



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

МАТЕРІАЛИ

IV ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

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

7 березня 2025 року

Львів
Видавництво Львівської політехніки
2025

Оргкомітет конференції:

Голова:

Кривко Ю. Я., доктор медичних наук, професор, академік НАН ВО України ректор КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»

Заступник голови:

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

Члени оргкомітету:

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

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

Ільчишин О. В., магістр медсестринства, викладач другої категорії кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

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

Редколегія:

Сойка Л. Д., кандидат хімічних наук, проректор з навчальної роботи КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

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

Стоколос-Ворончук О. О., кандидат філологічних наук, доцент, проректор з наукової роботи КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

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

Безкоровайна У. Ю., кандидат наук з державного управління (доктор філософії), доцент, декан факультету 1 КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

Дуб Н. Є., кандидат наук з державного управління, доцент, декан факультету 2 КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»

*Рекомендовано до друку вченою радою КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
(протокол № 7 від 27.02.2025 р.)*

Матеріали IV всеукраїнської науково-практичної конференції
М 34 (заочна форма) «Актуальні питання запровадження інтерактивно-інноваційних форм навчання у ЗВО медичного профілю» (м. Львів, 7 березня 2025 року). – Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2025. – 244 с.
ISBN 978-966-994-023-0

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

УДК 37.018.43:004

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

Секція 1

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ

FEDORCHENKO YU. V.,

PhD, Associate professor

Of Pathophysiology department

Ivano-Frankivsk National Medical University

IMPLEMENTATION OF INTERACTIVE FORMS OF LEARNING IN HIGHER MEDICAL EDUCATION

Introduction. The rapid advancement of medical science and healthcare systems demands an equally progressive approach in the education of future healthcare professionals. Traditional teaching methods, largely based on passive knowledge dissemination through lectures and memorization, are increasingly inadequate for addressing the complexities of modern medical practice. The challenges faced by medical educators include not only the need to impart vast and ever-expanding medical knowledge but also to develop critical thinking, clinical reasoning, technical skills, and the ability to adapt to evolving healthcare environments [1, p.3].

Interactive and innovative learning approaches have emerged as transformative tools in higher medical education, offering solutions to bridge the gap between theoretical instruction and clinical application. These methods prioritize active engagement, collaboration, and experiential learning, preparing students for real-world challenges [2, p. 2].

This study aims to evaluate the role of interactive educational methodologies in enhancing the quality of training in higher medical education. The study focuses on identifying effective tools and strategies to bridge the gap between theoretical knowledge and practical application while addressing barriers to their implementation.

Main part. Interactive and innovative learning methodologies offer transformative solutions for addressing the limitations of traditional teaching. Problem-based learning (PBL) has emerged as a cornerstone of this paradigm shift. By engaging students in collaboratively solving real-world medical cases, PBL promotes critical thinking, deep conceptual understanding, and the ability to apply theoretical knowledge in practical contexts. It also fosters self-directed learning, a

vital skill for continuous professional development in medicine [3, p. 2]. Simulation-based education further bridges the gap between theoretical instruction and clinical practice. Virtual patient encounters, surgical simulations, and other immersive experiences provide students with a safe environment to hone their clinical decision-making and technical skills. [4, p. 1]. These simulations replicate complex medical scenarios, enabling students to build confidence and competence without the risks associated with real-life clinical settings. The use of gamification, characterized by competitive assessments and scenario-based challenges, has also gained traction. Gamified learning increases student motivation and engagement, making the educational experience more dynamic and enjoyable. Technology plays a pivotal role in enabling these interactive and innovative methodologies. Digital platforms such as Moodle, Microsoft Teams, and Google Classroom facilitate the delivery of online and hybrid courses, making education accessible to students in diverse settings.

Artificial intelligence (AI) has emerged as a powerful tool for personalizing learning experiences. AI-driven platforms analyze individual learning patterns, identify areas for improvement, and provide tailored recommendations, thereby enhancing the efficiency and effectiveness of the educational process. Virtual and augmented reality (VR/AR) technologies offer groundbreaking opportunities to simulate real-world clinical environments. Virtual anatomy labs and augmented surgical simulations allow students to practice complex procedures with precision, fostering a deeper understanding of medical concepts and improving procedural accuracy. These technologies also support interdisciplinary learning, as students from different healthcare domains can collaboratively train in simulated scenarios. The benefits of interactive and innovative learning approaches in medical education are multifaceted. Students demonstrate improved knowledge retention, enhanced critical thinking, and superior clinical skills. Furthermore, these methodologies cultivate non-technical skills such as communication, teamwork, and emotional intelligence, which are essential for effective patient care and collaboration in multidisciplinary healthcare settings [5, p.2].

Conclusion. Interactive and innovative learning approaches represent a significant advancement in higher medical education, offering transformative solutions to prepare future healthcare professionals for the demands of modern practice. By fostering active engagement, critical thinking, and clinical competence, these methodologies align educational outcomes with the expectations of contemporary healthcare systems. While challenges remain, a holistic and collaborative approach can ensure the successful implementation of these strategies, enhancing the quality, accessibility, and inclusivity of medical education. Ultimately, these

advancements will equip medical graduates with the skills and knowledge needed to excel in a rapidly evolving healthcare landscape.

REFERENCES

1. Challa KT, Sayed A, Acharya Y. Modern techniques of teaching and learning in medical education: a descriptive literature review. *MedEdPublish*. 2021. №10. p. 18. doi: 10.15694/mep.2021.
2. Elendu C, Amaechi DC, Okatta AU, Amaechi EC, Elendu TC, Ezech CP, Elendu ID. The impact of simulation-based training in medical education: A review. *Medicine (Baltimore)*. 2024. №103(27). p. e38813. doi: 10.1097/MD.00000000000038813.
3. Xie H, Wang L, Pang Z, Chen S, Xu G, Wang S. Application of problem-based learning combined with a virtual simulation training platform in clinical biochemistry teaching during the COVID-19 pandemic. *Front Med (Lausanne)*. 2022. №9. p. 985128. doi: 10.3389/fmed.2022.985128.
4. Alinier G, Oriot D. Simulation-based education: deceiving learners with good intent. *Adv Simul*. 2022. №7. p. 8. doi: 10.1186/s41077-022-00206-3.
5. Bekbolatova M, Mayer J, Ong CW, Toma M. Transformative Potential of AI in Healthcare: Definitions, Applications, and Navigating the Ethical Landscape and Public Perspectives. *Healthcare (Basel)*. 2024. №12(2). p. 125. doi: 10.3390/healthcare12020125.

IMA-ABASI ESANG ANKOH,
3rd year student, faculty of Medicine,
Ivano-Frankivsk National Medical University
FEDORCHENKO YU. V.,
PhD, Associate professor
of Pathophysiology department
Ivano-Frankivsk National Medical University

BIOLOGICAL IMPLICATIONS OF MOBILE PHONE RADIATION: POTENTIAL RISKS TO HUMAN HEALTH AND NEUROLOGICAL FUNCTION

Introduction. Mobile phone usage has become an integral aspect of modern life, raising significant concerns regarding its potential health effects due to the emission of radiofrequency (RF) electromagnetic radiation [1, p. 2-5]. This type of non-ionizing radiation is capable of penetrating biological tissues, and cumulative exposure may have biological and physiological consequences. While mobile phones have undoubtedly enhanced global communication, emerging evidence suggests a potential association between prolonged RF exposure and adverse health effects, including sleep disturbances, cognitive impairments, and even carcinogenesis.

Objective. This study aims to evaluate current evidence regarding the impact of mobile phone radiation on human physiology and explore mechanisms by which RF exposure may influence health outcomes.

Methodology. A systematic search of PubMed and Scopus was conducted up to October 1st, 2024, following established guidelines. Keywords included “mobile phone radiation,” “RF radiation,” “cognitive function,” “sleep disturbances,” and “carcinogenesis.” Articles included were selected based on their focus on the physiological and health impacts of mobile phone radiation exposure in humans.

Results and discussion. Mobile phones emit RF radiation, a form of non-ionizing electromagnetic radiation. Though non-ionizing, RF radiation can cause biological effects, particularly when exposure is prolonged. One primary area of concern is the brain, as RF radiation can penetrate the skull, especially in children with thinner cranial bones [2, p. 1-4]. Research shows that mobile phone radiation can cause oxidative stress, which is associated with the generation of free radicals, potentially leading to cellular damage.

Multiple studies link prolonged mobile phone use with sleep disorders, noting that RF radiation exposure before bedtime can disrupt melatonin production, a hormone essential for sleep regulation. Sleep disturbances and changes in sleep architecture have been observed, with users often reporting poorer sleep quality.

Cognitive functions, including memory and attention, have also been shown to be negatively impacted with increased mobile phone usage, potentially due to RF radiation's effects on neural pathways and synaptic activity [3, p. 2-5].

Exposure to RF radiation has been shown to increase oxidative stress in cells, leading to an imbalance between free radicals and antioxidants. Oxidative stress can result in DNA damage, a mechanism also linked to the development of cancers. Some studies suggest that prolonged mobile phone use may slightly elevate the risk of brain cancers, such as gliomas, although findings remain controversial. DNA damage caused by RF radiation is an area requiring further research to confirm these potential risks.

RF radiation can produce thermal effects, causing tissues to absorb energy and experience slight temperature increases, which may affect nearby cells. Non-thermal effects, while less understood, may disrupt cellular function by altering ion channels and the permeability of cellular membranes. These effects are particularly relevant to the sensitive tissues of the brain and eyes, which are in close proximity to mobile phone use [4, p. 1-3].

Conclusion. The influence of mobile phone use on the human body encompasses both immediate and potential long-term effects. While non-ionizing RF radiation from mobile phones is less harmful than ionizing radiation, prolonged exposure may still contribute to oxidative stress, sleep disturbances, and even potential DNA damage. Evidence supporting mobile phone radiation's role in cancer development remains inconclusive, yet public health initiatives should consider promoting guidelines for moderate use, especially among vulnerable groups like children. Further research is warranted to comprehensively understand the mechanisms through which mobile phones may impact human health and inform preventative strategies.

Keywords: mobile phone radiation, RF radiation, cognitive function, sleep disturbances, oxidative stress, public health

REFERENCES

1. Magiera A, Solecka J. Mobile telephony and its effects on human health. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2019;70(3):225-234. doi: 10.32394/rpzh.2019.0073. PMID: 31515981.
2. Buckus R, Strukčinskienė B, Raistenskis J, Stukas R, Šidlauskienė A, Čerkauskienė R, Isopescu DN, Stabryla J, Cretescu I. A Technical Approach to the Evaluation of Radiofrequency Radiation Emissions from Mobile Telephony Base Stations. *Int J Environ Res Public Health.* 2017 Mar 1;14(3):244. doi: 10.3390/ijerph14030244. PMID: 28257069; PMCID: PMC5369080.

3. Urbinello D, Joseph W, Huss A, Verloock L, Beekhuizen J, Vermeulen R, Martens L, Rössli M. Radio-frequency electromagnetic field (RF-EMF) exposure levels in different European outdoor urban environments in comparison with regulatory limits. *Environ Int.* 2014 Jul;68:49-54. doi: 10.1016/j.envint.2014.03.007. Epub 2014 Apr 3. PMID: 24704639.
4. Hardell L, Koppel T. Electromagnetic hypersensitivity close to mobile phone base stations – a case study in Stockholm, Sweden. *Rev Environ Health.* 2022 Mar 2;38(2):219-228. doi: 10.1515/reveh-2021-0169. PMID: 35238501.

ГУМЕНЧУК І.О.,
магістр медсестринства,
Львівська медична академія ім.Андрея Крупинського

ПРОФЕСІЙНА МОТИВАЦІЯ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ У МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ

Актуальність даної проблематики полягає в тому, що професійна мотивація відіграє ключову роль у підготовці медичних сестер/братів у закладах медсестринської освіти. Цей компонент є основою для якісного засвоєння знань, формування практичних навичок і розвитку особистісних якостей, необхідних для успішного виконання професійних обов'язків.

Варто зазначити, що феномен мотивації є однією з ключових тем для досліджень у педагогіці та психології, адже саме мотивація є основою для формування та підтримки поведінки людини. Її значення полягає у впливі на процеси навчання, праці та особистісного розвитку. Однак вивчення цього явища стикається з низкою проблем, зокрема динамічністю мотивів, їх різноманітністю, рівнем сформованості та стійкістю. Ці фактори створюють труднощі у розробці єдиної мотиваційної моделі чи універсального підходу до управління мотивами. Тому дослідження мотивації залишається актуальним завданням для науки та практики.

У вітчизняній педагогіці та психології велика увага приділяється різним аспектам професійного становлення майбутніх фахівців, зокрема, дослідженню студента як суб'єкта діяльності, етапів та чинників становлення його як професіонала (К. Абульханова-Славська, В. Бодров, Е. Клімов, А. Маркова, А. Деркач, В. Шадріков та ін.), визначенню здібностей, можливостей, спрямованості, індивідуально-особистісних особливостей, необхідних для формування професійно важливих якостей особистості студента у процесі його навчання (Е. Зеєр, Є. Климов, Т. Кудрявцева, Б. Ломов, Б. Теплов та ін.). Мотиваційно-потребнісні компоненти навчальної та навчально-професійної діяльності розглядалися багатьма вітчизняними та зарубіжними науковцями (В. Апелът, Л. Божович, Р. Вайсман, Л. Виготський, І. Ільїн, В. Кікоть, А. Леонт'єв, Г. Мухіна, Н. Нестерова, С. Рубінштейн, А. Печніков, Г. Щукіна, П. Якобсон, В. Якунін та ін.) [1].

Варто зазначити, що медсестринство відіграє ключову роль у структурі охорони здоров'я України, тому професійна мотивація здобувачів освіти медсестринського спрямування є ключовим аспектом в освітньому процесі. Медсестринство – це професія, що вимагає не лише високого рівня знань і

компетентностей, а й емоційної стійкості, співчуття, емпатії та готовності до самовідданої праці.

Медичні сестри та брати є основним контактом пацієнтів з системою охорони здоров'я, забезпечуючи догляд за пацієнтами, проведення профілактичних заходів, асистування лікарям під час процедур та операцій, а також надають психологічну підтримку хворим [2]

З 2018 року в Україні розпочалася широкомасштабна реформа сфери первинної медичної допомоги, що призвело до появи нових викликів та необхідності впровадження нових практик у медсестринство. [3] Медичні сестри та брати відіграють важливу роль у забезпеченні безперервного догляду за пацієнтами, підтриманні гігієни та комфорту пацієнтів, моніторингу стану здоров'я та реагуванні на зміни в стані пацієнта [2].

Навчання медичних сестер та братів проводиться на різних освітніх рівнях, що визначаються стандартами Світової федерації з медичної освіти (WFME). Згідно з цим визначаються три етапи медичної освіти: базова, післядипломна та безперервна медична освіта. Отримати таку освіту можна в 114 наукових закладах, що мають ліцензію на надання освіти медичної сестри. На додипломному рівні підготовка триває три-чотири роки для отримання диплому молодшого спеціаліста раніше, зараз фахового молодшого бакалавра; вища освіта (бакалавр) вимагає чотирьох років навчання. Повна вища освіта (магістр) та PhD потребують подальшого навчання [3].

Тому мотивація здобувачів освіти до навчання, а згодом і до обраної професії, є критичним фактором, що впливає на формування відповідального ставлення до майбутньої професійної діяльності.

Опираючись на наукові дослідження, власні спостереження, як практикуючої сестри медичної та досвід роботи викладання для майбутніх фахівців з медсестринства, можу сформулювати наступні чинники, що впливають на мотивацію здобувачів освіти до обраної професії:

1. Якісне освітнє середовище – має бути належним чином організований освітній процес, інтерактивні методи викладання, сучасна матеріально-технічна база. Ці елементи освітнього середовища сприяють зацікавленості здобувачів освіти.
2. Персональний приклад викладачів – професійність і поведінка викладачів формують у здобувачів розуміння важливості їхньої майбутньої професії.
3. Кар'єрні перспективи – успішне працевлаштування, випускників, а в подальшому можливість професійного зростання та підвищення кваліфікації стимулюють прагнення досягати високих результатів.
4. Підтримка з боку суспільства – повага до професії сестри/брата медичних сприяє підвищенню престижності професії.

Також важливо зазначити, що вкрай важливим є впровадження інструментів для формування професійної мотивації у закладах медсестринської освіти. Пропоную декілька освітніх інструментів, які впливають на формування професійної мотивації:

- Конференції, семінари та круглі столи є надзвичайно важливими для здобувачів медсестринської освіти. Вони надають кілька ключових переваг: по-перше, здобувачі освіти мають можливість дізнатися про новітні дослідження, інновації та передові практики у сфері медсестринства; по-друге: отримати практичний досвід, оскільки мають можливість обговорювати реальні випадки та проблеми, обмінюватися досвідом з практикуючими сестрами/братами медичними та викладачами. А, також зустріч з іншими здобувачами освіти, фахівцями та експертами створює можливість для налагодження корисних контактів, які можуть допомогти в подальшій медсестринській кар'єрі. Участь у таких заходах допомагає здобувачам освіти розвивати свої навички комунікації, критичного мислення та публічного виступу. Спілкування з провідними фахівцями та успішними колегами може надихати студентів до подальшого професійного зростання та розвитку.
- Використання сучасних технологій навчання. Симуляційні тренінги та інтерактивні методи викладання мають значний вплив на глибоке засвоєння знань та професійну мотивацію сестер медичних та братів медичних. Симуляції дозволяють здобувачам працювати в умовах, максимально наближених до реальних клінічних ситуацій. Це допомагає їм практикувати навички та приймати рішення в безпечному середовищі. Інтерактивні методи викладання, такі як групові обговорення, рольові ігри та практичні вправи, сприяють активній участі здобувачів у процесі навчання. Це збільшує залученість і допомагає краще запам'ятовувати матеріал. Важливим аспектом під час симуляцій є те, що здобувачі освіти отримують негайний зворотний зв'язок від викладачів -тренерів, а також від своїх колег, що дає змогу їм зрозуміти свої помилки та вдосконалити практичні навички. Робота в симуляційних середовищах вимагає від здобувачів освіти аналізу ситуацій, прийняття обґрунтованих рішень та вирішення проблем, що сприяє розвитку критичного мислення. Відпрацювання практичних ситуацій в симуляційних центрах допомагає здобувачам освіти відчувати себе впевненіше, відчути рівень володіння практичними навичками та теоретичними знаннями, що позитивно впливає на їхню професійну мотивацію. Важливим є те, що підготовка в умовах симуляцій допомагає знизити рівень стресу при роботі з реальними пацієнтами, оскільки здобувачі освіти вже мали можливість відпрацювати необхідні навички.
- Практичні заняття та клінічні практики. Досвід роботи з реальними пацієнтами є безцінним для майбутніх сестер та братів медичних. Робота з паціє-

нтами дозволяє застосувати теоретичні знання на практиці, навчитися проводити медичні процедури, надавати догляд і підтримку. Спілкування з пацієнтами допомагає розвивати навички емпатії, розуміння та вміння ефективно комунікувати з різними людьми. Реальні випадки змушують усвідомити відповідальність, яку несе фахівець з медсестринства за здоров'я і благополуччя своїх пацієнтів. Контакт з різними ситуаціями та станами пацієнтів допомагає розвивати психологічну стійкість і здатність працювати у стресових умовах. Робота в реальному медичному колективі дає змогу навчитись ефективно взаємодіяти з іншими медичними працівниками та розуміти важливість командної роботи в системі охорони здоров'я. Загалом, такий досвід допомагає студентам зрозуміти важливість своєї професії та ролі, яку вони відіграватимуть у житті своїх пацієнтів, а також підготуватися до реальних викликів, з якими вони зустрінуться у своїй кар'єрі.

Не менш важливим освітнім інструментом є формування цінностей через виховання. На мою думку, варто робити акцент на етичних аспектах роботи медичних сестер та медичних братів, оскільки це відіграє ключову роль у формуванні відповідального ставлення до професії. Етика в медсестринстві сприяє усвідомленню значущості кожної дії, що впливає на життя, здоров'я та добробут пацієнтів. Дотримання етичних принципів, таких як повага до гідності пацієнта, конфіденційність, справедливість і чуйність, допомагає медичним сестрам чи братам медичним розвивати професійність, людяність та емпатію у своїй професійній діяльності. Етична основа роботи мотивує сестер/братів медичних відповідально підходити до виконання обов'язків, ставити на перше місце інтереси пацієнта та зберігати високі стандарти якості медичної та медсестринської допомоги. Крім того, акцент на етиці сприяє формуванню довіри в медичному та медсестринському колективі, підтримує взаємоповагу між медичними працівниками та пацієнтами, а також запобігає професійному вигоранню, оскільки спрямовує увагу на важливість людяності у професії. Таким чином, етичні аспекти не лише регулюють поведінку медичних сестер, а й зміцнюють їхню відповідальність за результати своєї роботи, підвищуючи значущість професії в очах суспільства.

Отже, можна стверджувати, що професійна мотивація забезпечує ефективне навчання та адаптацію до викликів сучасної медичної практики. Вона сприяє розвитку таких якостей, як стресостійкість, готовність до тривалого безперервного навчання, прагнення до професійного самовдосконалення та формування стійкої професійної ідентичності. Професійна мотивація є основою для успішної підготовки майбутніх фахівців медсестринства. Завдяки інтеграції мотивувальних елементів в освітній процес, заклади медсестринської освіти здатні формувати висококваліфікованих, етично відповідальних і відданих

своїй справі працівників, які готові забезпечувати якісну медичну допомогу та зміцнювати систему охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Онищенко І. В. Навчально-професійна мотивація як складник професійного становлення майбутніх фахівців педагогічного профілю.// Педагогіка вищої та середньої школи. – 2016. – Вип. 48.Ст 141.
2. Г. Марараш, А. Бідучак. Медсестринство в Україні: актуальність сьогодення//БДМУ, прес-служба. 2024 р. URL: <http://surl.li/ehslnp> (дата звернення 11.01.2025 року).
3. Розвиток медсестринства на рівні первинної медичної допомоги//World Health Organization 2021. URL: <http://surl.li/pyerpx> (дата звернення 11.01.2025 року).

ДЗЮБ Р.Є.,
студент I-го курсу
спеціальності 223 Медсестринство,
Львівська медична академія
ім.Андрея Крупинського
Науковий керівник:
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.,
к.держ.упр., доц.,
Львівська медична академія
ім.Андрея Крупинського

УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ОСВІТИ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Європейська інтеграція України та необхідність реформування вищої медичної освіти вимагають глибокого вивчення та комплексного аналізу різних аспектів освітнього процесу. Перед тим як визначити напрямки реформ, необхідно провести ретельний аналіз поточного стану, узагальнити результати та критично осмислити основні недоліки. У зв'язку з цим, для освітян у медичній галузі України особливо важливо ознайомитися з системами моніторингу освіти. Міжнародний досвід у цьому питанні може надати цінну інформацію та допомогти сформувати чіткий і якісний план проведення змін.

Крім того, варто враховувати сучасні тенденції та інновації в галузі медичної освіти, адаптуючи їх до потреб та можливостей української системи охорони здоров'я. Це включає вивчення нових методів навчання, впровадження сучасних технологій та підвищення рівня підготовки викладачів. Головною метою реформування має стати підготовка висококваліфікованих медичних фахівців, здатних ефективно працювати в умовах сучасних викликів та забезпечувати високий рівень медичної допомоги.

Одним із вирішальних факторів стабільного розвитку держави є якісна освіта, яка відіграє ключову роль у створенні єдиного європейського освітнього простору [1].

Відповідно до Закону України «Про вищу освіту» якість вищої освіти – це рівень здобутих особою знань, умінь, навичок, що відображає її компетентність відповідно до стандартів вищої освіти. Якість освітньої діяльності визначається в цьому документі як рівень організації освітнього процесу у вищому навчальному закладі, що відповідає стандартам вищої освіти, забезпечує здобуття особами якісної вищої освіти та сприяє створенню нових знань [2].

Без законодавства і нормативних документів, що регламентують правила, процеси, методи виготовлення та контролю продукції, надання послуг, а також забезпечують безпеку життя, здоров'я, майна людей і навколишнього середовища, жодне суспільство не може функціонувати у XXI столітті.

Система управління освітою повинна стати державно-громадською, і її результати мають сприяти трансформації навчальних закладів з соціальних інститутів у освітні організації, що впроваджуватимуть інноваційне академічне підприємництво та сприятимуть розвитку бізнесової, соціальної і гуманітарної сфер в Україні.

Проблеми освіти вивчали О. І. Волков, Л. М. Віткін, Г. І. Хімичева, А. С. Зенкін, І. Є. Булах, О. П. Волосовець та ін.

А. І. Чміль конкретизує принципи, закладені в міжнародних стандартах та використовуються при розробці системи управління якістю освіти. До них належать орієнтація на споживачів (студентів і слухачів); підвищення ролі керівництва в системі управління якістю освіти; залучення педагогічних працівників у функціонування системи управління якістю з підвищенням їхньої відповідальності й зацікавленості результатами своєї діяльності; процесний підхід, що передбачає управління освітніми структурами як бізнес-процесами; системний підхід, що враховує взаємозв'язок і взаємовплив підсистем вищої школи для досягнення вищої ефективності та результативності; постійне поліпшення з упровадженням прогресивних методів і технологій як мета організації; прийняття рішень на основі безсумнівних фактів та інформації [3].

Забезпечення якості освіти – одна з головних умов мобільності, сумісності та привабливості системи вищої освіти будь-якої країни, головна складова престижу вишу. Принцип інституційної автономії передбачає, що основна відповідальність за забезпечення якості лежить на вишах. У світовій практиці застосовуються різні підходи в оцінюванні якості роботи університетів та академій: репутаційний (на основі експертних оцінок), результативний (за об'єктивними показниками) і загальний. Репутаційний підхід використовує експертний механізм оцінки професійних освітніх програм і навчальних закладів у цілому. Підґрунтя результативного підходу – це вимірювання кількісних показників діяльності вищого навчального закладу. Загальний підхід базується на принципах загального менеджменту якості та вимогах до систем менеджменту якості з боку ISO [4].

Медична освіта в Україні забезпечується розгалуженою мережею медичних, фармацевтичних і стоматологічних коледжів, інститутів, академій і університетів. У цих закладах здійснюється середньо-спеціальна та вища фахова підготовка, перекваліфікація і вдосконалення майстерності, а також післядипломна освіта для медичних кадрів різних рівнів. Основною метою освітнього

процесу у вищих медичних освітніх закладах є підготовка компетентних, висококваліфікованих спеціалістів для медичної галузі.

Україна приєдналася до Болонського процесу, в якому якість підготовки фахівців є визначальним критерієм. В рамках Болонського процесу діяльність українських медичних закладів освіти у напрямі забезпечення якості підготовки майбутніх медичних кадрів може вважатися успішною за наступних умов: надання освітніх послуг та професійної підготовки на рівні, що відповідає потребам держави та суспільства, здатність задовольняти вимоги ринку праці, готуючи фахівців, які можуть ефективно працювати у сучасних умовах, відповідність сучасним стандартам вищої медичної освіти.

Крім того, для успішної підготовки медичних кадрів важливо враховувати сучасні тенденції та інновації в медичній освіті. Це включає вивчення нових методів навчання, впровадження сучасних технологій та підвищення рівня підготовки викладачів. Також важливо забезпечити доступ до міжнародного досвіду та практик, що сприятиме підвищенню якості освіти та підготовки фахівців для медичної галузі України.

Якість національної вищої медичної освіти необхідно забезпечувати поєднанням трьох органічно взаємопов'язаних складових, що передбачають удосконалення державної політики, якість навчального процесу у вищих навчальних медичних закладах і безперервний фаховий розвиток кожного лікаря. Сучасний етап характеризується стрімким розвитком медицини, упровадженням нових методів терапії та діагностики – це потребує перегляду програм підготовки фахівців для української медичної галузі, що мають базуватися на європейських стандартах лікування, сучасних інформаційних технологіях, передбачати можливість опанування практичних навичок роботи із сучасним лікувально-діагностичним обладнанням. Своєю чергою, це дасть змогу вітчизняним спеціалістам навчатися і працювати в єдиному професійному європейському просторі. Тому без зміни парадигми базової середньої і вищої медичної освіти в Україні наблизити систему охорони здоров'я до світових стандартів та здійснити її реформування неможливо [5].

Якість технологій навчання у медичних освітніх закладах медсестринського спрямування безпосередньо впливає на рівень фахової підготовки. Для ефективного вирішення цієї проблеми необхідно дотримуватися наступних умов:

- Наукова організація та інтенсифікація освітнього процесу.
- Зменшення обсягів інформації шляхом чіткої структуризації навчальних цілей.
- Встановлення оптимального балансу між вивченням фундаментальних та спеціальних дисциплін, теоретичною та практичною підготовкою сестер/братів медичних.
- Якість управління системою освіти і професійної підготовки.

- Відповідність змісту та структури освітньої програми професійним стандартам.
- Якість кадрового потенціалу науково-педагогічних та педагогічних працівників.
- Посилення інтеграції освітнього процесу із закладами охорони здоров'я за рахунок використання клінічних баз науково-дослідних установ та кращих лікувально-профілактичних установ.
- Якість інфраструктури освітнього закладу.

Згідно з принципами автономії вищих закладів освіти медсестринського спрямування та вимогами Болонського процесу, контроль за якістю освіти покладається на кожен окремий освітній заклад. Якість підготовки медичних сестер/братів магістрів буде інтегральною та визначатиметься ефективністю дидактичної концепції вищої медичної освіти та якістю дидактичного забезпечення освітнього процесу в кожному конкретному закладі.

Головною метою Болонського процесу є узгодження спільних вимог, критеріїв та стандартів національних систем вищої освіти і формування єдиного європейського освітнього та наукового простору до 2010 року у продовження Лісабонської конвенції 1997 року щодо визнання кваліфікацій дипломів, отриманих у європейських країнах, і Сорбонської декларації 1998 року, яка була орієнтована на узгодження структури вищої освіти в Європі. Характерно, що доступ до цих декларацій був відкритий для всіх європейських країн, а не тільки учасниць Європейського Союзу [6].

Коли говорять про якість освіти, то, в першу чергу, мають на увазі їх дієвість – здатність використовувати набуті знання і вміння на практиці. За експертними оцінками, цим параметром ми поступаємося нашим європейським колегам найбільше. Знають наші випускники багато, а от навички практичного застосування знань сформовані недостатньо. За європейським стандартом, дипломований фахівець відразу займає робоче місце і виконує свої посадові обов'язки, гарантією чого є диплом і авторитет вищого навчального закладу [6].

Такі умови можна забезпечити тільки в тому випадку, якщо випускник має достатні навички самостійної роботи, вміє планувати свій робочий час і займає активну позицію по відношенню до виконуваної роботи – якраз такі вміння повинен отримувати студент під час свого навчання. Якщо раніше класична парадигма навчання вкладалася у стосунки суб'єкт-об'єкт (де суб'єктом виступав викладач, а об'єктом отримання знання був студент), то тепер студент також стає суб'єктом навчання – в результаті ми отримуємо "активну співпрацю, в ході якої студент отримує знання і вміння, а викладач – майстерність"[6].

Способом реалізувати таку співпрацю викладачів і студентів є модульно-кредитна система, яка є однією з умов Болонського процесу. Вона передбачає модульну перевірку знань на початку, в середині і в кінці навчального курсу (модульні заліки), самопідготовку і активну участь в пропонуваніх протягом курсу видах роботи – семінарах, колоквиумах, індивідуальних заняттях[6].

У такій системі, як правило, кінцевий залік з курсу є лише частиною оцінки роботи студента, бо найбільш вагому частину оцінки складає все таки робота протягом всього часу вивчення предмету. Тоді студенту просто не вдасться мовчки відсидіти семінарські заняття (аби зарахували "присутність") і отримати на кінцевому іспиті "зараховано" – тут потрібно проявляти самостійність і відповідальність на всіх етапах вивчення курсу. Головне завдання викладача у такому підході – сформувати інтерес і творче ставлення до навчання, сформувати "правила гри", пояснити умови успішного засвоєння курсу, консультувати студентів у процесі навчання, заохочувати до вивчення першоджерел та перевіряти їхнє засвоєння. Результатом роботи студента стане отримання "кредиту", який свідчить про засвоєні знання і вміння [6].

З самого початку Болонський процес був покликаний збільшити конкурентоспроможність і привабливість європейської вищої освіти, сприятиме мобільності студентів, полегшити працевлаштування за рахунок введення системи, що дозволяє легко визначити рівень підготовки та ступінь випускників. Ще однією важливою метою, яка була поставлена з самого початку, є забезпечення високої якості навчального процесу. У процесі множинних зустрічей міністрів освіти були розроблені основні положення єдиного освітнього процесу. Поділ учнів на студентів і аспірантів було запропоновано замінити кваліфікаційними ступенями з акцентом на результатах навчання. Концепція громадського контролю вищої освіти була введена і в даний час сприймається як основний політики в області європейської вищої освіти [7].

Створення Європейського простору вищої освіти саме по собі не означає досягнення усіх цілей Болонського процесу. Таким чином, ми можемо тепер сказати, що Болонський процес і Європейський простір вищої освіти вступили в нову фазу – фазу консолідації та вдосконалення. Особливо це важливо у світлі різноманітних реакцій на реалізацію Болонського процесу в різних країнах.

На цьому етапі важливо зосередитися на подоланні викликів та інтеграції кращих практик у систему вищої освіти. Це включає:

- Усунення розривів між системами освіти різних країн;
- Забезпечення рівного доступу до якісної вищої освіти для усіх здобувачів;
- Підвищення мобільності здобувачів та викладачів;
- Впровадження інноваційних методів навчання та сучасних технологій;
- Зміцнення взаємодії між освітніми закладами та ринком праці.

У світлі цих завдань, ключовим аспектом успіху Болонського процесу є постійний моніторинг та адаптація підходів для відповідності сучасним вимогам та потребам суспільства. Цей процес вимагає активної співпраці між країнами-членами, обміну досвідом та впровадження найкращих практик для підвищення якості вищої освіти в Європі.

Крім того, важливо враховувати сучасні освітні тенденції та інноваційні підходи, що сприятимуть підвищенню якості підготовки майбутніх медичних фахівців. Це включає вивчення міжнародного досвіду, впровадження новітніх технологій навчання та забезпечення доступу до сучасних навчальних матеріалів та ресурсів.

Діяльність освітян повинна бути зосереджена на пошуку нового демократичного та відкритого механізму управління освітою, який спрямовуватиме освітні процеси на розвиток, а не на відтворення. Такий механізм забезпечить державне управління освітою з урахуванням громадської думки, що сприятиме зміні сутності, функцій, структури та стилю управління освітою. Управлінські реформи у вищій школі слід розпочинати з найнижчого рівня управління – рівня освітніх організацій, особливо враховуючи відсутність єдиних науково обґрунтованих стандартів управління в українських закладах освіти.

Разом із тим, міжнародний досвід, є найбільш ефективним механізмом підвищення якості роботи органів державної влади з точки зору потреб споживачів є впровадження і їх діяльність стандартів і процедур, які проводять системи управління в державному секторі до спільних з бізнес-сектором. Найуспішніший приклад ефективно стандартизації є запровадження в органах державної влади стандарту управління якістю [8].

Отже, управління якістю освіти в закладах вищої медсестринської освіти є ключовим аспектом забезпечення підготовки висококваліфікованих фахівців, здатних ефективно працювати в сучасній медичній системі. Для досягнення цієї мети необхідно дотримуватися ряду важливих умов, а саме: інтенсифікація освітнього процесу шляхом наукової організації, чіткої структуризації навчальних цілей та встановлення оптимального балансу між вивченням фундаментальних і фахових освітніх компонент; ефективне управління освітніми закладами, що включає належне планування, моніторинг та оцінку навчальних досягнень здобувачів освіти; відповідність змісту та структури освітніх програм характеристикам і потребам майбутніх фахівців, враховуючи їх фізіологічні, психологічні та професійні особливості; забезпечення високої якості кадрового потенціалу через постійне підвищення кваліфікації та професійного розвитку професорсько-викладацького складу; посилення зв'язку між теоретичною підготовкою та практичними навичками через використання клінічних баз науково-дослідних установ і кращих закладів охорони здоров'я; розвиток та модернізація навчальної інфраструктури для забезпечення комфортних

умов навчання та ефективного використання сучасних технологій; відповідність навчальних програм та навантаження законодавчим вимогам і сучасним стандартам вищої медичної освіти.

Згідно з принципами автономії закладів вищої медсестринської освіти та вимогами Болонського процесу, кожен освітній заклад несе відповідальність за забезпечення якості освіти. Успіх у цій сфері залежить від ефективності дидактичної концепції та якості дидактичного забезпечення освітнього процесу. Таким чином, забезпечення високого рівня освіти в закладах вищої медсестринської освіти є важливим кроком до формування компетентних та висококваліфікованих медичних фахівців, здатних відповідати на сучасні виклики у галузі охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Яценко Е.М. Якість вищої освіти в контексті євроінтеграції / Е.М. Яценко // Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору. – Дод. 1 до вип. 31, т. II (44). – К. : Гнозис, 2013. – С. 374 – 384. (дата звернення 04.02.2025)
2. Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556-VII (із змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/go/1556-18> (дата звернення 25.01.2025)
4. Чміль А.І. Принципи формування системи управління якістю освіти в умовах реформування / А. І. Чміль // Післядипломна освіта в Україні. – 2006. – №2 (9). – С. 75-76. (дата звернення 25.01.2025)
5. Система управління якістю медичної освіти в Україні: монографія / [І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко та ін.]. – Д. : АРТ-ПРЕС, 2003. – С. 29-34. (дата звернення 26.01.2025)
6. Сучасні завдання вищої медичної освіти та кадрового забезпечення реформування галузі / Т.М. Старча, О.П. Волосовець, І.В. Клоченко [та ін.] // Реалізація Закону України «Про вищу освіту» у вищій медичній та фармацевтичній освіті України: матер. Всеукр. навч.-наук. конф., 21-22 травня 2015 р., Тернопіль. – Тернопіль : ТДМУ, «Укрмедкнига». – С. 5 – 7. (дата звернення 27.01.2025)
7. URL:https://osvita.ua/vnz/high_school/5118/ (дата звернення 05.02.2025)
8. URL: <https://vnz.org.ua/bolonskyj-protses> (дата звернення 25.01.2025)
9. Воробієнко, П. П. Практичний досвід розроблення та впровадження системи управління якістю підготовки фахівців з вищою освітою в Одеській національній академії зв'язку ім. О. С. Попова / П. П. Воробієнко, І. В. Станкевич, О. І. Глухова, Л. О. Суліма // Вища школа: наук.-прак. вид.; М-во освіти і науки України. – К. : Знання. – 2013. – № 6. – С. 7–20. (дата звернення 28.01.2025)

САХАРНАЦЬКА Д.М.,
II курс, 223 Медсестринство
ДУБ Н.Є.,
к.держ.упр., доц.
КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»
КАЗАН І.В.
КЗ ЛОР «Самбірський фаховий
медичний коледж»

НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА УПРАВЛІННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЮ ОСВІТОЮ

Вступ. Упродовж останніх років Уряд України зробив певні важливі кроки для реформування системи охорони здоров'я. Згідно з міжнародною практикою було ухвалено рішення щодо перекваліфікування первинної ланки медицини до допомоги в основу щодо надання послуг із охорони здоров'я. В Астанінській декларації щодо первинної медичної допомоги та на порядку денному у сфері сталого розвитку підкреслено, що первинна медико-санітарна допомога є найбільш інклюзивним, ефективним і дієвим підходом до покращення послуг та збереження громадського здоров'я і добробуту.

Основна частина. Основні зміни почали відбуватись після початку оновлення нормативно-правової бази надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні стрімкого розвитку почала набувати ще з 2000 року, коли відповідно до документів ВООЗ була прийнята Концепція розвитку охорони здоров'я в Україні. Вона була спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя. В основі реформування нормативно-правової бази було закладено: надання консультацій, проведення діагностики та лікування отруєнь, травм, найбільш поширених хвороб, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; консультування пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги; здійснення профілактичних заходів; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, спеціалізованої медичної допомоги [1].

Необхідність визначення основних напрямів розвитку охорони здоров'я населення України зумовлюється реальними політичними та соціально-економічними процесами.

Категорія	Фактор	Пояснення
Охорона здоров'я	Незадовільний стан здоров'я населення	Висока захворюваність на серцево – судинні, онкологічні та інші хвороби.
	Низька економічна ефективність використання ресурсів охорони здоров'я	Нераціональне використання коштів, застаріле обладнання, неефективне управління.
	Недосконала система оплати праці лікарів та інших працівників сфери ОЗ	Низька заробітна плата, що призводить до відтоку кадрів та зниження мотивації.
	Диспропорції у розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги	Недостатній розвиток первинної медичної допомоги, що призводить до перевантаження стаціонарів.
Соціально-економічні та політичні чинники	Політичні та соціально-економічні процеси	Нестабільність, корупція, соціальна нерівність, рівень соціального захисту.
	Демократизація суспільства	Перехідний період, що може супроводжуватися соціальними та економічними труднощами.
	Глобальні структурні процеси в економіці	Перехід до ринкової економіки, безробіття, трудова міграція.
	Зниження рівня і погіршення якості життя більшості громадян	Низькі доходи, недоступність якісного харчування, житла та медичних послуг.
Екологічні чинники	Незадовільна екологічна ситуація, ускладнена наслідками Чорнобильської катастрофи	Забруднення довкілля, радіаційне забруднення, що негативно впливає на здоров'я.
Демографічні чинники	Критична демографічна ситуація	Зниження народжуваності та старіння населення.
Інтеграція та глобалізація	Інтеграція України у світове співтовариство	Відкриття доступу до нових технологій та знань, але й потенційне поширення шкідливих звичок та нездорових моделей поведінки.

Рис. 1. Чинники, які визначають основні напрями розвитку охорони здоров'я населення України [2].

Одним із основних завдань реформування нормативно-правової бази було проведення аналізу національного законодавства України щодо регулювання сфери діяльності сестер медичних. Дане дослідження охоплювало міжнародні акти, що є частиною національного законодавства, галузеві закони та підзаконні нормативно-правові акти. Акти законодавства, що стосуються регулювання діяльності медичних сестер в Україні, умовно можна поділити на три групи, залежно від характеру та мети регулювання: 1) декларативні й загальні акти законодавства, 2) галузеві підзаконні акти, що безпосередньо стосуються діяльності медичних сестер та 3) галузеві підзаконні акти, що опосередковано стосуються діяльності медичних сестер [3, с. 25-28].

До групи декларативних і загальних актів законодавства відносять міжнародні акти, ратифіковані Верховною Радою України (або УРСР за принципом правонаступництва), декларації ВООЗ та Закони України у сфері охорони здоров'я. У цій групі актів варто виділити положення Конвенції про зайнятість та умови праці й життя сестринського персоналу Міжнародної організації праці №149 від 1 червня 1977 року, що набула чинності для УРСР 11 липня 1979 року [4].

Стаття 2 Конвенції визначає, що кожна держава-член, серед усього іншого, вживає потрібних заходів для надання сестринському персоналові:

- освіти й підготовки, що відповідають здійсненню його функцій;
- умов зайнятості й праці, серед них можливості просування та винагородження, які могли б залучити людей до професії й утримати їх у ній.

