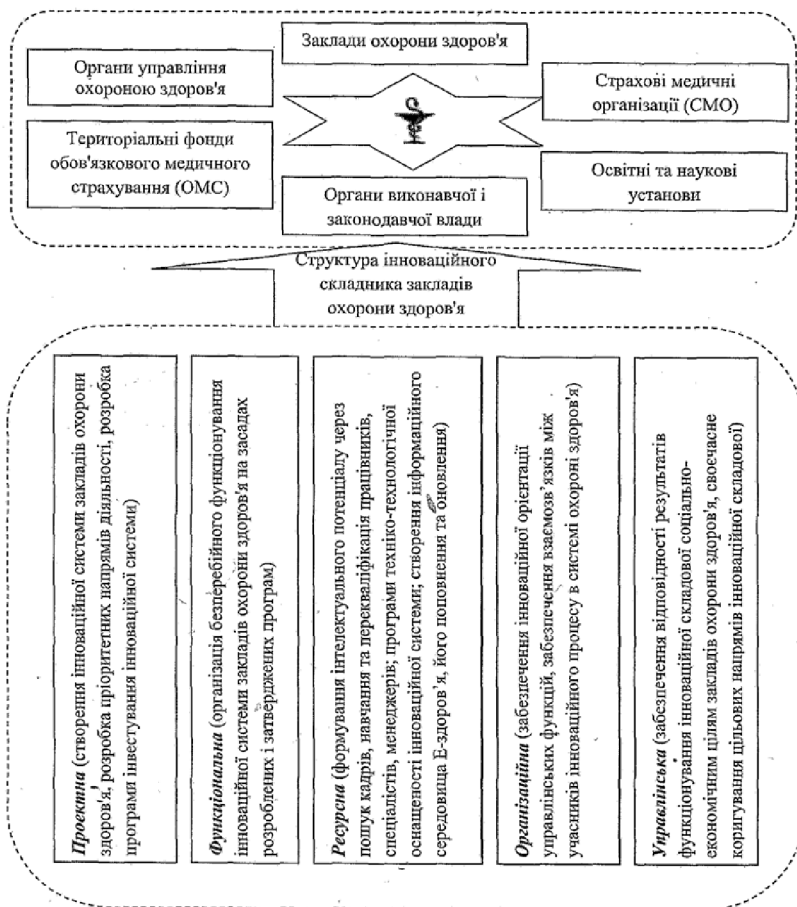
Процес здійснення моніторингу виконує роль внутрішнього консультанта менеджерів і керівників установ охорони здоров'я при виробленні стратегії, формулюванні стратегічних цілей і завдань розвитку інноваційної діяльності.

Система моніторингу покликана визначати цілі і завдання стимулювання в установах охорони здоров'я, першочергова мета якого, надавати допомогу менеджерам у досягненні поставлених цілей, що виражаються у вигляді кількісних значень рівнів рентабельності, ліквідності і прибутку тощо. З метою об'єктивної та достовірної оцінки напрямків інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я, система моніторингу зобов'язана враховувати, структурувати і застосовувати системи фінансово-економічних показників – індикаторів (коефіцієнтів) ефективності управління та успішності інноваційної і лікувально-профілактичної діяльності закладів охорони здоров'я.

Процес планування інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я також можна представити як нову модель організації та забезпечення якісного медичного обслуговування населення, що ґрунтується на інноваціях, характеризується ухваленням стратегічних рішень в інноваційній діяльності і є доступною для населення. При цьому необхідно враховувати, що на кожному функціональному рівні, у кожному відділенні установи для керівників повинні бути сплановані чітко поставлені конкретні цілі й зафіксовані критерії ефективності. Недостатня чіткість у баченні суті діяльності, часто не дає змоги менеджменту медичної

установи виділити ключові цілі, сформувати ієрархію пріоритетів, спланувати розвиток послуг і супутній сервіс. Застосування управління з орієнтацією на бізнес-процеси в медичному секторі не тільки дає змогу подолати наявні проблеми, а й відкриває нові перспективи для інноваційного розвитку.

Модель взаємодії учасників планування інноваційного розвитку в системі охорони здоров'я представлена на рис. 3. Джерело: розроблено авторами.



Отже, інновації у сфері охорони здоров'я – це результат інноваційної діяльності, що реалізується у вигляді забезпечення модернізації матеріально-технічної бази, впровадження новітніх прогресивних засобів і методів лікування, медичних технологій, виробів медичного призначення і лікарських засобів, удосконалення існуючих методів діагностики та лікування (медичні інновації), розробленні програмних засобів опрацювання інформації, створення нових моделей функціонування сфери охорони здоров'я, адміністрування і розвитку персоналу, а також вплив на покращення здоров'я населення та економічних показників суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я.

Також, вважаємо, що основними напрямми інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я є:

- оптимізація і реструктуризація мережі, структури та основних напрямів діяльності науково-дослідних установ;
- забезпечення розв'язання науково-практичних проблем охорони здоров'я шляхом формування відповідних державних, галузевих, міжгалузевих, регіональних програм;
- запровадження багатоканальності фінансування медичної науки за рахунок бюджетних та позабюджетних коштів, забезпечення їх раціонального використання для першочергового фінансування конкурентоспроможних наукових розробок фундаментального та прикладного характеру;
- планування наукових досліджень на конкурентних засадах та спрямування їх на отримання конкретних результатів, впровадження принципів незалежної експертизи наукових проєктів та їх результатів, виділення спеціальних грантів під реалізацію проєктів переможців конкурсу;
- забезпечення підтримки визнаних вітчизняних наукових установ, підвищення вимог до підготовки наукових кадрів, раціональне використання науково-інформаційних ресурсів;

- реформування кадрової політики в сфері охорони здоров'я має бути спрямовано на: удосконалення системи кадрового забезпечення цієї сфери з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб;

- запровадження в установленому порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому з усіма медичними працівниками; реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки;

- реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти; здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями;

- розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників;

- удосконалення системи підготовки медичних сестер, розроблення та реалізація програми розвитку медсестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду, що знизить потребу в лікарях у державі.

На думку відомого українського дослідника Карамішева Д.В.: «Приведення вітчизняної системи охорони здоров'я у відповідність з міжнародними нормами і стандартами потребує принципово нових підходів до організації надання медичної допомоги громадянам» [7].

Спроби реформування системи охорони здоров'я здійснювалися у багатьох країнах. Встановлено, що єдиної, універсальної моделі державної регуляції сфери охорони здоров'я, прийнятної для всіх, не існує. Проте, існуючі загальносвітові тенденції розвитку сфери охорони здоров'я дозволяють зробити

висновки, що при плануванні інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я потрібно враховувати наступне:

1. Спостерігається тенденція зростання витрат на систему охорони здоров'я майже в кожній країні, що, в свою чергу, призводить до дефіциту бюджету, а також непопулярних реформ – підвищення податків та зменшення кількості соціальних пільг.

2. Найбільш ефективною система охорони здоров'я є у країнах, де йде відмова від централізованого державного управління процесом і робиться акцент на ціни, конкурентоспроможність, поділ витрат і свободу вибору для пацієнта.

3. Бажане зростання інноваційної активності можна домогтися лише внаслідок застосування методів та інструментів державного регулювання.

Таким чином, особливості інституційної структури сфери охорони здоров'я дозволили систематизувати принципи і визначити критичні фактори успіху реалізації державної політики в системі планування інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я в Україні, що враховують специфіку медичної допомоги, рівень розвитку системи охорони здоров'я та забезпечують перехід від концепції управління витратами до управління за результатами. Сучасна національна модель охорони здоров'я ґрунтується на поєднанні ринкових регуляторів і планування інноваційного розвитку, здійснюваного органами державного управління та органами місцевої влади.

Інновації є динамічним рушієм розвитку в усіх галузях і сферах життєдіяльності людини. Вони вдосконалюють виробництво, змінюють сферу обігу, сприяють створенню кращих за властивостями виробів, технологій, приборків, нейтралізують негативні наслідки прискореного динамічного розвитку, це, у свою чергу, вимагає невідкладних розробок у сфері медицини.

## Література

1. Свінціцький А.С. Актуальні питання впровадження інновацій в закладах охорони здоров'я / А.С. Свінціцький О.І. Висоцька // Практикуючий лікар, №1, 2015. С. 7-8.
2. Петрух О.А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я України. Економіка та держава. 2018. № 11. С. 107–111.
3. Бодак В.М. Шляхи подолання гальмівних чинників у становленні сільської сімейної медицини / В.М. Бодак // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2009. №2. С. 66-70.
4. Цюмашко М.В. Ставлення до проведення структурних реформ в охороні здоров'я та запровадження медичного страхування (за даними соціологічного опитування керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я та їхніх заступників) / М.В. Цюмашко, О.О. Заглада, В.Я. Бойко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2011. №2. С. 34-39.
5. Ciani O., A. Patrizio, V.P. Roberta, C. Marianna, J. Claudio, T. Rosanna De innovation: The concept of innovation for medical technologies and its implications for healthcare policy-making / O. Ciani , A. Patrizio, V.P. Roberta, C. Marianna, J. Claudio, T. Rosanna // Health Policy and Technology. 2016. № 5. P. 47-64.
6. Держава і громадянське суспільство в Україні: проблеми взаємодії: монографія / за ред. І.О. Кресіної. К.: Логос, 2007. 316 с.
7. Карамішев Д.В. Реалізація та оцінка ефективності інноваційних проєктів у системі охорони здоров'я / Д.В. Карамішев, А.С. Немченко // Економіка та держава. 2006. №2. С. 86-88.



*КОСТИВ З.П., викладач  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія ім. А.Крупинського»  
КУЗЬМЕНКО О.В., викладач  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія ім. А.Крупинського»*

## **Проблемна лекція як метод інтенсифікації навчального процесу**

Актуальність. Безперервний розвиток системи освіти вимагає впровадження нових методів викладання та додавання сучасних компонентів традиційним засобам навчання. Одним з таких засобів є лекція. Особливої уваги заслуговує такий її вид, як проблемна лекція [1; 3]. Проблемна лекція – один з методів навчання, відмінністю якого є визначення викладачем перед студентами певної проблеми, що пробуджує у них бажання знайти засоби її вирішення. Викладач допомагає їм у цьому за допомогою співпраці та діалогу, що стимулює студентів до активної пізнавальної діяльності [2]. Такий вид лекцій може бути віднесеним до інтерактивних засобів навчання, які повинні дедалі ширше впроваджуватися у сучасну освіту.

Дидактичні особливості проблемної лекції висвітлені в дослідженнях М.І. Махмутова, О.М. Матюшкіна, В. Оконя, М.М. Скаткіна, І.Я. Лернера, А.В. Фурмана та інших вчених, які сформулювали поняття “проблема”, “проблемна ситуація”, “проблемне навчання”.

На проблемній лекції залучення студентів до активної діяльності здійснюється викладачем за допомогою створення проблемних ситуацій.

Проблемна ситуація – ситуація, для оволодіння якою окремих суб'єкт (або колектив) має знайти і застосувати нові для себе знання чи способи дій. У проблемному запитанні, у

проблемній ситуації завжди повинна мати місце суперечність, наприклад: суперечність між теоретично можливим способом розв'язання задачі та його практичною недоцільністю, відсутністю методів аналізу і обробки реально існуючих фактів, суперечність між науковими фактами і життєвими уявленнями студентів.

У вищій школі, в основному, використовуються наступні варіанти проблемного навчання:

- Проблемний виклад навчального матеріалу в монологічному режимі лекції чи діалогічному режимі семінару.

- Проблемний виклад навчального матеріалу на лекції, коли викладач ставить проблемні питання, висуває проблемні завдання і сам їх вирішує, при цьому студенти частково залучаються до пошуку рішення.

- Частково-пошукова діяльність студентів у процесі виконання експерименту, лабораторних робіт, під час проблемних семінарів, евристичних бесід. Викладач заздалегідь визначає проблему, вирішення якої спирається на ту базу знань, яку повинні мати студенти. Поставлені викладачем запитання повинні викликати інтелектуальні труднощі у студентів і потребувати цілеспрямованого пошукумислення.