Власне, окрім гідних умов праці, у Конвенції зосереджено увагу на регулювання вимог до освіти та допуску до професії медсестринського персоналу: «Основні вимоги щодо освіти й підготовки сестринського персоналу, а також контроль за такою освітою і підготовкою передбачаються національним законодавством або компетентним органом влади, чи професійними органами, уповноваженими на це таким законодавством» та «Національне законодавство вказує умови надання права на здійснення сестринського догляду та обмежує надання цього права тільки особами, які відповідають цим умовам» [4].

Також одним із важливих міжнародних документів у сфері медсестринства є Мюнхенська декларація ВООЗ 2000 року, яка визначає необхідність кроків держав-членів ВООЗ Європейського регіону в напрямі:

- покращення первинної та безперервної освіти й доступу до вищої медсестринської та акушерської освіти;
- створення можливостей для медсестер, акушерок/ів та лікарів навчатися разом на додипломному й післядипломному рівнях, забезпечення більшої співпраці та міждисциплінарної взаємодії в інтересах покращення догляду за пацієнтами;

- пошуку можливостей для встановлення і підтримки програм та послуг сімейно-орієнтованого підходу до медсестринства й акушерства в громаді, включаючи, де це доречно, сімейну медсестру;
- посилення ролі медсестер та акушерів/ок у громадському здоров'ї, пропагуванні здоров'я та розвитку громад [5].

Згадані й низка інших міжнародних документів і звітів, які є орієнтиром для визначення напрямів публічної політики у сфері медсестринства та декларують професійні права, а також, зокрема, спрямованість роботи медичних сестер первинної ланки. Галузеві Закони України в декларативних положеннях здебільшого не виокремлюють медичних сестер як специфічну категорію медичного персоналу, а вживають узагальнений термін «медичні працівники». Наприклад, в частині 3 статті 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я вказано: «Первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі інших спеціальностей, визначених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та інші медичні працівники, які працюють під їх керівництвом» [6].

До групи галузевих підзаконних актів, що безпосередньо стосуються діяльності медичних сестер варто віднести передусім накази МОЗ України щодо визначення кваліфікаційних характеристик медичних сестер, затвердження медико-технологічних документів (Протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій) та інші галузеві накази МОЗ, де безпосередньо визначено функціональні обов'язки медичних сестер. Випуск 78 Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників містить перелік медсестринських посад і вимоги до освіти, кваліфікації та посадових обов'язків. Водночас варто зауважити, що для управлінських медсестринських посад у Довіднику визначено три окремі посади, функціональні обов'язки яких в окремих частинах дублюються: головна медична сестра, сестра медична старша, сестра медична-координатор. Неможливо визначити розподіл ролей між працівниками, що займають ці посади, а також визначити доцільність введення в штат усіх трьох посад [7].

Ключовим для діяльності медичних сестер на первинній ланці надання первинної медичної допомоги також є наказ МОЗ № 504 від 19 березня 2018 року «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги». Порядком вводиться поняття «Команда з надання ПМД» – група медичних працівників, що функціонує в межах надавача ПМД та складається не менше ніж з одного лікаря з надання ПМД та не менше ніж з одного фахівця (сестра медична загальної практики – сімейної медицини, акушерка, фельдшер тощо), який працює спільно з лікарем з надання ПМД або під його керівництвом. Звертаємо увагу, що, з одного боку, у Порядку конкретизовано залучення до

команди сестри медичної загальної практики-сімейної медицини, а з іншого – внесено невичерпний перелік фахівців (до яких належать і інші сестринські посади), які можуть працювати у складі команди з надання ПМД. Більше того, Порядком визначено, що такі фахівці працюють спільно з лікарем або під його керівництвом. Тому саме лікар з надання ПМД визначає сферу повноважень медичної сестри, яка працює в його команді [8].

До групи галузевих підзаконних актів, що опосередковано стосуються діяльності медичних сестер, можна віднести фактично весь обсяг загальних і локальних наказів, постанов та розпоряджень, що регулюють порядок надання медичної допомоги й організації роботи закладів охорони здоров'я: методики здійснення маніпуляцій, правила та нормативи, інструкції, положення тощо. При цьому Довідник кваліфікаційних характеристик покладає на медичну сестру (будь-якої медсестринської посади) обов'язок «керуватися усім чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я». Перелік таких підзаконних актів є невичерпним і зумовлює, власне, невизначеність щодо чіткого окреслення сфери відповідальності медичних сестер. До того ж деякі повноваження та обов'язки на медичну сестру як на «відповідальну особу» може бути покладено наказом керівника закладу охорони здоров'я або в межах посадової. Також варто згадати про деякі зміни, які вже відбуваються в нормативному-правовому регулюванні питання ведення «Реєстру медичних записів» та уможлиблюють ширше залучення медичної сестри до ПМД. Зокрема, згідно зі змінами, внесеними до наказу МОЗ №587 від 28.02.2020 року, окрім лікарів, право кваліфікованого електронного підпису для внесення даних у Реєстр медичних записів отримали також медичні сестри: «Записи, що вносяться до Реєстру (крім медичних записів про погашення рецептів), підписуються кваліфікованим електронним підписом лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, медичних адміністраторів, які вносять записи до Реєстру» [9].

Висновки. Дослідження нормативно-правових актів у сфері медсестринства показало відсутність систематизації та періодичного оновлення підзаконних актів, що, у свою чергу, створює умови для правових колізій, заплутаності та неможливості дотримання всього обсягу регуляторних документів. Передусім ідеться про неможливість вичерпно окреслити коло професійних обов'язків та співставити їх як зі змістом освітніх програм, так і з обсягом відповідальності. Тож на сьогодні сфера повноважень медичної сестри, незалежно від посади, конкретизується безпосередньо в закладі охорони здоров'я. Наразі можна говорити, що заклади мають потенційну можливість адаптувати роль і функції медсестри під актуальні виклики та потреби охорони здоров'я.

Отже, роль медичної сестри на первинній ланці визначено як здійснення професійної діяльності під керівництвом і організаційною координацією лікаря з

надання первинної медичної допомоги. Так, лікар, зважаючи на кваліфікаційні характеристики, визначає обсяг діагностичних процедур, тактику лікування, у тому числі застосування лікарських засобів, а медична сестра фактично реалізує рішення лікаря, проводить огляди пацієнтів та асистує лікарю. Важливо розробити відповідну нормативно-правову базу, яка узгоджуватиметься з актами, що регулюють діяльність лікарів. Це дозволить медсестрам брати участь у наданні послуг під наглядом і керівництвом сімейного лікаря, покращуючи доступ до медичної допомоги за рахунок використання нових технологій, надання мобільної допомоги та навчання самопомозі замість лікаря. Такі заходи можуть сприяти покращенню професійності сестер медичних.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України від 7 грудня 2000 року №1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>
2. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. В.І. Ткаченко. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ (2015). URL: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox?projector=1>
3. Богдан Д., Качурець М., Сасіна Я., Степурко Т., Шваб М., (2022). Роль і обов'язки медсестри на ПМД в Україні. Результати дослідження. Україно-швейцарський проєкт "Розвиток медичної освіти". С.25-28.
4. Конвенція про зайнятість та умови праці й життя сестринського персоналу № 149. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_056#Text
5. World Health Organization. (2000). Munich Declaration: Nurses and Midwives: a Force for Health, 2000. World Health Organization. Regional Office for Europe. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/34802>
6. Первинна медична допомога. URL: https://protocol.ua/ua/osnovi_zakonodavstva_ukraini_pro_ohoronu_zdorov_ya_statt_ua_35_1/
7. Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р № 117 Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text>
8. Наказ МОЗ України від 19 березня № 504. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>
9. Наказ МОЗ України від 28 лютого 2018 р. № 587 Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/z0236-20#n2>

**ПЛЕТНЬОВ ВЛАД,
СКОРИК ГЛІБ,**
студенти 3-го курсу, спеціалізації "Лікувальна справа",
Кременчуцький медичний фаховий коледж
ім. В.І. Литвиненка
Науковий керівник:
ХАРЧЕНКО ЮЛІЯ,
викладач дисципліни
«Патоморфологія та патофізіологія»,
спеціаліст вищої категорії,
Кременчуцький медичний фаховий коледж

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ GOOGLE FORMS ДЛЯ ОПИТУВАНЬ І АНАЛІЗУ ДАНИХ: ДОСВІД ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСУ СЕРЕД МОЛОДІ

Забезпечення якісної освіти, зважаючи на виклики сьогодення, які поставили перед кожним учасником освітнього процесу, зумовили використання саме інформаційних технологій в умовах дистанційного, змішаного та очного форматів навчання[1]. Перед освітянами постає все більше вимог до використання інформаційних ресурсів, за умов врахування різних військових ризиків (повітряні тривоги, переривання мережі, відсутність світла), на шляху забезпечення формування індивідуальних професійних і соціально значущих компетентностей здобувачів освіти.

Дотримуючись вимог освітньо-професійної програми коледжу, з метою досягнення результатів навчання, в межах викладання субклінічної дисципліни, активно проводиться проектна діяльність.

У сучасному інформаційному світі, коли зібрання та аналіз даних стає невід'ємною частиною наукових і соціальних досліджень, використання цифрових інструментів, таких як Google Forms, набуває особливої актуальності, як новітній інструмент навчання[2].

Дослідження стресу серед молоді віком 14–24 років, проведене студентами Кременчуцького медичного коледжу ім. В. І. Литвиненка, демонструє ефективність цього інструменту для збору та систематизації даних.

Методологія. Дослідження проведено серед молоді віком 14-24 років за допомогою опитування. Збір і аналіз даних з використанням анкетування (Google Forms), охоплює основні питання щодо причин, проявів та способів подолання стресу[3].

Чому Google Forms є ефективним інструментом?

1. Доступність і зручність.

Google Forms – це безкоштовний сервіс, який дозволяє створювати анкети різного типу: з відкритими, закритими питаннями, шкалами оцінки тощо. У випадку дослідження стресу серед молоді цей інструмент дозволив опитати значну кількість респондентів онлайн, що зробило процес збору даних максимально ефективним.

2. Широкий вибір питань для аналізу складних тем.

Використання Google Forms у цьому дослідженні включало запитання різних форматів:

- закриті (наприклад, “Чи відчували ви стрес протягом останнього року?”);
- множинний вибір (для виявлення причин стресу);
- шкальні запитання (оцінка рівня емоційної стійкості);
- відкриті (для збору індивідуальних пропозицій щодо боротьби зі стресом).

Приклади відповідей на відкриті запитання:

«Звернення уваги на індивідуальність людини, для когось, допомога при стресі, це музика, для когось, рідні та друзі. В першу чергу треба зрозуміти, що допомагає саме цій людині, і, в якій ситуації».

«Методику, яку можна робити, щоб контролювати стрес. Тобто, якщо зараз стресова ситуація, то як бути максимально спокійним і приймати важливі рішення...»

«Це була б групова програма. Вважаю, що кількість "схожих за проблемою" допомагає людині подолати стрес швидше. Також емоційна підтримка і групова "арт терапія"...»

«Варто врахувати сучасні потреби, переваги цифрових платформ і ефективні методи боротьби зі стресом!»

«Психотерапія, арт-терапія»

3. Автоматизація аналізу даних.

Google Forms автоматично структурує відповіді у вигляді різних за структурою таблиць та графіків. У дослідженні про стрес це дозволило швидко ідентифікувати основні причини (навчання, фінансові труднощі) та прояви стресу (проблеми зі сном, поганий настрій), а також виділити основні тенденції залежно від віку та рівня емоційної стійкості.

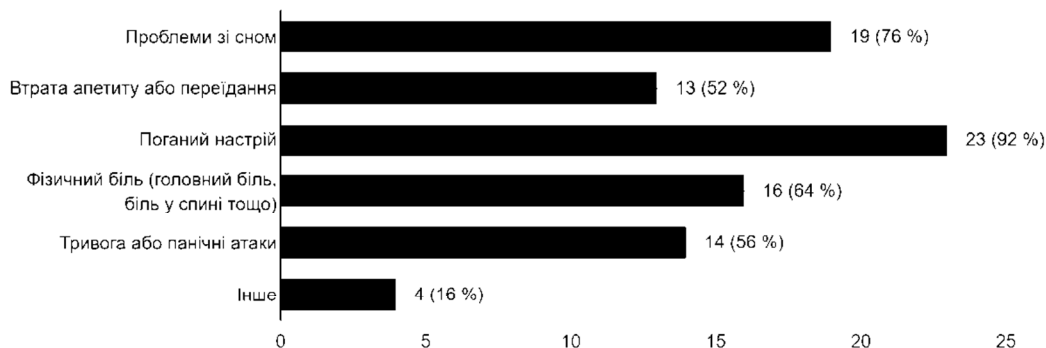
4. Масштабованість.

Анкета може бути поширена серед великої кількості респондентів без додаткових витрат, що особливо важливо для молоді, яка часто використовує цифрові платформи.

Результати дослідження: як Google Forms допомогли виявити стресові фактори?

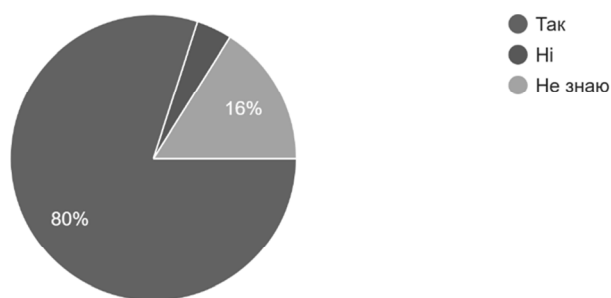
Які прояви стресу ви помічали у себе? (можна обрати кілька варіантів):

25 ответов



Чи вважаєте ви, що молодь сьогодні стикається з більшим стресом, ніж попередні покоління?

25 ответов



Опитування, проведене через Google Forms, показало, що:

- понад 85% молоді зазнали стресу протягом останнього року;
- основними причинами стресу є навчання (80%), фінансові труднощі (45%) та особисті стосунки (35%);
- прояви стресу, такі як проблеми зі сном, головний біль та поганий настрій, виявлені у 70%, 50% і 65% відповідно.

Дані, зібрані через Google Forms, також дозволили визначити ефективні способи боротьби зі стресом. Соціальна підтримка (50% обрали спілкування з друзями або сім'єю) підтверджує важливість соціальних зв'язків як регулятора емоційного стану. Також ті, хто мають високий рівень емоційної стійкості, частіше зверталися до друзів, тоді як респонденти з низькою стійкістю вказували на необхідність професійної допомоги. Респонденти також вказали на творчі заняття (музика, малювання) як ефективний спосіб саморегуляції, що підтверджує гіпотези щодо позитивного впливу креативних активностей на психічне здоров'я.

Висновки.

Google Forms зарекомендували себе як потужний інструмент для соціологічних досліджень та проєктної діяльності. Їх використання забезпечує:

- оперативність збору даних;
- точність та автоматизацію аналізу;
- зручність для респондентів.

Різноманіття варіантів форм відповідей у Формі, надає можливість, розглянути те чи інше питання під різним кутом, допомагає встановити логічні зв'язки, розвивати клінічне мислення.

Досвід дослідження стресу серед молоді демонструє, що цифрові інструменти сприяють більш глибокому розумінню медичних та соціальних проблем та розробці рекомендацій для їх подолання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреев А. А. До питання про визначення поняття «дистанційне навчання» [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.e-joe.ru/sod/97/4_97/st096.html
2. Войтович Н.В., Найдьонова А.В. Використання хмарних технологій Google та сервісів web 2.0 в освітньому процесі. Методичні рекомендації. – Дніпро: ДПТНЗ «Дніпровський центр ПТОТС», С. 2017 – 113
3. Беляєв Е.В., Прокопенко О.С. Елемент оцінювання як складова розуміння потреб здобувача//Актуальні проблеми якісної підготовки медичних кадрів у надзвичайних умовах: збірник тез доповідей навчально-методичної конференції, Вінниця 2023р.С.16-17
4. Лященко К.В. Google-сервіси: можливості та перспективи використання у сучасному освітньому середовищі URL: https://www.psyh.kiev.ua/Лященко_К.В._Googleсервіси:_можливості_та_перспективи_використання_у_сучасному_освітньому_середовищі.
5. <https://tbiomed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4682-6-21>

ПАСІЧНЮК І.П.,
к.мед.н.,
доц., каф. педіатрії №1
ЛНМУ імені Данила Галицького
ПАРТИКА У.Б.,
викладач
Львівська медична академія
ім.Андрея Крупинського

СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ЯК ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНА ФОРМА НАВЧАННЯ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ

**Скажи мені – я забуду,
покажи мені – я запам'ятаю,
залучи мене – я навчусь
(Конфуцій).**

Актуальність. Сучасна медична освіта потребує кардинальних змін у підходах до підготовки майбутніх фахівців – переходу від пасивного засвоєння знань до активного залучення студентів у навчальний процес. Традиційні методи навчання, засновані на лекціях, підручниках та стажуванні у лікарнях, не завжди відповідають вимогам сучасної медицини, де практичний досвід, критичне мислення та здатність швидко ухвалювати рішення відіграють ключову роль.

Одним із найбільш перспективних методів навчання, який відповідає викликам ХХІ століття, є симуляційне навчання. Ця технологія поєднує передові досягнення науки, технологій і педагогіки, що дозволяє не лише підвищити ефективність освіти, а й адаптувати її до сучасних реалій. Дана методика допомагає студентам здобути необхідні практичні навички, покращити клінічне мислення та розвинути командну взаємодію без ризику для пацієнтів [1,3].

Основна частина. Симуляційне навчання – це освітній процес, у якому застосовуються манекени, симуляційні тренажери, віртуальні технології та акторські сценарії для моделювання клінічних випадків.

Сьогодні симуляційне навчання виходить за рамки стандартного використання манекенів та тренажерів. З'явилися інноваційні підходи, що роблять процес навчання ще ефективнішим: метавсесвіт у медичній освіті – використання віртуальної реальності (VR) для проведення тренувань, в яких студенти

можуть взаємодіяти з реалістичними тривимірними моделями людського тіла, симулювати хірургічні операції та працювати у змодельованих лікарняних умовах. Доповнена реальність (AR) – інтеграція цифрових технологій у реальний світ. Наприклад, спеціальні AR-окуляри дозволяють «бачити» внутрішні органи пацієнта у тривимірному зображенні під час навчання. Гейміфікація навчання – створення медичних симуляторів у форматі відеоігор, де студенти можуть проходити рівні складності, тренуючи діагностичні навички та алгоритми лікування.

Одним з важливих компонентів симуляційного навчання є штучний інтелект (AI). Деякі новітні розробки включають: AI-керованих віртуальних пацієнтів, які реагують на лікування у режимі реального часу, дозволяючи студентам випробовувати різні терапевтичні підходи; персоналізовані навчальні платформи – AI аналізує прогрес студента, виявляє слабкі місця та пропонує індивідуальні сценарії для покращення знань.

Унікальними можливостями симуляційного навчання є те, що раніше студенти могли вперше зіткнутися зі складною клінічною ситуацією лише у лікарні, що створювало ризик для пацієнтів. Симуляційне навчання повністю виключає цей фактор і дозволяє відпрацьовувати складні навички без жодної загрози для реального хворого.

На даний час, сучасна медицина потребує ефективної командної роботи. Симуляції дозволяють навчатися у складі мультидисциплінарних команд, де студенти різних спеціальностей (лікарі, медсестри, фармацевти) працюють разом над реалістичними сценаріями. Симуляційні сценарії можуть включати екстрені ситуації (інфаркт, зупинка дихання, масові катастрофи), що дозволяє студентам вчитися діяти швидко, ефективно та з мінімальним рівнем стресу. Крім суто медичних навичок, симуляції допомагають розвивати емоційний інтелект, комунікацію з пацієнтами та навички ухвалення рішень у критичних ситуаціях[2,4].

Попри очевидні переваги, є низка викликів, які можуть сповільнити інтеграцію симуляційного навчання у медичні ЗВО:

- фінансові бар'єри: створення симуляційних центрів потребує значних інвестицій, оскільки високоякісне обладнання коштує дорого;
- потреба у спеціалізованих кадрах: викладачі повинні мати відповідні знання та навички для ефективного проведення симуляцій.;
- психологічні бар'єри серед студентів: деякі студенти можуть відчувати дискомфорт при роботі із симуляторами через страх зробити помилку, хоча саме в цьому і полягає суть навчання.

Проте, з розвитком цифрових технологій, зниженням вартості VR та AI-рішень симуляційне навчання стає все доступнішим[5,6]. Більше того, у

майбутньому можливе повне заміщення частини клінічних практик на симуляційні тренінги, що суттєво змінить підхід до медичної освіти.

Практична підготовка студентів під час стимуляційного тренінгу відбувається поетапно:

1. Визначення рівня володіння теоретичними знаннями та клінічними навичками на початку практичного заняття.
2. Навчання роботи на муляжах (ознайомлення з манекеном та обладнанням, демонстрація клінічних навичок викладачем, пояснення).
3. Індивідуальне виконання студентами (відпрацювання).
4. Перевірка викладачем рівня опанування практичними навичками (обговорення, оцінка).
5. Робота в команді (інсценування, міждисциплінарні тренінги).
6. Дебрифінг (оцінка динаміки групової роботи, самооцінка).

Під час проведення стимуляційного навчання студенти повинні вміти вчасно розпізнавати критичні ситуації, які вимагають екстреного втручання; розуміти межі власних вмінь і компетенції та вчасно кликати на допомогу тих спеціалістів, які потрібні у даній ситуації (анестезіологів, лаборантів, хірургів тощо), відпрацювати процедуру їх виклику (знати, у якому приміщенні знаходиться потрібний спеціаліст, і передати йому у стислій формі таку інформацію, щоб він прибув на місце якнайшвидше, вже готовим до дій у конкретній критичній ситуації і з усім необхідним обладнанням); уміти розподіляти ролі у команді, виокремлювати лідера, залежно від завдання над якими працює команда в даний момент, задіювати кожного учасника команди.

Важливою і відповідальною частиною симуляційного навчання є дебрифінг – тобто обговорення дій кожного із учасників після виконання сценаріїв. Для дебрифінгу використовують певний набір методик і правил, перелік запитань тощо. Під час дебрифінгу викладач разом зі студентами переглядають і аналізують відеозаписи дій команди (якщо є можливість відеозапису), звертаючи увагу не лише на техніку виконання, а й на різні моменти, пов'язані з нетехнічними навичками – комунікацією і взаємодією у команді, процесом прийняття рішень, роллю лідера, розподілом завдань, ефективністю використання усіх членів команди та ін.

Висновки. Симуляційне навчання є революційним підходом у медичній освіті, який не тільки покращує рівень підготовки студентів, але й змінює традиційні методи навчання, роблячи їх більш технологічними, інтерактивними та безпечними. Для ефективної реалізації даної методики необхідно забезпечити сучасні симуляційні центри, підготовку кваліфікованих викладачів та інтеграцію симуляційного навчання в загальну освітню програму.

Таким чином, симуляційне навчання має стати невід’ємною частиною підготовки майбутніх медичних сестер/братів, лікарів, а розвиток та вдосконалення цієї методики визначатиме рівень конкурентоспроможності медичних ЗВО у XXI столітті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Душик Л. М. Симуляційне навчання у підготовці майбутніх лікарів як спосіб розвитку їхнього практичного досвіду / Л. М. Душик, В. Є. Михайличенко, О. І. Цівенко // Теорія і практика управління соціальними системами. – 2021. – № 3. – С. 80–91.
2. Ефективність симуляційних сценаріїв в оптимізації практичної підготовки студентів у закладі вищої медичної освіти України / Т. М. Бойчук, І. В. Геруш, В. М. Ходоровський [та ін.] // Медична освіта. – 2018. – № 2. – С. 50–55.
3. Ковальова О. Впровадження симуляційних технологій навчання в медичну освіту / О. Ковальова // Неперервна професійна освіта: Теорія і практика. – 2019. – № 1. – С. 36–41.
4. Козловська І. М. Переваги симуляційного навчання у відпрацюванні практичних навичок і маніпуляцій майбутніх лікарів / І. М. Козловська, О. Б. Колотило, Я. В. Кулачек // Буковинський медичний вісник. – 2022. – Т. 26, № 2. – С. 81–85.
5. Остафійчук С. О. Формування комунікативних навичок у студента-медика / С. О. Остафійчук // Art of Medicine. – 2021. – № 2. – С. 155–159. DOI 10.21802/artm.2021.2.18.155.
7. Про вищу освіту : Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.

ІНТЕГРАЦІЯ МЕДИЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ У ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Вступ. Сучасний ринок медичних послуг в Україні стрімко змінюється. Інтенсивний розвиток та використання новітніх технологій відкривають нові можливості в галузі охорони здоров'я, починаючи від впровадження систем електронного документообігу та опрацювання даних до надання медичних послуг. Така інформатизація галузі вимагає адаптації та навчання фахівців. З 2018 року в Україні триває медична реформа [1], основним завданням якої є зміна фінансування лікувально-профілактичних закладів з метою забезпечення належного доступу населення до повного переліку якісних та своєчасних медичних послуг. Одним із етапів реформи є впровадження медичних інформаційних систем (МІС) та використання електронного документообігу в галузі охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу. Впровадження медичних інформаційних систем є невід'ємним складником електронної системи охорони здоров'я. Їх використання дозволяє підвищити ефективність роботи лікарів та медичних сестер за рахунок автоматизації процесу створення та обміну документації, об'єднувати кілька медичних закладів в одну електронну систему, створювати електронні структури для лікарень, підвищувати швидкість опрацювання медичних даних, тощо [2]. Сама система являє собою комплекс апаратного та програмного забезпечення, що дозволяє автоматизувати процеси збирання, зберігання, створення, опрацювання та обміну інформацією в галузі охорони здоров'я. Використання МІС відкриває нові можливості для працівників лікувально-профілактичних закладів та тягне за собою ряд вагомих переваг [3, 4], серед яких:

- Покращення якості надання медичних послуг завдяки центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), що дозволяє лікарям швидко і ефективно отримувати інформацію про пацієнта.
- Зменшення помилок, що виникають через людський фактор, завдяки автоматизації процесів та перевірки даних.
- Збільшення ефективності роботи медичного персоналу завдяки автоматизації рутинних завдань, що дозволяє їм зосередитися на наданні медичної допомоги.
- Скорочення витрат на ведення медичної документації та покращення прозорості фінансових операцій.

- Збільшення доступності медичних послуг завдяки електронному запису на прийом, електронному скеруванню на обстеження, телемедицині, тощо.

Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) є ключовою складовою МІС в Україні. Вона представляє собою централізовану платформу, яка об'єднує інформацію про пацієнтів, медичні установи, лікарів та медичні послуги. ЕСОЗ є важливим інструментом для підвищення якості та доступності медичних послуг в Україні, а також для оптимізації роботи медичних установ [5]. Завдяки ЕСОЗ:

- Медичні установи мають можливість обмінюватися медичними даними про пацієнтів.
- Лікарі мають доступ до повної історії хвороби пацієнта, включаючи результати обстежень, дані про лікування та рекомендації.
- Пацієнти можуть отримати доступ до своїх медичних даних, записатися на прийом до лікаря онлайн, отримати консультацію дистанційно та оплатити медичні послуги.

Весь процес впровадження та використання медичних інформаційних систем в Україні регулюється низкою нормативно-правових актів, які забезпечують правове регулювання використання МІС, захист персональних даних пацієнтів та гарантують безпеку та надійність функціонування електронної системи охорони здоров'я. Серед ключових документів:

- **Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»**, який пояснює поняття ЕСОЗ та регулює загальні засади порядку її функціонування.
- **Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»**, який формує вимоги щодо укладання договорів медичного обслуговування населення та встановлює окремі права пацієнтів, пов'язані з отриманням інформації, що міститься в ЕСОЗ.
- **Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»**, (2018), яка регулює порядок функціонування ЕСОЗ.
- **Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку ведення електронної медичної картки пацієнта»** (2018), який визначає правила та порядок ведення електронної медичної картки пацієнта в ЕСОЗ.
- **Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання медичних послуг»** (2018), яка визначає правила та порядок надання медичних послуг, включаючи використання МІС [6].

Медичні інформаційні системи відіграють ключову роль у диджиталізації галузі охорони здоров'я, адже вони дозволяють автоматизувати процеси, покращити доступність та якість медичних послуг, а також підвищити ефективність роботи медичних установ. Основні аспекти диджиталізації – це

перехід від паперової документації до електронної медичної картки пацієнта (ЕМК); впровадження електронного запису на прийом, що дозволяє пацієнтам швидко та зручно записатися до лікаря; надання можливості пацієнтам отримувати консультації лікарів дистанційно за допомогою телемедицини; збільшення прозорості та доступності інформації про медичні послуги; створення єдиної національної системи обміну медичними даними.

Незважаючи на значний прогрес в галузі охорони здоров'я, все ще існують виклики, які гальмують інтеграцію МІС на всіх етапах роботи медичних закладів. Зокрема іде мова про неповне охоплення лікувально-профілактичних установ ЕСОЗ, що призводить до дисбалансу роботи усієї системи в загальному. Крім того, немає єдиного стандарту для ведення електронної медичної документації, що ускладнює документообіг між різними системами. Необхідна нормативно-правова база, яка буде формувати стратегію інформаційної політики для всіх закладів охорони здоров'я [7]. Сповільнення інтеграції МІС пов'язане із недостатнім фінансуванням лікувально-профілактичних установ для комплексного забезпечення автоматизованого робочого місця спеціаліста, зокрема для придбання, впровадження та підтримки інформаційних систем. Проблема полягає також у низькому рівні цифрової грамотності серед медичного персоналу, що потребує додаткового навчання студентів, а власне здобуття практичних навичок в роботі з медичними інформаційними системами. Для успішного впровадження МІС в Україні необхідно подолати ці бар'єри та забезпечити належне фінансування, підтримку та навчання медичного персоналу, а також забезпечити безпеку та конфіденційність даних.

Крім того Україна може почерпнути досвід з впровадження МІС у провідних країнах світу, що дозволить скористатися кращими практиками та уникнути помилок. На початкових етапах інтеграції медичних інформаційних систем в таких країнах, як: США, Канада, Великобританія та країни Європейського Союзу акцент ставився на наступні питання:

- Розробка та впровадження єдиних стандартів для ведення електронної медичної документації, що спрощує обмін даними між різними системами.
- Забезпечення належного фінансування для придбання, впровадження та підтримки МІС, включаючи навчання медичного персоналу.
- Здійснення значних інвестицій в розвиток телемедицини та дистанційного надання медичних послуг.
- Розробка ефективних механізмів захисту персональної інформації пацієнтів та забезпечення безпеки даних [8].

Висновки. Інтеграція медичних інформаційних систем в лікувально-профілактичні заклади України сприяє покращенню якості та доступності медичних послуг, підвищенню рівня задоволеності пацієнтів, зростанню ефек-

тивності роботи медичних працівників та зниження витрат на галузь охорони здоров'я в цілому. Проте впровадження МІС є складним процесом, який потребує значних зусиль з боку держави, терпіння зі сторони медичного персоналу та громадян, а також вагомих інвестицій в медичну галузь. Успішна інтеграція МІС вимагає узгодженої політики та протекції уряду, підтримки медичних закладів та залучення кваліфікованих кадрів. Лише за таких умов громадяни України відчують переваги інформатизації лікувально-профілактичних закладів. Диджиталізація медичної галузі – це інвестиція в майбутнє, яка дозволить створити якісну, ефективну та доступну систему охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Міністерство охорони здоров'я України. Закон України про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
2. Іващук О. В. Використання медичних інформаційних систем у фаховій підготовці майбутніх лікарів / О. В. Іващук, Д. О. Іващук // Науковий вісник Ужгородського університету: збірник наукових праць. – Ужгород: Говерла, 2021. – Вип. 1 (48). – С. 166-169. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/37413>
3. 10 переваг медичних інформаційних систем для клініки. Травень 2023. URL: <https://medcentercrm.com/blog/business/10-preimushhestv-mis-dlya-kliniki/>
4. Сілкова О. В. Формування інформаційно-цифрової компетентності у студентів закладів вищої медичної освіти під час вивчення медичних інформаційних систем / О. В. Сілкова, Н. В. Лобач // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах: зб. наук. праць.– 2021.– Вип. 74. – С. 130-133. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/15567>
5. Міністерство охорони здоров'я України. Центральна база даних ЕСОЗ URL: <https://moz.gov.ua/uk/centralna-baza-danih-esoz>
6. Міністерство охорони здоров'я України. Нормативно-правове регулювання ЕСОЗ. URL: <https://moz.gov.ua/uk/normativno-pravove-regulyuvannya-esoz>
8. Korotka V. Problems of implementation of medical information systems in treatment and preventive institutions of Ukraine. – X Міжнародна науково-практична конференція «Воєнний стан: Медицина. Освіта», Бахмутський мед. коледж: тези доп. – Бахмут, Полтава, Харків, 2023. – с. 10-14.
9. Пономаренко І. С., Гуз А. М. Міжнародна та вітчизняна практика впровадження медичних інформаційних систем. Наукові записки Міжнародного гуманітарного університету. 2022. № 36. С. 26–30.

КІКЕРЧУК Л.Л.,
студент V-го курсу
спеціальності «медицина»,
Львівський національний медичний
університет ім. Данила Галицького
Науковий керівник:
МИКИТЮК О.Ю.,
к.ф. м.н., доц.,
Буковинський державний
медичний університет

ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ФІЗИКИ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ

Вступ. Медична фізика відіграє важливу роль у покращенні догляду за пацієнтами через застосування фізичних принципів до медичної діагностики та лікування. Медична фізика важлива в таких сферах, як променева терапія, візуалізаційна діагностика та безпечна робота медичних технологій. Такий міждисциплінарний підхід важливий для співпраці між медичними працівниками і оптимізує результати лікування пацієнтів.

Основна частина. Медична фізика є сучасним напрямком науки й техніки спрямованим на вирішення медичних завдань, котрі пов'язані з розробкою фізичних основ методів лікування, діагностики і створення апаратури, яка є фізичною за конструкцією та медичною за застосуванням. Саме успіхи медичної фізики, техніки, медичних технологій значною мірою забезпечують розвиток сучасної медицини. Медична фізика займається застосуванням фізики в медицині, що включає теоретичні знання та практичні навички [1, ст.663]. Хоча може бути багато різних варіантів застосування цих знань і навичок, є деякі основи, які присутні завжди. Без щоденного залучення наукового розуміння фізичного впливу на пацієнта догляд за пацієнтами та лікування на високому рівні були б неможливими.

Медичний фізик передбачає застосування законів фізики, зокрема електромагнетизму, термодинаміки, механіки та квантової фізики для догляду за пацієнтами та покращують його. Приклади медичних технологій, які відповідають цим принципам, включають магнітно-резонансну томографію (МРТ); комп'ютерну томографію (КТ); засоби діагностики та терапії з використанням рентгенівського випромінювання; каскадну дію радіоактивного випромінювання. Розуміння фундаментальних принципів цих технологій допомагає медсестрам,

акушеркам, стоматологам, а також операторам і технікам з нагляду за обладнанням оптимізувати догляд за пацієнтами, контролюючи водночас безпеку.

Технологічний прогрес і застосування принципів фізики до лікування пацієнтів значно підвищили ефективність лікування. У таких медичних галузях, як радіотерапія, радіологія, ядерна медицина, стоматологічна візуалізація та лікування, кардіологія, а також у багатьох інших, медичні фізики відіграють життєво важливу роль. Однак внесок медичних фізиків часто неадекватно оцінюють і не використовують [2, ст.4].

Основи медичної фізики включають (але не обмежуються) наступне: фізика випромінювання; пристрої та системи, що використовуються для створення зображень анатомії пацієнта для діагностики чи лікування; вимірювання дози опромінення, в першу чергу пацієнтів, а також персоналу, який бере участь у лікуванні; калібрування обладнання, що використовується для вимірювання випромінювання, та перевірка ефективності цього обладнання; протоколи забезпечення якості та процедури для забезпечення безперервної безпечної та правильної роботи пристроїв, що використовуються для лікування пацієнтів; проектування об'єктів, що містять радіоактивні джерела, включаючи кабінети променевої терапії та зони, де зберігаються радіоактивні фармацевтичні препарати; також нормативні вказівки та вказівки з безпеки. Розуміння цих основ дає уявлення про те, як медична фізика може підтримувати спільну роботу медичного персоналу та техніків з обладнання. Персонал, що безпосередньо бере участь у догляді за пацієнтами, має або повинен мати розуміння відповідних клінічних аспектів цих основ.

Висновки. Клінічні послуги, які надають медичні фізики в лікувальних закладах, спрямовані на покращення догляду за пацієнтами. Співпраця між медичними фізиками, радіаційними онкологами, медсестрами та іншими спеціалістами має вирішальне значення для успішної реалізації планів лікування пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ibbott GS, Chougule A, Damilakis J, Tabakov S, Wu RK, Orton CG, Kron T. Medical physicist certification and training program accreditation. *Health Technol (Berl)*. 2022;12(3):663-670. doi: 10.1007/s12553-022-00666-7. Epub 2022 Apr 29. PMID: 35505794; PMCID: PMC9050347.
2. Wöhl, M., Gimpel, H., Meindl, O. *et al.* Boosting Multi-Professional Collaboration in Palliative Care Through Digital Technologies: An Action Design Research Study. *Bus Inf Syst Eng* (2024). <https://doi.org/10.1007/s12599-024-00897-0>.

КРАП О.І.,
студентка I-го курсу магістратури
спеціальності «Медсестринство»,
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського
Науковий керівник:
ХМІЛЯР І.Р.,
доктор філософії (Освіта/Педагогіка),
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського

МОДЕРНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ЯК ОСНОВА ПРОФЕСІЙНОГО УСПІХУ МЕДСЕСТРИ

Сучасний розвиток охорони здоров'я та медичної освіти вимагає постійного вдосконалення професійних компетентностей медичних сестер, а також пошуку ефективних підходів до формування їхніх моральних і професійних якостей. Дослідники все більше акцентують увагу не лише на рівні інтелектуального розвитку (IQ) медсестер, а й на інших факторах, що впливають на їхню професійну діяльність. Адже робота медичної сестри потребує не лише аналітичного мислення та здатності швидко ухвалювати рішення, а й високого рівня емоційної саморегуляції для ефективної взаємодії з пацієнтами та колегами.

Емоційний інтелект (EI) є ключовим чинником професійної взаємодії медичних працівників із пацієнтами, їхніми родинами та колегами. Він передбачає здатність усвідомлювати власні почуття, розуміти та інтерпретувати емоції інших, контролювати власні дії, мотивувати себе та оточуючих, а також ефективно регулювати емоції. Завдяки EI медичні сестри можуть зменшувати стрес, ефективно спілкуватися, проявляти емпатію, долати проблеми та вирішувати конфлікти [1], що сприяє їхньому емоційному, інтелектуальному та професійному розвитку. Це створює довірливу атмосферу в медичному середовищі та позитивно впливає на якість надання медичної допомоги [2]. Визнання важливості емоційного інтелекту підтверджується міжнародними ініціативами. Зокрема, під час Всесвітнього економічного форуму в Давосі його включили до списку десяти ключових навичок, необхідних для підготовки медичних працівників у 2020 році [3]. Це підкреслює, що сучасна медична освіта має приділяти особливу увагу розвитку емоційної компетентності майбутніх спеціалістів, адже вона безпосередньо впливає на якість медичної допомоги та рівень довіри пацієнтів.

Професія медичної сестри спрямована на самовідданий догляд за пацієнтами та сприяння зміцненню здоров'я громади шляхом співпраці з міждисциплінарними командами для підвищення ефективності медичної допомоги. Взаємодія медичної сестри з пацієнтом відіграє важливу роль у процесі лікування, оскільки якісне спілкування сприяє прихильності до терапії, підвищує

її ефективність і допомагає пацієнтам краще контролювати свій стан. Крім того, воно може зменшувати емоційний стрес, знижувати рівень тривожності, покращувати дотримання режиму лікування та підвищувати безпеку пацієнтів. Спілкування залежить не лише від професійних знань і ставлення медичних сестер, а й від рівня їхнього емоційного інтелекту (EI) та здатності до емпатії. Саме ці навички є фундаментальними для забезпечення якісного сестринського догляду, оскільки вони сприяють формуванню довірливих відносин з пацієнтами, створенню комфортного лікувального середовища та покращенню результатів медичної допомоги. Тому сучасна медична освіта має зосереджуватися не лише на розвитку клінічних компетенцій, а й на вдосконаленні комунікативних навичок, емоційного інтелекту та емпатії як ключових складових професійної діяльності медичної сестри. Саме EI відіграє важливу роль у загальному розвитку особистості, особливо в роботі з емоційними аспектами життя.

Медичні сестри з високим рівнем емоційного інтелекту (EI) демонструють більшу емпатію, співчутливість, турботу та психологічну стійкість[4], що є критично важливими для якісного догляду за пацієнтами. Розвинений EI сприяє професійному успіху та самореалізації студентів-медсестер, допомагаючи їм ефективно адаптуватися до викликів клінічної практики, удосконалювати лідерські навички та створювати безпечне середовище для пацієнтів.

Крім того, високий рівень EI сприяє покращенню командної взаємодії, знижує рівень професійного вигорання та підвищує задоволеність роботою, що особливо важливо в умовах високого емоційного навантаження медсестринської діяльності. Уміння контролювати власні емоції та розуміти почуття інших дозволяє медсестрам не лише ефективніше взаємодіяти з пацієнтами та колегами, а й приймати зважені рішення у стресових ситуаціях. Тому розвиток емоційного інтелекту має бути невід'ємною частиною підготовки майбутніх медичних фахівців, оскільки він позитивно впливає як на професійну ефективність, так і на якість надання медичної допомоги.

Сучасна система освіти зазнає суттєвих трансформацій відповідно до принципів особистісно орієнтованого підходу, що поступово впроваджується в процес модернізації освітнього середовища та первинної ланки медичної допомоги. Основним аспектом цих змін є перехід від традиційної моделі навчання, де студент відіграє роль пасивного одержувача знань, до концепції активного суб'єкта професійного розвитку [5]. Такий підхід сприяє формуванню критичного мислення, самостійності, здатності до прийняття рішень та безперервного професійного вдосконалення.

Варто зауважити, що змінюється й роль викладача закладу вищої медичної освіти. Особливу увагу слід приділити підвищенню рівня обізнаності викладачів щодо емоційного інтелекту та його формування в межах соціально-гуманітарних дисциплін. Викладачі повинні розуміти механізми розвитку

емоційної компетентності, визначати оптимальні умови для її формування та сприяти розвитку навичок ефективного емоційного самоконтролю у студентів.

Досягнення цих цілей можливе завдяки впровадженню сучасних освітніх технологій, зокрема:

- особистісно орієнтованого навчання, що враховує індивідуальні особливості студентів;
- розвитку критичного мислення та креативного підходу до вирішення професійних завдань;
- використання методу ситуативного моделювання та інсценізацій для набуття практичного досвіду;
- застосування проєктних технологій та актуалізації життєвого досвіду студентів для глибшого засвоєння навчального матеріалу [5].