Для створення проблемної ситуації С.С. Вітвицька пропонує використовувати наступні прийоми:

- пряма постановка проблеми;
- проблемне завдання у вигляді запитання;
- повідомлення інформації, яка містить суперечність;
- повідомлення протилежних думок з будь-якого питання;
- звернення уваги на те чи інше життєве явище, яке потрібно пояснити;
- повідомлення фактів, які викликають непорозуміння;
- співставлення життєвих уявлень з науковими;
- постановка питання, на яке повинен відповісти студент, прослухавши частину лекції, і зробити висновки.

Засобом управління мисленням студентів на навчально-проблемній лекції має бути система заздалегідь підготовлених викладачем проблемних та інформаційних запитань, які скеровують навчально-пізнавальну діяльність студента. П. Підласий, Л. Фрідман та М. Гарунов пропонують таку структуру проблемної лекції (табл. 7).

*Таблиця 7.*

### Структура проблемної лекції

№ з/п	Етапи лекції	Цілі викладача	Прийоми та способи діяльності викладача
1	Вступ	Оволодіти увагою аудиторії, викликати інтерес	Розпочати лекцію з несподіваної репліки, факту, жартівливого зауваження, сторичного екскурсу
2	Постановка проблеми	Показати актуальність проблеми, проаналізувати Суперечності, часткові проблеми, сформулювати загальну проблему	Звернення до інтересів слухачів, їх потреб, посилання на факти, документи, авторитетні висловлювання, аналіз усталених, але неправильних поглядів
3	Розчленування проблеми на підпроблеми, задачі, запитання	Чітко виокремити перелік проблем, задач, запитань, розкрити їх сутність	Обґрунтування логіки розв'язання проблеми, побудова загальної схеми розв'язання проблеми, ідеї, гіпотези, пошук засобів вирішення, можливі результати, наслідки
4	Виклад своєї позиції, підходів, засобів розв'язання	Показати у порівняльному аналізі власні підходи, позиції та інші думки	Обґрунтування доказів, суджень, аргументів, використання прийомів критичного аналізу, порівняння
5	Узагальнення, висновки	Сконцентрувати увагу аудиторії на головному, сформулювати резюме висловленого	Висловлювання твердження, що інтегрує головну ідею, думку, використання найсильнішого аргументу, крилатого вислову. Показ перспективи розвитку ідеї, можливостей практичного використання отриманих висновків

Основними етапами пізнавальної діяльності студентів у процесі проблемної лекції є усвідомлення проблеми.

- Висунення гіпотез, пропозиції щодо вирішення проблеми.
- Обговорення варіантів вирішення проблеми.
- Перевірка рішення.

Цінним у проблемній лекції є те, що логіка навчального пізнання ніби імітує логіку наукового пізнання. Однак ефективність проблемної лекції знижується у великих аудиторіях (більш ніж 50 студентів), а також суттєво залежить від рівня підготовки студентів до такого виду роботи.

**Висновок.** Проблемна лекція є перспективним засобом для створення додаткової зацікавленості студентів, оскільки попередньо сформульоване завдання і наступна самостійна робота можуть спонукати слухача більш уважно слідкувати за ходом лекції та одночасно з прослуховуванням готуватися до можливої відповіді. Проблемна лекція є ефективним засобом початкового рівня засвоєння інформації з курсу внутрішньої медицини, адже більше третини опитаних студентів продемонстрували задовільний рівень засвоєння поданої у лекції інформації. Крім того, проблемна лекція з інтерактивним компонентом у вигляді самостійної роботи за темою лекції дозволяє визначити базовий рівень знань великої кількості студентів, їх здатність сприймати подану в лекції інформацію та користуватися нею на практиці.

## Література

1. Педагогика в медицине: учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений / Н.В. Кудрявая, Е.М.Уколова, Н.Б.Смирнова, Е.А.Волошина, К.В. Зорин; под ред. Н.В.Кудрявой. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 320 с.

2. Романовська О.О., Яворський П.Р. Застосування методу проблемної лекції для викладання економічних

дисциплін / Теорія і практика управління соціальними системами. – 2012. – № 2. – с. 68-78.

3. Сухова Н.А. Проблемна лекція — один із методів творчого мислення. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://osvita.ua/school/lessons\\_summary/edu\\_technology/24208/](http://osvita.ua/school/lessons_summary/edu_technology/24208/).

*Кость Микола,  
канд. наук з фіз. вих. та спорту, доц.  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія  
імені Андрея Крупинського»*

### **Організація фізичного виховання студентів-лаборантів Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського**

Фізичне виховання – цілеспрямований педагогічний процес цілеспрямованої систематичної дії на людину фізичними вправами, силами природи, гігієнічними чинниками з метою зміцнення здоров'я, розвитку фізичних якостей, удосконалення морфологічних і функціональних спроможностей, формування та покращення основних життєво важливих рухових навичок, умінь та пов'язаних із ними знань, забезпечення готовності людини до активної участі у суспільному, виробничому й культурному житті [1].

Фізичне виховання є складовою навчально-виховного процесу студентів закладів вищої освіти. А тому метою даної роботи є аналіз організації фізичного виховання студентів-лаборантів Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського.

Фізичне виховання студентів-лаборантів Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського організовується

і проводиться у наступних формах: ранкова гігієнічна гімнастика; навчальні заняття з дисципліни «Фізичне виховання»; самостійна робота; заняття у секціях з оздоровчих та ігрових видів; фізкультурно-оздоровчі та спортивні заходи.

Ранкова гігієнічна гімнастика проводиться студентами-лаборантами індивідуально і спрямована на підвищення фізичної і розумової працездатності, стимулювання розвитку м'язів, що забезпечують правильну поставу, розвивають органи дихання, поліпшують обмін речовин, сприяють загартуванню організму тощо.

*Фізичне виховання, як навчальна дисципліна спрямована на зміцнення здоров'я, розвиток фізичних якостей, вдосконалення форми і функцій організму, оволодіння студентами-лаборантами систематизованими знаннями, фізичними вправами та способами їх самостійного виконання.*

Відповідно до листа Міністерства освіти і науки України від 11.03.2015 №1/9-120 «Про організацію вивчення гуманітарних дисциплін», на основі освітньо-професійних програм Лабораторна діагностика (2, 2,5 і 4 роки навчання), навчальних планів підготовки фахових молодших бакалаврів та бакалаврів, якими передбачено вивчення навчальної дисципліни «Фізичне виховання» в обсязі чотирьох годин на тиждень. 208 год. для фахових молодших бакалаврів, протягом 3-х семестрів, 272 год. для фахових молодших бакалаврів з обмеженням слуху, протягом 4-х семестрів та 308 год. для бакалаврів, протягом 4-х семестрів.

Дана навчальна дисципліна передбачає виконання студентами-лаборантами наступних контрольних нормативів: човниковий біг 4x9 м; згинання і розгинання рук в упорі лежачи; нахил тулуба вперед з положення сидячи; вис на зігнутих руках; комплекси загальнорозвиваючих вправ; гімнастичний комплекс; нахил тулуба з положення сидячи (стоячи); біг на 2000 м.

Самостійна робота студентами-лаборантами здійснюється індивідуально, відповідно до робочої програми навчальної дисципліни «Фізичне виховання» в обсязі 70 год. для підготовки фахових молодших бакалаврів, 148 год. для підготовки фахових молодших бакалаврів з обмеженням слуху та 154 год. для підготовки бакалаврів.

Заняття у секціях з оздоровчих та ігрових видів, фізкультурно-оздоровчі та спортивні заходи проводяться відповідно до «Графіку роботи оздоровчо-спортивних секцій» (оздоровча гімнастика, настільний теніс, бадмінтон, волейбол) та «Плану календаря фізкультурно-оздоровчих та спортивних заходів» (шахи і шашки, настільний теніс, волейбол), з метою залучення студентів-лаборантів до регулярних занять фізичними вправами, підвищення рівня фізичної підготовленості, спортивної майстерності та організації дозвілля.

Проведений аналіз організації фізичного виховання студентів-лаборантів Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського дає можливість стверджувати, що вищенаведені форми занять фізичними вправами та кількість годин, яка відведена, є достатніми для зміцнення здоров'я, належного розвитку фізичних якостей та формування у студентів-лаборантів відповідних знань, умінь і навичок.

### **Література**

1. Фізичне виховання студентів: [курс лекцій]; за заг. ред. Р.Р. Сіренко. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – 251 с.
2. Спорт у вищих навчальних закладах [Б.В. Семен, С.А. Нікітенко, Ю.Я. Яремчук та ін.]; за заг. ред. Р.Р. Сіренко: [навч. посіб.]. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2019. – 420 с.

*Ліщук Р.М.  
канд.мед.наук  
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична  
академія ім. А. Крупинського»*

## **Управління стресом як ресурс подолання професійного вигорання**

На сучасному етапі сфера охорони здоров'я в Україні є недосконалою, існує багато протиріч та сумнівів щодо доцільності медичної реформи в суспільстві та серед самих медиків. Існує багато сумнівів та запитань щодо оплати праці медичних працівників, безпосередніх умов їхньої роботи, забезпечення найнеобхіднішим обладнанням. На сьогоднішній день, пандемія коронавірусу Covid-19, яка шириться по всьому світу показала справжній стан не лише нашої медичної галузі, але й реальний стан медицини в інших країнах.

Коли надзвичайна подія вражає суспільство, вона створює умови для високої чутливості як на індивідуальному рівні, так і на рівні спільнот. Критична подія та поточна ситуація, така як пандемія коронавірусу Covid-19, можуть викликати особливо сильні емоційні реакції, які можуть вплинути на функціональні можливості людей, як під час події, так і після її завершення.

Медичний персонал і в спокійний час потребує психологічної підтримки, хтось більше, хтось менше. Під час кризи ця пропорція зберігається, але у кризових умовах різко зростає ймовірність «поломки» вищих психічних функцій, що веде до погіршення професійного функціонування.

В часі реформи, медичним працівникам доводиться освоювати нові технології, нові принципи та протоколи лікування тих чи інших захворювань, що призводить до їх виснаження, постійного стресу і як наслідок «вигорання». Сьогодні медичний персонал у роботі з пацієнтами повинен володіти не



лише складними технічними маніпуляціями і навичками, але й сучасними медичними та природничими знаннями.

В даний час наша країна, вся планета переживають колективну травму пандемії коронавірусу Covid-19. Характеристиками пандемії та відповідно колективної травми є те, що вони: не обмежені в просторі; розтягнуті у часі; жертви колективної травми не окремі люди, а всі соціальні групи, що стали об'єктами травматизації; травмованою себе відчуває вся група, навіть ті, кого особисто не торкнулася трагедія; тривалий характер.

З початком пандемії коронавірусу Covid-19 емоційне вигорання не зникло, воно набуло інших форм та проявів. Вона змушує нас швидко ухвалювати складні рішення в абсолютно новому контексті. У медиків додалося безліч нових турбот: фінансова нестабільність, страх втратити роботу внаслідок реформування медичної галузі (скорочення та перепрофілювання медичних закладів), тривога за батьків та родину, фізичне та емоційне виснаження безпосередньо на робочому місці, розчарування через брак теплих контактів, скасовані подорожі.

В той же час, вимоги до об'єму та якості функціональних обов'язків зросли. Усе це сприяє вигоранню. Дистрес, в результаті, впливає на професійну діяльність: з'являються прості професійні помилки; невірно прийняті рішення, в першу чергу щодо тактики лікування та командної взаємодії; невиправданий ризик в діях і рішеннях.

Отже, професійне вигорання – це супутник великої кількості професій, в тому числі і медичних працівників, що асоціюється з різними зовнішніми та внутрішніми факторами, а також з частотою професійних помилок. У зв'язку з цим проблема професійного вигорання має пряме відношення не тільки до якості життя медичних працівників, а й, як наслідок, безпосередньо впливає на якість медичної допомоги.

Успішність професійної підготовки студентів-медиків може реалізовуватись через оволодіння стратегіями подолання стресових ситуацій та повсякденних турбот шляхом забезпечене середовищем, яке дасть їм можливість:

- збагачення життєвого досвіду;
- комунікації та співпраці викладачів та студентів в проблемній ситуації;
- порівняння себе зі значимими іншими;
- особистісного аналізу і рефлексії;
- творчості;
- спостереження за різними стилями діяльності та віднесення їх до себе.

Створення таких умов пов'язано з переглядом форм навчання, використанням інтерактивних освітніх технологій.