Таким чином, формування емоційного інтелекту у студентів-медичних сестер є невід'ємною складовою їхньої професійної підготовки, оскільки саме ця якість сприяє покращенню комунікації з пацієнтами, ефективній взаємодії з медичним персоналом та прийняттю обґрунтованих рішень у стресових ситуаціях. Впровадження відповідних педагогічних підходів та технологій забезпечить гармонійний розвиток особистості майбутніх медичних працівників і сприятиме підвищенню загальної якості медичних послуг.

ЛІТЕРАТУРА

1. Segal, J., Smith, M., Robinson, L., Shubin, J. 2019. Improving emotional intelligence. EQ. – Retrieved from: <https://www.helpguide.org/articles/mental-health/emotional-intelligence-eq.htm?pdf=13508>
2. Hart, P. L. 2019. Resilience in nurses: An integrative review. J. Nurs. Manag. No. 22. P. 720–734.
3. Світовий Економічний Форум назвав топ-10 навичок 2025 року. <https://osvitoria.media/news/svitovyj-ekonomichnyj-forum-nazvav-top-10-navychok-majbutnogo/>
4. Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., Slade, P. 2018. The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. International journal of nursing studies, 80, 106-117. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006
5. Ісаєва О. С., Хміляр І. Р. Емоційний інтелект медсестри в контексті реформування медичної освіти. Спеціальний тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». 2019–2020. Кн. 2, Т. II (25). С.151–161.

МОСКАЛЮК Г.А.,
студентка,
Буковинський державний медичний університет
СОРОКМАН Т.В.,
д.мед.н., професор,
Буковинський державний медичний університет

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ

Вступ. У Конституції України відзначено, що людина, її життя і здоров'я визнаються найвищою соціальною цінністю, формування якої має забезпечити освіта впродовж життя. Модернізація змісту української освіти в напрямку інтеграції в Європейський освітній простір зобов'язує впровадження інноваційних освітніх технологій, у тому числі *тих, що мають здоров'язбережувальну та оздоровчу спрямованість. Актуальним предметом наукових досліджень педагогічних, медичних, соціологічних, валеологічних та психологічних наук стає напрямок формування звички до здорового способу життя, збереження та зміцнення здоров'я особистості [1,с.1]. Проблема включає багато чинників, у тому числі демографічну кризу, збільшення кількості захворювання населення, пандемію Covid-19 та військовий стан в Україні. Отже, питання збереження здоров'я є дуже важливим не тільки у повсякденному житті, а й в освітньому процесі. Технології збереження здоров'я є одними з найважливіших серед усіх відомих освітніх технологій за ступенем впливу на здоров'я особистості, основною особливістю яких є використання психолого-педагогічних прийомів, методів, підходів до вирішення поставлених завдань [6,с.174].

Узагальнення джерел наукової літератури дозволило виокремити основні підходи до трактування дефініції «здоров'язбережувальні технології», а саме: індикатор якості освітніх технологій; оптимальне поєднання традиційних технологій навчання з інноваційними методами і прийомами; формування картини світу здорової особистості; використання методичного комплексу фізкультурних і лікувально-профілактичних заходів; створення сприятливого для здоров'я освітнього середовища; забезпечення навчання і виховання з урахуванням індивідуальних, вікових і психофізіологічних особливостей особи [2, с.106; 3,с.125].

Застосування здоров'язбережувальних технологій в медичній освіті має на меті навчити майбутніх фахівців медицини застосовувати здоров'язбережувальні технології у своїй практичній діяльності для збереження, підтримання та відновлення здоров'я пацієнтів, членів їхніх сімей і суспільних груп. Ці технології зорієнтовані на розвиток у студентів-медиків наукового світогляду,

професійного мислення та засвоєння професійних знань, вмінь, навичок в аспекті формування основ здоров'я населення, його зміцнення та збереження. Формування основ здоров'язбереження у медичному закладі вищої освіти – складний педагогічний процес, результат безпосередньо адаптаційних ефектів і засобів різноманітних здоров'язбережувальних і здоров'явідновлювальних технологій. Беручи до уваги стан здоров'я сучасних студентів, особливої актуальності набуває проблема формування ціннісного ставлення до здоров'я, оскільки соціальні стреси, екологічні та психічні навантаження все частіше призводять до відхилень морального, психічного та фізичного здоров'я [5, с.350; 6,с.160]. Особливої актуальності проблема набуває у зв'язку з негативними наслідками практичної діяльності людини в навколишньому середовищі, тенденціями зростання захворюваності, масового поширення шкідливих звичок серед молодого покоління на фоні пандемії та військового стану. Підвищений інтерес дослідників до поняття «здоров'язберігаючі технології» свідчить про актуальність проблеми, а протиріччя підходів до її визначення і місця освітньому процесі вказує на недостатню теоретичну розробленість педагогічного феномену поняття «здоров'язберігаючі технології».

Мета – визначити необхідність застосування інноваційних здоров'язберігаючих технологій в освітньому процесі закладів вищої освіти медичного профілю.

Застосовані бібліосемантичний, аналітичний, статистичний методи дослідження та метод анкетування 117 студентів Буковинського державного медичного університету.

Основна частина. Відповідно до здоров'язберігаючого аспекту навчання у закладах вищої освіти, особливо медичного профілю, має здійснюватися у сприятливих умовах, що забезпечують достатній рівень розвитку особистості, у поєднанні медичного, психологічного, педагогічного та здоров'язберігаючого складників освітнього середовища. Акцент зміщується від простого лікування і профілактики хвороб на зміцнення здоров'я як самостійно культивованих цінностей, необхідний комплекс ефективних лікувально-профілактичних заходів, система надійних засобів корекції психофізичного розвитку.

За результатами проведених нами опитувань здобувачів освіти щодо формування компетентності здоров'язбереження встановлено, що високий рівень сформованості компетентності в експериментальних групах становив 21,3%, достатній рівень 34,9 %, ; середній – 21,9 % та низький – – 23,9 %.

Складові здоров'язбережувальних технологій наступні: корекція соматичних порушень здоров'я; різні форми організації освітнього процесу; нагляд за спостереженням санітарно-гігієнічних норм організації освітнього процесу; відповідне навчальне навантаження та профілактика перенапруги здобувачів;

моніторинг фізичного і психічного розвитку здобувачів; підготовка та впровадження оздоровчих програм із формування у здобувачів навичок ведення здорового способу життя та профілактики шкідливих звичок; за необхідності залучення психологів для допомоги здобувачам освіти в уникненні стресових та тривожних розладів поведінки; формування приязних стосунків між працівниками.

Аналіз наукової літератури сприяв виокремленню чинників, що негативно впливають на здоров'я здобувачів освіти під час навчання: недостатньо визначені педагогічні методики; нехтування віковими особливостями під час освітнього процесу; зруйнована в останні роки система медичного контролю за станом здоров'я в освітньому закладі; велика завантаженість студентів; недостатня кількість занять фізичною культурою; невиконання санітарно-гігієнічних вимог у процесі організації освітнього процесу; недостатня освіченість здобувачів освіти у питаннях збереження та зміцнення здоров'я.

Про стан здоров'я студентської молоді, їх способу життя та наявної культури здоров'я свідчать дані Міністерства охорони здоров'я України – у 45 % студентів спостерігаються функціональні порушення різних систем органів, а у 32 % – хронічні захворювання.

Гіпотезою нашого дослідження є судження про те, що застосування здоров'язбережувальних технологій в освітньому процесі вищих медичних навчальних закладів забезпечить формування в здобувачів освіти здоров'язбережувальної та здоров'ярозвивальної компетентностей, оскільки за результатами проведених нами досліджень, лише 41 % студентів вважають, що вони ведуть здоровий спосіб життя та стежать за станом свого фізичного здоров'я, решта – не задумуються над своїм способом життя, проте хочуть бути здоровими фізично (67,4%) та психічно 55,9% осіб. Останнє засвідчує відсутність цілеспрямованої особистісної мотивації студентів на формування, збереження і зміцнення свого здоров'я.

З нашої точки зору в основу здоров'язберігаючого освітнього процесу необхідно покласти модель, що гарантує збереження здоров'я всіх його учасників. Тобто необхідно сформувати уявлення про елементарні правила збереження здоров'я, досягти виконання цих елементарних правил (на рівні вміння), створити мотивацію на ведення здорового способу життя. З цією метою провести пошук та вивчення досягнень науки та передового педагогічного досвіду, апробувати нові наукові розробки, розробляти та втілювати нові організаційно – педагогічні нетрадиційні форми, застосовувати адміністративний модуль (спільну діяльність адміністрації, викладачів та працівників закладу освіти), лікувально–профілактичний модуль (оздоровлення здобувачів освіти з використанням можливостей рекреаційних зон університету), методичний мо-

дуль (розробку комплексів оздоровчих заходів, пропаганду здорового способу життя), технічний модуль – (електронна система обліку відвідувань занять та оцінювання, реконструкція університетського комплексу, протипожежні заходи, виконання правил безпеки при проведенні занять), інноваційний модуль (використання вебтехнологій у здоров'язбережувальному навчанні).

Для використання вебтехнологій у здоров'язбережувальному навчанні було сформовано джерельну базу дослідження, що містить матеріали ВООЗ, ЮНЕСКО, а також такі періодичні видання: «Онлайн журнал дистанційної освіти і е-навчання» (The Online Journal of Distance Education and Learning), «Бібліотечний журнал здоров'язбережувальної інформації» (Health Information and Libraries Journal), «Здоров'язбережувальна освіта в монографічних серіях «The Health Education Monograph Series», «Американський журнал публічного здоров'я» (American Journal of Public Health), «Американський журнал здоров'язбережувальної освіти» (American Journal of Health Education), «Британський журнал освітніх технологій» (British Journal of Educational Technology), «Досягнення наукової здоров'язбережувальної освіти» (Advancements in Health Science Education), «Здоров'я підтримуючі практики» (Health Promotion Practice), «Міжнародний журнал інформаційного менеджменту» (International Journal of Information Management), «Міжнародний журнал підтримки здоров'я і освіти» (International Journal of Health Promotion and Education). Рекомендується створити на сайті університету спеціальну сторінку, присвячену здоров'язбережувальній політиці, яку проводить університет. Ця сторінка має включати мету і завдання; реалізацію здоров'язбережувального навчання в ході засвоєння всіх дисциплін, зокрема таких освітніх компонент як вікова фізіологія, вікова психологія, фізичне виховання, фізіологія фізичних вправ, основи раціонального харчування.

Ключовим принципом для реалізації національних освітніх стандартів і отримання нових знань може стати використання соціальних мереж і соціальних медіа під час навчання здобувачів освіти здоров'ю і здоров'язбережувальним технологіям. Персоналізовані ресурси соціальних мереж можуть також служити в якості середовища, в якому фахівці у галузі охорони здоров'я отримують можливості для передачі знань більшій кількості користувачів, а також можуть поглибити сприймання цих знань і таким чином впливати на загальний стан здоров'я. Покращання доступу до медичної інформації, пов'язаної з мережею, через семантичні і мережні ресурси буде сприяти більш глибокому розумінню проблем зі здоров'ям. Зокрема, програми «Здоров'я 3.0» та «Здоров'я 4.0» створені з метою підвищення якості надання послуг пацієнтам, самоврядування, профілактичного обслуговування та зміцнення здоров'я.

Висновок. Надання здоров'язбережувальній підготовці більш вагомих профілактично зорієнтованих навчальних і розвивальних функцій значно сприятиме повноцінному професійному становленню особистості студентів-медиків і, як результат, підвищенню якості медичних послуг. Здоров'язбережувальні освітні технології забезпечують умови фізичного, психічного, соціального та духовного комфорту, що сприяє продуктивній навчальнопізнавальній та практичній діяльності учасників освітнього процесу. Ефективність формування здоров'язберігаючої компетентності потребує активного залучення здобувачів до її здобуття з використанням інноваційних технологій.

Застосування здоров'язбережувальних технологій в медичній освіті має на меті навчити майбутніх фахівців медицини застосовувати здоров'язбережувальні технології у своїй практичній діяльності для збереження, підтримання та відновлення здоров'я пацієнтів, членів їхніх сімей і суспільних груп. Високий рівень сформованості компетентності в експериментальних групах становив 21,3%, достатній рівень 34,9 %, ; середній – 21,9 % та низький – – 23,9 %. Рекомендовано застосовувати адміністративний, лікувально–профілактичний модуль, методичний модуль та технічний модулі, використовувати соціальні мережі і соціальні, створити на сайті університету спеціальну сторінку, присвячену здоров'язбережувальній політиці, яку проводить університет.

Ключові слова: здоров'язбережувальні технології, медична освіта, студенти.

The application of health-saving technologies in medical education aims to teach future medical professionals to use health-saving technologies in their practical activities to preserve, maintain and restore the health of patients, their family members and social groups. The high level of competence formation in the experimental groups was 21.3%, the sufficient level was 34.9%; average – 21.9% and low – 23.9%. It is recommended to use the administrative, treatment and prevention modules, methodological module and technical module, use social networks, create a special page on the university website dedicated to the health-saving policy pursued by the university.

Keywords: health-saving technologies, medical education, students.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дерябіна А. К. Активізація мозкової діяльності засобами здоров'язбережувальних технологій на уроках у початковій школі: метод. посібн. Кременчук, 2022. 60 с. URL: <https://ed.pano.pl.ua/handle/022518134/927>. (дата звернення: 22.01.25).
2. Омельчук О, Слобожанінов А, Ляхова І. Формування здоров'язбережувальних компетентностей студентів засобами інфокомунікаційних технологій. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П.

- Драгоманова. 2022. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт); № 6:105–109.
3. Потужній О, Поліщук В. Здоров'язбережувальна освіта та формування її компетентностей у студентів в освітньому середовищі. Вісник Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького. Серія: «Педагогічні науки». 2022; № 1:124–129.
 4. Рубан АК. Формування навичок здорового способу життя у соціально неадаптованих підлітків. Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»). 2022. № 9(14):349–363.
 6. Станева СВ. Вплив фізичної культури на всебічний розвиток та адаптацію дітей з особливими освітніми потребами в контексті соціальних відносин. *Journal of Danubian Studies and Research*. 2023. 12 (2):157–165.
 7. Удич ЗІ, Русин ЛП, Шапаренко ЄІ, Грищенко СВ. Використання здоров'язбережувальних технологій в освітньому середовищі закладів вищої освіти. *Інноваційна педагогіка*. 2022. Вип. 48. Т.2:174 – 177.

ЧАГЛЕЙ Ю.Г.,
студентка,
Буковинський державний медичний університет
СОРОКМАН Т.В.,
д.мед.н., професор,
Буковинський державний медичний університет

ОСВІТНІ МЕДСЕСТРИНСЬКІ ТЕХНОЛОГІЇ В АСПЕКТІ ПАЦІЄНТООРІЄНТОВАНOSTI

Нормативно-правове регулювання розвитку професійної підготовки фахівців з медсестринства реалізується відповідно до національних інтересів України, які синхронізують тенденціям міжнародного ринку праці. Для успішного розвитку країни важливим є збереження генофонду, забезпечення достатньої кількості людських ресурсів, у тому числі за рахунок подовження тривалості життя і професійної діяльності. Для цього важливим є покращення медичної, у тому числі медсестринської допомоги, що забезпечується безперервним професійним розвитком медичних працівників, здатних надавати високоякісну медичну допомогу і здійснювати різнобічні профілактичні заходи за для збереження здоров'я та забезпечення якості життя населення [3, с.89].

На сьогодні модель спеціаліста окреслюється як система ознак, що характеризує міру відповідності професійної діяльності рівневі розвитку конкретної професії. Ця система включає вимоги до фахівця з медсестринства, що визначені характером професійних завдань, професійні знання та вміння, соціальні, емпатичні й психологічні якості особистості [4, с.122]. Основу трактування професійного медсестринського догляду покладено наявність не тільки комплексу фахових компетентностей медичної сестри/медичного брата, але й соціальних (англ. soft skills), адже його ефективність залежить від побудови конструктивних взаємовідносин між медичною сестрою/медичним братом та пацієнтами. Отже, взаємовідносини із родиною пацієнта, спільнотою, в якій він проживає, надає можливість для плідного використання наявних ресурсів, їхнього визначення, планування та організацію подальших заходів та реалізацію.

У професійній діяльності медичної сестри/медичного брата значне місце відводиться реалізації професійно-педагогічної компетентності, яка розглядається як володіння знаннями, уміннями і навичками визначати потребу й рівень знань пацієнта і його родини, рівень їх домагань та складання плану інформування щодо елементів само – і взаємодогляду, та, використавши всі

механізми навчальної взаємодії, забезпечити теоретичну підготовку та практичне відпрацювання елементів догляду. Це допоможе передбачати, запобігати, уникати потенційних проблем пацієнта та забезпечить його відносно комфортний стан, попередить ускладнення, викликані захворюваннями. Попри наявні та доступні ресурси для навчання пацієнтів, на сьогодні участь спеціаліста з медсестринського догляду недостатня, що вказує на необхідність розвитку нової моделі навчання пацієнтів із залученням в освітній процес медичних фахівців. Актуальним завданням сьогодення є удосконалення спілкування медичних працівників та пацієнтів на засадах персоналістичної моделі біоетики, засвоєння медичними працівниками мистецтва індивідуального підходу до особистості хворого, впровадження підходу до лікувального процесу, центрального на пацієнті і медико-соціальних проблемах сім'ї [5, с.1; 6, с.64].

Мета – провести моніторинг ефективності участі медичної сестри/медичного брата в системі пацієнтоорієнтованого навчання пацієнтів.

Основна частина. Важливою частиною організації медсестринського процесу є поінформованість та навчання пацієнта і його родичів щодо його захворювання, навичок самодогляду, самодисципліни при виконанні лікарських призначень, навчити хворого з хронічними захворюваннями і його родину дотримуватися оптимального режиму дня, не втрачати надію на лікування, вчасно звертатися за допомогою при появі загрозливих симптомів тощо. Дослідження проведено на базі дитячого гастроентерологічного відділення НКП «Чернівецька міська дитяча клінічна лікарня» із залученням 127 пацієнтів різного віку та їх батьків шляхом анкетування.

Результати дослідження вказують, що основним джерелом інформації щодо свого захворювання, пацієнти отримали від лікаря (67,7%), ще 23,3% були поінформовані друзями, родичами, іншими пацієнтами з таким же діагнозом, 3,3% пацієнтів отримали інформацію із соцмереж, сайтів приватних клінік і лише 5,7% від медичної сестри. Оскільки виокремилася проблема недостатньої поінформованості хворих про причини захворювання, методи профілактики, дієтотерапії, самодогляду, участі батьків в реалізації лікувального та реабілітаційного процесу, було організовано «Дитячу гастрошколу» для пацієнтів та їх батьків.

Основними цілями цієї школи було: підвищити поінформованість пацієнтів щодо причин розвитку різних захворювань травної системи та формування позитивної мотивації щодо здорового способу життя, культури здоров'я, знайомство дітей та підлітків з основами здорового стилю життя та формування свого стилю здорового життя, здійснення профілактичної роботи за негативними проявами, формування теоретичних та практичних навичок

здорового способу життя, формування творчої особистості здібної до самоконтролю, саморозвитку, самоосвіти і само актуалізації) [1, с.509; 2, с.34].

За організацію цього курсу відповідала старша медична сестра дитячого гастроентерологічного відділення. Створена навчальна програма передбачала вступне заняття, лекції (виклад загальних понять про поширеність, причини, клінічні симптоми та принципи лікування та профілактики гастроентерологічної патології) та практичні заняття (відпрацювання практичних навичок щодо режиму та дієтичного харчування, рухового та лікувального режиму, першої домедичної допомоги при станах, які можуть траплятися при тих чи інших хворобах травної системи, методів профілактики загострень хвороби, подолання страху перед проведенням відповідних інвазивних та неінвазивних методів дослідження, самодогляду та самоконтролю, основних складових здорового способу життя, вміння спілкування). У кінці кожного заняття був відведений час для обговорення, вільного спілкування, відповідей на питання. Окрім виконання програми навчального курсу, рекомендувалася самостійна робота пацієнтів, яка включала виконання коротких листівок, плакатів, бюлетенів тощо.

Після завершення навчального курсу було проведено анкетування, яке виявило значне підвищення поінформованості пацієнтів щодо свого загального стану здоров'я (87,3% змінили свої відповіді щодо розуміння змісту здорового способу життя). Звертала увага, що 90,4% пацієнтів відзначили важливість всіх складових здорового способу життя (дотримання режиму дня, харчування, відпочинку з підвищеною мотивацією до активації рухового режиму та виключення шкідливих звичок). Більшість пацієнтів (78,6%) продовжили виконання рекомендацій медичної сестри у домашніх умовах, ретельно проводили самоконтроль свого щоденного життя. Частина пацієнтів (57,9%) змінили відношення до рухового режиму та контролю фізичного навантаження.

Діти та підлітки, які завершили навчальний курс у «Дитячій гастрошколі», у 96,9% відзначили необхідність, задоволеність та важливість цього навчання. Тільки 3,1% учасників навчання були частково задоволені.

Висновок. Встановлено, що застосування освітніх технологій в практичній роботі медичної сестри/медичного брата з урахуванням пацієнтоорієнтованого підходу та сучасних інноваційних технологій має високу ефективність та спрямовує пацієнтів дитячого віку прагнути істотного поліпшення ситуації для збереження і зміцнення психічного, фізичного і соціального здоров'я.

У професійній діяльності медичної сестри/медичного брата значне місце відводиться реалізації професійно-педагогічної компетентності, яка розглядається як володіння знаннями, уміннями і навичками визначати потребу й рівень знань пацієнта і його родини. Оскільки виокремилася проблема недос-

татньої поінформованості хворих про причини захворювання, методи профілактики, дієтотерапії, самоогляду, участі батьків в реалізації лікувального та реабілітаційного процесу, було організовано «Дитячу гастрошколу» для пацієнтів та їх батьків. Діти та підлітки, які завершили навчальний курс у «Дитячій гастрошколі», у 96,9% відзначили необхідність, задоволеність та важливість цього навчання.

Ключові слова: навчальний курс «Дитяча гастрошкола», професійно-педагогічної компетентності медичної сестри/медичного брата.

In the professional activities of a nurse, a significant place is given to the implementation of professional and pedagogical competence, which is considered as the possession of knowledge, skills and abilities to determine the need and level of knowledge of the patient and their family. Since the problem of insufficient awareness of patients about the causes of the disease, methods of prevention, diet therapy, self-care, and participation of parents in the implementation of the treatment and rehabilitation process was identified, a “Children's Gastro School” was organized for patients and their parents. 96.9% of children and adolescents who completed the training course at the “Children's Gastro School” noted the necessity, satisfaction and importance of this training.

Keywords: training course “Children's Gastro School”, professional and pedagogical competence of a nurse.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бекетова Г, Савінова К, Мозгова Г, Бекетова Н. Здоровий спосіб життя – основа збереження здоров'я школярів. *Здоров'я дитини*. 2022;16(8):509–514.
2. Білецька В, Семененко В, Завальнюк В, Яременко О, Літвінова К. Вплив способу життя на стан здоров'я студентів. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*. Серія 15.2023; 5(164), 32-37.
3. Головчак МІ, Дуб НЄ. Дуальна освіта у підготовці медичних сестер: Міжнародна практика і перспективи реалізації в Україні. *Демократичне врядування*. 2022; 2 (30):86-97.
4. Гордійчук С. Створення стандартів нового покоління у забезпеченні якості медичної освіти. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2016; 1-2:121-126.
5. *Здоровий спосіб життя: декілька порад для підтримки свого здоров'я*. *Здоров'я 2020: нова європейська політика охорони здоров'я* [Електронний ресурс]. Режим доступу: www.niipitan.com.ua/files/69584518.pdf.
6. Яременко О.О. Ідеологія і основні принципи теорії формування здорового способу життя. 2019. С. 64.

ПОЛЬОВИЙ В.П.,

д.мед.н., завідувач кафедри загальної хірургії та урології,
Буковинського державного медичного університету

ПЕТРЮК Б.В.,

к.мед.н., доцент кафедри загальної хірургії та урології,
Буковинського державного медичного університету

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ – ВАЖЛИВА УМОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Вступ. Сучасна система освіти, розглядаючи особистість як найвищу цінність, зосереджує увагу на найбільш важливому аспекті – здоров'ї як того, хто навчає, так і того, хто навчається. Приводом до цього стала низка причин, серед яких, у першу чергу, виступає різке зниження здоров'я суб'єктів освітнього процесу. Аналіз даних вітчизняних і зарубіжних дослідників щодо причин хвороб та їх питомої ваги свідчить про наступне. Спосіб життя та поведінка людини визначають 50% усіх хвороб, стан навколишнього середовища – 20%, спадкові чинники – 20%, стан охорони здоров'я, його організація, медикаментозні та технологічні засоби – 8%, інші впливи – 2%. Зрозуміло, що у наведені 50%, які визначаються способом існування особистості, входять і освітянські впливи. З розуміння того, що сьогодні освіта стала однією з причин суцільного погіршення здоров'я, було розпочато активний пошук підходів щодо вирішення проблеми у педагогічній науці та практиці [1, с. 86].

Основна частина. Здоров'я належить до числа тих категорій, над якими здорова людина, на жаль, найменше замислюється, хоча свого часу Сократ сказав: «Здоров'я – не все, але без нього все інше – ніщо!». В унісон із цією думкою, Ф. Енгельс пізніше надав таке визначення здоров'ю: «Здоров'я – це те, про що ми згадуємо, коли його немає». Зараз існує більше 300 визначень поняття «здоров'я». У Статуті ВООЗ воно розуміється як стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і фізичних дефектів. У цьому контексті в науці прийнято виділяти декілька видів здоров'я:

1. Соматичне здоров'я – поточний стан органів і систем організму людини, основу якого складає біологічна програма індивідуального розвитку.
2. Фізичне здоров'я – рівень зростання та розвитку органів і систем організму.
3. Психічне здоров'я – стан психічної сфери, основу якого складає духовний комфорт, що забезпечує адекватну поведінкову реакцію.
4. Моральне здоров'я – комплексна характеристика мотиваційної та інформаційної сфер життєдіяльності, основу якої визначає система цінностей, установок і мотивів поведінки індивіда у суспільстві.

Критеріальною базою наведених видів здоров'я слугують: для соматичного і фізичного здоров'я – «я можу»; для психічного – «я хочу»; для морального – «я повинен». Дані підходи стали основою нової наукової галузі – валеології, яка поставила у центр уваги питання формування здоров'я особистості. Сам термін «валеологія» у 80-х роках ХХ століття увів у наукову літературу Ізраїль Брехман, започаткувавши її розвиток як науки. Сучасна валеологія розвивається в двох напрямках: медична валеологія, що має своїм предметом дослідження людини зі всіма її проблемами, і педагогічна валеологія, яка досліджує процеси включення особистості на різних етапах її становлення у валеологічну індивідуальну програму. У педагогічній валеології чітко визначились два напрямки розвитку: вивчення питань, пов'язаних зі здоров'язбереженням тих, хто навчається та вивчення питань, пов'язаних зі здоров'язбереженням тих, хто навчає. Особлива увага до здоров'я педагога не випадкова, адже відомо, що за даними соціально-демографічних досліджень праця педагога належить до найбільш напружених в емоційному плані видів діяльності: за ступенем напруженості навантаження цих фахівців у середньому більше, ніж у менеджерів і банкірів, генеральних директорів і президентів асоціацій, тобто тих, хто безпосередньо працює з людьми.

Одним із проявів професійної деформації педагога, зокрема медичного вишу, виступає синдром емоційного вигорання [2, с. 82]. Цей термін був уведений американським психіатром Х. Дж. Фрейденбергером у 1974 році для характеристики психологічного стану здорових людей, що знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні. Цей синдром включає три основні складові: емоційну виснаженість, деперсоналізацію і редукцію професійних досягнень. Під емоційним виснаженням розуміється відчуття емоційної спустошеності та втоми, спричинене роботою. Деперсоналізація припускає цинічне відношення до праці. Редукція професійних досягнень трактується як виникнення відчуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неспіху в ній. Існують об'єктивні чинники, що створюють необхідні умови для позитивного впливу зовнішнього середовища на здоров'я педагога. Одним із них виступає система заходів з боку адміністрації щодо втілення ергономічних підходів до організації робочого місця педагога.

Важливого значення у їх професійній діяльності набувають і питання саморегуляції. Необхідність у ній особливо часто виникає тоді, коли педагог зустрічається з новою, незвичайною проблемою, яка зазвичай не має однозначного рішення. Це можуть бути обставини, коли він знаходиться у стані підвищеної емоційної та фізичної напруги, що спонукає його до імпульсивних дій або у випадку, якщо він перебуває у ситуації оцінювання з боку адміністрації, колег, інших людей. Психологічні основи саморегуляції включають

управління як пізнавальними процесами, так і особистою поведінкою, емоціями та діями. Серед традиційних методів у цьому контексті можна визначити аутогенне тренування. Сам аутотренінг є системою вправ для саморегуляції психічних і фізичних станів. Він заснований на свідомому застосуванні людиною різних засобів психологічної дії на власний організм і нервову систему з метою їх релаксації і активізації. Використання прийомів аутотренінгу дозволяє педагогу цілеспрямовано покращити самопочуття і настрої, що позитивно відображається на його працездатності та здоров'ї.

На сучасному етапі розвитку освіти проблеми здоров'язбереження суб'єктів освітньої діяльності набувають особливої актуальності і вимагають відповідної уваги з боку перш за все держави, оскільки потребують відповідного законодавчого та фінансового забезпечення. Поняття «здоров'язберігаючі освітні технології» більшість дослідників визначають виходячи з «родового» поняття «освітні технології». Якщо останні відповідають на питання «як навчати?», то логічною буде наступна відповідь: так, щоб не завдавати шкоди здоров'ю суб'єктам освітнього процесу. Не дивно, що здоров'язбереження сьогодні розглядають як якісну характеристику будь-якої освітньої технології. Постановка завдання здоров'язбереження в освітньому процесі розглядається у двох варіантах – завдання-мінімум і завдання-оптимум.

Завдання-мінімум відповідає фундаментальному принципу медицини: «Не нашкодь!». Завдання-оптимум передбачає, що поряд із задачею-мінімумом вирішуються й питання, пов'язані з формуванням у тих, хто навчається, культури здоров'я, мотивації на ведення здорового способу життя. Здоров'язберігаючі технології передбачають активну модель роботи того, хто навчається, на занятті. Вважається, що задля цього навчальний процес повинен носити творчий характер. Відома цитата К. Ушинського «учень – це не посудина, яку потрібно заповнити, а смолоскип, який треба запалити» – повинна бути лозунгом сучасної здоров'язберігаючої дидактики. Прикладом доступних і ефективних форм навчальної діяльності можуть бути дискусія, навчальний тренінг, ділова чи рольова гра та інші активні форми. Для широкого використання їх у навчальному процесі необхідно не тільки постійне коригування навчальних програм, але і відповідна підготовка педагогів. У цьому аспекті важливий принцип здоров'язбереження полягає в оцінці педагогом того, якою ціною для здоров'я повинен розплатитися той, хто навчається, за отримані знання, уміння, навички. «Ціна навчання для здоров'я» – той критерій, який при використанні здоров'язберігаючих технологій стає для педагога мірилом якості тих або інших педагогічних дій.

На принципах здоров'язбереження ґрунтується ноосферна освіта. Метою цього напрямку є формування у того, хто навчається, гармонійного, екологічно

здорового типу цілісного мислення, заснованого на усвідомленому сукупному володінні логічним і образним мисленням. Результатом освітнього процесу тут вважається навчання дискурсивно-логічному, інтуїтивному, а також сукупно логічному і образно-інтуїтивному мисленню у вирішенні життєвих, виробничих, соціальних або ж універсальних завдань. Сукупна робота двох півкуль мозку при цьому стає усвідомленим прийомом, методом вирішення різноманітних завдань.

Одиницею діяльності у ноосферній освіті є поняття мислеобразу. Це індивідуально сприйнятий всіма органами чуття цілісний образ предмета чи явища. Мислеобраз є базовим поняттям біоадекватної REAL-методики, яка є основою ноосферної освіти. Аббревіатура REAL складається з трьох слів: «Relaxation» – релаксаційне навчання, спрямоване на накопичення інформації і активізацію правої (творчого) півкулі; «Action» – активне тренуюче навчання, побудоване на тренуванні лівої півкулі та «Learning» – навчання. Біологічно адекватна REAL-методика є сукупністю скоординованих дій обох сторін навчального процесу – педагога і того, хто навчається. Метою такої взаємодії є формування цілісних динамічних мислеформ із навчальної дисципліни та навичок інструментальної роботи з ними. При цьому активно використовується системна організація фізіологічних, інтелектуальних, психічних функцій тих, хто навчається.

Метою викладацької діяльності у ноосферній освіті є навчання методикі мислення мислеобразами та створення цілісної особово орієнтованої системи мислеобразів із конкретної навчальної дисципліни у тих, хто навчається. Біоадекватна методика об'єктивно, суб'єктивно, фізіологічно і психологічно чітко спрямована на формування методу мислення мислеобразами. Усвідомлене, систематичне застосування асоціативних образів у будь-яких навчальних дисциплінах медичного вишу створює системне асоціативне мислення. Основні етапи реалізації ноосферної REAL-методики наступні:

I етап (придбання знання) – проходить у стані релаксації. Під час цього етапу відбуваються мотивація і формування мислеобразу навчального матеріалу із структурованою інформацією.

II етап (формування умінь використовувати знання) – проходить у стані активності. Під час цього етапу відбувається «виведення» образу інформації на рівень словесного опису, візуального графічного образу в малюнку, відбувається формування візуального, моторного, слухового, логічного зв'язку між абстрактною інформацією й особистим образом.

III етап (закріплення умінь використовувати знання). Під час цього етапу відбувається «відрив» навчального образу від підручника та пошук власних прикладів із наступними (перевірочними) повтореннями і коректуванням

зразків. Домашнє завдання є продовженням третього етапу. Його виконання передбачає створення власного мислеобразу. При інноваційному викладанні у цих умовах у наочності з'явилася нова функція – управління пізнавальною діяльністю того, хто навчається, через апарат емоцій та відчуттів.

Вимоги до професійних якостей викладача, зокрема медичного вишу, передбачають наявність творчого потенціалу, глибоке розуміння дидактичних процесів, постійну підтримку та вдосконалення професійного рівня. Існуючі моделі і стандарти компетентності фахівців відображають вимоги до викладачів, однак не завжди вказують шляхи їх удосконалення. Щоби викладач був кваліфікованим, компетентним фахівцем, необхідно формувати у нього таку свідомість, що спонукає до продуктивної, творчої професійної діяльності, здатність ефективно будувати навчальний процес на основі педагогічних технологій, які повинні бути здоров'язберігаючими.

За умови формування здоров'язберігаючої компетентності, глибоких знань практичного використання здоров'язберігаючих технологій та оволодіння складними механізмами професійної діяльності можливі позитивні зміни в системі вітчизняної освіти [3, с. 125]. Поняття «компетентність» визначається як набір знань, умінь, навичок, здібностей, цінностей, способів діяльності, що сприяє особистому успіху, покращує якість навчально-виховного процесу. Вочевидь поняття «компетентність здоров'язбереження» об'єднує в собі всі напрямки діяльності викладачів ЗВО щодо формування, збереження та зміцнення власного здоров'я, а також здоров'я студентів як майбутніх фахівців.

Перш за все це є:

- сприятливі умови праці у вищій школі – відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання;
- оптимальна організація навчального процесу відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм;
- повноцінний та раціонально організований руховий режим;
- відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям студентів;
- створення у ЗВО системи управління та моніторингу здоров'язберігаючих технологій;
- навчання методам самооцінки та контролю стану та рівня здоров'я.

Особливість формування здоров'язберігаючої компетентності викладача ЗВО полягає у вмінні:

- вирішувати проблеми соціального і фізичного здоров'я індивіда;
- визначати фізіологічні механізми співвідношення природних і соціальних чинників у становленні здоров'я особистості;

- розробляти систему завдань для самостійної фізичної підготовки;
- формувати у студентів навички самостійної роботи з інформаційними джерелами для забезпечення самоосвіти в галузі збереження здоров'я;
- здійснювати моніторинг стану фізичного здоров'я з урахуванням вікових, анатомо-фізіологічних особливостей студента, рівня їх рухової підготовленості; – відбирати і адаптувати необхідну інформацію з урахуванням дидактичних принципів і вікових особливостей студента.

Безсумнівно, що інформатизація освітянської галузі з використанням інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) є інструментом поліпшення якості освіти та одночасно засобом підвищення рівня здоров'язберігаючої компетентності, оскільки дозволяє необмежено розширити доступ до інформації, урізноманітнити технології [4, с. 46]. У сфері освіти ІКТ можна застосовувати як:

- засоби навчання, за допомогою яких вдосконалюється процес викладання;
- інструмент пізнання навколишньої дійсності та самопізнання; – засоби розвитку особистості того, кого навчають;
- інформаційно-методичне забезпечення й управління навчально-виховним процесом;
- засоби комунікації;
- засоби автоматизації процесу обробки результатів експерименту й управління;
- засоби автоматизації процесів контролю і корегування результатів навчальної діяльності;
- засоби організації інтелектуального дозвілля.

Формування компетентності здоров'язбереження викладача ЗВО реалізується через наступні напрямки діяльності:

- організація навчально-виховного процесу з урахуванням його психологічного та фізіологічного впливу на організм;
- використання комплексу оздоровчих заходів з метою покращання здоров'я викладача;
- медичний і психологічний моніторинг стану їхнього фізичного та психічного здоров'я.

На формування здоров'язберігаючої компетентності викладача ЗВО впливають умови праці та застосування здоров'язберігаючих технологій в навчальному закладі [5, с. 118]. При цьому доцільно формувати у викладачів здоров'язберігаючу компетентність, використовуючи технології, котрі:

- мають за основу комплексний характер збереження здоров'я;
- беруть до уваги більшість чинників, що впливають на здоров'я;
- враховують вікові та індивідуальні особливості учасників навчального процесу;

- забезпечують запровадження політики освітнього закладу щодо зміцнення здоров'я студентів, викладачів та формування здорового способу життя;
- контролюють виконання настанов, зміст яких має здоров'язберігаючий та профілактичний характер;
- поліпшують санітарно-гігієнічні умови ЗВО, його матеріально-технічну та навчальну базу, соціально-психологічний клімат у колективі;
- заохочують викладачів до співпраці зі студентами щодо участі в плануванні оздоровчої діяльності навчального закладу та до аналізу виконаної роботи;
- формують позитивне ставлення у взаєминах «викладач – студент», взаємоповагу та взаєморозуміння між викладачами й студентами, а також студентів між собою;
- регулярно оцінюють ефективність способів здоров'язбереження;
- практикують особистісно зорієнтований стиль навчання та стосунків зі студентами;
- створюють освітнє середовище, що забезпечує комфортні та безпечні умови життєдіяльності студентів та викладачів.

Ефективність формування здоров'язберігаючої компетентності вимагає активного залучення викладачів до здоров'язберігаючого навчального процесу, формування в них активної позиції щодо зміцнення і збереження власного здоров'я [3, с. 206]. Вона має поєднувати такі форми і види роботи, як:

- розробка та реалізація програм щодо формування навичок ведення здорового способу життя та профілактики шкідливих звичок;
- діяльність психологічної служби – допомога викладачам і майбутнім фахівцям у подоланні стресів, стану тривоги;
- формування доброзичливих взаємовідносин у колективі викладачів;
- заходи щодо збереження та зміцнення здоров'я викладачів і студентів, а також створення умов для їх гармонійного розвитку;
- поширення передового досвіду шляхом проведення науково-практичних конференцій, семінарів, «круглих столів», тематика яких пов'язана із здоров'язбереженням,
- проведення спортивно-масових, туристичних заходів; днів здоров'я у навчальному закладі;
- додаткове навчання викладачів ЗВО щодо використання новітніх педагогічних, здоров'язберігаючих технологій у практичній діяльності, котрі спрямовані на їх особистий розвиток та створення педагогічної системи з використанням системного підходу;
- методи відновлення і стимуляції працездатності відповідно до наукових рекомендацій для збереження повноцінного здоров'я особистості;
- створення умов, які активізують викладачів ЗВО до використання ІКТ, стимулюють їх у роботі для формування компетентності здоров'язбереження.

Показниками формування компетентності викладачів ЗВО у питаннях здоров'язбереження є:

- уявлення про здоров'я, здоровий спосіб життя та чинники, які впливають на здоров'я;
- сприйняття здоров'я як загальнолюдської цінності;
- вміння відстежувати і фіксувати позитивні та негативні зміни в стані власного здоров'я і здоров'я оточуючих;
- уміння складати ефективну і дієву програму збереження та відновлення здоров'я учасників навчально-виховного процесу;
- вміння створювати здоров'язберігаюче середовище в навчально-виховному процесі;
- володіння способами організації та реалізації діяльності щодо профілактики і здоров'язбереження;
- володіння здоров'язберігаючими технологіями.

Формування здоров'язберігаючої компетентності у ЗВО сприяє:

- різнобічному розвитку викладачів, їх самовдосконаленню, бажанню вчитися впродовж усього життя, розумінню процесів поліпшення здоров'я;
- здатності застосовувати опановані знання у професійній діяльності;
- удосконаленню професійної майстерності;
- підвищенню рівня особистого здоров'я та здоров'я оточуючих.

Висновки:

1. Будь-яка освітня технологія повинна бути «здоров'язберігаючою», тобто у процесі її реалізації мають створюватися умови, необхідні для збереження здоров'я основних суб'єктів освітнього процесу – здобувачів освіти та педагогів.

2. Здоров'язберігаюча компетентність – здатність педагога застосовувати здоров'язберігаючі технології у процесі навчання, виховання, методичної та дослідницької діяльності.

3. На основі аналізу педагогічних ситуацій сучасний викладач повинен чітко розуміти та формулювати педагогічні завдання, знаходити оптимальні способи їх вирішення із використанням ІКТ, самовдосконалювати свої професійні якості в галузі здоров'язбереження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Переворська О. І., Кобзева І.М. Здоров'язберігаючі технології в освітньому процесі вищого навчального закладу. Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія: Педагогіка і психологія. 2018. № 2. С. 85–90.
2. Сучасні тенденції спрямовані на збереження здоров'я людини //Збірник наукових праць. Харків, 2020. Випуск 1. 228 с.

3. Титаренко В.П., Хлопов А.М. Формування здоров'язбережувальних компетентностей сучасної молоді: реалії та перспективи: збірник наук. праць Всеукр. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому Дню цивільної оборони та Всесвітньому Дню охорони праці. Полтава, 2017. 408 с.
5. Калашнікова Л. М., Жерновникова О.А. Педагогіка вищої школи у схемах і таблицях: навчальний посібник. Харків, 2016. 260 с.
6. Яременко О. Б., Федьков Д.Л., Добрянський Д.В., Дудка П.Ф. Зміна формату проведення лекційних занять для студентів-медиків нового покоління. Медична освіта. 2018. № 4. С. 117-120.