Студенти-медики можуть опрацювати власні проблемні ситуації завдяки методам підвищення стресостійкості, навичкам копінг-стратегій, саморегуляції та прийняття себе, підвищенням суб'єктивних вимог, а саме:

#### **Підвищення стресостійкості:**

- Управління часом (таймменеджмент);
- Підвищення впевненості в собі;
- Розвиток пам'яті та уваги;
- Планування життя;
- Опанування спеціальних навичок (перша допомога, робота з великими обсягами інформації, тощо).

#### **Саморегуляція:**

- Аутотренінг;
- Медитація;
- Фізичні навантаження;
- Емоційне розвантаження;
- Розвиток емоційного інтелекту (EQ).

#### **Прийняття себе:**

- Релаксація;

- Візуалізація;
- Глибоке дихання;
- Рейфреймінг – переоцінка проблеми: «Не можеш вплинути на ситуацію – зміни свої ставлення до неї».

#### **Суб'єктивні вимоги:**

- Перегляд вимог до себе;
- Навички позитивного мислення;
- Правильне прийняття рішень.

Отже, можна зробити висновки, що:

- формування стресостійкості є запорукою психічного здоров'я людей і неодмінною умовою соціальної стабільності, прогнозованості процесів, що відбуваються в суспільстві;

- зростаючі психічні навантаження на нервову систему та психіку сучасної людини призводять до формування емоційної напруги, яка виступає одним з головних чинників розвитку різних психосоматичних захворювань;

- за таких умов актуалізується проблема стрес-менеджменту як засобу подолання негативних наслідків стресу;

- доречним є запровадження у ВУЗах тренінгу для роботи в постійно мінливих умовах роботи, зокрема в часі пандемії COVID-19 (посттравматичне особистісне зростання; стрес-менеджмент; командна злагодженість; розвиток адаптивних стратегій подолання страхів, які допомагають студентам медикам розуміти та відчувати позитивні наслідки психологічної кризи);

- створення у ВУЗах електронного ресурсу простих психологічних ресурсів для студентів.

### **Література**

1. Методичні рекомендації “Пандемія COVID-19 як джерело сильного психофізичного стресу. Як уникнути згубного впливу?”, ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія

ім. Андрея Крупинського». Автори канд.мед.наук, Ліщук Р.М.; канд.мед.наук, Круглова О.В., Костерева Н.В., Рудакова Н.Є. Львів-Рубіжне 2020, Друк: СПД Осифляк М.П. стор. – 34.  
2. [iak-zhyty-pid-chas-karantynu-032020.pdf\(mh4u.in.ua\)](http://iak-zhyty-pid-chas-karantynu-032020.pdf(mh4u.in.ua)).

*ТЕРЕЩУК С.І. канд. фарм. наук, доц.,  
ВНЗ ЛОР «Львівська медична  
академія імені Андрея Крупинського»*

## **Формування фахової (фармацевтичної) компетентності у студентів першокурсників Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського**

У Законі України «Про вищу освіту» зазначено, що головним принципом діяльності вищого закладу освіти є прагнення до оптимізації підготовки кваліфікованих фахівців із належним рівнем знань, умінь, навичок, способів мислення та поглядів після завершення освітньої програми [1]. Працедавці потребують спеціалістів із вмінням постійно вчитися новому, критично та креативно мислити, мати комунікативні навички. Сьогодні, на ринку праці, конкурентоздатність випускників закладу освіти визначається їх компетентністю [2, с.95].

Під компетентністю розуміється здатність особи успішно соціалізуватися, навчатися, провадити професійну діяльність, яка виникає на основі динамічної комбінації знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, інших особистих якостей [1]. Компетентнісний підхід у роботі закладів освіти є основою для формування професійних компетентностей, необхідних майбутньому фармацевту для досягнення професіоналізму, конкурентоспроможності на ринку праці, творчого застосування набутих знань, умінь і

навичок, мобільності у вирішенні творчих і типових завдань під час професійної діяльності [3, с.41].

На нашу думку, найбільш вдалим визначенням є наступне: «компетентнісний підхід – це ставлення на перше місце не поінформованості студента, а його вміння розв’язувати проблеми, що виникають у пізнавальній, технологічній і психічній діяльності, у сферах етичних, соціальних, правових, професійних, особистих взаємовідносин. З огляду на це, зазначений підхід передбачає такий вид змісту освіти, який не зводиться до знаннево-орієнтованого компонента, а передбачає цілісний досвід вирішення життєвих проблем, виконання ключових функцій, соціальних ролей, компетенцій» [4, с.62].

Завданням фармацевтичної освіти є забезпечення випускника системою інтегрованих теоретичних знань і вмінь, що сприяють процесу адаптації молодого спеціаліста, є базою для компетентної професійної діяльності, сприяння формуванню у студентів навичок самостійного навчання упродовж життя [5, с.98].

Метою нашої роботи є узагальнення досвіду викладання студентам першокурсникам ЛМА імені Андрея Крупинського дисципліни «Історія фармації» на засадах проєкції програмного матеріалу на майбутню професійну діяльність з використанням компетентнісного підходу.

Як свідчать результати проведеного нами анкетування переважна більшість студентів першого курсу вважають, що їхній вибір зроблений ними свідомо, бо професія фармацевта потрібна людям, цікава, актуальна, благородна, подобається допомагати людям, мрія з дитинства, сімейна традиція, є можливість кар’єрного росту, перспективна освіта.