РІЗУН Г.М.,
викладач кафедри
лабораторної медицини,
КЗВО ЛОР «Львівська медична
академія ім. А.Крупинського»
ЦЮНИК Н.Ю.,
викладач кафедри
лабораторної медицини,
КЗВО ЛОР «Львівська медична
академія ім. А.Крупинського»

ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА В УКРАЇНІ: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Вступ. В Україні активно впроваджується освітня реформа, важливим елементом якої є розвиток інклюзивної освіти. Створення належних умов для навчання дітей з особливими освітніми потребами є важливим кроком у напрямі інтеграції європейських стандартів і принципів у систему освіти. Забезпечення доступу до якісної освіти на всіх її рівнях відіграє ключову роль у дотриманні прав і рівних можливостей для кожної дитини з особливими потребами.

Тенденція до зростання кількості дітей, які мають різні психічні та фізичні порушення й особливі освітні потреби, змушує науковців шукати сучасні підходи до розв'язання нагальних проблем щодо інтеграції таких дітей у суспільство. Завдання держави в цьому напрямі полягає у виробленні такої державної освітньої політики, яка б сприяла підвищенню доступності якісної освіти та створенню відповідного освітнього середовища, у якому були б забезпечені успішна соціалізація всіх дітей, зокрема й тих, що мають відхилення у здоров'ї, та їхня повна самореалізація як особистостей.

Процеси євроінтеграції відкривають нові можливості для впровадження міжнародних стандартів інклюзії та обміну передовим досвідом із країнами Європейського Союзу. Разом із цим постають численні виклики, пов'язані з адаптацією національної системи освіти до цих вимог.

Основна частина. Одним із пріоритетів сучасного розвитку освіти є забезпечення рівних прав на освіту для всіх дітей, у тому числі для дітей з особливими освітніми потребами. Це зумовлено головною метою соціального розвитку – створити суспільство «для всіх».

Якісна сучасна освіта означає задоволення освітніх потреб кожного індивіда у звичному для нього соціальному оточенні: сім'ї, навчальному закладі, серед друзів та однолітків. Для всіх єдиною стає думка: інклюзивний

підхід передбачає визначення головного – не особистість має підлаштовуватись до суспільних, соціальних і економічних чинників, а навпаки, суспільство має створювати умови для задоволення потреб кожної особистості.

Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами, зокрема дитини з особливостями психофізичного розвитку в умовах загальноосвітнього закладу. Інклюзивне навчання забезпечує доступ до освіти дітей з особливими освітніми потребами за рахунок застосування методів навчання, що враховують індивідуальні особливості таких дітей. В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію дітей; забезпечує рівноцінне ставлення до всіх дітей, але створює спеціальні умови для дітей з особливими потребами. [1].

Переваги інклюзивного навчання для дітей з ООП:

- Навчання дітей з ООП за місцем проживання, в сімейних умовах.
- Діти з ООП отримують можливість соціалізації, розвитку своїх сильних сторін і талантів, подальшої інтеграції в суспільство, отримання професії.
- Забезпечується індивідуальний підхід до кожної дитини з орієнтацією на її сильні сторони, здібності та інтереси.
- Діти з ООП мають можливість отримувати додаткові спеціальні послуги у закладі, де вони навчаються.
- Особистісно орієнтоване спрямування освітнього процесу допомагає забезпечувати асистент вчителя, який бере участь у розробленні та реалізації індивідуальної програми розвитку, адаптує навчальні матеріали з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності дітей.

Переваги інклюзивного навчання для усіх дітей закладу освіти:

- Діти навчаються природно сприймати і толерантно ставитися до індивідуальних відмінностей.
- Діти навчаються налагоджувати й підтримувати дружні стосунки з дітьми, які відрізняються від них.
- Діти навчаються співробітництву, взаємодопомозі, співчуттю іншим.
- Допомагаючи іншим, діти покращують власні навчальні результати.

Переваги інклюзивного навчання для педагогів:

- Педагоги розвивають нові компетентності: знання, різноманітні методики навчання і розвитку дітей з ООП, отримують новий педагогічний досвід роботи в інклюзивному середовищі.
- Інклюзивне навчання допомагає налагодити співпрацю педагогічних працівників у закладі освіти й застосувати командний підхід до реалізації освітнього процесу.

- Отримання методичної та консультативної допомоги від фахівців інклюзивно-ресурсного центру, ресурсних центрів підтримки інклюзивного навчання та інших ресурсів місцевої громади.

Переваги інклюзивного навчання для адміністрації закладів освіти:

- Створення в закладі загальної середньої освіти спеціальних умов: забезпечення безперешкодного доступу до будівель та приміщень закладів освіти для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, зокрема тих, що перебувають на візках, дітей з порушеннями зору, слуху.
- Забезпечення закладу освіти необхідними навчально-методичними посібниками, підручниками, спеціальним обладнанням.
- Забезпечення додаткового штату педагогічних працівників з метою надання дитині психолого-педагогічних, корекційно -розвиткових послуг згідно з індивідуальною програмою розвитку.
- Формування в колективі відповідних цінностей: цінність кожної дитини, права людини, повага до багатоманітності, співпраця та інші.
- Активне залучення додаткових ресурсів місцевої громади. [2]

Інклюзивна освіта, як освіта загалом, базується на основних принципах: цінність людини не залежить від її здібностей і досягнень; кожна людина здатна відчувати і думати; кожна людина має право на спілкування і на те, щоб бути почутою; різноманітність підсилює всі сторони життя людини; справжня освіта може здійснюватися тільки в контексті реальних взаємин; кожен потребує підтримки та дружби однолітків; використання переваг, а не недоліків; люди потребують один одного [3].

Позитивним є й те, що в умовах організації інклюзивної освіти діти з відхиленнями у здоров'ї мають можливість засвоювати рольову поведінку здорових учнів, пристосовуватись до вимог закладу освіти та користуватися підтримкою в навчанні [4].

Інші переваги запровадження інклюзивної освіти пов'язані з тим, що:

- підсилюється розуміння суспільством проблем людей з інвалідністю, особливо проблем дітей з обмеженими освітніми можливостями; – розвивається впевненість дітей у собі;
- відбувається спілкування з ровесниками;
- спостерігається виховання співчуття й розуміння проблем дітьми вікової норми;
- є можливість здобуття повноцінної освіти.

Утім, окремі науковці та педагоги все ж вважають, що діти з особливими освітніми потребами «не вписуються» у систему загальноосвітній навчальних закладів, тому одним із багатьох чинників успішного запровадження інклюзивної освіти має стати створення оптимальних спеціальних умов, які забезпечать розвиток особистості. [5]

Висновки. Впродовж останніх десятиліть чисельність дітей, які потребують корекційного навчання, неухильно зростає. На сьогодні дітей, які потребують корекції фізичного та розумового розвитку, в Україні понад 1 млн., що становить 12 % від загальної чисельності дітей у країні. Кількість дітей, які охоплені інклюзивною освітою з кожним роком стає все більшою. Тому пошук підходів до активізації розвитку інклюзивної освіти є важливим державним питанням [6].

Інклюзивна освіта є ключовою стратегією сучасного етапу розвитку української освітньої системи, де визнання пріоритету потреб дітей з особливими освітніми потребами формує основи нової інклюзивної парадигми. Вона не обмежується лише залученням таких дітей до навчання у звичайних школах, але й передбачає створення індивідуально адаптованих умов для їхнього розвитку відповідно до потреб та інтересів. Головна мета інклюзивної освіти полягає у забезпеченні всебічного розвитку дітей з особливими потребами разом із їхніми однолітками. Подальші дослідження в цій галузі мають зосереджуватися на вивченні сприятливих умов для розвитку інклюзії в Україні, спираючись на найкращий міжнародний досвід і досягнення вітчизняних педагогів-практиків, які працюють у сфері інклюзивної освіти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Індекс інклюзії: загальноосвітній навчальний заклад : навч.-метод. посіб. / Патрикеева О. О., Софій Н. З., Луценко І. В., Василяшко І. П. ; під заг. ред. В. І. Шинкаренка. Київ : ТОВ «Видавничий дім “Плеяди”», 2011. 96 с.
2. <https://kmk.osv.org.ua/inkluzivnoresursnij-centr-kaminkashirskoi-miskoi-radi-volinskoj-oblasti-15-49-44-02-06-2021/>
3. Федоренко О.Ф. Інклюзивне навчання: оцінювання досягнень учнів з особливими освітніми потребами. Особлива дитина: навчання і виховання. 2018. № 2 (86).
4. Козенко Р., Пікож Т., Супрун К. Реалізація освітньої політики в умовах формування інклюзивного освітнього простору. Вісник післядипломної освіти. Серія «Управління та адміністрування». 2019. Вип. 7. С. 46–78. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vpoupra_2019-7-6.
5. Шевців З. Теорія і методика професійної підготовки майбутніх учителів початкової школи до роботи в інклюзивному середовищі загальноосвітнього навчального закладу : дис. докт. пед. наук: 13.00.04. Рівне, 2017. 608 с.
6. Дегтяр Г. В. Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивній освіті. Таврійський вісник освіти. 2015. № 1 (49). С. 250–255.

Chornenka Zh.A.,
Doctor of philosophy (PhD),
Associate professor,
Bukovynian State Medical University

DEVELOPMENT TENDENCIES OF THE NEWEST FORMS OF LEARNING IN THE CONDITIONS OF EMERGENCY SITUATIONS

Introduction. Today, educational institutions face the need for operational decisions on how to organize the educational process and how to combine traditional and innovative models and technologies to organize the interaction of all its participants. Under any circumstances, the continuity of the provision of educational services is decisive. And the use of alternative methods is important because it minimizes learning interruptions and can provide daily peer support that helps students overcome psychological stress or trauma.

The main part. The main trend in modern education is the increasingly widespread implementation of the "lifelong education" educational model, which allows a person to adapt and develop his competencies and professional skills in accordance with rapid changes in the economy, technologies and labor markets. This model includes the following subsystems:

- non-formal and informal education (according to the degree of institutionalization);
- distance education (according to the method of organizing the educational process);
- online education (by means of implementation);
- mixed education (combination of traditional and online means of education).

In a medical institution, it is impractical to refuse full-time training, which is also agreed by other specialists [1]. Moreover, distance education as the main form is not suitable for teaching students of medical institutions of higher education. To combine theory with practice, algorithms for performing certain skills are compiled, which can also be in digital format. Thus, the relevance of blended learning, cloud-based e-learning, mobile learning, and the use of artificial intelligence, virtual and augmented reality technologies is growing in the US educational system today [2]. The development of the latter began to receive great attention in Ukraine. In particular, the effectiveness of conducting virtual laboratory work in analytical chemistry and the use of a virtual laboratory with automatic assessment of ChemCollective in the educational process of training students of higher pharmaceutical education [3] are shown.

More widespread blended learning thanks to digital technologies makes it possible to combine traditional learning with elements of electronic (e-learning), distance (online-learning) and mobile (m-learning) learning, and it was this that

became the basis for the emergence of one form of electronic learning "inverted learning" (f-learning) [4].

In medical education, "flipped learning" is actively used: lectures are online, and practical classes are offline [5]. Carrying out the experimental part of practical work offline in modern laboratories equipped with all the necessary equipment contributes to creative self-realization and the acquisition of practical skills, which are most needed in the wartime period. In the absence of the possibility of conducting offline classes, it is advisable to conduct the practical part of chemistry training programs in synchronous and asynchronous modes of online classes. At the same time, the synchronous mode should be used for consultations, consolidation of knowledge, discussions of the most complex issues, in particular, those presented in "KROK".

In parallel with this, the creative approach of the teacher in the performance of professional duties creates opportunities for his personal and professional development. In particular, independently and creatively acquire information; carry out anticipatory planning of online or offline classes, organization of training in both synchronous and asynchronous modes, development of assessment materials, etc. A modern teacher has information about popular sites, channels, devices, and blogs. For didactic provision of classes, you can use online boards Padlet, Linoit, websites for creating dynamic Power Point presentations, PreziNext, Canva, services for submitting educational videos – YouTube, Windows Live Movie Maker, for knowledge assessment – Google Forms, Online Nest Pad, LearningApps.org, WordWall, etc. In any case, the main thing is flexibility in organizing classes in new real conditions. Daily communication among students develops their confidence in the future profession – that it is modern, prestigious and gives the prospect of professional growth.

The study of foreign experience [6] shows that only in the last two years have such European countries as Great Britain, Germany, and France adjusted their national plans in the field of higher education, taking into account technological innovations. Their implementation takes place through the production of competitive and highly qualified specialists.

In recent years, a new type of organizational structure of distance university education, called a consortium of universities, has begun to develop in Ukraine. It offers a range of university-developed courses ranging from undergraduate courses to postgraduate courses.

However, the difficult conditions of wartime made adjustments. In addition to the formation of critical thinking, adaptability and creativity, persuasion and time management come to the fore. In turn, the use of critical thinking and interactive methods, project technologies and mental maps, according to researchers [7], are designed to develop systemic thinking as well. We can safely say that teacher-student educational communication today reaches a new level, which involves

constant involvement in joint activities during classes. Encouraging the exchange of ideas, on the basis of existing knowledge, their creative application takes place in new situations proposed by the teacher.

Conclusion. The application of modern educational technologies for the study of theoretical medical disciplines is fully implemented using the cloud environment, including through a unique digital platform. Taking into account the social transformations, the change in the usual rhythm of life and the prolongation of events, it is important to develop critical thinking and the ability to apply it both to solve interactive exercises in online classes during distance learning, and to perform practical work in practical and seminar classes (if possible – offline).

REFERENCES

1. Chiranova, D.I. Innovatsiyni tekhnolohiyi u vykladanni medychnykh dystsyplin [Innovative technologies in teaching medical disciplines.]. Innovatsiyni praktyky naukovoyi osvity: materialy Vseukrayins'koyi naukovo-praktychnoyi konferentsiyi. 2021.– Kyyiv, 8–11 hrudnya, 534–537. [in Ukrainian].
2. Chubukova, O.YU., Ponomarenko, I.V. Innovatsiyni tekhnolohiyi do-povnenoyi real'nosti dlya vykladannya dystsyplin u vyshchyykh navchal'nykh zakladakh Ukrayiny [Innovative technologies of augmented reality for teaching subjects in higher educational institutions of Ukraine.]. Problemy innovatsiyno-investytsiynoho rozvytku. 2018. 16, 20–27. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Piir_2018_16_. [in Ukrainian].
3. Okrepka, H. Virtual'na laboratoriya ChemCollective: osoblyvos-ti, perevahy ta perspektyvy vykorystannya na praktychnykh zanyattiyakh z khimiyyi u zakladakh vyshchoyi osvity [ChemCollective virtual laboratory: features, advantages and prospects for use in practical chemistry classes in higher education institutions]. Problemy osvity. 2022. 1 (196), 120–133. [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.52256/2710-3986.1-96.2022.08>.
4. Kademiya, M. YU. Vykorystannya zmishanoyi tekhnolohiyi navchannya u dystantsiyniyi osviti [Use of mixed learning technology in distance education]. Suchasni informatsiyni tekhnolohiyi ta innovatsiyni metodyky navchannya v pidhotovtsi fakhivtsiv: metodolohiya, teoriya, dosvid, problemy, Kyyiv-Vinnytsya. 2016. 44, 330–333. [in Ukrainian].
5. Lee, Y.H., Kim, K-J. (2018). Enhancement of student perceptions of learner-centeredness and community of inquiry in flipped classrooms. BMC Medical Education, 18, 242. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1347-3>.
6. Chernyshova, S.V. Zarubizhnyy dosvid innovatsiynoho rozvytku vyshchoyi osvity [Foreign experience of innovative development of higher education]. In-

novatsiyni praktyky naukovoyi osvity: materialy Vseukrayins'-koyi naukovo-praktychnoyi konferentsiyi, Kyiv. 2021.8-11 hrudnya, 526–529. [in Ukrainian].

7. Dyachenko, I.M. (). Systemne myslennya ta strukturnyy metod – shlyakhy podolannya vidchuzhennya znan' u protsesi vykladannya kursu ta stvorennya pidruchnyka «Istoriya i medytsyna Ukrayiny» [System thinking and the structural method are ways to overcome the alienation of knowledge in the process of teaching the course and creating the textbook "History and Medicine of Ukraine"]. Naukovyy chasopys NPU im. M.P. Drahomanova. 2018. 60 (5), 150–155. . [in Ukrainian]. <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/23484>

СВІТЛАНА ЧУМАК,
викладач дисципліни «Історія та культура України»,
спеціаліст першої кваліфікаційної категорії,
Кременчуцький медичний фаховий коледж імені В.І. Литвиненка

ВИКОРИСТАННЯ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ШКІЛЬНОГО КУРСУ ІСТОРІЇ

У статті розглянуто особливості організації вивчення шкільного курсу історії з використанням новітніх форм навчання для студентів-медиків Кременчуцького медичного фахового коледжу імені В. І. Литвиненка на сучасному етапі. Основну увагу відведено розвиваючому навчанню історії, у процесі якого відбувається становлення професійно-ціннісних орієнтацій студентів. Проаналізовано необхідність комплексного та структурно логічного підходу до формування професійного молодшого медичного працівника. Актуальність даного питання є досить гострою. У нинішньому українському суспільстві зараз є надзвичайно важливим питання про якісну підготовку молодших медичних працівників, яка має включати в себе не тільки професійні знання та вміння, а й розвиток особистості. На сьогодні медик виступає проміжною ланкою у процесі реабілітації та соціалізації окремих громадян України. Тому має мати всесторонній розвиток своєї особистості.

Питання організації викладання шкільного курсу історії знайшли своє висвітлення у працях вітчизняних науковців В. Андрущенко, В. Бабкіна, І. Бойченка, В. Шинкарука. Метою дослідження є аналіз процесу викладання шкільного курсу історії України для здобувачів освіти у Кременчуцькому медичному фаховому коледжі імені В.І. Литвиненка як складової частини формування професійно-ціннісних орієнтацій. У сучасних суспільних умовах, коли обсяг наукової інформації стрімко зростає, вже неможливо робити головний наголос на просте засвоєння знань, в тому числі і з історії. Шкільний курс історії має свої специфічні особливості викладання, особливо в умовах фахової передвищої освіти. Обсяг навчальної інформації та термін, впродовж якого вона має бути засвоєна, для студентів I курсу є значно більшим, ніж у шкільній системі. Крім засвоєння навчального матеріалу, слід враховувати і розвиток цінніснокомпетентнісних навичок. Розвиваюче навчання при вивченні історії є провідною складовою навчально-виховної роботи викладача. Головною метою сучасної історичної освіти є не тільки засвоєння навчальної історичної інформації, але й розвиток особистості студентів особливо в розумовому плані. Крім того, викладач історії повинен враховувати індивідуальні особливості здобувачів освіти.

Сфера освіти змінюється настільки швидко, що потрібно не відставати та адаптуватися до більш сучасних стратегій. Інакше може бути важко вписатися у нові рамки навчально-виховного процесу.

Інноваційні методи навчання – не лише використання найсучасніших технологій чи постійне наздоганяння останніх трендів освіти, це методи викладання й навчання. Усі вони стосуються використання нових стратегій навчання, які більше зосереджуються на студентах. Ці інновації заохочують здобувачів освіти активно приєднуватися та спілкуватися зі своїми одногрупниками та викладачем під час навчальних занять. Студентам доведеться більше працювати, але так, щоб краще відповідати потребам і допомагати їм швидше розвиватися.

Як зазначає Ю. Бистрова «на відміну від традиційного викладання, яке головним чином зосереджується на тому, скільки знань викладач може передати своїм студентам, інноваційні методи викладання глибоко розкривають сутність того, що студенти справді беруть із того, що викладається під час навчальних занять» [1, С.28].

У світі відбувся перехід від звичайних класів до онлайн-класів і гібридного навчання. Однак, дивлячись на екрани ноутбуків, студентам легше заблукати й зайнятися чимось, не відточуючи нічого, крім своїх навичок удавати, що зосереджені. Ми не можемо звинувачувати тих студентів у тому, що вони погано навчаються; викладач також зобов'язаний не давати нудних і сухих занять, від яких студенти втомлюються.

«Багато навчальних закладів, викладачів, освітніх працівників намагаються застосувати інноваційні стратегії навчання в новому звичайному середовищі, щоб підтримати зацікавленість і активність здобувачів освіти. А цифрові програми допомогли їм достукатися до свідомості студентів і надати їм кращий доступ до занять» як пише Ю.Бистрова [1, С.30].

Нині у науковій літературі та практиці є багато прикладів інноваційних форм навчання, які можуть забезпечити якісний освітній процес у медичному навчальному закладі. І може сприяти не тільки якісному засвоєнню знань, а й формуванню ціннісних орієнтацій особистості.

Ось 7 прикладів того, чим ці інновації можуть принести користь студентам і чому їх варто спробувати:

- 1) заохочуйте дослідження:** інноваційні підходи до навчання заохочують студентів досліджувати та відкривати нові речі та інструменти, щоб розширити свій розум;
- 2) удосконалювати навички вирішення проблем і критичного мислення:** креативні методи навчання дозволяють студентам навчатися у своєму вла-

сному темпі та спонукають їх до мозкового штурму нових шляхів вирішення проблеми замість пошуку відповідей, уже написаних у підручниках;

- 3) **уникайте одночасного отримання великої кількості знань:** викладачі, які використовують нові підходи, все ще дають студентам інформацію, але вони схильні розбивати її на менші частини. Перегляд інформації тепер стає доступнішим, а короткі об'єми допомагають студентам швидше опанувати основи;
- 4) **скористайтеся більше м'якими навичками:** студентам доводиться використовувати складніші інструменти під час навчання, щоб закінчити свою роботу, що допомагає їм вивчати нове та стимулювати їхню творчість. Також, виконуючи індивідуальні або групові проекти, студенти вміють керувати своїм часом, розставляти пріоритети завдань, спілкуватися, краще працювати з іншими;
- 5) **перевірте розуміння студентами:** оцінки та іспити можуть щось сказати, але не все про здібності та знання студента до навчання. Використання інноваційних технік дає можливість викладачам збирати дані про успіхи студентів і швидко визначати, з якими проблемами вони стикаються. Це полегшує коригування методів навчання відповідно до індивідуальних потреб;
- 6) **покращити самооцінку:** завдяки інноваційним методам від викладачів студенти можуть зрозуміти, чого вони навчилися і чого їм бракує. Виявивши те, що їм ще потрібно знати, вони можуть зрозуміти, навіщо вчитися конкретним речам, і з більшим бажанням це робити;
- 7) **оживіть аудиторії:** не дозволяйте аудиторіям бути повними Вашого голосу або незручної тиші. Інноваційні методи навчання дають студентам щось інше, чим вони захоплюються, заохочуючи їх більше говорити та спілкуватися.

Інноваційна педагогічна техніка стосується сучасних і творчих підходів до викладання та навчання, які виходять за рамки традиційних методів:

- **проектне навчання:** студенти отримують знання та навички, працюючи протягом тривалого періоду часу, щоб досліджувати та відповідати на цікаве та складне запитання, проблему чи виклик;
- **проблемне навчання:** подібне до проектного навчання, але зосереджується на складній проблемі, що дозволяє студентам вибирати та володіти процесом навчання;
- **навчання на основі запитів:** студенти навчаються через процес сумніву, припущень і постановки запитань для дослідження. Викладач сприяє, а не навчає безпосередньо.

Вивчення шкільного курсу історії у медичних закладах є складним та багатокомпонентним. Адже за короткий проміжок часу необхідно опанувати значно обсяг інформації. І саме інноваційні методи навчання дозволяють

оптимізувати та урізноманітнити навчально-виховний процес. Серед найбільш дієвих та ефективних є наступні:

- **аудіовізуальний метод навчання:** концепція методу реалізується у формі аудіовізуальних курсів, електронних підручників, комп'ютерних тестових завдань, тренінгів і практичних посібників для індивідуального та дистанційного навчання, відеозапису різних форм навчання з метою аналізу та обговорення дій учасників навчального процесу. Ефективність методу визначається не лише мінімальними витратами навчального часу, але й економією зусиль студентів і викладачів під час аудиторного заняття. За умови презентації матеріалів навчальних дисциплін у вигляді навчальних фільмів, мультимедійних пікетів до кожної теми курсу, здійснення контролю знань за допомогою комп'ютерної техніки процес навчання значно вирає як у кількісних, так і якісних показниках;
- **діалог Сократа (Сократів діалог):** у його основі лежить метод Сократа, який формує вміння грамотно ставити запитання, спрямовувати діалог, скласти його алгоритм, передбачати можливі варіанти відповідей і заздалегідь готувати варіанти наступних ланцюжків запитань. Метод стимулює творче (аналітичне і синтетичне) мислення, самостійний пошук відповідей, навчає логічно вибудовувати ланцюг запитань, які наближають до остаточної відповіді;
- **«займи позицію»** – методичний прийом, який допомагає визначитись із власною позицією у професійних дискусіях, особливо під час вирішення проблемних питань та конфліктних ситуацій. Спочатку формулюється дискусійне запитання, яке передбачає протилежні відповіді. Відповідаючи на запитання, студенти навчаються добирати і висловлювати слушні аргументи на захист своєї позиції перед однокурсниками та викладачем. Рекомендується застосування цього прийому на початку дебатів, колоквиумів, семінарських занять;
- **метод коментування або практичного навчання** – це один із перспективних напрямків сучасної освіти, оскільки забезпечує організацію самонавчального середовища. Цей метод навчання дозволяє студентам ефективно вирішувати проблеми навчально-тренувальної роботи. Він реалізується в групі студентів. Під час спільної роботи над практичноорієнтованою проблемою студенти розробляють власний шлях до її комплексного вирішення, обґрунтовують це рішення та презентують свої пропозиції;
- **метод проектів:** суть методу проектів реалізує диференційований, індивідуально-творчий та активно-дієвий підходи у навчанні. Проект може мати дослідницький, пошуковий, творчий (креативний), прогностичний, аналітичний та ігровий характер. Основу проектного методу складає орієнтація на

інтереси і побажання учасників. Автором проекту як спеціального навчального завдання може бути як викладач, так і студент (якщо він висловлює свою пропозицію). Оскільки проект планується та реалізується студентом самостійно або групою студентів, метод цей забезпечує сприятливі умови для активізації їхньої відповідальності, формування партнерських стосунків між виконавцями проекту та викладачем.

Вище наведений перелік інноваційних методів не є вичерпним. Звичайно, що таких методів у сучасній педагогіці значно більше. Але наведені методи, на мою думку, є найбільш вдалими та ефективними в умовах системного вивчення шкільного курсу історії у медичному фаховому коледжі. Для оптимізації процесу навчання необхідно поєднувати різноманітні педагогічні методи, постійно вдосконалювати навички своєї педагогічної діяльності, старатися орієнтуватися на майбутній результат.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бистрова Ю.В. Інноваційні методи навчання у вищій школі України. Право та інноваційне суспільство. 2015. № 1 (4). С. 27-33.
2. Волошина О.В. Педагогіка інновацій у вищій школі. Методичні вказівки до виконання практичних і лабораторних занять. Вінниця. 2015. 38 с.
3. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології. 3-тє видання, виправлене. Академвидав. 2015. 304с.
4. Ївженко Ю., Харитонова І. Теоретичні аспекти проблеми громадянського виховання студентів педагогічних спеціальностей. Нові технології навчання. 2021. № 95. С. 82–89.
5. Литвинов А.С. Педагогічний провайдинг інновацій в освіті: навчальний посібник. Київ. Університетська книга. 2023. 265с.

КАМІНСЬКА І.В.,
студентка I-го курсу другого (магістерського) рівня
спеціальності 223 Медсестринство,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник:
КАЛИНЧУК С.В.,
доц. кафедри медсестринства та екстреної медицини, к.мед.н.,
КЗВО «Волинський медичний інститут»

РЕФОРМА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ – РЕАЛІЇ ТА ОЧІКУВАННЯ

Реформа екстреної медичної допомоги (ЕМД) в Україні є одним із ключових напрямків удосконалення національної системи охорони здоров'я [3]. Основною метою змін є підвищення якості та доступності медичної допомоги, оптимізація роботи медичних служб та забезпечення сучасної підготовки фахівців [1]. Проте реальні результати реформи викликають дискусії як серед представників державних органів, так і серед медичних працівників та населення.

Зі сторони держави – реформа передбачає запровадження нової моделі ЕМД, адаптованої до міжнародних стандартів (відхід від звичної рядянської системи «швидкої допомоги»). Створення єдиної диспетчерської служби та впровадження екстреної служби 112, яка буде об'єднувати ДСНС національну поліцію та ЕМД. Це, в свою чергу, потребує змін в підготовці кадрів, зокрема перехід від фельдшерської моделі до парамедичної, відповідного рівня фінансування, матеріально – технічного забезпечення бригад ЕМД та симуляційних центрів, де і буде проходити сам процес навчання спеціалістів [2].

Усе нове дуже часто сприймається не так оптимістично як би того хотілося і дана реформа не є виключенням. Першими на собі зміни відчули медичні працівники бригад ЕМД: скорочення кількості бригад та підвищення навантаження на медиків. Гострими лишаються питання низького рівня заробітної плати та кадровий дефіцит системи ЕМД, адаптація освітніх програм для парамедиків до реальних умов роботи, нестача якісного обладнання, транспорту, застаріла інфраструктура, відсутність чітких алгоритмів взаємодії між ЕМД та лікарнями.

Багато запитань та сподівань виникає і в населення, яке є кінцевим споживачем даних змін, зокрема очікування швидкого доїзду бригади ЕМД (до 10 хвилин у межах міста, до 20 – у сільській місцевості) [2], що далеко не завжди є реальним на практиці через погані дороги та нестачу бригад; нерозуміння нових стандартів прийому виклику, наприклад «Чому на температуру 37,2 °Сабо тиждень болить палець – швидка не виїжджає?»

Зважаючи на те, що реалізація реформи припала на період повномасштабного військового вторгнення росією в Україну, це не могло не лишити свій відбиток: небезпека для бригад, затримка викликів через перевантаження системи, недоукомплектування складу бригад (частина працівників мобілізовані або добровільно вступили до лав ЗСУ) і т.д.

Реформа системи ЕМД, як і будь яка інша, вноситься з метою покращити певний аспект життя населення країни, має свої очікувані та реальні результати. Серед очікуваних: ефективна, оперативна, безкоштовна та професійна екстрена допомога, інтеграція з європейськими стандартами, покращення умов праці, належне фінансування та підтримка медиків, якісне навчання [2].

Проте реальність не завжди співпадає з очікуваннями, так сталося і в цій ситуації: недофінансування, нестача кваліфікованих кадрів, проблеми з логістикою, незадоволеність персоналу, виснаженість, відтік кадрів за кордон, затримки та відмови у виїзді на “не критичні” виклики, нерівний доступ до ЕМД у різних регіонах.

Сьогодні в Україні війна і реформа системи ЕМД як ніколи стоїть гостро. Для її ефективного впровадження в життя необхідно збільшити фінансування, забезпечити належне технічне оснащення бригад, вдосконалити систему підготовки парамедиків із врахуванням міжнародного досвіду, покращити логістику та диспетчеризацію викликів, особливо у віддалених районах, впровадити ефективну комунікацію з населенням, пояснюючи принципи роботи нової системи, створити програми соціальної підтримки для медиків, щоб зменшити відтік кадрів.

Варіант даної реформи має великий потенціал, проте її успіх на пряму залежить від належної реалізації, фінансування та комунікації між державою, медиками та суспільством.

Ключові слова: екстрена медична допомога, парамедики, реформа, медичні працівники, пацієнти, очікування

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».
2. Закон України від 05 грудня 2012 року № 5081-VI (поточна редакція від 01.01.2024, підстава – 1909-IX) «Про екстрену медичну допомогу».
3. Розпорядження КМУ від 17 січня 2025 року № 34-р «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках».

KARPYN KH.I.,
a Master degree student,
Andrey Krupynskyi Lviv Medical Academy
Scientific supervisor:
KHMILYAR I.R.,
PhD in Education/Pedagogy,
Andrey Krupynskyi Lviv Medical Academy

ENHANCING NURSING EDUCATION IN UKRAINE THROUGH INTERNATIONAL STANDARD: BARRIERS, SOLUTIONS, AND IMPACT

Implementing international standards in nursing education in Ukraine is essential for ensuring high-quality patient care and maintaining a consistent level of competencies required for the provision of healthcare services across different countries. A standardized approach to nursing education enhances the quality of healthcare delivery and fosters collaboration and integration among healthcare professionals, regardless of their national background. This alignment enables nurses to effectively participate in international healthcare teams and contributes to improving global healthcare standards.

By international standards, the primary objective of nursing education is to prepare highly qualified and competitive professionals equipped with advanced professional knowledge, practical skills, critical thinking abilities, ethical values, national consciousness, adaptability to work within an international framework. [1]

The implementation of these standards is facilitated through several key strategies. Lifelong learning plays a crucial role, as the dynamic nature of medical advancements necessitates continuous knowledge acquisition. [2] It encompasses formal education, such as participation in courses and seminars, and active engagement in international conferences, professional exchanges, and staying informed about emerging technologies, innovations, and treatment methodologies. Additionally, integrating modern educational technologies—including simulation-based training, online learning platforms, and virtual learning environments—enables nursing students to develop competencies in settings that closely resemble real-world clinical practice. Furthermore, cultivating communication skills and promoting interdisciplinary collaboration are fundamental components of nursing education, ensuring that graduates are well-prepared to work effectively within diverse and multidisciplinary healthcare teams.

Numerous challenges hinder the implementation of international standards in nursing education. One of the primary obstacles is insufficient funding, which directly impacts the quality of faculty training and professional development, the

adequacy of material resources, and the comprehensiveness of curricula. Limited financial support also restricts access to modern technologies essential for acquiring practical skills. Another significant challenge is the language barrier, as many international standards are available exclusively in English. It creates difficulties for individuals with limited proficiency in foreign languages, restricting access to critical information. Additionally, the absence of standardized teaching materials and instructional resources diminishes the effectiveness of the educational process. The lack of a well-defined regulatory framework further complicates the adaptation of nursing programs to evolving international requirements. Furthermore, the successful implementation of international standards necessitates amendments to national legislation, particularly revisions to medical education laws, to ensure alignment with global best practices. [3]

Despite these challenges, various international and national organizations are actively engaged in integrating international standards into nursing education, with notable progress already achieved. For instance, the USAID Health Care Reform Support Project [4] aims to enhance the quality of medical education, including nursing education, by implementing international standards. This initiative supports the reform of the nursing education system by introducing innovative methodologies and technologies while ensuring that professional competencies align with global standards.

Another significant initiative contributing to implementing international standards in nursing education in Ukraine is the Ukrainian-Swiss project *Development of Medical Education*. [5] This project actively facilitates the integration of international standards into nursing education by supporting the modernization of curricula, the enhancement of teaching methodologies, and the establishment of simulation centers and clinical skills laboratories. Notably, Lviv Medical Academy has participated in this project since 2018, during which numerous advancements have been achieved. A state-of-the-art medical simulation center has been established, enabling students to develop clinical competencies in realistic conditions using advanced medical equipment. Faculty members have undergone specialized training in designing clinical simulation scenarios, thereby improving the effectiveness of practical education. Additionally, English language courses have been organized for faculty members, enhancing their professional development and granting them access to international educational resources. Furthermore, a modern student space has been created to provide an optimal environment for both study and leisure.

Thus, implementing international standards in nursing education is a multifaceted and dynamic process essential for improving healthcare quality, strengthening the overall healthcare system, and fostering the professional mobility

of nurses. The successful integration of these standards necessitates the continuous advancement of knowledge, skills, and competencies and the adoption of modern digital technologies and innovative pedagogical approaches. Although challenges persist, supporting international and national programs and organizations plays a crucial role in overcoming these barriers and ensuring the effective adaptation of global best practices in nursing education.

LITERATURE

1. Malik S.S., Petryashev I.O. 2019. Implementation of algorithmisation in nursing education as an element of standardisation of medical care. Actual problems of modern higher medical education in Ukraine: materials of the educational and scientific conference with international participation. (21 March 2019). (pp. 141-142). Ukraine, Poltava.
2. Skikevych M.G., Voloshuna L.I. 2023. Integration of medical education into the international educational space. Medical education according to new standards: challenges and integration into the international educational space, materials of the educational and scientific conference with international participation. (30 March 2023). Ukraine, Poltava.
3. Sabluk A.G. 2019. Regulatory and legal documents for reforming nursing education. International Scientific and Practical Conference “World Science” (26-27 September, 2019). (pp.35-37). Ukraine.
4. USAID Health Care Reform Support Project <https://radabershad.gov.ua/news/community/5946-proekt-usaid-pidtrimka-reformi-ohoroni-zdorovya.html>
5. Development of Medical Education. Lviv Medical Academy. <https://lma.edu.ua/ukrayino-shvejczarskyj-proyekt-rozvytok-medychnoyi-osvity/>

ГІНДІНА М.С.,
викладач вищої кваліфікаційної категорії,
педагогічне звання «викладач-методист»,
Кременчуцький медичний фаховий коледж ім. В.І. Литвиненка

МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ВЗАЄМОДІЯ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОГО ФАХІВЦЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «МЕДСЕСТРИНСТВО»

Вступ. Реорганізація освіти торкнулася всіх її ланок. Не виключенням стала й фахова передвища освіта.

Серед викликів сьогодення – підготовка конкурентоспроможного фахового молодшого бакалавра. Для цього необхідна зміна парадигми, що дозволить створити сприятливі умови для впровадження й розвитку міждисциплінарного підходу у фаховій передвищій освіті.

Серед здобувачів освіти – нещодавні школярі, на долю яких випали випробування ХХІ сторіччя – пандемія COVID-19, повномасштабна війна, у зв'язку з чим навчання відбувалося за дистанційними технологіями. Серед студентів є й особи, які мають вже середню спеціальну, а деякі – і вищу освіту: технічну, економічну, гуманітарну, а також життєвий досвід.

До складу академічної групи входять внутрішньо переміщені особи, сироти, діти учасників бойових дій, студенти із особливими освітніми потребами, та інші категорії, які потребують взаємодії в процесі надання освітніх послуг не лише куратора та викладачів-предметників, а й соціального педагога та психолога.

Значно відрізняються й рівень мотивації, навички самоорганізації, уміння працювати із джерелами інформації вище перерахованих категорій тощо.

Враховуючи вимоги часу, у Кременчуцькому медичному фаховому коледжі імені В. І. Литвиненка традиційно впроваджуються різні аспекти міждисциплінарної взаємодії: аналіз навчальних програм та укладання на їх основі робочих навчальних програм, проводяться бінарні проблемні лекції та практичні заняття, конкурси з предметів циклу дисциплін загальної підготовки, захист міждисциплінарних студентських проектів, науково-практичні конференції тощо.

Аналіз публікацій останніх років продемонстрував, що більше висвітлено аспекти міждисциплінарної інтеграції в процесі викладання предметів «Анатомія людини», «Фізіологія», «Основи латинської мови та медичної термінології», «Фармакологія та медична рецептура», тобто між фундаментальними дисциплінами, а також між загальномедичними та клінічними дисциплінами

для здобувачів фахової передвищої освіти на відділеннях за спеціалізаціями «Лікувальна справа», «Сестринська справа», «Акушерська справа». Проте, значущості загальноосвітніх та суспільних дисциплін для підготовки сучасного фахівця медичної галузі, приділяється, на наш погляд, недостатньо уваги.

Мета. Аналіз впровадження та удосконалення аспектів міждисциплінарного підходу в процесі підготовки конкурентоспроможного фахівця за спеціальністю «Медсестринство».

Основна частина. Під взаємодією науковці розуміють взаємовплив об'єктів під час спільної діяльності, у процесі якої об'єкти зазнають змін. Поняття «взаємодія» є досить широким за своїм сенсом і вживається у багатьох сферах людської діяльності. Як філософська категорія, поняття «взаємодія» об'єднує процеси взаємовпливу, які виникають під час стосунків чи сталих взаємозв'язків людей, які формуються під час співпраці. Результатом такої співпраці є досягнення спільної мети, що об'єднує групу людей, які взаємодіють між собою [3, с.91]. У нашому випадку, мова йде про фахівців, які беруть участь у підготовці фахового молодшого бакалавра в закладі освіти.

На думку сучасних науковців, основними проявами ефективної міждисциплінарної взаємодії фахівців в освітньому середовищі є: сталі позитивні міжособистісні зв'язки в команді, засновані на принципах взаємоповаги та взаємопідтримки; ефективна комунікація між учасниками взаємодії; активна позиція кожного окремого учасника команди; особистісний та професійний розвиток; розуміння значущості кожного предмета в підготовці конкурентоспроможного фахівця, ефективне планування спільної діяльності та особиста відповідальність за її результативність; підсилення шляхом об'єднання професійного потенціалу фахівців міждисциплінарних команд, у нашому випадку предметних циклових комісій [1, с.133].

Розглянемо міждисциплінарну взаємодію, яка традиційно впроваджується в нашому коледжі.

Цікавим та креативним виявилось бінарне заняття з дисциплін: «Фізичне культура» і «Анатомія та фізіологія людини» з розділу: «Міологія», під час якого демонструвалися фізичні вправи, визначалися групи та латинські назви задіяних у навантаженні м'язів, їх анатомія та фізіологія, висвітлено значення фізичного виховання щодо формування здорового способу життя та відповідність крилатому латинському вислову «*Mens sana in corpore sano*», що в перекладі означає «У здоровому тілі – здоровий дух». У наш час здоровий спосіб життя є досить актуальною темою, яка потребує особливої уваги. Звісно, кожна людина повинна дбати про своє здоров'я, приділяти час для занять спортом. Адже спорт не тільки зміцнює тіло, а ще є ефективним психологічним розвантаженням. Передусім стосується це як здобувачів освіти, так і

викладачів. Під час заходу присутнім було запропоновано взяти участь у виконанні різноманітних вправ. Здобувачі освіти усвідомили важливість знань з міології для правильного та корисного для здоров'я виконання вправ. Такий формат роботи дає можливість об'єднати різні стилі навчання, сприяє співпраці між учасниками освітнього процесу, стимулює критичне мислення, що в свою чергу підвищує якість підготовки фахових молодших спеціалістів.

У процесі вивчення філософії здобувачам освіти пропонується навести приклади проявів законів діалектики в медицині, оскільки діалектика – філософська основа медицини. Загальноновизнаними є три закони. Їх називають законами руху і розвитку. Це закон єдності і боротьби протилежностей, закон взаємного переходу кількісних змін у якісні, закон заперечення – заперечення.

Закон єдності та боротьби протилежностей: притягнення та відштовхування, суперечності біологічних процесів (асиміляція та дисиміляція, спадковість та мінливість). У процесі взаємодії між протилежностями утворюється суперечність, в результаті якої одна з протилежностей відіграє руйнівну, деструктивну функцію, а інша – конструктивну, творчу (співвідношення процесів асоціації та дисоціації в хімічних реакціях, перевага індивідуальної мінливості над консервативністю спадковості в розвитку організмів). На знаннях з фізіології вегетативної нервової системи, а саме: її симпатичної та парасимпатичної частин, ґрунтується вивчення фармакології лікарських засобів, які впливають на функції холінергійних та адренергійних синапсів. Серед ліків, які впливають на реологічні властивості крові, є коагулянти та антикоагулянти.

Закон взаємного переходу кількісних та якісних змін яскраво демонструють: температура тіла пацієнта та види лихоманки, що в свою чергу зумовлює тактику медичного працівника в її різні періоди; види доз лікарських засобів: терапевтичні, токсичні, летальні. Інколи, в залежності від дози, проявляються протилежні властивості. Наприклад, порошок кореня ревеню в малих дозах має в'язучі властивості та застосовується при проносах, а у великих – виявляє проносну дію, тому застосовується при закрепках.