У навчальному плані підготовки бакалавра фармації за спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація серед дисциплін, що формують загальні компетентності (хімія, біологія, біофізика, вища математика, англійська мова, анатомія та

фізіологія людини та інш.), включено дисципліну «Історія фармації». На нашу думку, власне під час викладання цієї дисципліни можна фокусувати увагу студентів на сьогоденні фармації. На першій лекції з дисципліни на тему «Введення у спеціальність» наводиться всебічна характеристика фармацевтичної галузі ( табл.1)

*Таблиця 1*

**Зміст мультимедійної презентації лекції  
«Введення у спеціальність»**

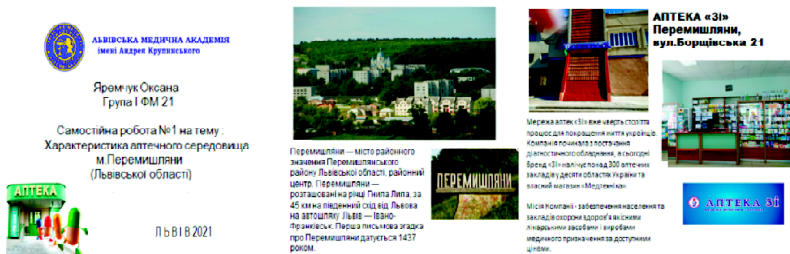
<b>№ з/п</b>	<b>Назва прозівка</b>	<b>Зміст</b>
1	Визначення термінів	Фармація, фармацевтична галузь
2	Головне завдання фармсектору України	Резолюція VIII-го Національного з'їзду фармацевтів України
3	Складові фармацевтичної галузі	Підприємства-виробники, підприємства з реалізації ЛЗ, науки та навчальні заклади
4	Завдання та функції державних органів	МОЗ України, Державної служби України з ЛЗ, Фармакопейний центр, Експертний центр, Національна служба здоров'я
5	Основні документи	Закон України «Про лікарські засоби», Фармакопея, Фармацевтична енциклопедія, Компендіум Лікарські препарати, Програма «Доступні ліки»
6	Провідні фармацевтичні виробники України	Перелік 15 підприємств
7	Найбільші аптечні мережі України	Місце в рейтингу юридичних осіб, їх бренди, місцезнаходження
8	Можливі сфери діяльності бакалавра фармації	Дистрибуція ЛЗ та МВ, виробництво фармацевтичних засобів, розробка хімічних та фармацевтичних технологій та інш.
9	Можливі місця праці бакалавра фармації	Аптеки, фармацевтичні фірми, аптечні склади, лабораторії, фармацевтичні заводи та інш.
10	Клятва фармацевта	Набуваючи професію фармацевта та усвідомлюючи важливість обов'язків.....
11	Етичний кодекс фармацевтичних працівників	Метою кодексу є декларація фундаментальних принципів професії, яка заснована на моральних цінностях .....
12	Блок прозівків з історії фармації	Джерела вивчення історії фармації, мета дисципліни, вміння та знання після вивчення дисципліни
13	Історичні віхи ЛІМА імені АндреяКрупинського	1773 р. – організація Collegium medicum.....

Як видно з даних таблиці 1, основна увага на лекції приділяється організаційній структурі фармацевтичної системи України з метою орієнтації, що даний матеріал буде докладно вивчений на 4-му семестрі у профільній дисципліні «Організація та економіка фармації». Заключні лекції дисципліни формують у студентів не тільки фармацевтичні знання, але і почуття патріотизму («Історичні аспекти розвитку фармації в Західній Україні» та «Здобутки української фармацевтичної системи за роки незалежності»). У цьому блоці лекцій також приділено увагу розвитку фармацевтичної науки та промисловості, а також сучасній фармації в країнах світу.

Закріплення та розширення лекційного матеріалу відбувається в часі семінарських занять. На семінарських заняттях студенти озвучують самостійно підготовані реферати, які дозволяють всім присутнім розширити знання з певних розділів дисципліни. Так, на темі «Здобутки української фармацевтичної системи за роки незалежності» студенти готують огляди фахових періодичних видань. Так вже у I-му семестрі вони мають можливість довідатися про «Фармацевтичний журнал», «Фармацевтичний часопис», «Фармаком», «Вісник фармації», «Аптека», «Клінічна фармація», «Ліки України», «Провізор», «Фармацевт-практик», «Управління, економіка та забезпечення якості в фармації», «Современная фармация», «Соціальна фармація в охороні здоров'я» та інш. В кінці кожного заняття проводиться тестовий контроль, що дозволяє об'єктивно оцінити рівень засвоєння матеріалу.

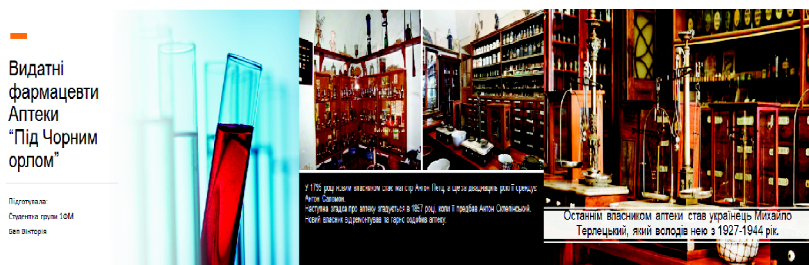
У зв'язку з реформуванням системи освіти, збільшилася кількість годин, відведених на самостійне опрацювання матеріалу студентами. При вивченні дисципліни «Історія фармації» 49% годин відводиться для самостійної роботи студентів, тому особлива увага приділяється її тематиці, якості виконання. Окрім тематик історичного плану, студенти

виконують суто фармацевтичні роботи, напр. вивчають та описують аптечне середовище за місцем проживання (фото 1).



*Фото 1. Фрагмент мультимедійної презентації (самостійна робота №1)*

Студенти працюють як із сайтами мережевих аптек, так і описують специфіку їх роботи, відвідуючи їх. Відзначають особливості роботи аптек, оцінюють відмінності в їх обладнанні, описують фірмовий стиль окремих аптек. Тематика інших робіт пов’язана із становленням та розвитком аптечної справи у Львові, напр.: «Від аптеки Миколяша до Галичфарму», «Діючі старовинні аптеки Львова», «Видатні фармацевти аптеки «Під чорним орлом» (фото2).



*Фото 2. Фрагмент мультимедійної презентації (самостійна робота №10)*



За результатами комплексу занять з дисципліни « Історія фармації» та додаткових досліджень, дві студентки першого курсу Р.Гавірко та Н.Цюник у травні 2020 р. представили доповіді на Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції «Теоретичні та прикладні аспекти фундаментальних медико-біологічних наук». Крім презентацій, результати самостійної роботи подаються у вигляді фотоальбому, хронологічних таблиць, тощо.

На вимогу часу, вже другий навчальний рік, більш тривалий час викладання дисципліни проводиться в режимі on-line з використанням платформ Zoom, Glassroom, Viber, Moodle.

В кінці семестру деканатом факультету №1 ЛМА імені Андрея Крупинського було проведено анонімне анкетування студентів про ефективність навчального процесу у I-му семестрі. Із дев'яти дисциплін, що вивчалися протягом семестру, тільки дві («Англійська мова» та «Історія фармації») отримали максимальну кількість балів.

### **Висновки**

Рейтинг вищого закладу освіти залежить від багатьох факторів, але найважливішим є ступінь готовності випускників до практичної роботи. Це забезпечується відповідним рівнем викладання дисциплін з використанням інноваційних методів, напр. компетентнісним підходом, який треба застосовувати вже з першого семестру навчання. На прикладі предмету «Історія фармації» показано наше бачення формування фармацевтичного світогляду, значення та відповідальності фармацевтів у діяльності служби охорони здоров'я України.

На нашу думку, доцільно на підставі узагальнення досвіду викладання дисципліни «Історія фармації» в інших вищих закладах освіти, розглянути можливість перенесення її із блоку дисциплін, що формують загальні компетентності у дисципліни спеціальних компетентностей.

## Література

1. Про вищу освіту: Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII. Дата оновлення: 07.09.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text> (дата звернення: 10.10.2021).

2. Горяча Л.О., Прокопенко Т.С. Оцінка відповідності освітньої програми фармацевта вимогам ринку праці. Фармацевтичний журнал. 2014. № 3. С. 95–99.

3. Котвіцька А. А., Буданова Л. Г. Використання науково-методологічних підходів у навчально-виховному процесі під час моніторингу якості навчальних досягнень майбутніх фахівців фармацевтичної галузі. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2020. № 68, Т. 2. С.38-42

4. Козирева О.В., Шуть О. Ю., Світлична К.С. Дослідження актуальних питань компетентісного підходу у фармацевтичній освіті. Бізнес Інформ. 2021. № 4. С.59-65

5. Горяча Л.О, Прокопенко Т.С., Коломієць І.В. Квазіпрофесійна діяльність студентів як форма оволодіння професійними компетентностями: Матеріали Всеукраїнської дистанційної науково-практичної конференції «Шляхи удосконалення підготовки фармацевта», Харків, 2019. С 98-99

*Фітьо Н.Р., викладач другої кваліфікаційної категорії ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрія Крупинського»*

## **Інноваційні методи навчання в сучасному освітньому просторі**

В сучасному освітньому процесі України існує вектор на спрямуванням вітчизняної вищої школи на входження в загальноєвропейський і світовий освітній простір. Даний напрямок іде в

гармонії з національними та міжнародними стандартами в контексті Болонського процесу так кредитно-трансферної системи навчання. В умовах карантину, вкрай необхідним стало впровадження інноваційних методів навчання й викладання, заснованих на мультимедійних, інформаційних програмах, системах передання знань.

Закон України «Про вищу освіту» серед основних завдань вищих навчальних закладів передбачає «забезпечення органічного поєднання в освітньому процесі освітньої, наукової та інноваційної діяльності» [1]. Саме суспільне консенсусне розуміння того, що освіта – це один із головних факторів інноваційного розвитку суспільства, дає сьогодні поштовх до стратегічного вирішення завдань і забезпечення системного реформування національної вищої школи, адекватної модернізації та інтеграції її до європейського економічного, культурного та інформаційного простору.

Сутність впровадження інноваційних процесів у технології і методи вищої освіти стали об'єктом вивчення як зарубіжних, так і українських учених. Наукові дослідження А. М. Алексюка, І. І. Доброскок, Г. П. Клімової, Г. П. Коцури, С. О. Нікітчиної, В. Г. Кременя, В. В. Ільїна, С. В. Пролєєва, М. В. Лисенка, П. Ю. Сауха та ін. присвячені загально-теоретичним і науково-практичним проблемам інноваційної парадигми у вищій школі, окремим сучасним формам і технологіям навчання, досвіду та перспективам їх використання в освітній практиці [2].

Отже, освітні інновації характеризуються цілеспрямованим процесом часткових змін, що ведуть до модифікації мети, змісту, методів, форм навчання, способів і стилю діяльності, адаптації освітнього процесу до сучасних вимог часу і соціальних запитів ринку праці. У той же час впровадження й утвердження нового в освітній практиці зумовлене позитивними трансформаціями, тобто повинні стати засобом

вирішення актуальних завдань для конкретного навчального закладу і витримати експериментальну перевірку для остаточного застосування інновацій. Передусім це має полягати: у сучасному моделюванні, організації нестандартних лекційних, практичних, семінарських занять; індивідуалізації засобів навчання; використанні кабінетного, групового і додаткового навчання; факультативного, за вибором студентів, поглиблення знань; проблемно-орієнтованого навчання; науково-експериментального навчання при вивченні нового матеріалу; розробці нової системи контролю оцінки знань; застосуванні комп'ютерних, мультимедійних технологій і навчально-методичної продукції нового покоління.

Нині в освітній практиці відомі педагогічні технології, які найбільш часто використовуються. Спробуємо класифікувати їх наступним чином:

– структурно-логічні технології: поетапна організація системи навчання, що сприяє логічній послідовності постановки і вирішення дидактичних завдань на основі відбору їх змісту, форм, методів і засобів навчання на кожному етапі процесу з урахуванням поетапної діагностики результатів;

– інтеграційні технології: дидактичні системи, що забезпечують інтеграцію міжпредметних знань і вмінь, різноманітних видів діяльності на рівні інтегрованих курсів (у т. ч. електронних);

– професійно-ділові ігрові технології: дидактичні системи використання різноманітних «ігор», під час проведення яких формуються уміння вирішувати завдання на основі компромісного вибору (ділові та рольові ігри, імітаційні вправи, індивідуальний тренінг, комп'ютерні програми тощо); – тренінгові технології: система діяльності для відпрацювання певних алгоритмів вирішення типових практичних завдань за допомогою комп'ютера (психологічні тренінги інтелектуального розвитку, спілкування, вирішення управлінських завдань);

– інформаційно-комп'ютерні технології, що реалізуються в дидактичних системах комп'ютерного навчання на основі діалогу «людина-машина» за допомогою різноманітних навчальних програм (тренінгових, контролюючих, інформаційних тощо);

– діалогові технології: сукупність форм і методів навчання, заснованих на діалоговому мисленні у взаємодіючих дидактичних системах суб'єкт-суб'єктного рівня [3].