Закон заперечення заперечення виражає спрямованість, спадкоємність розвитку та його форму. Він не визнає абсолютної перервності у розвитку, а показує принципову відкритість та незавершеність розвитку як такого; кінець одного циклу стає початком нового і процес у цілому отримує форму нескінченної спіралі, яка поєднує в собі рух по колу та висхідний рух. Становлення ендокринної системи у дівчинки-підлітка, формування статевої зрілості, менструальний цикл, вагітність, відновлення організму після пологів, фертильна функція, клімактеричні розлади... Як вважав ще Демокрит: «Лікарське мистецтво зцілює хвороби тіла, а філософія визволяє душу від пристрастей». Філософія –

це методологічний фундамент для здобування медичного знання. Спільні дослідження та міждисциплінарні зв'язки філософії і медицини приводять до ефективної взаємодії у вирішенні вічних актуальних проблем – виживання людства на землі та досягнення якісного життя окремої людини [2, с. 85 – 89].

Значну увагу при вивченні історії медицини приділяють Клавдію Галену – грецькому лікарю, хірургу та філософу, засновнику експериментальної медицини, а на фармакології вивчають галенові та новогаленові препарати, названі на його честь.

Дуже цікавою виявилася робота викладачів нашого закладу освіти, в процесі виконання якої було досліджено міждисциплінарну інтеграцію при вивченні загальноосвітньої дисципліни «Фізика» та фундаментальних: «Біологічна фізика та медична апаратура», «Фармакологія та медична рецептура», «Основи латинської мови та медичної термінології». Так, одиниці фізичних величин необхідні для позначення вагової кількості та об'єму лікарських засобів в рецептах, розв'язування розрахункових задач з фармакології. Кінетичні явища покладено в основу розділу загальної фармакології – фармакокінетики.

Вологість повітря впливає на гігроскопічність лікарських речовин, зумовлює особливості відпуску порошків у вощеному або парафінованому папері та зберігання в сухому місці.

Електричний струм, який ретельно вивчається на фізиці, використовується для введення ліків методом електрофорезу, проведення інгаляцій за допомогою стаціонарних та портативних приладів, зокрема небулайзерів. І це далеко не повний перелік понять, які необхідні для отримання якісних медичних знань.

Проведення науково-практичної конференції на відділенні «Акушерська справа» об'єднало викладачів декількох циклових комісій та здобувачів освіти першого та останнього років навчання. Так, техніку обробки рук демонстрували під керівництвом викладача медсестринського догляду, будову жіночого тазу та його відмінність від чоловічого – під керівництвом викладача анатомії та фізіології, класифікацію ліків, які впливають на тонус та скорочувальну активність біометрії – під керівництвом викладача фармакології та медичної рецептури, а ведення пологів – під керівництвом викладача акушерства та гінекології.

Зміна парадигми проведення ліцензійного іспиту (Крок-М, ЄДКІ) вимагає переосмислення завдань, методів та форм проведення занять. Наприклад, ситуаційна задача: на прийомі пацієнтка 42 років, у якої діагностовано вагітність 16 тижнів. Виникла проблема переривання вагітності за медичними показаннями. Які ліки можуть бути використані для проведення медикаментозного абортів, до яких фармакологічних груп вони відносяться, вкажіть

особливості їх введення? Можна надати можливість студентам взяти участь у дискусії, запропонувавши вирішення питання, чи підійде для цієї мети окситоцин та інші гормональні препарати нейрогіпофізу. Таким чином, студенти ос-віжають знання з анатомії та фізіології ендокринної системи, виявляють знан-ня з фармакології, формують клінічне мислення та підготовленість до вивчення клінічних дисциплін.

Нещодавно було проведено конкурс міждисциплінарних проєктів з теми: «Біологічно активні речовини» із залученням біології, медичної біології, медичної хімії, основ латинської мови та медичної термінології, фармакології та інших дисциплін. Так, одна із груп студентів готувала розділ «Алкалоїди» та визначили етимологію термінів: хелідонін міститься в рослині чистотілу великому (*Chelidonium majus*), а атропін – беладонні звичайній (*Atropa belladonna*). Із цієї рослини отримують препарати: атропіну сульфат, «Белалгін», «Беластезин», «Белатамінал» та інші.

Висновки. Застосування інтегративних освітніх технологій та міждисциплінарної взаємодії в процесі вивчення загальноосвітніх, суспільних, природничих та клінічних дисциплін дозволяє підвищити мотивацію до отримання нових знань, формувати у майбутніх медиків клінічне мислення, максимально наблизити та якісно підготувати конкурентоспроможного фахівця за спеціальністю «Медсестринство».

ЛІТЕРАТУРА

1. Лісова Н. Механізми соціально-педагогічного партнерства в підручнику для керівника закладу освіти. Проблеми сучасного підручника : збірник тез Міжнародної наук.-практ. конфер. Київ : Педагогічна думка, 2021. С.132–136.
2. Suprun A. H. Filosofski osnovy fenomenu innovatsiinosti v umovakh tranzytyvnoho suspilstva. Naukovyi visnyk Natsionalnoho universytetu bioresursiv i pryrodokorystuvannia Ukrainy. Seriia «Humanitarni studii», 2017. 228 с, С. 85 – 89
3. Тонне О. Теоретичний аналіз поняття педагогічна взаємодія учасників освітнього процесу в умовах інклюзивної освіти. Освіта. Інноватика. Практика. 2023. Т. 11. № 5. С. 88–94.

ГРЕЧКО С.І.,

к.мед.н., доц.,

Буковинський державний медичний університет

ТРЕФАНЕНКО І.В.,

к.мед.н., доц.,

Буковинський державний медичний університет

ВИКЛИКИ ЕФЕКТИВНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

Вступ. Фахівці ВООЗ зазначають, що сьогодні в Європі не існує загальноприйнятого підходу до безперервної медичної освіти, проте є загальна згода про те, що якість медичних послуг напряму залежить від постійної підтримки лікарями своїх компетенцій під час процедур безперервного підвищення та оцінки своєї кваліфікації. Згідно із визначенням Всесвітньої федерації медичної освіти, післядипломна медична освіта є тією фазою медичного навчання, під час якої лікарі набираються досвіду після отримання базової медичної кваліфікації [1,с.2]. Даний етап підготовки проводиться відповідно до конкретних правил та інструкцій та освіта є частиною континууму навчання в медицині, також включена до неперервної медичної освіти або безперервного професійного розвитку.

Слід відзначити те, що сучасна медична освіта зазнає значних змін, спрямованих на підвищення якості та ефективності навчання лікарів. За таких умов інтерактивним методам навчання доцільно відводити ключову роль, оскільки вони сприяють активному залученню лікарів до навчального процесу, прогресуванню їх клінічного мислення та практичних навичок в умовах безперервного розвитку технологічного прогресу [2,с.105]. У медичній освіті такі досягнення, як моделювання, віртуальні пацієнти та електронне навчання, розвинулися як педагогічні стратегії для сприяння активному та підходу навчання, орієнтованому на студента/лікаря.

Основна частина. Застосування інтерактивних методів навчання на сучасному етапі підготовки фахівців обумовлено, в першу чергу, стрімкими та потужними економічними, політичними, соціальними змінами у суспільстві. Прогрес в освіті вимагає визначення того, які технології, що допомагають навчанню, заслуговують на використання в конкретних сценаріях [3,с.797]. З метою вдосконалення передачі знань від педагогів до здобувачів освіти сьогодні використовують різноманітні інноваційні методи й засоби навчання, застосовуючи при цьому принципово динамічні форми взаємодії, що безперервно розвиваються. Дієвим і результативним способом обміну інформації

в межах навчальних дисциплін вважається інтерактивне навчання, яке передбачає спільну роботу всіх учасників процесу. Як результат, обмін інформацією, вирішення поставлених задач та проблемних питань, що виникли в процесі вивчення тієї чи іншої дисципліни, спонукають педагогів і здобувачів освіти взаємодіяти, спільно оцінюючи поведінкові моделі (свої та колег), моделювати наступні етапи навчання [1,с.4]. В інтерактивному навчанні передбачається використання методів, які сприяють розширення меж взаємодії всіх учасників навчального процесу. Під час використання даних методів, як правило, суттєво підвищуються активність здобувача навчання, а зв'язки між усіма ланками навчального процесу зростають. Як результат, передача інформації перетворюється на взаємний обмін та вплив учасників навчального процесу один на одного. Обов'язковою умовою дієвості застосування інтерактивного навчання в практиці педагогів вищої школи є планування та чітке передбачення кінцевого результату такої діяльності. У таких обставинах навчальний процес на післядипломному етапі перебуває в умовах постійної модернізації, застосовуючи широкий спектр інтерактивних методів навчання на післядипломному етапі медичної освіти. Спостерігається зменшення ролі традиційних лекцій на користь активних методів, таких як case-study, рольові ігри, симуляції, дискусії, робота в малих групах.

Case-study дозволяє проводити аналіз конкретних клінічних випадків сприяє розвитку клінічного мислення та вмінню приймати обґрунтовані рішення, як приклад: iCBLS. У професійній освіті для сфери охорони здоров'я та соціальної допомоги клінічний випадок є ключовим компонентом навчальної діяльності, яка включає базові, соціальні та клінічні дослідження пацієнта [4,с.54]. Розглянувши клінічний випадок пацієнта з післяінсультним геміпарезом, лікарем фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), наприклад, можуть бути проаналізовані історія хвороби, результати обстежень, розроблений індивідуальний план реабілітації, обговорені можливі ускладнення та шляхи їх вирішення.

Рольові ігри відпрацьовують навички комунікації з пацієнтами, колегами, дозволяють вирішувати конфліктні ситуації. Професійно орієнтована гра – один з можливих методів інтерактивного навчання, спрямований на більш глибоке засвоєння теоретичного матеріалу, підвищення компетенції лікаря в прийнятті рішень, наданні медичної допомоги, вирішенні клінічної проблеми частіше застосовується для підготовки лікарів інтернів, Ситуаційна навчальна гра сприяє підвищенню інтересу до досліджуваного предмета, розвитку творчого потенціалу, отримання нового досвіду, на основі якого формуються навички і знання. Підготовка фахівців у такій формі дозволяє з різних сторін розглянути одну і ту ж ситуацію, а значить – глибше зрозуміти її і засвоїти

досліджуваний матеріал. Для досягнення позитивного ефекту і закріплення результату проводяться кілька ігор з наростаючою складністю.

Симуляції надають можливість відпрацювати складні медичні процедури в безпечних умовах, без ризику для пацієнтів. Використання віртуальної реальності для симуляції різних клінічних ситуацій, з якими може зіткнутися лікар ФРМ. Наприклад, симуляція прийому пацієнта з травмою хребта, де лікарі можуть відпрацювати навички огляду, оцінки стану, надання першої допомоги та розробки плану реабілітації. Практика розбору реальних клінічних випадків до та поза класом може сприяти навчанню; заощадити час заняття для ефективної дискусії; та підвищити академічний досвід здобувачів освіти [4,с.63].

Дискусії дозволяють обмінюватись досвідом, обговорювати актуальні проблеми, формування власної точки зору.

Робота в малих групах забезпечує спільне вирішення завдань, розвиток навичок командної роботи.

Важливим аспектом застосування інтерактивних методам навчання відводиться використанню сучасних технологій, таких як віртуальна реальність, штучний інтелект, онлайн-платформи для навчання, мобільні додатки. Серед онлайн-платформ слід відзначити Coursera, edX, Udemy, Medscape. До більш прикладних ресурсів належать Lecturio Medical, Khan Academy, Osmosis, що пропонують різноманітні курси, вебіари, лекції від провідних експертів у медичній галузі.

Спеціалізовані платформи, розроблені для лікарів конкретних спеціальностей, наприклад, платформи для лікарів-кардіологів, неврологів, реабілітологів, та інші спеціальності. Стає рутинним застосування мобільних додатків, Додатків, що містять навчальні матеріали, класифікатори, клінічні рекомендації, калькулятори, тощо.

Персоналізація забезпечує індивідуальний підхід до навчання з урахуванням потреб та інтересів кожного лікаря. Пріоритетом у підвищенні кваліфікації стає вплив на мотивацію лікарів як самостійних суб'єктів у виборі стратегії власного професійного розвитку. У такому контексті доцільність персоналізованого підходу в процесі підвищення кваліфікації обумовлена, в тому числі, рівнем особистісно-професійної зрілості. В умовах змін, що відбуваються у контексті реформування сучасної освіти, створення конкурентного освітнього середовища, оновлення світоглядних орієнтирів професійної діяльності фахівців на етапі підвищення кваліфікації доцільно застосувати систему заходів, спрямованих на визначення індивідуальної освітньої траєкторії слухачів з метою персоналізації процесу навчання. До таких заходів можна віднести систему діагностичних дій, яка має комплексний характер. Вхідне діагносту-

вання можна провести на основі анкетування або тестування, під час якого існує можливість виявити рівень соціально-професійної зрілості фахівця [4, с.58]. Доцільним видається визначити: фактори, які можуть сприяти або заважати вдосконаленню кваліфікації, рівень теоретичної підготовки слухачів з основних питань професійної діяльності, професійні потреби лікарів, рівень професійної компетентності як результат самодіагностики.

Міждисциплінарність сприяє залученню до навчання фахівців різних спеціальностей для формування комплексного бачення проблеми. Лікарі ФРМ часто працюють у команді з фахівцями різних спеціальностей, тому міждисциплінарність є дуже важливою для ефективної роботи. До прикладів можна віднести такі форми роботи як спільні консилиуми, міждисциплінарні команди, міждисциплінарні конференції, спільні проекти. Спільні консилиуми проводять обговорення складних клінічних випадків за участю лікарів різних спеціальностей, таких як неврологи, ортопеди, хірурги, психологи, логопеди, тощо. Участь у міждисциплінарних конференціях, де представлені доповіді фахівців різних спеціальностей, що дозволяє отримати комплексну картину проблеми та обмінятися досвідом. Участь у спільних наукових дослідженнях передбачає, в тому числі, розробку клінічних рекомендацій, тощо, разом з фахівцями інших спеціальностей.

Важливим аспектом застосування інтерактивних технологій належить практичній спрямованості з акцентуванням на практичне застосування отриманих знань та навичок у клінічній практиці [5,с.2]. Широке використання онлайн-платформ надає широкий та зручний доступ до навчальних матеріалів, спілкування з колегами, участь у вебінарах, форумах.

Технологічний розвиток пропонує багато інструментів і ресурсів, які підтримують персоналізоване навчання в медичній освіті. Системи керування навчанням забезпечують централізовану платформу доставки контенту, співпраці та відстеження прогресу. Цифрові підручники, мультимедійні ресурси та інтерактивне моделювання покращують взаємодію та сприяють різноманітним стилям навчання. Технології віртуальної реальності і доповненої реальності забезпечують захоплюючий досвід навчання, можливість "зануритися" в клінічну ситуацію, відпрацювати практичні навички в реалістичному середовищі, що дозволяє здобувачам освіти практикувати клінічні навички в реалістичному середовищі.

Застосування штучного інтелекту останнім часом стає все більш поширеним. За допомогою чого можна провести персоналізацію навчання, покращити адаптацію до потреб кожного лікаря, надання зворотного зв'язку.

Серед переваг інтерактивних методів навчання слід сказати активне залучення лікарів до навчального процесу, розвиток клінічного мислення та

практичних навичок, підвищення мотивації до навчання, можливість індивідуалізації навчання, застосування сучасних технологій та практична спрямованість навчання.

Таким чином, технології намагаються оптимізувати роботу клініциста та надати достовірну та легкодоступну інформацію, стаючи все більш невід'ємною частиною медичної практики [3,с.798]. Щоб прискорити розвиток інтернів та лікарів і розширити можливості інновацій провідних науковців, педагоги відіграють вирішальну роль у тому, як технології трансформують медичну освіту. Учасники освіти надають перевагу модальностям, пов'язаним із технологіями, які пропонують навчальний матеріал, який є інтерактивним, авторитетним, простим, прагматичним і в поєднанні з відповідним зворотним зв'язком. Такі інновації, як віртуальна реальність і симуляції, ефективно підвищують знання, навички роботи та командну комунікацію через реалістичні клінічні випадки. Педагоги використовують соціальні медіа, щоб сприяти рефлексії студентів і вирішувати труднощі, з якими стикаються стажери.

Важливим мотиваційним фактором навчального процесу відводиться системі визнання та заохочення, с тому числі система заохочень за успішне проходження курсів, участь у конференціях, публікації, тощо. Курси підвищення кваліфікації, стажування за кордоном, участь у наукових дослідженнях надають важливу можливість професійного зростання. Гранти та стипендії є фінансовою підтримкою для навчання, участі у конференціях. Забезпечення умов для навчання надають доступ до навчальних матеріалів, платформ, створюють можливість відвідувати курси у робочий час. Також персональний підхід дозволяє враховувати потреби та інтереси кожного лікаря при виборі програм навчання.

Висновки. Інтерактивні методи навчання є ефективним інструментом підвищення якості післядипломної медичної освіти лікарів, сприяють активному залученню лікарів до навчального процесу, розвитку їх клінічного мислення та практичних навичок. Застосування сучасних технологій та індивідуальний підхід до навчання роблять інтерактивні методи ще більш ефективними.

Успіх застосування інтерактивних методів навчання залежить від багатьох факторів, зокрема від професіоналізму викладачів, якості навчальних матеріалів, технічного забезпечення. Тому необхідно постійно працювати над удосконаленням інтерактивних методів навчання, враховуючи потреби лікарів та сучасні тенденції розвитку медичної освіти.

Інноваційні технології дозволяють покращити доступ до навчальних матеріалів та надають здобувачам освіти можливість навчатись у будь-який час і з будь-якого місця, що набуває особливо важливого значення в умовах

пандемії та збройного конфлікту. Найбільш ефективна медична освіта поєднує як традиційні, так і інноваційні методи, що сприяє всебічній підготовці фахівців до клінічної практичної діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Cate O.T. Competency-Based Postgraduate Medical Education: Past, Present and Future. *GMS J Med Educ.* 2017 no. 15; 34(5): Doc69. URL: <https://doi.org/10.3205/zma001146>
2. Byrom T., Cawkwell J. *The Teaching and Learning Challenges of 21st-Century Higher Education: Prioritising Pedagogy.* Cambridge Scholars Publishing, 2023. 315 p.
3. Moran J., Briscoe G., Peglow S. Current Technology in Advancing Medical Education: Perspectives for Learning and Providing Care 13 June 2018. Vol. 42, P. 796–799. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40596-018-0946-y>
4. Maqbool A., Soyeon C.H., Hafiz S.M.B. iCBLS: An interactive case-based learning system for medical education. *International Journal of Medical Informatics.* 2018. Vol. 109, no. 1. P. 55-69. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.11.004>
5. Roche E. Advances in undergraduate and postgraduate education – bedside, simulation and E-learning. *Global Pediatrics.* 2024. Vol. 9. 100188. URL: <https://doi.org/10.1016/j.gped.2024.100188>

ДУБИНА С.О.,
к. мед. н., доц.,
декан медичного факультету №2,
СОКОЛОВА І.В.,
д-р пед. наук, проф.
кафедри організації вищої освіти,
управління охороною здоров'я та гігієни,
Донецький національний медичний університет,
місто Кропивницький

СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ НАВЧАННЯ У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ

Цифровізація, інтернаціоналізація, Covid-пандемія, посилення міжінституційного співробітництва, Цілі сталого розвитку ООН та економічні події є основними трендами, які впливають на національні та інституційні стратегії та реформи у сфері забезпечення якості вищої освіти у часи змін.

Російська агресивна геополітика, війна та окупація частини території, демографічні зміни є викликами для України. Однак саме в часи таких кризових моментів українська система вищої освіти не лише зберегла свою функціональність, але й зазнає серйозних трансформацій, які визначено євроінтеграційними прагненнями України та міжнародними документами.

Акцентуємо увагу на деякі нормативно-правові заходи й організаційні механізми управління сферою, які свідчать про незворотній шлях України щодо реалізації Стратегії розвитку вищої освіти на 2022–2032 роки [5].

Перелік галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої та фахової передвищої освіти в Україні, гармонізовано з Міжнародною стандартною класифікацією освіти ISCED-F 2013 [3]. У новій галузі знань «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення» визначено 11 спеціальностей за рівнями вищої освіти.

Упровадження додаткового регулювання на 28 професій (8 з яких для спеціальностей галузі знань 22 Охорона здоров'я [4] означає запровадження єдиних підходів щодо регулювання доступу до певних видів професійної діяльності в частині визначення особливостей ліцензування освітньої діяльності, додаткових вимог до правил прийому для здобуття вищої освіти за такими спеціальностями, структури освітньої програми, змісту освіти та організації освітнього процесу у закладах медичної освіти.

У 2024 році Законом України «Про внесення змін до деяких законів України щодо розвитку індивідуальних освітніх траєкторій та вдосконалення освітнього процесу» внесено зміни до компонентів стандарту вищої освіти [2].

У нашій роботі ми користуємося визначенням терміну «стратегія», яке дано в енциклопедії державного управління, і означає зосередженість на передбаченні, плануванні й впровадженні необхідних та найістотніших у всьому комплексі змін [1, с.590], які мають відбуватися на різних рівнях управління закладами вищої медичної освіти.

Визначені нами стратегії для медичної освіти стосуються підходів до розробки нових стандартів вищої освіти для галузі знань «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення»; забезпечення якості освітніх програм відповідно до визначених міжнародних і європейських стандартів якості; використання сучасних технологій навчання у закладах медичної освіти для забезпечення якості.

Стратегії щодо формування нових стандартів вищої освіти для галузі знань «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення»

Орієнтиром для нових стандартів вищої освіти галузі знань «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення» мають бути Глобальні стандарти Всесвітньої федерації медичної освіти (ВФМО), які є дієвим інструментом забезпечення та покращення якості на етапах ступеневої медичної освіти та безперервного професійного розвитку медичного персоналу.

Понад 2500 медичних шкіл у 197 країнах світу використовують Глобальні стандарти ВФМО (WFME) для підвищення якості на трьох ступенях медичної освіти: базової (бакалаврської), післядипломної (за спеціалізаціями з отриманням ліцензії на самостійну медичну практику) та у безперервному професійному розвитку лікарів (continuing professional development CPD), включаючи безперервну медичну освіту (continuing medical education, CME) [11].

Глобальні стандарти поліпшення якості WFME: базова медична освіта (WFME Global Standards for Quality Improvement: Basic Medical Education, 2020 р.) не є деталізованими приписами щодо діяльності медичних шкіл, натомість викладені на широкому рівні генералізації норм і правил. Стандарти, засновані на вищенаведених принципах (principles-based standards), визначають базові норми діяльності медичних шкіл у восьми площинах: місія та цінності (Mission and values); навчальна програма (Curriculum); оцінювання (Assessment); студенти (Students); професорсько-викладацький склад (Academic staff); освітні ресурси (Educational resources); забезпечення якості (Quality assurance); управління та адміністрування (Governance and administration) [12].

На наш погляд, при розробці нових стандартів для медичних спеціальностей варто взяти до уваги норми професійної підготовки, присудження та визнання кваліфікацій для регульованих професій, які визначено у Директиві Європейського Парламенту 2013/55 / ЄС.

- Базова медична освіта має складати, як мінімум, п'ять років навчання, які виражені еквівалентними кредитами ECTS (Art.24, paragraph 2) [7, p.79].

Щонайменше 5500 годин теоретичної та практичної підготовки надається закладом освіти (університетом\медичною школою) або здійснюється під наглядом університету.

- Базова медична підготовка повинна забезпечувати здобуття особою: необхідного рівня знань з фундаментальних медичних наук й належного розуміння наукових методів, зокрема принципів визначення показників біологічних функцій, оцінювання науково встановлених фактів та аналізу даних; достатнього розуміння структури організму, функцій та поведінки здорових і хворих людей, а також зв'язку між станом здоров'я та фізичним і соціальним оточенням людини; належного рівня знань з клінічних дисциплін та практик, які формують цілісне уявлення про психічні й фізичні захворювання, профілактичну медицину, діагностику й терапію; набуття належного клінічного досвіду в лікарнях під наглядом досвідчених фахівців [7, art.24\3].

Проект Європейської Комісії «Налаштування освітніх структур в Європі» (TUNING Project. Tuning Educational Structures in Europe) було спрямовано на формування загальної методології порівнюваності та сумісності рівнів і змісту освітніх програм у різних предметних галузях вищої освіти. Проектом не було передбачено створення уніфікованих загальноєвропейських освітніх програм із визначеним переліком і змістом навчальних дисциплін. Методологія Tuning орієнтувала на визначення ключових загальних та предметно-специфічних (фахових) компетентностей для освітніх галузей та рівнів освіти.

Результатом Проекту Tuning (Медицина) (2007 рік) є визначені результати навчання\компетентності для здобуття у Європі першого ступеня медичної освіти. У термінах результатів навчання (Knowledge Outcomes) подано 39 предметних знань, важливих для випускників закладів медичної освіти [10]. Ми вважаємо, що предметні площини та компетентності варто розглядати в якості модельної рамки при розробці стандартів і освітніх програм для медичних спеціальностей.

Стратегії забезпечення якості медичної освіти.

Незважаючи на продовження повномасштабної війни, заклади медичної освіти демонструють здатність вести освітню діяльність із дотриманням усіх вимог до їх якості, передбачених як законодавством України, так і Стандартами і рекомендаціями щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти (ESG 2015). Визначені у **Стандартах і рекомендаціях щодо забезпечення якості – European quality assurance standards and guidelines (ESG)** спільні цінності та принципи стали основною ознакою європейського виміру забезпечення якості у системі вищої освіти України. «Фокус на якість: студентоцентрикований і компетентнісний підходи» означають гармонізацію

професійної підготовки фахівців галузі охорони здоров'я в Україні з європейськими стандартами забезпечення якості з урахуванням кращих національних традицій.

Для 54 країн, що входять до складу WHO Europe, немає загального визнаного стандарту медичної освіти. Заклади медичної освіти використовують «Європейські уточнення (специфікації) до WFME Глобальних стандартів поліпшення якості у медичній освіті». Визначимо основні норми щодо стандартизації базової медичної освіти, які також можуть бути методичним орієнтиром для розробників стандартів і груп забезпечення освітніх програм [11].

- Основу медичної освітньої програми становлять фундаментальні основи теорії та практики медицини, що включають базові біомедичні, поведінкові та соціальні науки, загальні клінічні навички, навички прийняття клінічних рішень, комунікативні здібності та медичну етику.
- Стандарти є корисними для внутрішнього оцінювання і поліпшення якості освіти у закладах медичної освіти [11, с.64].
- Стандарти повинні функціонувати в якості важеля для змін і реформ. Відповідність стандартам має бути справою кожної спільноти, країни чи регіону [11, с.64].
- Стандарти є необхідним інструментом забезпечення якості та удосконалення базової медичної освіти при проведенні інституційної самооцінки та самовдосконалення; для колегіального (зовнішнього) оцінювання: комбінації інституційної самооцінки та зовнішньої колегіальної оцінки; визнання та акредитація [11, с.66].

Військовий стан в Україні спричинив значне навантаження на систему стала очевидною потреба в гнучких та адаптивних технологіях навчання у медичній освіті для забезпечення якості.

Стратегії навчання для забезпечення якості медичної освіти.

Ми розглядаємо «стратегію навчання» як раціональний спосіб досягнення програмних результатів освітніх програм, як модель спільної педагогічної діяльності з проектування, організації освітнього процесу та забезпечення комфортних умов навчання для здобувачів медичної освіти і науково-педагогічних працівників.

Цифрова трансформація (кіберсистеми, штучний інтелект (AI), віртуальна реальність (VR), великі дані (Big Date), адитивні технології (3D-друк) квантові технології, блокчейн тощо) прискорили створення адаптивно-цифрового освітнього середовища, яке є зручним та гнучким для учасників освітнього процесу. Віртуальна (VR) і доповнена реальність (AR) є двома все більш використовуваними інструментами для вивчення анатомії та хірургії.

Інституційна увага до штучного інтелекту та блокчейну, політики щодо етики, цілісності та захисту даних та доступу для людей з обмеженими можливостями є принципами цифровізації. Затребуваним в освітньому процесі є віртуальне мікромодульне навчання, яке передбачає формування вмісту у різних форматах, невеликих за обсягом і доступних в Інтернеті протягом декількох тижнів.

Massive open online courses (MOOCs) у медичній освіті використовуються як інноваційні освітні технології, спрямовані на полегшення ефективної комунікації між міжнародними спільнотами пацієнтів та клініцистів, включаючи студентів-клініцистів [8]. У 2019 році 110 млн осіб було зараховано для навчання на онлайн-курсах. У 2021 році ця цифра подвоїлась до 220 млн слухачів. Отже, мільйони людей проходять навчання на нетрадиційних навчальних платформах, які просувають свої нові навички, сигналізуючи про ці успіхи навчання ширшій спільноті.

Цифри з сайту-агрегатора MOOC «Class Central» вказують на те, що у 2021 році понад 900 університетів у всьому світі запровадили безкоштовні онлайн-курси, використовуючи такі популярні платформи, як FutureLearn та Coursera, а багато урядів країн запускають свої платформи MOOC [6]. Популярною є інтерактивна платформа OpenWHO BOOЗ з кількістю користувачів понад 7 млн. [13].

Штучний інтелект (Artificial Intelligence AI) має потенціал для персоналізації навчального досвіду, адаптуючи контент для задоволення індивідуальних потреб здобувачів освіти на основі їх прогресу та продуктивності. Він також може імітувати взаємодію з пацієнтами та надавати миттєвий зворотний зв'язок для підвищення ефективності діяльності лікарів, встановлення точного діагнозу і проведення лікувальних заходів.

Віртуальний пацієнт є комп'ютерною програмою, яка імітує реальні клінічні сценарії, в яких студенти виконують функції медичного працівника, знайомляться з історією хвороби пацієнта, проводять фізичне обстеження, приймають діагностичні та терапевтичні рішення.

Ефективними інструментами підвищення якості медичної освіти є пацієнто-орієнтовані, проблемні та технології моделювання, практики доказової і нарративної медицини, симуляційного навчання та оцінювання.

Інтеграція елементів ігрового дизайну в медичну освіту (гейміфікація) підвищує залученість та мотивацію учасників, покращує результати навчання за певних умов: постійної залученості здобувачів до емпіричного і спільного навчання, стійкого і постійного зворотного зв'язку; використання нарративної і модульної структури з повторенням інформації і елементами проміжного тестового контролю; використання інструментів конкуренції і оцінювання

прогресу, а також різних стратегій навчання для задоволення освітніх і професійних потреб здобувачів [9].

Симуляційне навчання особливо ефективно у підготовці студентів до реальної клінічної практики, у системі безперервного професійного розвитку, дозволяючи практикувати клінічні навички та приймати рішення в життєвих сценаріях без ризику завдати шкоди фактичним пацієнтам. Товариство симуляції в галузі охорони здоров'я (SSH), Товариство симуляції в Європі (SESAM) та організації – провайдери освітніх послуг визнають цінність симуляції для покращення навичок у медичних працівників та результатів лікування для пацієнтів.

Проблемне навчання (Problem-Based Learning PBL) поєднує теорію та практику, скероване на вирішення реальної проблеми за клінічним сценарієм. Сценарій-засноване навчання (Scenario-based learning (SBL) – це середовище навчання з ефектом присутності, в якій студенти-медики стикаються з реальними робочими завданнями і по мірі просування отримують реалістичний зворотний зв'язок.

Запропоновані у статті стратегії формування стандартів вищої освіти, організації освітнього процесу і навчання у закладах медичної освіти спрямовані на впровадження практик доказової медицини у навчання студентів-медиків, реалізацію європейської стратегії забезпечення якості вищої освіти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. К. : НАДУ, 2011. Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. 2011. 692 с.
2. Про внесення змін до деяких законів України щодо розвитку індивідуальних освітніх траєкторій та вдосконалення освітнього процесу : Закон України від 23.04.2024 р. № 3642-IX. Верховна рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3642-20#Text> (дата звернення: 21.01.2025).
3. Про внесення змін до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої та фахової передвищої освіти: Постанова КМ України від 30.08. 2024 р. № 1021. Верховна рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2024-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.01.2025).
4. Про затвердження переліку спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у сфері фахової передвищої освіти з професій, для яких за-

- проваджено додаткове регулювання: Постанова КМ України від 02.09. 2020 р. №765. Верховна рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.01.2025).
5. Про схвалення Стратегії розвитку вищої освіти в Україні на 2022-2032 роки: Розпорядження КМ України від 23.02.2022 р. № 286-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/286-2022-%D1%80#Text> (дата звернення: 21.01.2025).
 6. Bettiol S., Psereckis R., MacIntyre K. A perspective of massive open online courses (MOOCs) and public health. *Front. Public Health*. 2022. 10:1058383. DOI: 10.3389/fpubh.2022.1058383. (date of access: 06.11.2024).
 7. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) № 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System (the IMI Regulation'). *OJ L 354*, 28.12.2013, p. 132–170. URL: http://www.parlament.gv.at/PAKT/EU/XXV/EU/00/29/EU_02996/imfname_10423779.pdf (date of access: 06.01.2025).
 8. Goldberg LynetteM, Crocombe Leonard. Advances in medical education and practice: role of massive open online courses. *Advances in Medical Education and Practice*. 2017. №8. P.603-609. DOI: 10.2147/AMEP.S115321. (date of access: 06.11.2024).
 9. Singhal S, Hough J, Cripps D. Twelve tips for incorporating gamification into medical education. *MedEdPublish* (2016). 2019 Nov 26; 8:216. DOI: 10.15694/mep.2019.000216.1 (date of access: 06.11.2024).
 10. Tuning Educational Structures in Europe Subject Area Brochure MEDICINE. URL: https://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/MEDINE_SubjectAreaBrochure.pdf (date of access: 06.11.2024).
 11. WFME/AMSE/ International Task Force. WFME Global standards for quality improvement in medical education. European specifications. WFME Office · University of Copenhagen · Denmark · 2007. 82 p.
 12. World Federation for Medical Education. Basic Medical Education WFME Global Standards For Quality Improvement The 2020 Revision. 2020. URL: www.wfme.org (date of access: 06.11.2024).
 13. WHO. Now 7 million Enrolments Strong: *OpenWHO.org. Learning Community*. 2022. URL: [million-enrolments-strong-join-the-openwho.org-learning-community](https://openwho.org/learning-community) (date of access: 06.09.2024).

ШУМКО Г.І.,

к.мед.н., доц.,

Буковинський державний медичний університет

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНО – ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ НА ЗАНЯТТЯХ З ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ЗІ СТУДЕНТАМИ 6 КУРСУ

Вступ. Сучасна медична освіта зазнає значних змін, спрямованих на підвищення якості підготовки майбутніх лікарів. На сьогодні існує великий спектр педагогічних технологій для навчання та оцінки практичних навичок студентів. Створення безпечного навчального середовища для відпрацювання практичних навичок є важливою частиною цих технологій [1].

Одним із ключових напрямів розвитку є впровадження інтерактивно – інноваційних методів навчання, які дозволяють студентам не тільки засвоювати теоретичні знання, але й розвивати клінічне мислення, практичні навички та вміння, а також працювати в команді та приймати правильні рішення. Доведено, що набуття практичного медичного досвіду під контролем викладача, навчання на власних помилках без ризику для пацієнта, отримання швидкої оцінки своїх дій та багаторазове повторення дозволяють забезпечити якісно вищий рівень підготовки майбутнього лікаря [2].

Однією з найскладніших та найоб'ємніших дисциплін, які вивчають студенти – медики, є внутрішня медицина. Вона охоплює широкий спектр захворювань внутрішніх органів, їх діагностику та лікування. Традиційні методи навчання, такі як лекції та практичні заняття, часто є недостатніми для повного розуміння складних клінічних ситуацій та не завжди є достатньо ефективними для формування у студентів необхідних компетенцій.

Тому, інтерактивні методи навчання, які передбачають активну участь студентів у навчальному процесі, є надзвичайно актуальними та перспективними. Особливо важливим є застосування інтерактивних методів у викладанні внутрішньої медицини саме для студентів 6-го курсу, оскільки вони вже мають базові знання та навички й готуються до клінічної практики та майбутньої професійної діяльності.

Основна частина. Метою даної статті є дослідження ефективності інтерактивних методів навчання у студентів – медиків, які вивчають внутрішню медицину. Для цього необхідно проаналізувати теоретичні основи інтерактивних методів навчання, визначити найбільш ефективні інтерактивні методи навчання для студентів – медиків з внутрішньої медицини, розробити рекомендації щодо впровадження інтерактивних методів навчання у навчальний процес та звичайно ж впровадити їх.

Інтерактивні методи навчання – це методи, які передбачають активну участь студентів у навчальному процесі, їх взаємодію між собою та з викладачем. Вони спрямовані на розвиток у студентів пізнавальної активності, самостійності, творчого мислення та комунікативних навичок.

Застосування інтерактивних методів дозволяє покращити клінічне мислення студентів, формувати навички диференційної діагностики, підвищити рівень самостійної роботи та критичного аналізу інформації, покращити комунікативні навички при взаємодії з пацієнтами та колегами.

Дані методи навчання мають низку основних принципів. **Одним із них є принцип активності:** студенти є активними учасниками навчального процесу, а не просто слухачами. Наступним є **принцип співпраці:** студенти працюють разом, обмінюються знаннями та досвідом. Також є **принцип проблемності:** студенти вирішують проблемні завдання, що сприяє розвитку їх критичного мислення. Ну і наявний **принцип індивідуалізації:** навчання враховує індивідуальні особливості студентів.

Наразі існує ціла низка різноманітних інтерактивно – інноваційних форм навчання. Серед них найбільш ефективними для студентів – медиків з внутрішньої медицини можна виділити наступні.

Кейс – метод: аналіз конкретних клінічних випадків дозволяє студентам застосовувати теоретичні знання на практиці, розвивати клінічне мислення та приймати обґрунтовані рішення.

Один із найефективніших методів викладання внутрішньої медицини – розгляд клінічних випадків. Кейс – метод містить набір клінічних випадків, які пропонуються користувачам в процесі навчання для аналізу в інтерактивному режимі. Клінічний кейс містить реальну або змодельовану ситуацію, що дозволяє студентам проаналізувати симптоматику, результати лабораторних досліджень та методи лікування.

Проблемно – орієнтоване навчання: студенти працюють над розв’язанням проблемних завдань, що сприяє розвитку критичного мислення та вмінню знаходити нестандартні рішення.

Студенти отримують проблемну ситуацію, яку вони мають вирішити, використовуючи власні знання, наукову літературу та консультації з викладачем. Етапи проблемно – орієнтованого навчання: ознайомлення з проблемою (опис симптомів, скарг пацієнта), формування гіпотез щодо можливих діагнозів, пошук та аналіз необхідної літератури, презентація та обговорення результатів.

Дебати та рольові ігри: моделювання клінічних ситуацій дозволяє студентам відпрацьовувати комунікативні навички, вміння встановлювати контакт з пацієнтами та приймати рішення в умовах стресу.

Цей метод є складною інтерактивною технологією, що дозволяє, виходячи з аналізу модельованої ситуації, розробляти альтернативні рішення і проекти на основі різноманітної взаємодії і співпраці викладачів та студентів, в умовах різних рольових інтересів, інтелектуальної та емоційної напруженості, змагання та експертного оцінювання. Такий метод дає змогу студентам вчитись комунікувати з пацієнтами, відстоювати свою точку зору у діагностичних рішеннях та покращувати навички взаємодії в команді.

Клінічні конференції: обговорення складних клінічних випадків за участю викладачів та студентів сприяє обміну досвідом та розвитку професійної компетентності.

Клінічні розбори передбачають детальний аналіз конкретних клінічних випадків з метою поглиблення знань студентів та розвитку їхніх аналітичних здібностей. Цей метод сприяє формуванню клінічного мислення та вмінню застосовувати теоретичні знання на практиці.

Веб – квести: використання інтернет – ресурсів для пошуку інформації та розв’язання клінічних завдань сприяє розвитку інформаційної компетентності студентів.

Симуляційне навчання: використання симуляторів, муляжів та віртуальних пацієнтів дає можливість студентам відпрацьовувати практичні навички в безпечному середовищі, без ризику для пацієнтів.

Одним із засобів для практичної підготовки є навчання у симульованих умовах. Використання симуляційних технологій у медичному освітньому процесі досить поширене, однак зазвичай обмежується технічними навичками, а саме виконанням маніпуляцій. При цьому м’які навички, які включають вміння працювати в команді, проявляти емпатію до хворого, критично мислити, розвивати комунікацію тощо, також вимагають інтеграції симуляційних технологій.

Існують різноманітні формати практичних тренінгів, які дозволяють студенту грати професійну роль, відпрацьовуючи навички маніпуляцій, способи прийняття рішення, розвиваючи клінічне мислення. Одним із таких варіантів є робота з віртуальним пацієнтом.

Віртуальний пацієнт – це інтерактивна комп’ютерна симуляція реальних клінічних сценаріїв, яка допомагає медичній підготовці майбутнього фахівця. Існує велика кількість різноманітних програм, які відповідають певним вимогам для роботи із різними клінічними сценаріями. Основні види включають презентацію кейсу, сценарій з інтерактивним пацієнтом, гру з віртуальним пацієнтом, симуляцію з використанням програмного забезпечення, симуляцію зі стандартизованим пацієнтом, застосування манекенів, симуляцію з віртуальним стандартизованим пацієнтом. Кожна із цих програм має специфічні

технології та формати оцінки навички, допускає варіативність у рівнях інтерактивності, потребує достатнього досвіду фахівців – розробників [3, 4].

Платформа віртуальних клінічних випадків CASUS – це інтерактивний веб – ресурс, розроблений для медичної освіти, який використовує концепцію віртуальних пацієнтів для розвитку клінічного мислення та практичних навичок студентів – медиків. Вона була створена відділом медичної освіти Мюнхенського університету Людвіга – Максиміліана та компанією Instruct [5, 6].

Віртуальні клінічні випадки на платформі CASUS були добре інтегровані в навчальні плани на різних медичних факультетах Європи та США, включаючи такі напрямки як педіатрія, внутрішні хвороби, хірургія, медицина праці, неврологія тощо [6].

Медичний віртуальний пацієнт в CASUS зазвичай представляє історію реального пацієнта, що підготовлена викладачами з детальними висновками щодо діагностики та лікування. Під час навчання на основі конкретного випадку студенти документують відповідні спостереження, формулюють диференційний діагноз, обирають необхідні обстеження та приймають рішення щодо варіантів лікування в структурованій формі. Кожен клінічний випадок містить декілька екранних карток. Кожна картка являє собою змінну комбінацію текстових елементів з гіперпосиланнями, мультимедійним матеріалом, експертними коментарями для отримання додаткової інформації та, найважливіше, інтерактивними елементами, такими як різні типи запитань з негайною оцінкою відповідей студентів і детальним коментарем до відповіді [5, 7].

Використання платформа CASUS має низку переваг. Використання віртуальних пацієнтів сприяє покращенню навичок клінічного мислення, дозволяючи студентам аналізувати різноманітні клінічні ситуації та приймати обґрунтовані рішення. Платформа надає можливість відпрацювання клінічних навичок без ризику для реальних пацієнтів, що є особливо важливим на етапі навчання. У рамках співпраці між українськими та європейськими університетами, студентам та викладачам надано безкоштовний доступ до платформи CASUS, яка містить понад 200 клінічних випадків українською та англійською мовами [5].

Хоча створення віртуального пацієнта займає значні часові та фінансові ресурси, однак ця технологія щодо співвідношення витрат та педагогічної ефективності має значні переваги перед стандартизованими пацієнтами та іншими симуляційними методиками. Можливості широкого поширення віртуальних пацієнтів у глобальній мережі, використання у дистанційній та безперервній медичній освіті роблять цей підхід безперечно унікальним [8, 9].

Для ефективного впровадження інтерактивних методів навчання у навчальний процес необхідно дотримуватися наступних рекомендацій.

Поєднуйте різні методи: для досягнення найкращих результатів варто комбінувати різні інтерактивні методи навчання, враховуючи особливості навчального матеріалу та аудиторії.

Створіть сприятливу атмосферу: важливо створити атмосферу співпраці та взаєморозуміння, де студенти зможуть вільно висловлювати свої думки та не боятися помилок.

Забезпечуйте зворотний зв'язок: надання конструктивного зворотного зв'язку допомагає студентам усвідомити свої помилки та покращити свої навички.

Використовуйте сучасні технології: застосування сучасних технологій, таких як інтерактивні дошки, мультимедійні презентації та онлайн – платформи, робить навчання більш цікавим та ефективним.

Використання інтерактивних методів навчання безперечно має низку переваг. Важливою перевагою є активізація навчального процесу. Студенти стають активними учасниками навчання, що підвищує їхню мотивацію та зацікавленість у предметі. Аналіз клінічних випадків та ситуаційні задачі сприяють розвитку критичного мислення у студентів та вміння приймати обґрунтовані рішення. Моделювання реальних клінічних ситуацій дозволяє студентам підготуватися до майбутньої лікарської діяльності.

Наразі традиційні практичні заняття з внутрішньої медицини зі студентами 6 – го курсу поступово доповнюються інтерактивними формами навчання. Застосування інтерактивних методів навчання дає позитивні результати. Відбувається підвищення рівня засвоєння матеріалу (на 30 – 40 % більше, ніж при традиційному навчанні). Значно покращується рівень опанування практичних навичок, зокрема проведення обстежень, діагностики, диференційної діагностики та лікування. Студенти розвивають комунікативні навички та набувають впевненості у взаємодії з пацієнтами. У переважній більшості студентів знижується рівень тривожності перед реальними клінічними випадками.

Опитування студентів 6-го курсу щодо ефективності інтерактивно – інноваційних методів у вивченні внутрішньої медицини показало, що у 82 % студентів дані методи сприяли кращому розумінню предмету. 78 % опитаних відзначили покращення навичок диференційної діагностики. 96 % – позитивно оцінили використання інтерактивно – інноваційних методів.

Однак, незважаючи на переваги, впровадження інтерактивних методів навчання супроводжується певними викликами. Це потреба у додатковому часі, оскільки підготовка та проведення інтерактивних занять вимагає більше часу від викладача. Необхідність у навчанні викладачів, вони повинні володіти навичками використання інтерактивних методів та технологій.

Деякі інтерактивні методи потребують спеціального обладнання та програмного забезпечення.

Для подолання цих викликів необхідно підвищувати кваліфікацію викладачів у сфері інтерактивно – інноваційних форм навчання, забезпечуючи їм відповідне навчання; розширювати використання інноваційних технологій у навчальному процесі, плануючи його з урахуванням цих методів та забезпечити необхідними ресурсами.

Таким чином, запровадження інтерактивно – інноваційних форм навчання є важливим етапом у розвитку медичної освіти, що сприяє підготовці висококваліфікованих спеціалістів у галузі внутрішньої медицини. Дані методи навчання є важливим інструментом у підготовці компетентних та успішних лікарів – терапевтів. Їх використання сприяє розвитку професійних навичок, клінічного мислення та вмінню працювати в команді, що є необхідними умовами для успішної лікарської практики.

Висновки. Впровадження інтерактивно – інноваційних форм навчання на заняттях з внутрішньої медицини зі студентами 6 курсу є важливим кроком до підготовки майбутніх висококваліфікованих фахівців. Вони сприяють активному залученню студентів у навчальний процес, дозволяють покращити засвоєння матеріалу, підвищити рівень практичної підготовки, сформувати навички клінічного мислення та готують до реальної клінічної практики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Safari Y, Azizi S, Ziapour A The virtual patient technology for medical education. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2018, 12(9). P. 1-2 DOI:107860/JCDR/2018/3637811980.
2. Plackett, R, Kassianos, AP, Mylan, S et al The effectiveness of using virtual patient educational tools to improve medical students' clinical reasoning skills: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2022, P. 365 <https://doi.org/101186/s12909-022-03410-x>
3. Kononowicz AA, Zary N, Edelbring S, Corral J, Hege I. Virtual patients--what are we talking about? A framework to classify the meanings of the term in healthcare education. *BMC Med Educ*. 2015, Feb. 1 (15). P.11. doi: 10.1186/s12909-015-0296-3.
4. Berman NB, Durning SJ, Fischer MR, Huwendiek S, Triola MM. The Role for Virtual Patients in the Future of Medical Education. *Acad Med*. 2016, Sep. 91 (9). P. 1217 – 1222. doi: 10.1097/ACM.0000000000001146. PMID: 26959224.
5. Журавльова Л.В., Олійник М.О., Федоров В.О., Сікало Ю.К. Досвід використання платформи віртуальних клінічних випадків CASUS під час під-

готовки студентів на кафедрі внутрішньої медицини. Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. 2023, № 2. С. 55 – 62. DOI 10.15407/internalmed2023.02.055.

6. Urresti-Gundlach M, Tolks D, Kiessling C, Wagner-Menghin M, Härtl A, Hege I. Do virtual patients prepare medical students for the real world? Development and application of a framework to compare a virtual patient collection with population data. *BMC Med Educ.* 2017, Sep. 22;17(1). P. 174. DOI: 10.1186/s12909-017-1013-1. PMID: 28938884; PMCID: PMC5610434.
7. CASUS Virtual Patient System. Available from: <http://lmu.casus.net>. Accessed 22 Mar 2023.
8. Hege I., Kononowicz A., Tolks D., Edelbring S., Kublmeyer K. A qualitative analysis of virtual patient descriptions in healthcare education based on a systematic literature review. *BMC Med. Educ.* 2016, 16. P. 146. DOI: 10.1186/s12909-016 – 0655-8.
9. Cook D.A., Triola M.M. Virtual patients: a critical literature review and proposed next steps. *Med. Educ.* 2009, 43 (4). P. 303 – 311. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03286.x.

БУБЕС С.,
студент I-го курсу
спеціальності 223 Медсестринство,
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського
Науковий керівник:
ЯРЕМЧУК О.В.,
к. держ. упр.,
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського

ЦИФРОВІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Повномасштабна війна в Україні стала каталізатором численних проблем у сфері прав людини. З одного боку, цифровізація є основою для ведення гібридної війни та проведення хакерських атак, викрадення інформації та створення даних. З іншого боку, вона створює умови для доступу до різних видів публічних та інших послуг. Впровадження цифрових інструментів у систему охорони здоров'я має стати основою для гарантування доступу до якісних медичних послуг. У цьому контексті, актуальним є порівняльно-правовий аналіз цифровізації права на медичну допомогу.

Крім того, цифрові технології сприяють прозорості та ефективності процесів у сфері медицини, дозволяючи швидше реагувати на потреби населення та забезпечувати доступ до необхідних ресурсів. Це також відкриває нові можливості для дистанційного медичного обслуговування, що є особливо важливим у складних умовах війни. Цифровізація допомагає впроваджувати нові методи управління даними, які підвищують безпеку та конфіденційність пацієнтів, що є важливим аспектом прав людини.

Право на медичну допомогу є вічним та невід'ємним, адже незалежно від форми правління та рівня розвитку медицини, люди завжди потребують лікування та медичних втручань за власною волею або поза нею. Це право належить до особистих немайнових прав, що визначено в Конституції України, Цивільному кодексі України та інших нормативно-правових актах. Враховуючи стрімкий розвиток суспільства, цифровізацію та інформатизацію, до яких фактично змусила вдатися пандемія COVID-19, виникла потреба в реалізації правових актів міжнародного та національного рівня, які були написані та затверджені ще десяток років тому.

Зокрема, П'ятдесят восьмою Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я у травні 2005 р. було прийнято резолюцію WHA58.28, яка встановила страте-

гію електронного здоров'я для ВООЗ та закликала держави-члени планувати відповідні послуги електронного здоров'я у своїх країнах. У 2005 році ВООЗ запустила Глобальну обсерваторію електронного здоров'я (GOe) – ініціативу, присвячену вивченню електронного здоров'я, його впливу на здоров'я та еволюції в країнах [1, с. 476].

Однією із стратегічних цілей цифровізувати сферу охорони здоров'я в Україні було визначено у 2007 році прийняттям Закону «Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007–2015 роки» [2]

У 2016 році в нашій країні розпочато реформу в галузі охорони здоров'я, яка передбачала створення інформаційно-телекомунікаційної системи для автоматизування обліку медичних послуг і управління медичною інформацією під назвою eHealth і була визнаною однією з найперспективніших у світі. Досягнення від впровадження автоматизованої системи eHealth сьогодні – це електронні рецепти на лікарські препарати, формування та закриття листка непрацездатності без відвідування лікаря, консультації з понад 19 тисячами лікарів, 17,2 мільйона укладених декларацій з лікарями. Одночасно створено інформаційний сайт для пацієнтів helsi.me, за допомогою якого громадяни можуть обрати собі сімейного лікаря, підписати з ним декларацію на надання послуг, записатися на вакцинацію чи на прийом до лікаря в зручний для себе час, онлайн слідкувати за своєю медичною карткою та призначенням лікаря [3, с. 158]

Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) — двокомпонентна система, в якій користувач через МІС взаємодіє з центральною базою даних.

ЕСОЗ складається з:

- Центральної бази даних (ЦБД) – інформаційно-телекомунікаційна система, яка містить передбачені законодавством реєстри, програмні модулі, інформаційну систему НСЗУ, в частині, необхідній для реалізації державних фінансових гарантій та ін.
- Також, забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами.
- МІС (електронна медична інформаційна система) – інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі, зокрема з центральною базою даних (у разі підключення)[4].

Основні цілі ЕСОЗ включають забезпечення прозорості фінансування системи, перехід на електронний облік (е-рецепти, е-картки, е-направлення),

створення бізнес-середовища для нових електронних сервісів та сприяння інноваціям у медицині.

Ця система дозволяє пацієнтам отримувати е-рецепти, е-направлення до спеціалістів, а також використовувати е-картки для доступу до медичних послуг. Крім того, ЕСОЗ сприяє розвитку медичного ІТ-ринку та покращенню взаємодії між усіма учасниками медичного ринку.

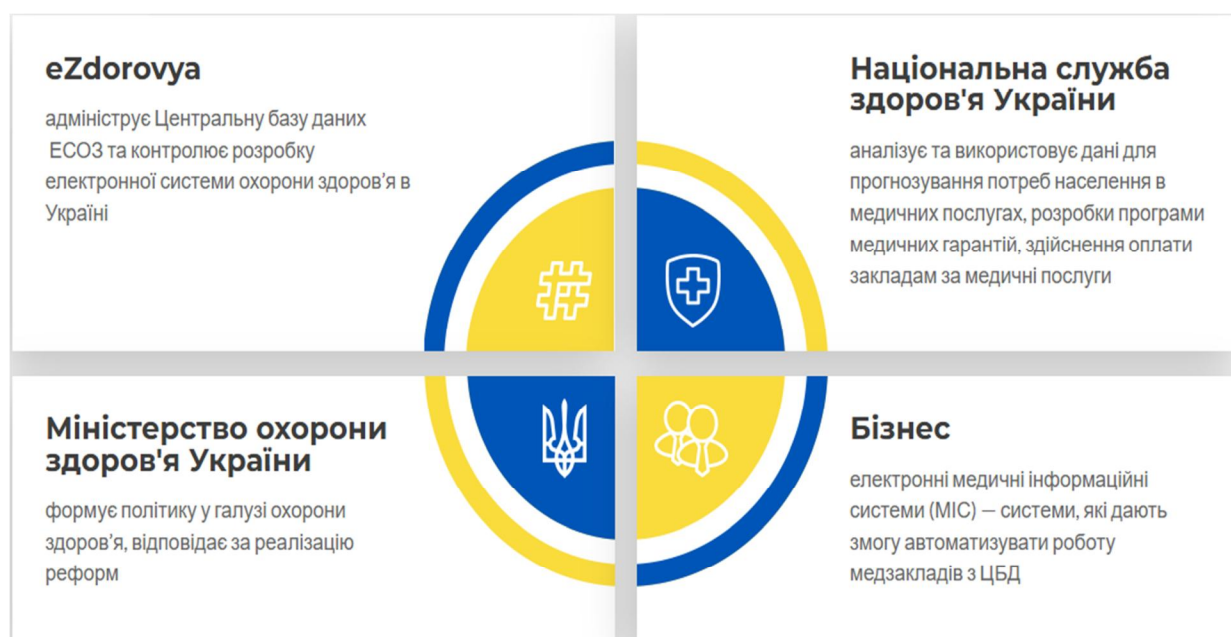


Рис. 1. Структура ЕСОЗ

Отже, можна зробити висновок, що право на медичну допомогу є вічним та невід'ємним, оскільки люди завжди потребували і продовжують потребувати медичної допомоги незалежно від умов і обставин. Цифровізація та інформатизація суспільства, особливо прискорені пандемією COVID-19, підкреслили необхідність впровадження сучасних електронних систем у сферу охорони здоров'я. Це дозволяє забезпечити якісні медичні послуги, підвищити прозорість та ефективність процесів, а також створити нові можливості для дистанційного медичного обслуговування.

Важливо враховувати нормативно-правову базу, яка регулює права на медичну допомогу, зокрема Конституцію України, Цивільний кодекс України та інші нормативні акти. У зв'язку з розвитком технологій, виникла потреба реалізовувати правові акти міжнародного та національного рівня для забезпечення доступу до медичних послуг та захисту прав пацієнтів.

Таким чином, цифровізація системи охорони здоров'я є важливим кроком до підвищення якості медичних послуг та забезпечення доступу до них для всіх громадян.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гавриченко Д.М. Міжнародний досвід забезпечення спроможності системи громадського здоров'я. Наукові інновації та передові технології. Випуск №6 (8) 2022. С. 471-479. (дата звернення 25.01.2025)
2. Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки: Закон України від 09.01.2007 р. URL: <https://surl.li/buvhxxg> (дата звернення: 13.01.2025 р.)
3. Галушак О., Галушак М., Машлій Г. Цифровізація в Україні: еволюційні перетворення. Галицький економічний вісник. ТНТУ, 2023. Том 81. № 2. С. 155–163 (дата звернення 02.02.2025)
4. URL\\ <https://ehealth.gov.ua/> (дата звернення 02.02.2025)

ТРЕФАНЕНКО І.В.,

к.мед.н., доц. кафедри внутрішніх хвороб
Буковинського медичного університету

СОЛОВЙОВА О.В.,

к.ф.н., доц.кафедри англійської мови
ЧНУ імені Ю.Федьковича

ГРЕЧКО С.І.,

к.мед.н., доц. кафедри внутрішніх хвороб,
фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинського медичного університету

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ «ПРИЙОМ-ГРА» В ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ СУЧАСНОГО СТУДЕНТА

Клінічне мислення формується на тлі критичного мислення. Критичне мислення означає, що здобувач повинен ретельно обмірковувати щось, щоб оцінити, а потім остаточно вирішити, чи є щось прийнятним чи ні [1]. У цьому випадку здобувач повинен вміти точно оцінювати й аналізувати всі умови клінічного випадку, щоб мати змогу правильно й ефективно мислити, щоб вийти на кінцеве рішення.

У критичному мисленні є «активні» елементи [2], які включають: а) ідентифікацію елементів на основі міркувань; б) ідентифікацію та оцінку припущення; в) уточнення та інтерпретацію існуючих ідей; г) оцінку достовірності, твердження; д) оцінку різних аргументів у різних формах; е) аналізування, оцінювання, пояснення та прийняття рішення; ж) робити висновки; з) наводити аргументи. Крім того, критичне мислення – це процес, який відбувається в когнітивній сфері, а потім стимулює здатність інтерпретувати, аналізувати та оцінювати інформацію, аргументи або досвід [3]. Виходячи з цього, навички критичного мислення необхідні здобувачам медичних факультетів. Тому необхідно, щоб здобувачі отримували змогу відточувати навички критичного мислення, яке стане базою клінічного мислення в подальшій їх кар'єрі.

За таксономією Блума, HOTS включає вміння аналізувати, оцінювати та копіювати. Тоді як навички мислення низького порядку (LOTS) – це стадії запам'ятовування, розуміння та застосування. Етапи LOTS – це базові знання або навички, які повинні бути сформовані до того, щоб здобувач зміг виконувати HOTS. Іншими словами, навчання має визначати цільові результати навчання на аналітичному, оціночному та творчому рівнях, що саме по собі допоможе здобувачу опанувати клінічне мислення. На кожному етапі цієї навички розвиток критичного мислення має вдосконалюватися.

Нами був застосований метод «6 капелюхів мислення», який зазвичай використовується в процесі оцінювання навчальних процесів. Це психологічна рольова гра, сенс якої полягає в тому, щоб розглянути одну і ту ж проблемну ситуацію з 6 незалежних одна від одної точок зору. Це дозволяє сформулювати найбільш повне уявлення про предмет дискусії та на логічному й емоційному рівнях оцінити переваги і недоліки. Сам прийом було запропоновано британським письменником, психологом та спеціалістом з творчого мислення Едвардом де Боно у 1985 році. Основою цього підходу є концепція паралельного мислення. Нашою метою є допомогти студентам на останніх курсах критично мислити під час аналізу клінічних випадків (Kurikulum 2013) за допомогою методу шести капелюхів мислення як інструменту. Концепція «6 капелюхів для мислення» спрямовує емоції та почуття здобувачів у відповідне русло критичного мислення. Тому що, 6 різних кольорів у концепції «6 капелюхів для мислення» – це 6-кроковий когнітивний підхід, який допомагає здобувачу критично мислити й аналізувати, щоб зрозуміти проблему і спробувати згенерувати нові ідеї.

Етап планування починається з представлення та формування цілей для здобувачів, опису матеріалу для розуміння реалізації методу «6 капелюхів мислення», а також пояснення де на практиці використання методу допоможе здобувачу. Здобувачам медикам надавався клінічний кейс, вони мали прийти до заключного діагнозу, провести диференційну діагностику, розробити план діагностики та лікування, передбачити можливі ускладнення в лікуванні, оцінити прогноз.

Далі відповідно здобувачі обирали випадковим методом ролі. Здобувачі були поділені на групи по 6 осіб і випадковим чином отримали можливість вибрати капелюх. Здобувачам давали час подумати відповідно до функції кожного капелюха. Потім обговорювали результати своїх досліджень. Здобувачі, яким дістався синій капелюх, вели дискусію і робили підсумок, узагальнювали результати дискусії і готували рекомендації. Кожен здобувач, який отримав зелений капелюх, мав стимулювати їхнє критичне мислення для продукування нових ідей. Він пропанував креативні та інноваційні методи діагностики та лікування. Білий капелюх мав змогу використовувати всі джерела інформації для пошуку відповідей на питання. При цьому оцінював їх важливість, достовірність та новизну і головне обґрунтовував чи доцільна ця інформація для даної задачі. Червоний капелюх мав проявити емпатію до пацієнта на всіх етапах обстеження від комунікативних навичок до озвучення прогнозу та надання рекомендацій. Чорний капелюх який виявляв слабкі місця, перешкоди в досягненні поставленої задачі. Він формував заключні відповіді

на поставлені завдання. Жовтий капелюх проводив обґрунтування рішень з позиції, що досягли, чого бракує.

Таким чином, вправи на розвиток критичного мислення допомагають здобувачам створити ефективний навчальний процес, перевірити чи досягли їх результати мети, тому метод «Шість капелюхів мислення» є дуже корисним для навчання робити аналіз своєї роботи. Більше того цей метод дозволяє здобувачам продукувати знання, а не тільки їх здобувати їх.

Використання ігор можливе на усіх рівнях когнітивного процесу: від простої передачі інформації з її подальшим засвоєнням, сприйняття більш складних процесів та набуття вмінь і навичок до процесів синтезу знань та оцінної діяльності. Оскільки гра – це орієнтований на студента процес, інтерактивний та динамічний, який генерує захоплення, радість та ентузіазм, то саме гра дозволяє уникнути одноманітності, фрустрації та втрати мотивації. В цьому полягає розважальний елемент, який виокремлює гру серед інших інструментів навчального процесу. Саме метод «Шість капелюхів мислення» – це спосіб різноспрямованого мислення, а не самоспрямування і навчання не завжди покладається на запам'ятовування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Zireva, D., Letseka, M. (2013). Obstacles to the Development of Critical Thinking Dispositions Among Student Teachers at Morgenster Teachers' College, Zimbabwe. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4(6), 671–680. <https://doi.org/10.5901/mjss.2013.v4n6p671>
2. Hennesey, Peter. (2004). Retrieved from <tps://humanistperspectives.org/issue150/>
3. Kivunja, C., & Kivunja, C. (2015). Why Students Don't Like Assessment and How to Change Their Perceptions in 21st Century Pedagogies. *Creative Education*, 06(20), 2117–2126. <https://doi.org/10.4236/ce.2015.620215>

КОЗИНЕЦЬ О.Д.,
доктор філософії,
Черкаська медична академія
КОЗИНЕЦЬ І.А.,
завідувач відділення фахового медичного коледжу

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ВИКЛАДАННЯ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ

Вступ. У даній статті обговорюється проблема ефективності різних методів викладання анатомії в сучасних умовах реформування медичної освіти. Проведений аналіз літературних даних, опублікованих за останні роки. Підкреслюються переваги і недоліки різних методів вчення анатомії згідно з думкою різних викладачів анатомії людини. Рекомендується інтегрувати сучасні інтерактивні методи навчання, такі як використання цифрових ресурсів та проблемно-орієнтоване навчання, з традиційними методами для підвищення ефективності навчання

Анатомія історично була однією з фундаментальних дисциплін в медичній освіті. До недавнього часу дисекція і дидактичні лекції були єдиними методами вивчення анатомії. В даний час методологія викладання анатомії еволюціонувала у зв'язку з бурхливим розвитком інформаційних технологій, з впровадженням парадигми центрованого для студента навчання, інтерактивних методів і компетентнісного підходу в медичній освіті. У сучасному освітньому процесі спостерігається тенденція до зменшення значення традиційних методів вивчення анатомії, таких як препарування, що може призвести до недостатнього розуміння анатомічних структур. Багато вищих медичних навчальних закладів в даний час опираються на моделі, візуалізацію, моделювання і інтернет-ресурси для подальшої консолідації і розширення навчального досвіду студентів. Відмова від дисекції на користь мультимедійних засобів, альтернативних методів та нових клінічних пріоритетів стає все більш поширеною практикою в медичній освіті.

Навчальна програма по анатомії в даний момент проходить реформування, але на даний момент немає єдиного підходу і думки з приводу оптимальної навчальної програми вивчення анатомії. У зв'язку з цим нами були проаналізовані літературні дані за останні роки, що відображають ефективність різних інтерактивних методів вивчення анатомії по результатах проведених досліджень і досвіду їх використання.

Інтерактивні лекції. Традиційні дидактичні лекції впродовж століть були популярним способом поширення інформації, де викладач роз'яснює

підготовлений монолог групі студентів, які пасивно отримують інформацію. Вони мають свої переваги, оскільки можуть бути особливо ефективні для поширення багатьох фактів для великої групи студентів за короткий час, синтезування інформації з декількох джерел і роз'яснення складних понять. Добре продумані презентації лекцій можуть бути графічно вражаючими. Як свідчать наукові джерела, можливість інтеграції тексту, зображень, відеороликів і анімацій в презентації лекції є великою перевагою і покращує процес засвоєння, що приводить до кращої інтеграції і збереження знань [1].

Згідно з результатами численних досліджень, ефективність лекцій значно підвищується, коли використовуються два або більше методи навчання. Комбінація різних підходів дозволяє зробити навчальний процес більш цікавим, залучити різні канали сприйняття інформації та сприяє кращому засвоєнню матеріалу студентами [2]. Прості активні стратегії навчання здатні значно підвищити ефективність традиційних лекцій. Для активізації студентів на лекціях можуть бути використані наступні методи: опитування для отримання зворотного зв'язку, постановка клінічних завдань для застосування отриманих знань, вправи з розпізнавання анатомічних структур, а також обговорення ключових моментів лекції.

Проблемно-орієнтоване навчання. У сучасній медичній освіті спостерігається тенденція до поєднання теоретичних знань з їх практичним застосуванням у клінічній практиці. Проблемно-орієнтоване навчання (PBL) є ефективним методом навчання, що базується на активній участі здобувачів освіти. За допомогою цього підходу студенти розвивають навички критичного мислення, працюючи разом над вирішенням складних клінічних завдань, тому знання, отримані за допомогою PBL, краще засвоюються, оскільки студенти активно залучаються до пошуку необхідної інформації [3].

Проте інтегрована навчальна програма, яка заснована тільки на проблемно-орієнтованому навчанні (PBL), має свої недоліки, вона може призвести до фрагментації вивчення анатомії. Щоб уникнути цього, багато анатомів рекомендують поєднувати PBL з традиційними методами навчання для створення гібридної навчальної програми.

Цифровізація навчання. Досягнення в області інформаційних технологій і доступність до інтернету перебудовують медичну освіту, надаючи нові освітні середовища і нові інструменти навчання. Використання цифрових інструментів у вивченні анатомії сприяє інтеграції сучасних технологій у навчальний процес, доповнюючи або навіть замінюючи традиційні методи.

Одним із цифрових ресурсів для вивчення анатомії є *InnerBody* <https://surl.li/lcfsjl>, який не тільки поглиблює знання про будову систем органів, але й допомагає вивчати анатомічні терміни як латинською, так й англійською мовами.

Для ефективного засвоєння анатомії людини, необхідне систематичне виконання різного роду завдань, таких як робота з термінами, візуалізація, тестування та інше. Для оптимального виконання перерахованих завдань можуть бути використані такі цифрові застосунки як ClassTime, Prezi, Nearpod, AnswerGarden, WordWall, BioDigital та ін. [4].

Деякі з анатомів вважають, що використання 3-D атласів з анатомії людини є альтернативою для подолання браку трупів, а в деяких випадках навіть заміщення викладача [5]. Проте багато викладачів анатомії вважають, що комп'ютерні анатомічні ресурси є цінним інструментом у вивченні анатомії і можуть бути використані для посилення традиційних методів, але не можуть замінити дисекцію як основний фундаментальний метод викладання і вивчення анатомії.

Аналіз наукових досліджень [6] та досвід використання 3D атласів з анатомії людини виявили їх численні дидактичні переваги:

- на відміну від статичних наглядних матеріалів, таких як плакати, планшети та обмежених у використанні об'ємних муляжів, онлайн 3D-атласи забезпечують більш ефективно та динамічно вивчення анатомії. Вони дозволяють детально розглядати органи з усіх боків, вивчати їх пошарову будову та взаємне розташування, що є неможливим при використанні традиційних засобів наочності;
- використання цифрових технологій та інтерактивна взаємодія студентів із зображенням на екрані робить навчання цікавим, захоплюючим та надає йому дослідницького характеру, що сприяє підвищенню мотивації до вивчення анатомії людини;
- завдяки онлайн 3D атласам з анатомії людини, здобувачі освіти мають можливість індивідуально та в будь-який час вивчати анатомію, використовуючи свої планшети або смартфони. Це особливо важливо, враховуючи обмежену кількість консультацій викладача та традиційних навчальних матеріалів. Це особливо зручно для самостійної роботи в позааудиторний час;
- студенти можуть працювати з 3D атласами у власному темпі, повертаючись до складних тем та повторюючи матеріал стільки разів, скільки необхідно для його повного засвоєння.

Дослідження ефективності цифровізації вивчення анатомії людини показують, що вона може підвищити показники студентів на іспитах, скоротити час, що витрачається ними на навчання, а також поліпшити процес засвоєння. Ще однією перевагою є величезна ємкість інформації, яка може служити розширенню можливостей студента опанувати вказану дисципліну.

Використання цифрових ресурсів під час самостійної роботи сприяє розвитку у студентів таких важливих навичок, як самоорганізація, відповідальність та вміння знаходити і аналізувати інформацію. При цьому викладачі стають менторами, направляючи і мотивуючи студентів в процесі вивчення освітнього компоненту.

Серед недоліків використання переважно цифрових ресурсів у вивченні анатомії зазначимо недостатність людського контакту, оскільки «живе» пояснення викладача і можливість отримувати студентом детальні роз'яснення на свої запитання є обов'язковою складовою для ефективного зворотного зв'язку. Слід заохочувати все, що стимулює інтерес студента і покращує процес навчання.

До недавнього часу більшість цифрових ресурсів розглядалися як додатковий матеріал і використовуються студентами за власною ініціативою. Проте їх можна використовувати ефективніше, інтегруючи в навчальну програму, наприклад, застосування віртуальної та доповненої реальності могли б дозволити студентам «потрапити» всередину тіла людини та побачити органи зсередини. На жаль, можливість повноцінно використовувати цифрові технології залежить від багатьох факторів, наприклад, фінансування закладу вищої освіти, цифрової грамотності викладача, методичного забезпечення та ін.

Хоча цифровізація освітнього процесу не може замінити живе спілкування віч-на-віч з викладачем, вона забезпечує нове освітнє середовище навчання в умовах швидкого зростання інформації. Інтеграція цифрових технологій в медичну освіту може стимулювати перехід до андрагогіки, де акцент в процесі навчання робиться на цілісній особистості з урахуванням її віку, освітніх та життєвих потреб, реальних можливостей, індивідуальних особливостей психіки і фізіології.

Але потрібно визнати, що при використанні реального трупного матеріалу у вивченні анатомії, на відміну від віртуального манекена, в обробці інформації окрім слухового і зорового аналізаторів бере участь аналізатор шкіри. Пальпація різних структур дає майбутньому медичному фахівцю глибше розуміння особливостей певної анатомічної структури, що особливо важливе в підготовці компетентних хірургів в тому числі. Оскільки тактильний досвід є важливою складовою комплексного навчання анатомії, який дозволяє поєднати теоретичні знання з практичними навичками.

Висновки: таким чином, вивчення анатомії зазнає значні зміни внаслідок скорочення аудиторних годин, браку трупів, сучасних досягнень в області інформаційних технологій і змін вимог до медичної професії. У епоху реформування медичної освіти між викладачами постійно проводяться дискусії відносно ефективності звичайних і нових методів вивчення анатомії зважаючи на її специфіку. Метааналіз доступної літератури з даної проблеми показав, що

завдання не полягає у визначенні переваги однієї методології над іншою, а в тому, щоб використовувати переваги вивчення, запропоновані різними методами. Використання кількох навчальних ресурсів забезпечує студентам можливість адаптуватися до різних контекстів та ефективно отримувати та застосовувати свої знання. Навчальний матеріал і стиль вивчення повинні відображати зміни реального світу. Але, використовуючи сучасні високотехнологічні методи навчання, не можна недооцінювати роль такого фундаментального методу вивчення анатомії, як дисекція.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дидактика: теорія і практика: зб. наук. праць / за наук. ред. д-ра пед. наук Г.О. Васьківської. – К. : Педагогічна думка, 2018. – 164 с.
2. Стинська В.В. Методика викладання у вищій школі: навчальний посібник. Івано–Франківськ, 2022. 180 с.
4. Використання методу проблемно-орієнтованого навчання в роботі зі студентами-медиками / С.В. Должковий, О.А. Крижановський, А.Г. Оганезян, В.Д. Шейко // Сучасні тренди розвитку медичної освіти: перспективи і здобутки : матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 24 березня 2022 р. – Полтава, 2022. – С. 95–96.
5. Грицай, Н.Б. (2024). Використання цифрових інструментів у навчанні анатомії людини. Природнича освіта та наука, (1), 12-18. <https://doi.org/10.32782/NSER/2024-1.02>
6. Stuart D. Inglis, John E. Tomaszewski, Raymond P. Dannenhoffer. (2017). Imaging and 3D Reconstruction of Anatomical Specimens as an Alternative to Traditional Learning Models. The FASEB Journal. Vol. 31. № 1 supplement.
7. Кашперук-Карпюк І.С., Лаврів Л.П. (2015). Оптимізація викладання анатомії людини за умов використання комплексу комп'ютерних інформаційних технологій. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». Випуск 1(51). с. 269–271.

Секція 2

ПРАКТИЧНА МЕДИЦИНА ТА МЕДСЕСТРИНСТВО

ЛУЧКА В.В.,

студентка I-го курсу
спеціальності

«Медсестринство»

Науковий керівник:

НЕДІЛЬКО Р.В.,

к.держ.упр., доц.,

Львівська медична академія
ім.Андрея Крупинського

СУЧАСНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я – РОЛЬ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ У МЕНЕДЖМЕНТІ ТА ЛІДЕРСТВІ

Актуальність теми полягає в тому, що управління – це вид діяльності, який залежить від численних зовнішніх чинників, таких як державний устрій, форма власності, рівень розвитку ринку. Кожен із цих чинників вимагає адаптації системи управління до нових цілей і завдань. Роль сестри/брата медичних в управлінській діяльності, на сьогоднішній день, має вкрай важливе значення.

Проводячи наукову розвідку, нами встановлено, що управління, як сфера людської діяльності, виникло ще в давнину, проте на рівні держави або окремої галузі воно не може мати універсального та єдиного алгоритму дій. У 1994 році в Україні було задекларовано перехід до соціально орієнтованої ринкової (змішаної) економіки, що потребувало ліквідації адміністративно-командної системи управління. Цей процес передбачав реформування всіх секторів національної економіки, зокрема й системи охорони здоров'я, на основі наукових підходів до управління та впровадження загальноновизнаних принципів світового менеджменту, адаптованих до українських реалій.

Для того щоби запроваджувати ефективний менеджмент в закладах охорони здоров'я, зокрема медсестринський менеджмент, потрібно мати якісно навчений штат працівників, котрі займають ключові адміністративні посади. Якості ефективного управління та лідера можна досягати завдяки формальній, інформальній формі освіти та через інструменти безперервного професійного розвитку сестер/братів медичних.

Навчання й розвиток у сфері охорони здоров'я можуть принести значну користь. Дехто каже, що менеджмент – це мистецтво, яке має якісний вимір та значною мірою ґрунтується на стилі управління. Інші стверджують, що менеджмент – це наука, яка має технічний та кількісний характер і ґрунтується на аналізі й набутому досвіді. Треті вважають, що менеджмент – це набір навичок, яких можна набути за допомогою формальної освіти, а потім застосувати у повсякденній діяльності. Ще інші переконані, що менеджмент – це суцільна магія, заснована на везінні, інтуїції й базових інстинктах і значною мірою залежить від бажання менеджерів робити правильні речі, що, у свою чергу, принесе їм винагороду. Ви, мабуть, швидко зрозуміли, що менеджмент і лідерство – це поєднання всіх цих вимірів, справжня суміш мистецтва, науки, набору навичок і магії, з єдиною незмінною особливістю – ніколи неможливо навчитися занадто багато корисних стратегій. Навчання й розвиток менеджерів для вдосконалення їх лідерських якостей можуть допомогти набути необхідних компетенцій [1].

На міжнародному рівні багато професійних організацій у сфері охорони здоров'я визнали необхідність підвищення кваліфікації своїх членів і розробили системи управлінської компетентності для задоволення цих потреб. Ці системи забезпечують структурований підхід до розвитку й оцінки компетенцій, необхідних для ефективного управління охороною здоров'я на різних рівнях в організаціях охорони здоров'я [2].

У процесі дослідження стратегій формування ефективних менеджерів у сфері охорони здоров'я важливо зазначити, що образ висококваліфікованого лідера – людини, яка має стратегічні навички та здатність чітко формулювати бачення і визначати напрям розвитку організації – формується в багатовимірному та різноплановому середовищі.

Менеджери охорони здоров'я працюють у складній системі охорони здоров'я, для якої характерні численні впливові професійні групи, часті політичні впливи на державному рівні й безперервні цикли змін. Цьому середовищу притаманний швидкий розвиток медичних технологій, медикаментозної терапії та інформаційних систем охорони здоров'я. Все це призводить до зростання витрат на систему охорони здоров'я і вимагає від керівників ефективного управління обмеженими ресурсами [3].

Менеджмент та лідерство в медсестринстві – це ключові складові ефективної організації та управління роботою сестер/братів медичних для забезпечення якісної медичної допомоги пацієнтам.

В умовах медичної реформи головним медичним сестрам як ніколи важливо здобувати та поліпшувати лідерські якості. На посаду керівника призначають особу, яка відповідає кваліфікаційним вимогам, має відповідну освіту,

стаж роботи тощо. Натомість лідером стає лише той, хто самостійно виховує у собі відповідні якості. Така особа може легко і правильно організувати роботу підлеглих, впроваджувати нові ідеї та запобігати виникненню конфліктів. Лідером є найавторитетніша особа у групі, яка організовує діяльність та регулює взаємини у колективі. Він незалежний, відповідальний, володіє навичками спілкування та обов'язково має високий рівень знань у своїй спеціальності. Головна медична сестра з такими рисами має значну перевагу над своїми колегами, адже вона ініціативна, прагне змін і вміє розв'язувати проблеми [4].

Аналізуючи наукові джерела про роль менеджера з медсестринства в сучасній системі охорони здоров'я, можна констатувати, що це є ключова ланка для забезпечення ефективності роботи медичних установ, високої якості догляду за пацієнтами та оптимального використання ресурсів. Менеджер медсестринського спрямування виконує низку важливих функцій, які охоплюють адміністративні, організаційні, освітні та мотиваційні аспекти. До пріоритетних аспектів сучасного медсестринського менеджменту можна віднести наступне:

1. Організація роботи медсестринського персоналу:

- Головна сестра/брат медичні (менеджер) координують роботу сестер/братів медичних, забезпечують рівномірний розподіл завдань та оптимізацію графіків роботи.
- Здійснюють контроль за виконанням обов'язків, відповідність виконаної роботи відповідно до стандартів, протоколів, СОП-ів.
- Забезпечують оперативне вирішення конфліктів і проблем у колективі.

2. Розвиток медсестринського кадрового потенціалу:

- Менеджер відповідає за підбір кваліфікованого персоналу, їхнє навчання та професійний безперервний розвиток.
- Організовує підвищення кваліфікації сестер/братів медичних, проведення тренінгів, семінарів та обміну досвідом.
- Підтримує молодих спеціалістів, виступаючи наставником і допомагаючи їм адаптуватися в професійній діяльності.

3. Підтримка якості медичних послуг:

- Менеджер з медсестринства впроваджує стандарти медсестринського догляду, контролює їх дотримання та проводить регулярні аудити.
- Забезпечує моніторинг результатів медсестринської діяльності та розробляє рекомендації щодо їх покращення.
- Впроваджує інноваційні підходи до догляду за пацієнтами, використовуючи сучасні технології та передові практики.

4. Управління ресурсами:

- Менеджер з медсестринства планує та забезпечує оптимальне використання людських, фінансових і матеріальних ресурсів.

- Контролює постачання необхідних матеріалів, інструментів та обладнання для медсестринської діяльності.
- Забезпечує дотримання економічної ефективності роботи медсестринського персоналу.

5. Комунікація та міждисциплінарна співпраця:

- Менеджер з медсестринства відіграє ключову роль у координації роботи міждисциплінарних команд, сприяючи налагодженню ефективної взаємодії між медичними працівниками.
- Забезпечує налагодження комунікації між персоналом, адміністрацією та пацієнтами.

6. Мотивація персоналу:

- Менеджер працює над створенням сприятливого робочого середовища, що сприяє підвищенню мотивації персоналу.
- Підтримує моральний дух команди, запобігає професійному вигоранню та стресу серед сестер/братів медичних.

7. Дотримання етичних норм і принципів:

- Менеджер з медсестринства забезпечує дотримання етичних принципів у роботі сестер/братів медичних, таких як емпатія, конфіденційність, повага до пацієнтів та їх оточення, повагу до їхніх прав.
- Сприяє впровадженню принципів інклюзивності та гендерної рівності.

8. Управління змінами та розвиток системи охорони здоров'я:

- Менеджер з медсестринства сприяє адаптації закладу до нових умов, реформ і стандартів у сфері охорони здоров'я.
- Виконує роль агента змін, впроваджуючи інноваційні підходи до медсестринської діяльності.

9. Підвищення рівня інфекційного контролю:

- Здійснює контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних вимог та заходів інфекційної безпеки та інфекційного контролю.
- Розробляє стратегії щодо зменшення ризиків внутрішньолікарняних інфекцій та забезпечує навчання персоналу в цьому напрямку.

Менеджмент і лідерство тісно пов'язані між собою. Ефективний менеджер у медсестринстві повинен мати навички лідера, щоб не тільки організувати роботу, а й мотивувати персонал, створювати сприятливу атмосферу в команді та забезпечувати високу якість медичного догляду. Таким чином, медсестринське лідерство відіграє вирішальну роль у забезпеченні ефективності, доступності та якості медичної допомоги, а також у розвитку сучасної системи охорони здоров'я.

Вивчаючи та аналізуючи поставлену проблематику, ми пропонуємо виокремити основні відмінності між менеджментом та лідерством у мед-

сестринстві. Ці відмінності ми пропонуємо охарактеризувати за п'ятьма ключовими параметрами при виконанні керівних функцій.

Табл. 1.

Основні відмінності між менеджментом та лідерством у медсестринстві

Параметр	Менеджмент	Лідерство
Спрямованість	Орієнтація на виконання завдань і досягнення цілей.	Орієнтація на розвиток людей і командну взаємодію.
Фокус	Управління процесами, ресурсами, організацією.	Вплив на людей, натхнення, мотивація.
Характер впливу	Використання офіційної влади та адміністративних методів.	Використання особистісного впливу та авторитету.
Основний інструмент	Планування, контроль, координація.	Мотивація, натхнення, підтримка змін.
Мета	Ефективність організації.	Інновації та розвиток.

Для кращого розуміння відмінностей, наводимо приклади прояву менеджменту та лідерства в медсестринстві:

- **Менеджмент:** Організація графіка роботи сестер/братів медичних, контроль за дотриманням стандартів догляду за пацієнтами, розподіл обов'язків.
- **Лідерство:** Мотивація команди до впровадження нових технологій у догляд за пацієнтами, підтримка персоналу в складних ситуаціях, наставництво для молодих спеціалістів.

Отже, можна зробити висновок, що менеджер з медсестринства є важливою ланкою в системі охорони здоров'я, яка забезпечує ефективну організацію роботи медсестринського персоналу, впроваджує сучасні стандарти догляду, підвищує якість медичних послуг та сприяє розвитку системи охорони здоров'я в цілому. Його роль є незамінною для підтримки високого рівня догляду за пацієнтами та професійного зростання медсестринської команди.