Як бачимо, йдеться про інноваційну методика навчання. Отже, слід розібратися з поняттям «інноваційна методика навчання». Воно, на нашу думку, є полікомпонентним, оскільки об'єднує усі ті нові й ефективні способи навчання (здобуття, передачі й продукування знань), які, власне, сприяють інтенсифікації та модернізації навчального процесу, розвивають творчий підхід і особистісний потенціал здобувачів вищої освіти. Серед інтерактивних методів, форм і прийомів, що найчастіше використовуються в навчальній роботі ВНЗ, можна назвати наступні: аналіз помилок, колізій, казусів; аудіовізуальний метод навчання; брейнстормінг («мозковий штурм»); діалог Сократа (Сократів діалог); «дерево рішень»; дискусія із запрошенням фахівців; ділова (рольова) гра (студенти перебувають у ролі законодавця, експерта, юрисконсульта, нотаріуса, клієнта, судді, прокурора, адвоката, слідчого); «займи позицію»; коментування, оцінка (або самооцінка) дій учасників; майстер-класи; метод аналізу і діагностики ситуації; метод інтерв'ю (інтерв'ювання); метод проєктів; моделювання; навчальний «полігон»; PRES-формула (від англ. Position – Reason – Explanation or Example – Summary); проблемний (проблемно-пошуковий) метод; публічний виступ; робота в малих групах; тренінги індивідуальні та групові (як окремих, так і комплексних навичок) та інші. Із інноваційних механізмів активізації педагогічного і наукового процесів усе частіше згадується необхідність відродження ідеї змагальності у всіх сферах життя, зокрема, йдеться про метод

«гонка за лідером». Автори цієї методики висвітлюють ретроспективу, значення, зміст поняття «змагання», розкривають методологічні аспекти застосування нетрадиційної (штучної) конкуренції, надають слушні пропозиції щодо нарахування балів за основні види освітньої діяльності, пропонують конкретні формули для розрахунку загальної кількості балів, акцентують увагу на розробці так званого безмашинного програмного методу контролю знань студентів, застосування якого дозволить перевіряти знання необмеженої кількості студентів з окремих питань навчальної дисципліни за короткий проміжок часу [4].

Опираючись на вище сказане, можна виділити, що сутність й структура інноваційного освітнього процесу у закладах вищої освіти повинні відповідати характеру і швидкості соціальних змін у суспільстві, високим європейським стандартам підготовки конкурентоспроможних фахівців інноваційного типу.

Сучасний зміст вищої освіти має орієнтуватися на використання інформаційних технологій, поширення інтерактивного, електронного навчання з доступом до цифрових ресурсів та інтелект-навчання для майбутнього. У зв'язку з цим невідкладного вирішення потребують такі нагальні питання:

- 1) внесення змін до Положення про організацію освітнього процесу закладах вищої освіти;
- 2) передбачення механізмів просування навчання в Інтернеті (електронне, дистанційне навчання);
- 3) нормативне врегулювання використання електронних навчально-методичних ресурсів в освітньому цифровому просторі.

### **Література**

1. Про вищу освіту [Текст] : Закон України від 1 лип. 2014 р. № 1556 VII // Офіц. вісн. України. – 2014. – № 63. – Ст. 1728.
2. Алексюк, А. М. Педагогіка вищої освіти України: історія, теорія [Текст] : підручник / 2. А. М. Алексюк ; Міжнар. фонд

«Відродження». – К. : Либідь, 1998. – 558 с. – (Програма «Трансформація гуманітарної освіти в Україні»); Інновації у вищій освіті: проблеми, досвід, перспективи [Текст] : монографія / П. Ю. Саух [та ін.] ; ред. П. Ю. Саух. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2011. – 443 с.; Інноваційні педагогічні технології: теорія та практика використання у вищій школі [Текст] : монографія / І. І. Доброскок, В. П. Коцур, С. О. Нікітчина [та ін.]

3. Інновації у вищій освіті: проблеми, досвід, перспективи [Текст] : монографія / П. Ю. Саух [та ін.] ; ред. П. Ю. Саух. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2011. – С. 328; Лисенко, М. В. Інноваційна парадигма вищої освіти України за умов переходу до інформаційного суспільства [Текст] : автореф. дис. ... канд. філос. наук : 09.00.10 / М. В. Лисенко. – К., 2013. – С. 11.

4. Галиця, І. Інтелектуально-конкурентні ігри як креативний механізм активізації педагогічного, наукового та інноваційного процесів [Текст] / І. Галиця, О. Галиця // Вища шк. – 2011. – № 1. – С. 106; Доронина, Н. Н. Организация учебного процесса в вузе с использованием активных методов обучения: методы обучения студ. в вузе [Текст] / Н. Н. Доронина // Социология образования. – 2011. – № 3. – С. 37; Інноваційні педагогічні технології: теорія та практика використання у вищій школі [Текст] : монографія / І. І. Доброскок, В. П. Коцур, С. О. Нікітчина [та ін.] ; Переяслав-Хмельниц. держ. пед. ун-т ім. Г. Сковороди, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих АПН України. – Переяслав-Хмельницький : Вид-во С. В. Карпук, 2008. – С. 150.

**МАТЕРІАЛИ**  
**II Регіональної науково-практичної конференції**  
**«Стратегія розвитку вищої медсестринської**  
**освіти»**

*(м. Львів, 27 жовтня 2021 року)*

Підготовлено до друку  
оргкомітетом II Регіональної науково-практичної конференції  
Відповідальна за друк: **Неділько Р.В.**

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

Підписано до друку 27.10.2021.  
Формат 60x84/16. Папір офсетний.  
Гарнітура Times NR. Цифровий друк.  
Умов.-друк.арк. 9,3.  
Замовлення № 27/10.

Виготівник і видавець – ТЗОВ “Тріада плюс”  
79018, м. Львів, вул. Братів Міхновських, 9  
тел. 097-587-66-52, e-mail: triadaplus@hotmail.com

Свідоцтво про внесення суб’єкта видавничої справи  
до Державного реєстру ДК № 2712 від 07.12.2006 р.