Менеджмент і лідерство є ключовими елементами успішної медсестринської практики. Менеджмент забезпечує організацію та ефективність роботи, а лідерство сприяє натхненню команди, розвитку професійних компетенцій і впровадженню інновацій у догляд за пацієнтами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Брич В. Я. Поняття моделі менеджерських компетенцій та етапи її розробки в закладах охорони здоров'я /В. Я. Брич, Л. В. Ліштаба // Інноваційна економіка : наук.-вироб. журн. – 2016. – № 7–8 (64). – С. 36–41.

2. Development of leadership skills: experience and timing / M. D. Mumford, M. A. Marks, M. S. Connelly [et al.] // *Leadersh Q.* – 2000. – Vol. 11. – P. 87–114.
3. Аналітичні дослідження інноваційного підходу до управління комунально-го некомерційного закладу охорони здоров'я / О. Н. Литвинова, Н. Я. Панчишин, К. Є. Юріїв, А. М. Зінчук // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2018. – № 3 (74). – С. 29–35.
4. Лідерство в медсестринстві: експрес-курс для головної медсестри // *Експертус .Медична справа. Платформа Медзаклад., 2018 URL: <https://medplatforma.com.ua/article/1520-yak-rozbuditi-u-sob-ldera-ekspres-kurs-golovno-medsestri>*» (дата звернення 15.01.2025 року).

ПАРАНЬКА Н.

студентка

другого (магістерського) рівня вищої освіти

спеціальності 223 Медсестринство

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

ДУБ Н.Є.

к. держ. упр., доц.

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

ПОНЯТТЯ ТА СУТНІСТЬ УПРАВЛІНСЬКИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Вступ. Управлінські компетентності в охороні здоров'я – це сукупність знань, умінь, навичок та особистісних якостей, необхідних для ефективного виконання управлінських функцій у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ). Це не просто набір теоретичних знань, а скоріше здатність застосовувати ці знання на практиці для досягнення поставлених цілей в умовах динамічного та складного середовища охорони здоров'я [1].

Основна частина. На наш погляд, сутність управлінських компетентностей у сфері охорони здоров'я полягає у формуванні комплексу знань, умінь, навичок та особистісних якостей, які повинні ефективно організовувати, координувати та контролювати діяльність ЗОЗ та персоналу.

Визначені компетентності охоплюють здатність до стратегічного планування, прийняття обґрунтованих рішень, управління ресурсами, а також навичок комунікації та міжособистісної взаємодії, що є критично більшим для забезпечення високої якості медичних послуг. Вони також включають у себе розуміння специфіки сучасної системи охорони здоров'я, нормативно-правового поля та етичних аспектів, які дозволяє фахівцям не лише адаптуватися до постійно змінених умов, але й проактивно впливати на розвиток управлінських процесів у сфері охорони здоров'я [2]. Так, управлінські компетентності є інструментом для забезпечення ефективного функціонування ЗОЗ, сприяють оптимізації процесів надання медичної допомоги та покращенню загальної якості життя населення.

Якщо ж говорити про ефективне управління закладом охорони здоров'я, то менеджери у сфері охорони здоров'я забезпечують важливу роль, яка охоплює стратегічне планування, оптимізацію робочих процесів та управління людськими ресурсами, забезпечуючи злагоджену та безперебійну роботу ЗОЗ.

Вони відповідають за дотримання стандартів якості медичних послуг, впровадження інноваційних технологій та контроль ефективності лікувальних процесів. Важливим аспектом їхньої діяльності є фінансове управління, яке включає раціональне використання ресурсів, бюджетування та контроль фінансових потоків для стабільного функціонування закладу. Крім того, менеджери формують ефективні комунікаційні зв'язки як в середині колективу, так і з пацієнтами, постачальниками, державними установами та іншими зацікавленими сторонами, що сприяє підвищенню довіри до системи охорони здоров'я та її розвитку [3].

Зважаючи на вищевикладене, визначимо ключові управлінські компетентності в охороні здоров'я [1; 4]:

- стратегічне мислення: здатність бачити довгострокову перспективу розвитку закладу, формулювати цілі та розробляти стратегії їх досягнення;
- лідерство: здатність мотивувати та об'єднувати команду, приймати рішення, брати на себе відповідальність;
- комунікативні навички: вміння ефективно спілкуватися з різними категоріями людей (пацієнти, персонал, партнери), проводити презентації, вести переговори;
- управління змінами: здатність адаптуватися до змін у зовнішньому середовищі, впроваджувати інновації та змінювати організаційну культуру;
- фінансове управління: вміння планувати та управляти бюджетом, аналізувати фінансові показники, приймати обґрунтовані рішення щодо використання ресурсів;
- управління персоналом: здатність підбирати, навчати, мотивувати та оцінювати персонал;
- знання законодавства та нормативних документів: володіння знаннями про законодавство в галузі охорони здоров'я та нормативними документами, що регулюють діяльність ЗОЗ.

Формування управлінських компетентностей відбувається протягом усього професійного життя менеджера в охороні здоров'я. Важливими факторами є: отримання вищої освіти за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування, 073 Менеджмент або інших відповідних спеціальностей; практична робота в закладах охорони здоров'я на різних посадах; участь у тренінгах, семінарах, конференціях, отримання нових знань і навичок; співпраця з досвідченими менеджерами, які можуть передати свої знання та досвід.

Висновки. Управлінські компетентності є ключовим фактором успіху в сучасній охороні здоров'я. Від рівня управлінських компетентностей керівників залежить ефективність роботи закладів охорони здоров'я, якість надання медичної допомоги та задоволеність пацієнтів. Тому інвестиції в розвиток

управлінських компетентностей є необхідною умовою для забезпечення високого рівня охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Брич, В. Я., Ліштаба, Л. В., & Микитюк, П. П. (2018). Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я.
2. Стратегічне планування та практичне впровадження інформаційних систем у закладі для підвищення якості медичної допомоги та управління ресурсами. URL: <https://moz.gov.ua/uk/strategichne-planuvannya-ta-praktichne-vprovadzhennya-informacijnih-sistem-u-zakladi-dlya-pidvishennya-yakosti-medichnoyi-dopomogi-ta-upravlinnya-resursami>
3. Данько, В. В. (2019). Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. Вчені записки Таврійського національного університету імені ВІ Вернадського. Серія: Економіка і управління, (30 (69), № 2), 102-110.
4. Стратегічне управління людськими ресурсами : навч. посіб. / І. Л. Петрова. К. : КНЕУ, 2013. 466

ГОЛОВАЧ Т.А.

студентка

другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 223 Медсестринство

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

СОГУЙКО Ю.Р.

к.мед.н., доц.

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

РОЛЬ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ В НАДАННІ ДОПОМОГИ ПРИ ЗМІЇНИХ УКУСАХ

Вступ. Сучасна медсестринська допомога при зміїних укусах є багатогранною та такою, яка динамічно розвивається, враховуючи останні досягнення науки, технологій та потреб пацієнтів. Вона охоплює широкий спектр послуг – від надання першої допомоги на місці події до комплексної реабілітації пацієнтів, і ґрунтується на принципах доказової медицини, що передбачає використання науково обґрунтованих методів. Це означає, що кожне рішення щодо лікування та догляду за пацієнтом базується на результатах клінічних досліджень, аналізі кращих практик та рекомендаціях міжнародних експертів.

Індивідуальний підхід до кожного пацієнта є також ключовим аспектом сучасної допомоги. Медсестра враховує не тільки фізичний стан пацієнта, але й його психоемоційний стан, вік, супутні захворювання та інші фактори, які можуть вплинути на процес одужання. Такий комплексний підхід дозволяє забезпечити максимально ефективно та безпечно лікування, сприяє швидкому одужанню пацієнта та запобігає розвитку ускладнень [1].

Основна частина. Роль медичної сестри в наданні допомоги при зміїних укусах є багатогранною та включає такі аспекти як:

- оцінка стану пацієнта (рис.1) при зміїному укусі включає збір анамнезу щодо особливостей інциденту, наявності супутніх захворювань та спеціальних реакцій, а також проведення фізикального обстеження, яке охоплює оцінку свідомості, життєвих показників, локальних змін у ділянці укусу та системних проявів інтоксикації;
- надання першої допомоги при зміїному укусі (рис. 2) включає заспокоєння пацієнта, іммобілізацію ураженої кінцівки, зняття прикрас (якщо є), обробку рани антисептичним розчином та накладання стерильної пов'язки, а також забезпечення швидкого транспортування до закладу охорони здоров'я для подальшої кваліфікованої допомоги;



Рис. 1. Оцінка стану пацієнта сестрою/братом медичним [2]

- медсестринський догляд за пацієнтом в умовах стаціонару (рис. 3) включає введення антисироватки з моніторингом стану пацієнта на предмет наявності побічних реакцій, постійне спостереження за життєво важливими функціями, симптоматичне лікування в залежності від проявів отруєння, догляд за раною для запобігання інфекціям та надання психологічної підтримки пацієнту й його родині для зменшення стресу та тривоги;
- реабілітація пацієнта після зміїного укусу включає відновлення функцій: після одужання пацієнту може знадобитися реабілітація для відновлення функцій ураженої кінцівки та, в разі необхідності, психологічну реабілітацію: деякі пацієнти можуть потребувати психологічної реабілітації для подолання посттравматичного стресового розладу;
- профілактика включає в себе навчання населення: медсестра проводить навчання населення щодо профілактики укусів змії, правил поведінки на природі та першої допомоги при укусах, а також поширення інформації: медсестра розповсюджує інформаційні матеріали про отруйних змії, їх поведінку та заходи безпеки.



Рис. 2. Алгоритм надання першої допомоги при змінному укусі [3]

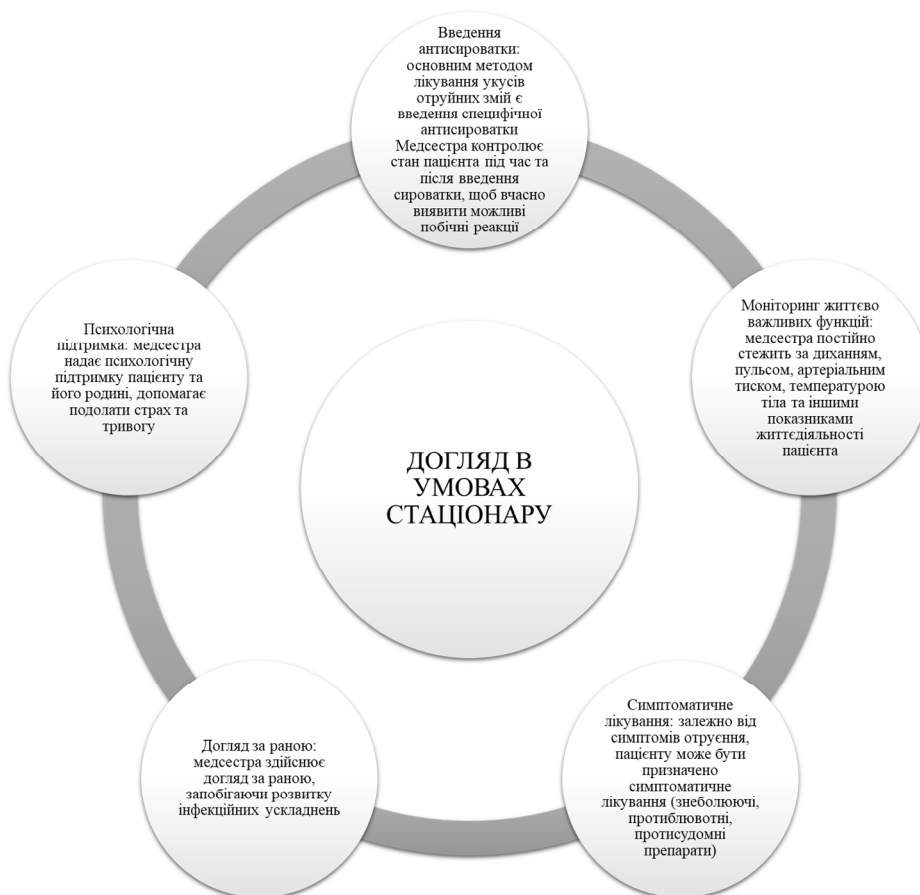


Рис. 3. Значення медсестринського догляду за пацієнтом при змінному укусі в умовах стаціонару [4]

Висновки. Як бачимо, допомога при зміїних укусах є комплексною та багатогранною, спрямованою на забезпечення максимально ефективного та безпечного лікування, швидке одужання пацієнта та запобігання розвитку ускладнень. Важливо зазначити, що вона не обмежується лише лікуванням та доглядом. Медсестри також відіграють ключову роль у профілактиці нещасних випадків та навчанні населення правилам поведінки в місцях, де водяться змії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Щирба М. Ю. Правовий статус пацієнтів: теоретико-правове дослідження : дисертація на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук : 12.00.01 – теорія та історія держави і права; історія політичних і правових учень / Мар'яна Юріївна Щирба ; Міністерство освіти і науки України, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Національний університет «Львівська політехніка. – Луцьк, 2020. – 519 с.
2. Лікування отруень, викликаних укусами змії. URL: <https://tccc.org.ua/guide/global-snake-envenomation-management-cpg>
3. Укус змії: перша допомога та правила безпеки. URL: https://lvivphc.org.ua/first_pre_medical_aid/articles/snake_bite
4. Якщо вкусила змія: правила першої допомоги. URL: <https://apteka-ds.com.ua/blog-item/yakshcho-vkusyla-zmiia-pravyla-pershoi-dopomohy>

ШОПА Ю.П.,
студент II-го курсу
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського
Науковий керівник:
ЮРИСТОВСЬКА Н.Я.,
к.держ.упр., доц.,
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського

КЛІНІЧНА ЕМПАТІЯ У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ

Робота медичного працівника – це, перш за все, робота з людиною, індивідом, кожен з яких має свої особливості та характеристики. Серед усього медичного персоналу, роль медбрата/медсестри чи не найбільше пов'язана з інтеракцією та комунікацією з пацієнтами. Саме тому морально-етичні складові характеру, емпатія, здатність до розуміння власних емоцій та вміння взаємодіяти з іншими є ключовими у грамотному підході до взаємодії з пацієнтом [1].

Варто зазначити, що емпатію необхідно відрізнити від симпатії та співпереживання. Симпатія означає позитивну внутрішню прихильність або схвальне ставлення до іншої людини, а співпереживання – це мимовільна емоційна реакція, коли людина ставить себе на місце іншого. Хоча емпатія включає певні аспекти цих понять, медичний працівник має усвідомлювати її унікальність. Емпатія у професійній діяльності – це не жалість (мені шкода вас) і не симпатія (я співчуваю вам), а щире відчуття присутності (я з вами).

Емпатія передбачає тимчасове занурення у внутрішній світ пацієнта, зберігаючи при цьому здатність у будь-який момент повернутися до реального світу. Якщо медичний працівник втрачає цю межу й починає відчувати такі ж емоції, як і пацієнт, це може негативно вплинути на його професійну діяльність. У таких випадках медичний працівник ризикує стати жертвою емоційного виснаження, яке може спричинити синдром професійного вигорання, а також різні психологічні або неврологічні розлади, пов'язані з надмірним емоційним навантаженням.

Клінічна емпатія – це здатність зрозуміти почуття і переживання пацієнта в цілому, прийняти його сторону, без будь-яких оціночних суджень про нього. При цьому важливим є позитивне ставлення до особистості пацієнта. На думку S. W. Merseга, клінічна емпатія включає [2]:

1. Здатність зрозуміти стан пацієнта, його/її почуття (емоції).
2. Здатність спілкуватись з пацієнтом з метою розуміння його/її психічного стану, його/її емоцій та перевірки точності цього розуміння.

3. Здатність діяти певним терапевтичним шляхом (з урахуванням розуміння психічного стану пацієнта).

Для пацієнта та його близьких надзвичайно важливо, щоб сестра медична чи брат медичний демонстрували розуміння і співпереживання його емоційному та психологічному стану. Це створює у пацієнта відчуття полегшення, довіри, безпеки та віри в успішне лікування та одужання. Особливу роль у цьому відіграють бесіди, які медичний працівник проводить із пацієнтом та його оточенням, особливо у складних ситуаціях, таких як підготовка до обстежень, оперативних втручань, проведення важливих процедур чи у прийнятті серйозних та важливих рішень щодо методів лікування та догляду. Під час таких розмов фахівець з медсестринства має приділяти увагу не лише інформації, яку передає пацієнт, а й його емоціям та почуттям, які він виражає. Саме тому медичним працівникам важливо володіти навичками емпатичного слухання та проявляти людяність у своїй роботі. Терапевтичний ефект у взаємодії з пацієнтом значною мірою залежить від того, чи відчуває він себе об'єктом турботи, співчуття та розуміння з боку медичного персоналу.

Для розвитку клінічних емпатичних здібностей медичним працівникам важливо вдосконалювати комунікативні навички, які полягають в умінні вислухати, зрозуміти, заспокоїти хворого, відвернути від невротичної ситуації чи негативних емоцій, знайти щось сприятливе, позитивне, радісне у його житті і переорієнтувати на нові цінності.

Під час дослідження та вивчення даної проблематики, нами розроблено алгоритм «Прояву емпатичних навиків месестринського персоналу під час комунікації з пацієнтами та їх оточення» (рис.1).

Варто зазначити, що під час комунікації з пацієнтом, сестра/брат медичні повинні виявляти терпимість та толерантність до людських слабкостей та уникати ролі мораліста. Важливим, на нашу думку, є те, що не слід вживати спеціальної медичної термінології, а вести бесіду потрібно на доступному рівні для пацієнта та його оточення. Ми вважаємо, що даний алгоритм варто впроваджувати в освітній процес під час

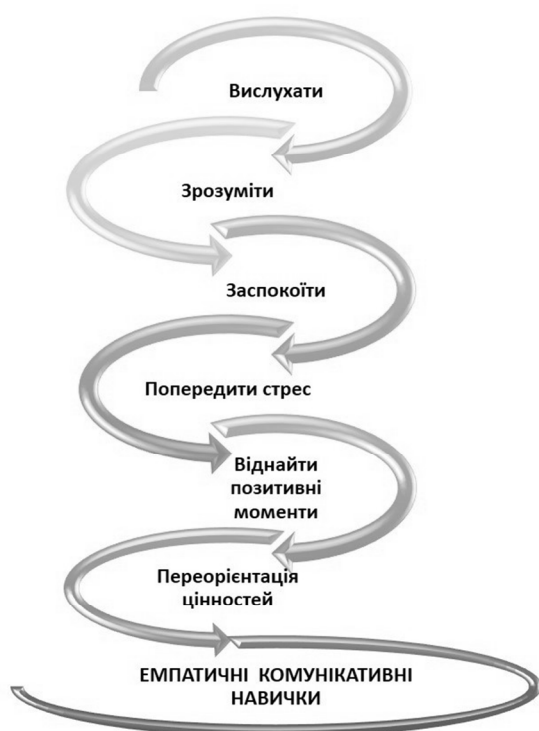


Рис 1. Алгоритм «Прояву емпатичних навиків месестринського персоналу»

вивчення фахових освітніх компонент, а також під час проходження навчально-виробничих практик та на рівні післядипломної освіти у виглядів тренінгів, розбору клінічних випадків у медсестринській практиці.

Вивчаючи проблематику людяності та емпатії в професійній діяльності сестри/брата медичних, нами було опрацьовано посібник «Людяність та емпатія в охороні здоров'я» який є першим українським видання про те, як викладати у медичних ЗВО дисципліни, пов'язані з пацієнт-орієнтованим підходом, якому також слід бути і крос-дисциплінарним. Посібник створено стопами Україно-швейцарського навчального курсу «Людяність та емпатія в охороні здоров'я» для медпрацівників-освітян у рамках проєкту «Розвиток медичної освіти». Співавтори наголошують на винятковій важливості людино центрowanego підходу на протигагу патерналістському під час надання медичної допомоги на всіх етапах: консультавання, діагностики, профілактики, лікування та реабілітації. [2]. Автори посібника пропонують користатися мнемонічною технікою NURSE для виявлення емпатії:

Name – назвати чи віддзеркалити емоцію пацієнта;

Understand – зрозуміти емоцію;

Respect – виявити повагу;

Support – підтримати;

Explore – розкрити емоції.

В даному посібнику наведені приклади реальних клінічних ситуацій із зміненими іменами героїв. Наводимо нижче приклади реальних випадків з даного посібника.

Реальний випадок 2: [2].

Пацієнт відмовляється йти на процедуру розкриття панарицію, вимагаючи призначити інший (неінвазивний) метод лікування, мотивуючи побоюваннями «заразитися гепатитом»: «Призначте мені мазь... або може щось інше, я чув, можна якесь опромінення робити...».

Можливий варіант відповіді за схемою **NURSE**:

- Name – назвати чи віддзеркалити емоцію: «Ви виглядаєте стурбованим...»
- Understand – зрозуміти емоцію: «Я розумію, це справді стрес, дізнатися про подібний діагноз».
- Respect – проявити повагу: «Але ви молодець, що знаєте про це і намагаєтесь уникати небезпечних ситуацій».
- Support – підтримати: «Давайте, я сам особисто простежу, щоб все було стерильне/ми скористаємось одноразовими інструментами».
- Explore – розкрити емоції детальніше: «Що ще в ас л якає в нашому плані лікування?» .

Реальний випадок 3: [2].

Пацієнт із нещодавно діагностованим цукровим діабетом висловлює побоювання з приводу виписки з лікарні, говорячи: «Не впевнений, що готовий впоратись з усім цим – постійно визначати рівень цукру та робити собі ін'єкції».

Можливий варіант відповіді за схемою NURSE:

- **Name** – назвати чи віддзеркалити емоцію: «Ви виглядаєте стурбованим..»
- **Understand** – зрозуміти емоцію: «Я розумію, це справді стрес, дізнатися про подібний діагноз».
- **Respect** – проявити повагу: «Але ви молодець, ви швидко навчаєтесь, сьогодні ви дуже добре впоралися із тест-смужками та ін'єкціями інсуліну».
- **Support** – підтримати: «Ми попрацюємо разом ще раз завтра вранці, і я скажу медичній сестрі, яка періодично приходитиме до вас, щоб за кілька днів відвідала вас і ви виконали маніпуляції разом».
- **Explore** – розкрити емоції детальніше: «Розкажіть мені детальніше, що ще турбує вас стосовно підтримки рівня цукру вдома»[2].

На думку авторів посібника, застосування даної схеми дає можливість встановити контакт, забезпечити довірчі відносини, стимулювати мотивацію і підвищити прихильність та знизити емоційне напруження/агресію. Без емпатійного підходу ми навряд чи зможемо виявляти і розуміти точку зору, ідеї, уявлення, мотивацію та бар'єри пацієнта. Лише тоді, коли ми щиро виявляємо готовність сприйняти світогляд пацієнта, пацієнт поділиться з нами відверто та чесно, щоб ми могли підтримати його та вплинути на його вибір [2].

Отже, можна констатувати, що людяність та емпатія з точки зору медичної етики та деонтології має бути пріоритетною основою, на якій ґрунтується професійний розвиток сестри/брата медичних у повсякденній фаховій діяльності. На сьогоднішній день, в практичному медсестринстві, клінічна емпатія має бути пріоритетною компетентністю яка допомагає досягнути якісного догляду та кращих результатів лікування пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дрогомирецька Н.Р. Формування емоційного інтелекту як невід'ємної складової медсестринської практики// Магістерська робота. – Тернопіль, 2023.
2. Леухіна А. Г., Богдан Д. Б., Боровик І. О., Гавриш Т. С., Галіяш Н. Б., Говардовська О. О., Головін О. А. та ін. Людяність та емпатія в охороні здоров'я. Посібник для викладачів. – Київ: Майстер книг: 2022. – 366 с., іл.

МАТИЯНКА Т.М.,
студентка II-го курсу
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія ім.Андрея Крупинського
Науковий керівник:
ЯРЕМЧУК О.В.,
к.держ.упр.,
Львівська медична академія
ім.Андрея Крупинського

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ ЩОДО ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ В УКРАЇНІ

Вакцинація є однією з найважливіших медичних практик, що відіграє ключову роль у попередженні інфекційних захворювань та забезпеченні громадського здоров'я.

Вакцинопрофілактика інфекційних хвороб є одним із законодавчо визначених методів профілактики у системі охорони здоров'я. Відповідно до чинного українського законодавства, проведення профілактичних щеплень є одним з обов'язків громадян у сфері охорони здоров'я. Україна належить до країн, де наявність щеплень є умовно обов'язковою, проте штрафів чи інших санкцій за це не передбачено. Це відрізняється від деяких європейських країн, де за відсутність щеплень, не введених згідно з графіком, може бути накладено штраф у декілька сотень євро.

В той же час, наявність щеплень в Україні є умовою реалізації деяких прав. Найпоширеніший приклад: право на здобуття освіти в колективі може бути реалізоване виключно в разі наявності щеплень згідно календаря вакцинації. Законодавчі підстави проведення вакцинації це ряд законів, зокрема:

- Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»[1];
- Основи законодавства України про охорону здоров'я [2];
- Закон «Про систему громадського здоров'я» [3].

Ці закони визначають обов'язок громадян вакцинуватися, обов'язок держави забезпечувати цей процес, контролювати його якість, доступність та безперервність.

Основний документ, який регулює процес вакцинації, це наказ Міністерства охорони здоров'я від 16.09.2011 р. №595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» [4]. Наказом затверджено:

- Календар профілактичних щеплень;

- Положення про організацію і проведення профілактичних щеплень;
- Перелік медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень;
- Порядок відпуску громадянам вакцин та анатоксинів через аптечну мережу;
- Порядок забезпечення належних умов зберігання, транспортування, приймання та обліку вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного в Україні.

Ці нормативні документи детально регламентують організацію профілактичних щеплень, включаючи те, хто і коли має проходити вакцинацію, де і як вона проводиться, а також визначають медичні протипоказання, які можуть стати підставою для відкладення або скасування вакцинації (такі випадки трапляються рідко). Крім того, передбачені вимоги щодо транспортування, зберігання та реалізації вакцин для забезпечення їхньої ефективності та безпечності.

Держава також контролює виробництво, імпорт та реєстрацію лікарських засобів, зокрема вакцин, щоб забезпечити належний рівень безпеки для населення. Ці питання важливі для безперервного функціонування системи вакцинації, хоча більшість громадян безпосередньо з ними не стикаються.

До обов'язків державних органів входить також моніторинг застосування лікарських засобів, у тому числі вакцин. Це включає збір інформації та розслідування випадків непередбачуваних побічних ефектів або ускладнень. Якщо після застосування препарату спостерігаються несприятливі наслідки – від погіршення стану до летального випадку, проводиться детальне розслідування. У випадку виявлення порушень, винні особи притягаються до відповідальності, а також вживаються заходи щодо покращення процедури для уникнення подібних ситуацій у майбутньому. Коли причина полягає в невиявлених на попередніх етапах досліджень властивостях препарату, цей препарат вилучається з обігу або вносяться зміни до способу його застосування. На час розслідування препарат або певні його партії можуть бути тимчасово вилучені з обігу, що часто називається «карантином лікарського засобу».

Інформацію про несприятливі реакції після вакцинації або застосування препарату можуть подати як медичні працівники, так і пацієнти чи треті особи, заповнивши відповідну форму на сайті контролюючого органу або на сторінці конкретного препарату в державному реєстрі лікарських засобів.

Життя і здоров'я – це найцінніше, що є у людини. Стаття 27 Конституції України визначає, що кожна людина має невід'ємне право на життя, а ч. 2. ст. 27 встановлює, що обов'язок держави – захищати життя людини [5]. Згідно ст. 5 Закону України «Про Основи законодавства України про охорону здоров'я»[2], охорона здоров'я – це загальний обов'язок суспільства і держави. Державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони

здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення й окремих осіб, у межах своєї компетенції надавати допомогу хворим, особам з інвалідністю та потерпілим від нещасних випадків, сприяти працівникам органів і закладів охорони здоров'я в їх діяльності, а також виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я [2].

Сучасні реалії переконливо демонструють, що здоров'я людини є однією з найбільших цінностей, а здоров'я населення в цілому – це важлива складова соціального та економічного розвитку держави та основа національної безпеки. Важко не погодитись з тезою про те, що здоров'я населення залежить від багатьох різнопланових факторів. Це не тільки лікування небезпечних хвороб та сфера медицини. В першу чергу мова йде про якість життя людини, тривалість життя, запобігання захворюванням, свідоме ставлення людини та суспільства до сфери здоров'я, пропагування і можливість створення умов для ведення здорового способу життя. Саме на дані сфери в ідеалі має бути спрямована політика держави й саме в цих напрямках має проводитись якісна законодавча робота. В даному контексті, варто зазначити, що представники руху противників щеплень, який в останні роки набирає оберти у деяких західних країнах, стверджують, що зниження захворюваності, в тому числі важкими хворобами, не слід пов'язувати виключно з вакцинацією, адже визначальне значення має висока якість життя, харчування, медичного обслуговування та підвищення рівня гігієни.

У більшості країн існують закони, що регулюють обов'язковість вакцинації для дітей, особливо при вступі до закладів освіти. Це спрямовано на захист громадського здоров'я, оскільки колективний імунітет запобігає спалахам хвороб. Проте законодавство різних країн по-різному підходить до питання обов'язкової вакцинації. Наприклад, у деяких країнах обов'язкова вакцинація є умовою для доступу до публічної освіти, тоді як в інших діють механізми відмови з релігійних або медичних причин.

Інформована згода є важливим аспектом будь-якого медичного втручання, зокрема вакцинації. Медичні працівники зобов'язані надавати пацієнтам повну інформацію про ризики, переваги та альтернативи вакцинації, щоб вони могли приймати обґрунтоване рішення. У деяких випадках, особливо у разі вакцинації дітей, виникає питання про роль батьків у прийнятті рішень, що може бути особливо складним, якщо думки батьків розходяться.

Варто наголосити, що випадки побічних реакцій після вакцинації можуть призводити до юридичних позовів. У багатьох країнах існують програми компенсації шкоди, завданої вакцинами, що дозволяє уникнути судових процесів. Наприклад, у США діє Національна програма компенсації за травми, спричи-

нені вакцинами, яка передбачає фінансову компенсацію особам, які постраждали від серйозних побічних ефектів.

Однією з основних етичних дилем є право людини на добровільність вакцинації. З одного боку, добровільність є основоположним принципом медичної етики, що базується на повазі до автономії людини. З іншого боку, у випадках інфекційних хвороб, які можуть становити загрозу суспільству, обмеження цього права може бути виправданим. Деякі етичні принципи, такі як утилітаризм, можуть виправдовувати обов'язкову вакцинацію, якщо це сприятиме загальному добробуту. Етична проблема полягає в забезпеченні справедливого доступу до вакцин, особливо під час пандемій, коли ресурси обмежені. Етичний виклик полягає у визначенні пріоритетів, хто повинен отримати вакцину першим. Рекомендації, як правило, базуються на пріоритетному захисті медичних працівників, вразливих груп населення та осіб, що входять до групи ризику.

Медичні працівники мають етичний обов'язок дотримуватися принципу «не нашкодь» і забезпечувати пацієнтам найкращий захист від інфекцій. Вакцинація є основним засобом досягнення цієї мети. Водночас медичні працівники повинні враховувати особисті обставини та думки пацієнтів, демонструючи повагу до їхніх прав і свободи вибору.

Одним з найбільших викликів у сфері вакцинації є забезпечення балансу між індивідуальними правами та потребами суспільства. З одного боку, існує потреба у забезпеченні високого рівня колективного імунітету, а з іншого боку – право кожного на інформований вибір. Іншою важливою проблемою є етичний та правовий розподіл вакцин в умовах дефіциту, що часто вимагає швидкого ухвалення рішень на основі наукових даних і етичних принципів.

Отже, правові та етичні аспекти вакцинації є важливими складовими сучасної медицини, які вимагають всебічного підходу для досягнення балансу між суспільними інтересами та правами індивіда. Ефективне вирішення цих питань сприяє зростанню довіри до системи охорони здоров'я та поліпшенню стану громадського здоров'я. Безсумнівно, одним із найефективніших методів запобігання та обмеження поширення інфекційних захворювань є вакцинопрофілактика, яка здійснюється за допомогою профілактичних щеплень. Щорічно вакцинація рятує життя 2–3 мільйонів людей по всьому світу, запобігаючи серйозним захворюванням і знижуючи кількість летальних випадків на 1,5 мільйона, завдяки ефективному захисту від інфекційних хвороб.

Сьогодні відсутні чіткі інструкції, рекомендації або нормативні акти, які б регламентували дії громадян у випадку виявлення побічних реакцій після вакцинації. Люди часто змушені самотійно вирішувати, чи вакцинуватися, і, якщо виникають ускладнення, залишаються один на один із проблемою,

оскільки зазвичай ні медичні працівники, ні держава не беруть на себе відповідальність за такі наслідки. Тому громадяни мають обдуманно оцінювати користь і можливі ризики, маючи при цьому доступ до достовірної інформації про вакцину, її якість та вплив, зважаючи на власні медичні особливості, що не завжди є легко досяжним. Для того щоб обов'язкова вакцинація була правомірною, необхідно забезпечити наявність чітких законодавчих підстав та пропорційність застосування. Для уникнення порушень прав громадян важливо чітко врегулювати процесуальні аспекти, пов'язані з вакцинацією, та запровадити прозорі механізми відповідальності за можливі негативні наслідки вакцинації. Це допоможе підвищити рівень довіри до вакцинаційних програм та уникнути суперечностей у чинному законодавстві.

Єдиної формули для переконання людей у необхідності щеплень немає. Окрім штрафів та санкцій, значну роль відіграє довіра до державних інституцій, якість системи охорони здоров'я, вільний доступ до вакцин, надання об'єктивної інформації, яка ґрунтується на наукових дослідженнях, та ефективна просвітницька кампанія, позбавлена політичного впливу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України Про захист населення від інфекційних хвороб від 01.01.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення 10.01.2025 року).
2. Закон України Основи законодавства України про охорону здоров'я від 01.10.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 11.01.2025 року).
3. Закон України Про систему громадського здоров'я від 11.02.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення 11.10.2024 року).
4. Міністерство охорони здоров'я України Наказ 16.09.2011 № 595 від 10 жовтня 2011 р. Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1159-11#Text> (дата звернення 11.01.2025 року).
5. Конституція України URL: <http://surl.li/jnwdod> (дата звернення 15.01.2025 року).

ГАЛАС У.
студентка
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 223 Медсестринство
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
ДУБ Н.Є.
к. держ. упр., доц.
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЕФЕКТИВНОГО ЗАСТОСУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Вступ. Застосування репродуктивних технологій стало невід'ємною частиною сучасної медицини, надаючи можливість парам, які стикаються з проблемою безпліддя, реалізувати своє право на батьківство. Однак, ефективність цих технологій значною мірою залежить від професіоналізму та компетентності медсестринського персоналу, який безпосередньо взаємодіє з пацієнтами на всіх етапах лікування.

Недостатня увага до ролі медсестри в репродуктивній медицині може призвести до зниження ефективності лікування, збільшення кількості помилок та, як наслідок, зниження довіри пацієнтів до закладів охорони здоров'я [1]. Тому актуальним є проведення дослідження ролі медсестри в забезпеченні ефективного застосування репродуктивних технологій.

Основна частина. Медична сестра чи медбрат відіграють важливу роль у команді фахівців, які займаються допоміжними репродуктивними технологіями (ДРТ). Її функції виходять далеко за межі виконання звичних медсестринських маніпуляцій. Медсестра є не тільки помічником лікаря, а й надійним партнером для пацієнтів, надаючи їм емоційну підтримку, відповідаючи на їхні запитання та допомагаючи їм пройти складний шлях лікування [2].

Ефективна організація роботи медсестри є ключовим фактором успішного застосування ДРТ. Саме від професіоналізму та компетентності медсестри залежить якість надання медичної допомоги, комфорт пацієнтів та, зрештою, успішність лікування безпліддя.

Медична сестра відіграє незамінну роль у забезпеченні ефективності допоміжних репродуктивних технологій. Її функції виходять за межі виконання технічних маніпуляцій і охоплюють широкий спектр діяльності, включаючи:

- безпосередню участь у медичних процедурах: підготовка пацієнтів, асистування лікарям, контроль за медикаментозною терапією, моніторинг стану пацієнтів;
- психологічну підтримку: надання емоційної підтримки пацієнтам, створення атмосфери довіри та безпеки, допомога у подоланні стресу;
- освітню функцію: інформування пацієнтів про особливості процедури, можливі ризики та необхідність дотримання рекомендацій лікаря [3].

Як бачимо, професіоналізм медичної сестри, її вміння спілкуватися з пацієнтами та надавати емоційну підтримку є основними факторами успішного лікування безпліддя. Завдяки комплексному підходу, медсестра не лише виконує свої професійні обов'язки, але й сприяє створенню комфортного та сприятливого середовища для пацієнтів.

Розглянемо більш детально компетентності медсестер в репродуктивній медицині. Перш за все, медична сестра в репродуктивній медицині повинна мати глибокі знання про будову та функції репродуктивної системи жінки та чоловіка, а також про патологічні процеси, які можуть призводити до безпліддя. Ці знання дозволяють їй правильно інтерпретувати результати обстежень, виявляти можливі ризики та ускладнення; доступно пояснювати пацієнтам суть їхньої проблеми, методи лікування та можливі результати та ефективно брати участь у розробці індивідуального плану лікування для кожного пацієнта.

Не слід забувати, що медична сестра в репродуктивній медицині виконує широкий спектр маніпуляцій, які вимагають високого рівня професійної підготовки. Зокрема, забір крові для аналізів, забір яйцеклітин, збір сперми, інструктаж пацієнтів перед процедурами, забезпечення комфорту та безпеки, допомога лікарю під час проведення штучної інсемінації, пункції фолікулів, переносу ембріонів, контроль життєво важливих функцій, виявлення можливих ускладнень та надання першої допомоги [4].

Пацієнти, які звертаються за допомогою репродуктивної медицини, часто переживають складні емоції: страх, тривогу, невизначеність. Тому важливою складовою роботи медсестри є надання психологічної підтримки.

Медсестра повинна уважно вислуховувати пацієнтів, проявляти емпатію та розуміння, створювати атмосферу довіри та безпеки, в якій пацієнти можуть відкрито говорити про свої почуття та переживання, пояснювати складні медичні терміни простими словами, відповідати на всі запитання пацієнтів, і звісно, залучати психологів для надання більш спеціалізованої допомоги пацієнтам, які потребують цього [5].

Окрім того, медична сестра в репродуктивній медицині працює в тісній співпраці з лікарями, ембріологами, психологами та іншими фахівцями. Саме вміння ефективно працювати в команді є ключем до успіху.

Медична сестра повинна бути в курсі останніх досягнень у галузі репродуктивної медицини, знати сучасні методи діагностики та лікування безпліддя, що дозволить їй брати участь у розробці індивідуальних планів лікування, інформувати пацієнтів про нові методи лікування, оцінювати ефективність лікування та своєчасно виявляти можливі ускладнення.

Висновки. Роль медичної сестри в репродуктивній медицині є багатогранною і вимагає високого рівня професіоналізму. Комбінація медичних знань, практичних навичок, комунікативних здібностей та емпатії дозволяє медсестрі не тільки забезпечувати якісну медичну допомогу, але й створювати сприятливу атмосферу для пацієнтів, що проходять лікування безпліддя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Застосування допоміжних репродуктивних технологій: нові законодавчі ініціативи. URL: <https://jurfem.com.ua/dopomizhny-reproduktyvny-prava-zakonodavci-initsiatyvy/>
2. Важливість ролі медичної сестри в системі охорони здоров'я. URL: <https://reintegr.poda.gov.ua/news/178371>
3. Вовк, М. З. (2020). Визначення походження дитини, народженої дружиною в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій. Форум права, (1), 13-20.
4. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник // Київ, 2016. 444 с
5. Медична психологія : підруч. за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спірної. Дніпро : ЛІРА, 2022. 300 с.

SHUPER V.O.,

PhD, MD, Associate professor,
Bucovinian State Medical university

SHUPER S.V.,

PhD, MD, Associate professor,
Yuri Fedkovich Chernivtsi National university

INTERACTIVE AND INNOVATIVE FORMS OF LEARNING IN HIGHER EDUCATION INSTITUTION OF THE MEDICAL PROFILE: MODERN CONTENT, ISSUES AND PROBLEMS

Introduction. In the rapidly evolving landscape of medical education, the integration of interactive and innovative teaching methodologies has become essential to prepare future healthcare professionals for the complexities of modern medicine. The traditional lecture-based approach, while foundational, often falls short in fostering critical thinking, problem-solving, and practical skills. This article explores the challenges, benefits, and potential strategies for implementing interactive and innovative educational forms in medical universities [1].

The need for change in modern medical education can be stated based on rapid progress of digitalization in general and high level examination method in medicine exactly.

Medical education faces the dual challenge of increasing volumes of knowledge and the necessity to adapt to advancements in technology and patient care practices. Conventional pedagogical methods often prioritize rote memorization over practical application, leaving students underprepared for real-world scenarios. Interactive and innovative teaching methods, such as simulation-based learning, case-based learning, and e-learning platforms, address this gap by promoting active engagement and experiential learning [1,2].

The aim of the paper is to present and discuss the main forms of interactive and innovative forms of learning and possibilities of their inclusion into learning process in higher education institutions of the medical profile.

The main part.

Innovative pedagogical activity creates new norms of individually directed, personal, creative activity of the teacher associated with the rejection of learning by stereotypes, and develops pedagogical interactive technologies that are implemented in innovative educational activities. Nowadays, this is of particular importance, since the priority of public policy is to optimize the professional training of specialists with a focus on the result, not on the assessment of the learning process, not on the duration of training, but on its quality [2, 3].

The variety of innovative technologies includes interactive technologies, which involve the interaction of all participants in the educational process, carried out using methods that activate pedagogical communication as an equal inter-subjective interaction. Interactive technologies help to intensify independent creative and research work, which contributes to the development of students' creative abilities and cognitive activity [1].

Innovative and Interactive Forms of Education

1. **Simulation-Based Learning.** Simulation has become a cornerstone of modern medical education. High-fidelity mannequins, virtual reality (VR), and augmented reality (AR) provide students with realistic scenarios to practice clinical skills without risking patient safety. For example, VR allows students to visualize complex anatomical structures or simulate surgical procedures in a controlled environment.
2. **Problem-Based Learning (PBL).** PBL encourages students to work in small groups to solve real-world medical cases. This method enhances critical thinking, collaboration, and self-directed learning. It also bridges the gap between theoretical knowledge and clinical application.
3. **Flipped Classroom.** The flipped classroom model shifts the focus from passive to active learning. Students review lecture materials at home through videos or readings and engage in discussions, problem-solving, or hands-on activities during class time. This approach allows for deeper exploration of topics and immediate feedback from instructors.
4. **E-Learning and Digital Platforms.** Online courses, mobile applications, and learning management systems (LMS) enable students to access educational resources anytime, anywhere. Digital tools like 3D anatomy apps and virtual patient simulators are particularly useful in medical education, providing interactive and customizable learning experiences.
5. **Gamification.** Incorporating game elements, such as quizzes, leaderboards, and rewards, into educational activities can increase motivation and engagement. Gamification has proven effective in teaching pharmacology, anatomy, and other subjects where memorization and application are crucial [3, 4].

Challenges in Implementation of the Modern Innovative and Interactive Forms of Education

The main pedagogical idea of using interactive technologies in an innovative educational environment, especially in higher education institutions of medical profile, is updating basic knowledge, activating the mental activity of higher education students, providing an opportunity to independently understand the significance for the practical use of the acquired knowledge, fostering a positive attitude to the subject knowledge, fostering a positive attitude to the subject,

individualization of the educational process, individualization of the educational process, individualization of the educational process [5].

Interactive learning technologies in an innovative educational environment involve the organization of cooperative learning, when each member of the group makes a unique contribution to the common achievements, turning into group individual tasks, the efforts of each member of the group are necessary for the success of the whole group. Skillful use of interactive technologies in an innovative educational environment. The skillful use of interactive technologies in an innovative educational environment makes it possible to change the forms of habitual activities, relieve nervous tension, and focus attention on the main problems that need to be solved on the main problems that require priority attention [5, 6].

Despite the advantages, the integration of interactive and innovative teaching methods in medical education faces several challenges:

- **Resource Constraints:** Developing and maintaining advanced technologies like VR or simulation labs require significant financial investment.
- **Faculty Training:** Educators need training to effectively utilize new tools and adapt to interactive teaching methodologies.
- **Resistance to Change:** Both faculty and students may be resistant to adopting unfamiliar methods, preferring traditional approaches.
- **Standardization:** Ensuring consistency and quality across diverse educational tools and platforms is critical but challenging [1, 3, 6].

Strategies for successful implementation of the Modern Innovative and Interactive Forms of Education may include next variants of actions.

1. **Institutional Support:** Universities must allocate resources for infrastructure, technology, and faculty development.
2. **Faculty Development Programs:** Regular workshops and training sessions can equip educators with the skills to implement innovative methods effectively.
3. **Student-Centered Approaches:** Actively involving students in the design and evaluation of educational tools ensures that the methods meet their learning needs.
4. **Collaboration and Partnerships:** Partnerships with technology developers, healthcare institutions, and other universities can facilitate access to cutting-edge tools and resources.
5. **Assessment and Feedback:** Continuous evaluation of the effectiveness of innovative methods is essential for their refinement and success [1, 5, 7].

Conclusion

The introduction of interactive and innovative forms of education in medical universities is no longer a luxury but a necessity. By embracing these

methodologies, institutions can enhance the quality of medical education, ensuring that graduates are well-equipped to meet the demands of modern healthcare. While challenges exist, strategic planning, investment, and collaboration can pave the way for a transformative educational experience that benefits both students and the healthcare system.

REFERENCES

1. Molodovska Y., Vainola R., Lisnevskaja N., et al. Use of interactive technologies in an innovative educational environment. *Revista Eduweb*. 2024. V. 18(3). P. 134-156. <https://doi.org/10.46502/issn.1856-7576/2024.18.03.11>
2. Gabriel F., Marrone R., Van Seville Y., et al. Digital education strategies around the world: practices and policies. *Irish Educational Studies*. 2022. V. 41(1). P. 85-106. <https://doi.org/10.1080/03323315.2021.2022513>
3. Kexin D., Buang N. Integrating Innovative Teaching Strategies: Assessing the Effectiveness of Flipped Classrooms, Blended Learning, and Task-Oriented Methods in Enhancing Academic Performance in Vocational IT Education. *Journal of Digitainability, Realism & Mastery (DREAM)*. 2024. V. 3. P. 94-108. <https://doi.org/10.56982/dream.v3i05.241>
4. Burns T., Gottschalk F. *Educating 21st Century Children: Emotional Well-being in the Digital Age*, Educational Research and Innovation. OECD Publishing, Paris, 2019. <https://doi.org/10.1787/b7f33425-en>.
5. Serdyukov P. Innovation in education: what works, what doesn't, and what to do about it? *Journal of Research in Innovative Teaching & Learning*. 2017. V. 10 (1). P. 4-33 Emerald Publishing Limited 2397-7604 <https://doi.org/10.1108/JRIT-10-2016-0007>
6. Mhlongo S., Mbatha K., Ramatsetse B. et al. Challenges, opportunities, and prospects of adopting and using smart digital technologies in learning environments: An iterative review. *Heliyon*. 2023. V. 9 (6), e16348.
7. Rincon-Flores E.G., Castano L., Guerrero Solis S.L. et al. Improving the learning-teaching process through adaptive learning strategy. *Smart Learn. Environ*. 2024. V. 11. P. 27. <https://doi.org/10.1186/s40561-024-00314-9>

СИМКАНИЧ Н.Д.,

викладач

Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

СИНДРОМ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ У ПРАКТИЧНІЙ МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Біль – це найпоширеніша і найважча за суб'єктивним сприйняттям скарга пацієнтів. Він завдає страждань мільйонам людей по всьому світу, значно знижуючи якість їхнього життя. З біологічної точки зору біль є сигналом небезпеки та проблем в організмі. У медичній практиці він є симптомом хвороби, що виникає при пошкодженні тканин через травму, запалення або ішемію. Без відчуття болю існування людини було б неможливим, адже це відчуття формує комплекс захисних реакцій, спрямованих на усунення ушкодження.

Біль завжди суб'єктивний і кожна людина відчуває його по-своєму. Сприйняття болю залежить не тільки від місця та характеру пошкодження, а й від умов та обставин, за яких це сталося, від психологічного стану людини, її особистого досвіду, культури та національних традицій. На індивідуальне сприйняття болю також впливають стать, вік, психологічний стан, соціальні фактори, етнічні особливості та релігія. Особиста позиція та переконання пацієнта, його індивідуальні стратегії подолання труднощів та ставлення до лікування також впливають на інтенсивність болю та ефективність проведеної терапії.

У сучасній медицині виділяють гострий і хронічний біль. Традиційно використовується 3-місячний інтервал часу від моменту виникнення больових відчуттів достатньою мірою умовний і більше підходить для болю неонкологічного генезу. Відповідно, гострий біль – сигнал про неблагополуччя, хронічний (впродовж >3 міс) втрачає позитивну функцію і стає самостійним захворюванням. При цьому головною відмінністю хронічного болю від гострого є не часовий чинник, а якісно інші нейрофізіологічні, психофізіологічні і клінічні співвідношення. Окрім того, сьогодні також прийнято поділяти біль на первинний (епікритичний) та вторинний (протопатичний) біль, вісцеральний біль (при ураженні внутрішніх органів), біль – вагусний ефект, фантомний біль (після ампутації), каузальгію (сильний пекучий біль при ураженні крупного нерва), віддалений біль, таламічний біль, а також вегетативний і поєднаний біль [1].

Для усвідомленого контролю над хронічним болем необхідні добре налагоджені комунікації між пацієнтами, особами, що за ними доглядають, та медичними працівниками. Комунікації між медичними працівниками та ЗОЗ мають сприяти швидкому проведенню консультацій та визначенню комплексного індивідуального плану контролю ХрБС у пацієнта. Медична допомога пацієнтам з ХрБС надається лікарями екстреної медичної допомоги, лікарями, які надають первинну, спеціалізовану, паліативну медичну допомогу, і потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення хворих мультидисциплінарною командою фахівців. Доведено, що добре налагоджені комунікативні зв'язки забезпечують швидкий, адекватний та ефективний початок контролю за болем. Дослідження показують, що для пацієнтів з хронічним болем особистісно орієнтовані підходи, участь у процесі прийняття рішень та узгодженість з професіоналами в цілому покращують досвід консультацій, та зрештою покращують результати терапії [2].

Оскільки, сестри та брати медичні, входять до складу мультидисциплінарної команди фахівців, то вони мають володіти компетентностями щодо управління больового синдрому у пацієнтів. Оцінка такого болю вимагає вивчення його анамнезу, фізичного обстеження і проведення специфічних діагностичних тестів в межах медсестринських компетентностей. Під час характеристики болю кожного конкретного пацієнта мають бути враховані всі компоненти болю, які взаємно впливають один на одного і можуть посилювати больові відчуття. Специфічний анамнез болю повинен визначити локалізацію, інтенсивність, можливі етіологічні, патофізіологічні та динамічні характеристики. У медичній практиці застосовують так звані шкали болю. Шкал болю розроблено декілька видів, які ґрунтуються на особливостях та стану пацієнта (візуальна аналогова шкала, модифікована візуальна аналогова шкала з кольоровим маркуванням, вербальна рангова шкала, шкала болю «в лицях», модифікована шкала болю «в лицях»). З їх допомогою пацієнт може не тільки описати свій біль на даний момент, але і сказати, які зміни відбулися з призначенням лікування. Ґрунтуючись на вище сказаному, можна стверджувати, що сестри та брати медичні мусять володіти компетентностями з управлінням при больовому синдромі, задля створення якісного догляду за пацієнтом.

Медсестринський менеджмент при больовому синдромі – це системний підхід до організації догляду за пацієнтами, що включає оцінку, полегшення болю та підтримку якості життя. Медсестринський менеджмент при больовому синдромі включає кілька ключових аспектів, а саме:

1. Оцінка болю. Медсестринський персонал має точно оцінити інтенсивність, локалізацію та характер болю за допомогою за допомогою однієї із шкал болю відповідно до стану пацієнта.

2. Розробка індивідуального плану догляду та виконання лікарських призначень (індивідуальний план лікування). Враховуючи особливості пацієнта, створюються індивідуальні плани догляду враховуючи потреби пацієнта. Індивідуальний план лікування, розробляє лікар, а сестри та брати медичні його реалізують. Такий план зазвичай включає медикаментозні та немедикаментозні методи. При реалізації медикаментозного методу лікування, сестри/брати медичні мають вчасно виконувати призначення лікаря, контролювати за побічними ефектами знеболювальних засобів. Індивідуальний план догляду розробляє медсестринський персонал і він зазвичай включає немедикаментозні методи, а саме психологічну підтримку пацієнта, виконання різноманітних релаксичних технік. Важливим аспектом є профілактика ускладнень. Сестри/брати медичні повинні розробляти так план догляду за пацієнтом, що би уникнути виникнення контрактур, пролежнів або інших ускладнень, спричиненим тривалим знерухомленням пацієнта. Приділяти значної уваги забезпеченням правильної рухової активності для пацієнтів з хронічним больовим синдромом. Індивідуальний план догляду за пацієнтом має бути погоджено з лікарем та мультисциплінарною командою.

3. Моніторинг та оцінка ефективності. Сестри/брати медичні повинні здійснювати постійний моніторинг ефективності застосованих методів та корекція плану догляду та лікування в необхідних випадках. Із зазначенням у відповідних медсестринських та медичних формах документів.

Для якісної реалізації медсестринського менеджменту, сестри/брати медичні, які доглядають за пацієнтами із синдромом хронічного болю, повинні володіти рядом ключових практичних навичок та компетентностей:

1. **Комунікативні навички.** Володіти техніками ефективної комунікації для спілкування з пацієнтами та їхнім оточенням, щоб зрозуміти їхні потреби та очікування. А також для взаємодії в мультисциплінарній команді.
2. **Медичні знання.** Знати теоретичними знаннями про хронічний біль, його причини, симптоми та методи контролю, лікування. Володіти практичними навичками з догляду за пацієнтами, ін'єкційними техніками та медичними маніпуляціями.
3. **Емоційна підтримка.** Вміти надавати емоційну підтримку та допомогу пацієнтам, щоб вони відчували себе впевнено.
4. **Організаційні навички.** Здатність координувати догляд, планувати та виконувати медичні процедури, лікарські призначення. Вміти організувати навчання для пацієнта та його оточення догляду та взаємодогляд, роз'яснення пацієнту причин больового синдрому та методів його контро-

лю. Мотивація до дотримання лікарських призначень та здорового способу життя.

5. **Етичні принципи та емоційна підтримка.** Сестри/брати медичні зобов'язані дотримуватися етичних стандартів та принципів при наданні медичної допомоги пацієнтам. А також здійснювати психологічну підтримку пацієнтів у боротьбі зі страхом і тривогою, які можуть супроводжувати біль.

Варто наголосити на тому, що постійна освіта та професійний розвиток сестер/братів медичних є ключовим компонентом успішного менеджменту хронічного болю. Безперервний професійний розвиток сестер/братів медичних має включати отримання знань щодо новітніх методик, підходів та досліджень у цій галузі.

Отже, синдром хронічного болю є поширеним явищем у медичній практиці, що значно впливає на якість життя пацієнтів. Сестри/брати медичні відіграють ключову роль у виявленні, оцінці та менеджменті хронічного болю. Сестри/брати медичні забезпечують первинний контакт із пацієнтами, надаючи необхідну підтримку та інформацію. Вони також займаються оцінкою болю за допомогою різних шкал і методів, допомагають у розробці планів лікування та надають пацієнтам поради щодо методів самопомоги. Включає мультидисциплінарний підхід, де сестри/брати медичні працюють у команді з лікарями, фізіотерапевтами, психологами та іншими спеціалістами. Використовуються як медикаментозні, так і немедикаментозні методи лікування. Медсестри також надають психологічну підтримку пацієнтам та їхнім сім'ям, допомагаючи їм справлятися з емоційними і психологічними аспектами хронічного болю.

Загалом, ефективний менеджмент хронічного болю вимагає від сестер/братів медичних високого рівня професіоналізму, емпатії та готовності до постійного навчання і співпраці з іншими медичними працівниками.

ЛІТЕРАТУРА

1. Хиць А.Р. Хронічний больовий синдром: сучасні рекомендації щодо менеджменту 2021 р. // Український медичний часопис, 07.07.2021. URL: <http://surl.li/vpimde> (дата звернення 11.01.2025 року).
2. Стандарти медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей». ГС 2023-643 від 06.04.2023. URL: https://moz.gov.ua/uploads/9/45378-dn_643_06042023_dod.pdf (дата звернення 11.01.2025 року).

POKOTYLO N.R.,
third-year student of the specialty
"Business Administration"
Česká zemědělská univerzita v Praze
LIASHUK R.P.,
Ph.D., Associate Professor,
Bukovyna State Medical University,
Chernivtsi

THE CHARACTERISTICS OF MODERN METHODOLOGIES AND TOOLS IN TEACHING STUDENTS OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS

Abstract. The implementation of new methodologies and teaching tools in the educational process is an important step in improving the quality of medical education and ensuring a high level of training for future specialists.

In the context of the rapid development of medical technologies and changing demands on healthcare professionals, an important aspect of education is the integration of theoretical knowledge and practical skills. This is especially relevant for clinical disciplines, where the ability to make quick and accurate decisions is critically important for the success of patient treatment. Modern interactive learning methods, such as simulation trainers, video conferences, and online case studies, enable students not only to study theoretical material but also to actively engage in the learning process, acquiring practical skills that can be applied in real clinical situations. [1].

1. Simulation-based learning has become an essential tool for training future healthcare professionals. Simulators provide students with the opportunity to practice in environments that closely resemble real clinical situations, without putting patient health at risk. This can include both physical simulations of medical procedures and virtual simulations (working with clinical cases in conditions similar to real ones).

The advantages of simulation trainers include safety and control, learning from mistakes, and adaptability, which allows for personalizing the learning process.

2. Video conferences and online lectures have become an integral part of modern education, especially in the context of distance learning. They enable students and instructors from different parts of the world to connect for experience sharing, clinical case analysis, and participation in lectures where the latest medical advancements may be presented. The ability to watch lectures at a convenient time allows for adapting learning to personal schedules.

3. Online cases and interactive platforms present real clinical situations that require quick and accurate decisions. They are used to develop critical thinking, analyze clinical cases that require the application of interdisciplinary knowledge.

Online cases are characterized by interactivity (students can not only read about a clinical case but also make choices from several treatment options, analyzing their consequences), realism (they are based on real cases that could arise in clinical practice), and feedback (students can compare their decisions with the correct ones and receive explanations as to why certain treatment options were more effective).

4. The integration of interactive methods into medical education makes medical training more accessible and effective. The use of simulations, video conferences, and online resources allows students not only to study theory but also to apply the knowledge they have gained in real clinical situations.

In particular, interdisciplinary approaches can combine knowledge from different medical disciplines, fostering a deeper understanding of complex clinical cases. Teamwork (students can work in groups, developing collaboration skills, which is an important aspect of real clinical practice) is also encouraged. The use of modern methods not only enables the assessment of knowledge levels but also provides students with the opportunity to receive feedback.

1. The introduction of multimedia materials, such as 3D models, video tutorials, and specialized software packages, can significantly enhance the understanding of complex concepts. [4]. The use of multimedia resources not only improves the perception of material but also promotes a deeper understanding and mastery of complex concepts. They can be effectively integrated into the learning process [5]. Using 3D models, it is possible to visualize the structures of molecules, antibodies, receptors, as well as processes such as T – and B-lymphocyte activation or the formation of antigen-antibody complexes. 3D visualization allows students to see what molecules look like, providing a better understanding of how they affect the body. Animated diagrams and processes help students track the dynamics of biological reactions.

2. Videolections and lectures provide an opportunity to explain complex clinical and theoretical issues in an accessible and detailed manner, accompanying them with visual examples, animations, diagrams, and real clinical cases. The video may include the reconstruction of clinical cases with descriptions of diagnosis and treatment. The use of video with integrated quizzes allows students to actively engage in the learning process, test their knowledge, and receive instant feedback.

3. Virtual laboratories and simulations allow students to conduct laboratory experiments or simulate clinical situations without the need to be physically present. For example, virtual patients displaying symptoms of allergic reactions or immune

disorders provide an opportunity to practice diagnostic skills and decision-making in a safe environment.

4. Interactive tests, surveys, case methods, and tasks on specialized platforms that include multimedia elements allow students to assess their knowledge at various stages of learning. Such programs may include [6]: interactive testing with feedback on mistakes and gamification of learning through multimedia tools.

5. Multimedia tools can include online platforms for collaborative work, where students can discuss theoretical issues, share resources, conduct group research, or analyze clinical cases. Virtual classrooms and forums allow for discussing complex topics, exchanging experiences, and using multimedia materials. Collaborative projects, where students work together to solve clinical tasks using multimedia tools for research, analysis, and presenting results, enhance the learning process [5,6].

It is important to organize learning in a way that allows students to integrate knowledge from different disciplines. This can be achieved through case methods, multidisciplinary discussions, and practical seminars involving specialists from various fields of medicine [7]. To do so, it is necessary to create a learning environment that fosters the integration of these disciplines. The axis of the number of methods, as it can be realized:

1. The case-method is an effective tool for the integration of interdisciplinary knowledge, which allows students to analyze the real or simulated clinical situation, which is intended to reduce the knowledge of different medical conditions.

2. Multidisciplinary negotiation, for the participation of fahiwciw against different medical directions. Students may be able to understand the different points of view and the proposition of patients of different specialties, which is the basis of a particular clinical problem. Students are not only able to develop integrated knowledge, but to develop important team work and effective work.

3. Practical seminaries, based on the present aspects of medicine, allow students to reduce the interdisciplinary knowledge in minds that are close to real clinical situations. These seminars can also include simulation training, where students can work on the development of folding clinical problems, which covers a wide range of medical knowledge [8].

4. The integrated programs are aimed at achieving a single strategic strategy, as well as knowledge of different medical disciplines. Students are allowed to reject more than the process of being able to participate in the organization, as well as to develop a complex approach to the treatment of patients.

5. Interactive training and simulation for modeling folding clinical situations with one more effective method of integration of interdisciplinary knowledge. Students can practice at once in groups, which is allowed to develop a common development of clinical choices and take a decision, based on the knowledge of many disciplines [9].

6. Interactive online platforms allow students from different medical disciplines to practice at once, exchange access and knowledge. Such platforms can include interactive case studies, forums for discussions, video and explanations of important aspects of the integration of knowledge in clinical practice [10, 11].

Platforms for distance learning, which include interactive tests, online lectures and discussion forums, can significantly increase the availability of knowledge. They also help students to manage the hour independently, to support the call of the clock with vikladach and fakhivtzi [12].

Assessment and feedback are crucial elements of the educational process, as they not only measure students' knowledge levels but also contribute to their development and skill improvement. Feedback is a critical component of effective evaluation because it provides students with a clear understanding of their strengths and weaknesses, allowing them to adjust their learning approaches and become more independent. For the assessment system to be as effective as possible, it should be comprehensive and include various methods and approaches, such as formative assessments, portfolios, independent work, as well as integration with other aspects of learning.

1. Formative assessment is a type of evaluation conducted during the learning process, rather than at the end of a course. Its primary goal is to provide students with the opportunity to improve their performance before the final assessment. It is carried out through various tools such as tests, quizzes, written assignments, oral responses, group discussions, laboratory work, and more [13].

2. A portfolio, which reflects the learning process and personal development, is another powerful tool for assessment and feedback. It is a collection of a student's work that showcases their progress throughout the course. The portfolio can include various elements: written assignments, tests, research projects, reflections, and feedback from instructors. It allows for the evaluation of the student's development, thinking process, and reflection at different stages of learning [14].

3. Self-regulation and self-regulation are important in the initial process, allowing students to develop self-regulation, planning and managing the hour. Training of students to work independently, including the study of literature, the preparation of projects, presentations, so that they can not be deprived of the transformation of their knowledge, but also the development of scientific and analytical knowledge.

4. Other assessment and feedback methods can be applied to ensure effective feedback. Project work allows students to apply their knowledge to real-life situations or solve complex tasks. Projects can be individual or group-based, promoting the development of both independent skills and teamwork abilities. Group discussions and presentations help students develop communication and

critical thinking skills, while also providing opportunities to receive feedback from instructors and peers. A key aspect of assessment is providing students with the opportunity to analyze their mistakes and learn from them. This may involve reviewing assignments, discussing errors, and exploring ways to improve [15].

The development of critical thinking and research skills is essential for preparing modern specialists capable of adapting to the rapidly changing environment and making informed decisions in clinical practice. Education focused on these aspects includes not only the acquisition of theoretical knowledge but also the development of the ability to independently work with scientific literature, analyze clinical cases, and apply the latest treatment methods. These skills are particularly important for fields such as immunology and allergology, where new discoveries and therapeutic approaches are constantly emerging.

1. Critical miscellaneity in the medical context is the student's ability to assess the clinical situation from the different points of view, analyze the information that is important, all aspects, and the basis of the decision. Critical misdirection includes the substitution of the right nutrition, the decision for a specific situation and the assessment of its consequences [16]. For the development of these necessary singing methods and approaches in the world, in the middle of which the most important methods are the analysis of clinical methods, the case method is one of the most effective tools for the development of critical miscellaneous [17] and group discussion. This approach allows students to develop their ability to reflect, argue and synthesize information, as well as to develop the variability of solving problems.

2. Research skills are an important aspect of medical education, as scientific knowledge and discoveries play an important role in the development of new treatments and diagnostics. Students who are able to independently conduct research, analyze scientific articles and adapt the latest achievements into practical activities can be more effective in professional activities.

3. It is important that students are prepared to adapt quickly to new treatments and diagnoses. This requires not only knowledge of the theoretical foundations, but also the ability to quickly master new tools, technologies and therapeutic approaches. To do this, it is necessary to combine critical thinking and research skills with active learning and practical application of new knowledge in real clinical settings [18].

Conclusions

1. Interactive learning and practical sessions in medical education promote a deep understanding of theoretical material and provide students with the opportunity to acquire practical skills that they can apply in real clinical situations. Methods such as simulation trainers, video conferences, and online cases create

conditions for the development of critical thinking, speed, and accuracy in making clinical decisions, which are the foundation of success in medical practice.

2. The integration of multimedia tools into the educational process can significantly increase the level of learning, makes it more interesting and interactive, and also contributes to a better understanding and assimilation of complex topics. This creates an opportunity to develop the skills necessary for further clinical practice, and also allows for a more flexible and accessible learning process.

3. The integration of interdisciplinary knowledge is a prerequisite for the training of qualified specialists who are able to work effectively in complex clinical situations. Students who learn through case studies, multidisciplinary discussions, and hands-on seminars are better prepared for real-world clinical practice, where successful treatment often depends on understanding and interacting with different medical areas. This approach fosters students' skills for effective teamwork in a clinical setting.

4. An effective assessment system should give not only numbers and points, but also an understanding of where you need to improve your skills. Through the use of a variety of assessment and feedback methods, students gain the opportunity to understand their strengths and weaknesses and work to improve them.

5. The development of critical thinking and research skills is the basis for the formation of a competent medical worker who is able not only to apply the knowledge gained, but also to actively participate in the scientific process, to make informed decisions in conditions of uncertainty.

6. Integrating new methodologies and technologies into the learning process can significantly increase the level of education, ensure better assimilation of complex concepts, and equip students with the necessary skills for effective clinical practice.

LITERATURE

1. Cook, D. A., & Triola, M. M. (2009). Virtual patients: a critical literature review and proposed next steps. *Medical Education*, 43(4), 268-278. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03286.x>
2. Holmboe, E. S., & Sherbino, J. (2015). A call for a new approach to competency-based medical education. *JAMA*, 314(2), 125-126. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.5327>
3. Spector, J. M., & Spector, M. T. (2014). Simulations in medical education: A review of current evidence. *Simulation in Healthcare*, 9(1), 37-46. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000001>
4. Rattan, A., & Watanabe, K. (2014). Use of 3D animation in medical education: A review of current literature. *Medical Education*, 48(6), 587-595. <https://doi.org/10.1111/medu.12406>

5. Salvatore, G., & Boulanger, J. (2016). Impact of multimedia on teaching and learning in medical education: A systematic review. *Journal of Medical Education*, 35(1), 12-21. <https://doi.org/10.1097/AME.000000000000109>
6. Hays, R. T., & Nilsen, P. (2019). Multimedia tools for teaching immunology: An analysis of 3D models in understanding complex systems. *Journal of Immunology Education*, 18(4), 222-230. <https://doi.org/10.1159/000509238>
7. Barrows, H. S., & Tamblyn, R. M. (1980). *Problem-based learning: An approach to medical education*. Springer.
8. Kaufman, D. M. (2003). Applying educational theory in practice. *Medical Teacher*, 25(3), 227-232. <https://doi.org/10.1080/0142159031000137030>
9. Thistlethwaite, J. E., & Moran, M. (2010). Case-based learning in medical education: The next big thing? *Medical Education*, 44(4), 348-356. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03679.x>
10. Cook, D. A., & Artino, A. R. (2016). Motivation to learn: An overview of contemporary theories. *Medical Education*, 50(10), 1071-1082. <https://doi.org/10.1111/medu.13074>
11. Pimmer, C., Linxen, S., & Grainger, R. (2016). Mobile learning in medical education: A systematic review of the literature. *Medical Education*, 50(5), 399-408. <https://doi.org/10.1111/medu.12944>
12. Hodges, C. B., Moore, S., Lockee, B. B., Trust, T., & Bond, M. A. (2020). The difference between emergency remote teaching and online learning. *EDUCAUSE Review* <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>
13. Black, P., & Wiliam, D. (1998). Assessment and classroom learning. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*, 5(1), 7-74. <https://doi.org/10.1080/0969595980050102>
14. Sadler, D. R. (1989). Formative assessment and the design of instructional systems. *Instructional Science*, 18(2), 119-144. <https://doi.org/10.1007/BF00117714>
15. Boud, D., & Falchikov, N. (2006). Aligning assessment with long-term learning. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 31(4), 399-413. <https://doi.org/10.1080/02602930600679050>
16. Paul, R., & Elder, L. (2014). *The critical thinking community: Critical thinking: Tools for taking charge of your learning and your life*. Pearson.
17. Facione, P. A. (2015). Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. *The Delphi Report*. <https://doi.org/10.1080/0969595980050102>
18. Kuhn, D. (2016). Thinking together and alone. *Educational Psychologist*, 51(3), 300-310. <https://doi.org/10.1080/00461520.2016.1166761>

ГАЛИНА ГВОЗДЕЦЬКА,

викладачка-методист

Івано – Франківський національний
медичний університет

ІРИНА БІЦЬКА,

к.мед.наук, доц.

Івано – Франківський національний
медичний університет

ОКСАНА ЖУКУЛЯК,

асистент

Івано – Франківський національний
медичний університет

РОЛЬ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ У ПОКРАЩЕННІ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР – БАКАЛАВРІВ У ІФНМУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.

Сучасна підготовка фахівців у галузі медсестринства має забезпечити потреби системи охорони здоров'я у висококваліфікованих, конкурентноспроможних спеціалістах. Відповідно, професійне становлення можливе не тільки за умови наявності глибоких теоретичних знань, а й необхідне ґрунтовне засвоєння та володіння практичними навичками та вміннями. Згідно вимог сучасності, кількість практичних навичок і вмінь, якими повинна володіти медичні сестри та брати стрімко зростає, а при здійсненні освітнього процесу для відпрацювання практичних навичок не завжди є можливим забезпечити здобувачів 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» тактичних навичок. Викладання клінічних дисциплін повинно бути, перш за все, практично орієнтованим, тобто будуватися на основі інтерактивного професійно-орієнтованого навчання. Це означає, що здобувачі з початку вивчення дисциплін повинні освоїти не тільки теоретичний матеріал, а і вчитися правильно інтерпретувати наведену інформацію, застосовувати її на практиці. Для цього викладачі використовують матеріал, що надається тренінговими та симуляційними центрами, де студенти відпрацьовують практичні навички та удосконалюють свої вміння. В Університеті функціонують сучасні тренінгові центри на більшості клінічних кафедр, симуляційний центр, центр ОСКІ.

Метою роботи було оцінити ефективність двох моделей навчання (пасивної та інтерактивної) в рамках освітнього процесу інтегрованої дисципліни «Клінічне медсестринство» для здобувачів V курсу ОПП «Сестринська справа» ІФНМУ у осінньому семестрі 2024-2025 навчального року. У дослідженні взяло участь 8 здобувачів IV курсу денної форми навчання спеціальності 223 Медсестринство ОПП «Сестринська справа» I (бакалаврського) рівня вищої освіти (2 групи по 4 здобувачі). Під час викладання даної освітньої компоненти для студентів першої групи (контрольна група) викладачі використовували пасивну модель навчання, а здобувачі другої групи (основна група) навчалися із використанням рольових ігор під час проведення практичних занять. Студенти об'єднувались у групи по двоє чоловік, де один студент виконував роль медсестри/медбрата, інший – пацієнта. Кожній групі пропонувалася певна клінічна ситуація та обмежений час для її демонстрації. Студенти при цьому, окрім знань і здібностей, повинні вміти самостійно мислити, аналізувати причинно-наслідкові зв'язки для правильного виявлення проблеми пацієнта, постановки попереднього діагнозу, складання плану догляду за ним та надання невідкладної допомоги. Інколи рішення задач здається елементарним, але необхідно опрацювати великий об'єм інформації, зробити попередні висновки, щоб прийти до кінцевого висновку про причину подібного стану. Це і сприяє розвитку клінічного мислення, так необхідного в майбутній професії медичної сестри. Аналіз ефективності засвоєння матеріалу визначається шляхом проведення тестування вхідного та вихідного рівня знань. Результати вхідного рівня були приблизно однаковими для обох груп, кількість правильних відповідей складала 50-49%. Під час порівняння результатів вихідного рівня знань, відсоток правильних відповідей суттєво відрізнявся і складав 50–62,5 % і 75–100% відповідно для контрольної і основної груп відповідно. При аналізі підсумкових зрізів, які проводились після декількох занять, результати в основної групи також були вищими на 40,0% у порівнянні з контрольною групою.

На нашу думку, успіх використання такого алгоритму практичного заняття можна пояснити тим, що значно скорочується дистанція між викладачем і студентами. Це дозволяє викладачу виявити питання, які потребують більш детального розбору, а здобувачу – бути активним учасником даного процесу, що значно підвищує його зацікавленість, активізує розумову діяльність, дозволяє не тільки поглибити теоретичні знання, а й удосконалити практичні навички та вміння.

Отже, оптимальною альтернативною технологією навчання майбутніх медичних сестер – бакалаврів є інтерактивні методи, що спонукають здобувачів до взаємодіяльності, діалогу з іншими суб'єктами освітнього процесу.

Суть інтерактивного навчання полягає в організації освітнього процесу, де кожен учасник має конкретне завдання, за виконання якого він повинен публічно відзвітувати, або від його діяльності залежить якість виконання поставленого перед групою завдання. Разом з тим, інтерактивний метод, як і будь-яка інша педагогічна технологія, орієнтована не тільки на засвоєння знань, але й на розуміння, аналіз, синтез та оцінювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Модернізація організації навчального процесу в університеті: сучасні принципи викладання на європейських засадах / Н. К. Гребень, Л. І. Остапюк, М. Р. Мруга, О. В. Стеченко // Реалізація Закону України «Про вищу освіту» у вищій медичній та фармацевтичній освіті України : тези доп. Всеукр. навч.-наук. конф. – Тернопіль : ТДМУ, 2020 – С. 87–88.
2. Створення симуляційного центру: засади та керівні настанови. Досвід програми «Здоров'я матері та дитини»: посібник. – К.: Вістка, 2018. – 56 с.
3. Артьоменко С.С. Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід / В.В. Артьоменко, С.С. Семченко, О.С. Єгоренко [та ін.] // Одеський медичний журнал. – 2019. – № 6. – С. 67–74.

БІЛОБРИВКА В.Ю.,
викладач,
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ У ЛЬВІВСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ: СУЧАСНА ПРАКТИКА

Вступ. Актуальність теми дослідження особливостей здобуття освіти людьми з особливими потребами набуває особливої пріоритетності. В умовах глобалізації найбільш ефективним підходом до навчання цієї категорії вважається інклюзивна освіта. Ця модель навчання орієнтована на створення умов для розвитку та формування особистості, незалежно від її відмінностей, що сприяє самореалізації та активній інтеграції у соціальне середовище.

Основна частина. За час становлення України як незалежної європейської держави відбулися вагомі зміни в системі освіти. Зміни стосувалися, насамперед, особливостей навчання осіб з особливими потребами. Так, під впливом європейської спільноти акцентовано увагу на забезпеченні доступу до можливості отримати освіту всіх членів суспільства з урахуванням їх особливостей, бути активними учасниками сучасного соціуму. Це, своєю чергою, свідчить про перейняття світової моделі в освітній галузі, в основі якої закладено принцип людиноцентризму. На перше місце поставлено особистість з її особливостями, почуттями, потребами, тим самим закладено фундамент інноваційного розвитку системи освіти у формі інклюзії. Визначають три етапи становлення освіти осіб з особливими потребами в Україні [1].

Інклюзивне навчання є основною і найбільш ефективною формою здобуття якісної освіти студентами з особливими потребами. Здобуття вищої освіти студентами з інвалідністю регламентується Конституцією України, ЗУ «Про освіту», «Про вищу освіту», «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» Постановою Кабінету Міністрів України «Порядок організації інклюзивного навчання у закладах вищої освіти», в яких вказано: «Організація освітнього процесу здобувачів освіти з особливими освітніми потребами в закладах вищої освіти передбачає: створення інклюзивного освітнього середовища, застосування принципів універсального дизайну в освітньому процесі, застосування в освітньому процесі найбільш прийнятних для здобувачів освіти з особливими освітніми потребами методів і способів спілкування, в тому числі української жестової мови, рельєфно-крапкового шрифту (шрифту Брайля) із залученням відповідних фахівців і педагогічних працівників [2].

Загальна характеристика етапів розвитку освіти осіб з особливими потребами в Україні [1]

№ з/п	Етап	Характерні ознаки
1	I етап (1991–2000 рр.)	У законодавстві держави зазначено право отримати освіту всіма громадянами внаслідок затвердження міжнародних документів щодо дотримання прав людини. Для освітньої системи вказаного періоду характерно: вертикально-горизонтальна структура; функціонування спеціальних закладів; отримання освітніх послуг у спеціальних навчальних закладах; відсутність відповідного науково-методичного та навчального забезпечення навчального процесу, психолого-педагогічних способів, прийомів діагностики порушень; низький рівень соціально-трудової адаптації, інтеграції в соціум
2	II етап (2001–2010 рр.)	Перші спроби щодо вдосконалення інтернатної системи навчання з метою інтеграції в соціокультурний простір. Участь міжнародних фондів, спільнот батьків, громадських організацій у створенні навчально-реабілітаційних центрів. Розширення функцій спеціальних навчальних закладів: психолого-педагогічний супровід, забезпечення корекції розвитку, застосування технології відновлення дітей з особливими потребами. Закладено початок інтеграції осіб з особливими потребами до загальноосвітніх навчальних закладів
3	III етап (2011 р. – донині)	Пріоритетний напрям цього етапу – впровадження інклюзивної освіти. Вагому роль у цьому відіграв канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими освітніми потребами в Україні» (2008–2013 рр.). Отримані результати, напрацювання в результаті реалізації цього проекту були використані в розробленні необхідних методичних матеріалів, посібників, у створенні документів державного значення. Спостерігається зменшення кількості спеціальних навчальних закладів

Опираючись на вище сказане, варто зазначити, що Львівська медична академія імені Андрея Крупинського увійшла у I етап розвитку освіти осіб з особливими потребами в Україні в галузі знань 22 Охорона здоров'я і стала флагманом у розвитку цього напрямку.

Для студентів з особливими освітніми потребами у 1998 році проведено перший набір студентів з числа нечуючої молоді за фахом «Лаборант медицини», а у 2006 р. – для незрячих студентів за фахом «Медсестра з масажу»[3].

Відповідно до ст.19 ЗУ «Про освіту» у Львівській медичній академії ім. Андрея Крупинського створені умови для забезпечення прав і можливостей осіб з особливими освітніми потребами для здобуття ними вищої та фахової передвищої освіти з урахуваннями їх індивідуальних потреб[4].

Пропонуємо детально розглянути та проаналізувати впровадження інклюзивної освіти для здобувачів з особливими освітніми потребами.

Таблиця 2

Порівняльна характеристика впровадження інклюзивної освіти у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського

Способи реалізації напрямів інклюзивної освіти	Спеціальність 223 «Медсестра з масажу», освітньо-професійний ступень фаховий молодший бакалавр (з вадами зору)	Спеціальність 224 «Технології медичної діагностики та лікування», освітньо-професійний ступень фаховий молодший бакалавр (з вадами слуху)
1	2	3
Нормативно-правове забезпечення	<ul style="list-style-type: none"> • Положення про організацію освітнього процесу у КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», р.8, п.8.8; • Положення «Про організацію та проведення практик здобувачів освіти у КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» 	<ul style="list-style-type: none"> • Положення про організацію освітнього процесу у КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», р.8, п.8.7; • Положення «Про організацію та проведення практик здобувачів освіти у КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
Організаційне забезпечення	<ul style="list-style-type: none"> • Здійснюється педагогічний та психологічний супровід цієї категорії осіб на всіх етапах вступної кампанії та під час освітнього процесу в академії; • Здійснюється навчання для НПП та ПП з метою вдосконалення їх професійної діяльності. 	<ul style="list-style-type: none"> • Здійснюється педагогічний та психологічний супровід цієї категорії осіб на всіх етапах вступної кампанії та під час освітнього процесу в академії; • Здійснюється навчання для НПП та ПП з метою вдосконалення їх професійної діяльності; • Введена штатна одиниця сурдолога.
Навчально-методичне забезпечення	<ul style="list-style-type: none"> • Інтеграція в ОПП «Сестринська справа»; • Розроблено навчальні плани; • Розроблені РНП з ОК та всіх видів практик; • Розроблено НМК з ОК; шрифтом Брайля та з урахуванням індивідуальних можливостей; 	<ul style="list-style-type: none"> • Інтеграція в ОПП «Лабораторна діагностика»; • Розроблено навчальні плани; • Розроблені РНП з ОК та всіх видів практик; • Записані аудіо лекції з ОК; та розроблені НМК з

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> • Впровадженні виробничі та переддипломні практики з метою виконання НП та покращення практичних навичок. 	<p>урахуванням індивідуальних можливостей;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Впровадженні виробничі та переддипломні практики з метою виконання НП та покращення практичних навичок.
Матеріально-технічне забезпечення	<p>Організовано безбар'єрний доступу для отримання освітніх послуг:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ вхід до навчальних корпусів №2, №3 обладнано пандусом; ✓ облаштовано окремі навчальні приміщення в корпусі № 2 для здобувачів освіти з інвалідністю; ✓ переобладнано санітарно-гігієнічні приміщення відповідно до потреб; ✓ зроблена розмітка та встановлені таблички з шрифтом Брайля; ✓ приміщення академії мають природне освітлення ; ✓ територія академії має вільний доступ для маломобільних груп населення. 	
Інформаційне забезпечення	<ul style="list-style-type: none"> • використання інформаційно-комунікаційних технологій під час навчання; • недолік – відсутність на офіційному сайті ЛМА опції для людей з вадами зору. 	<ul style="list-style-type: none"> • використання інформаційно-комунікаційних технологій під час навчання.
Кадрове забезпечення	<p>проведення тренінгів, семінарів, відкритих занять з метою підвищення інклюзивної компетентності науково – педагогічних та педагогічних працівників.</p>	
Виховний компонент	<p>Проводяться різноманітні виховні заходи, дискусійні вечори, мотиваційні зустрічі з роботодавцями.</p>	
Інтеграція у професійну діяльність та соціум	<ul style="list-style-type: none"> • академія тісно співпрацює з роботодавцями; • випускники працевлаштовуються відповідно до отриманої спеціальності; • академія відстежує кар'єрний ріст випускників. 	

Висновок. На основі здійсненого аналізу, можна стверджувати, що Львівська медична академія імені Андрея Крупинського є флагманом у впровадженні інклюзивної освіти. Дбає про надання якісних освітніх послуг і розвиває інклю-

зивну освіту для осіб з особливими освітніми потреба. В обох спеціальностях забезпечено чітке нормативно-правове регулювання, що створює однакові умови для організації освітнього процесу осіб з особливими освітніми потребами. Забезпечується педагогічний та психологічний супровід здобувачів на всіх етапах навчання, що є спільним для обох програм. Програма для осіб з вадами слуху додатково включає штатну одиницю сурдолога, що підвищує рівень підтримки. Для здобувачів обох спеціальностей створені адаптовані освітні програми, навчальні плани та методичні матеріали. Враховуються індивідуальні потреби: для осіб з вадами зору використовуються матеріали шрифтом Брайля, а для осіб з вадами слуху – аудіозаписи лекцій. Академія створила безбар'єрне освітнє середовище, включаючи пандуси, адаптовані навчальні приміщення та спеціальні санітарно-гігієнічні зони. Це сприяє доступності навчання для здобувачів з інвалідністю.

Хоча активно застосовуються інформаційно-комунікаційні технології, залишається потреба в удосконаленні доступності сайту академії для осіб з вадами зору.

Проводяться тренінги та семінари для підвищення інклюзивної компетентності викладачів, що сприяє ефективній реалізації інклюзивного навчання. Організуються заходи для всебічного розвитку студентів, їхньої соціалізації та підготовки до майбутньої професійної діяльності.

Академія сприяє працевлаштуванню випускників, відстежує їх кар'єрний ріст та співпрацює з роботодавцями.

Загалом, інклюзивна освіта у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського забезпечує всебічну підтримку здобувачів освіти з особливими потребами, сприяючи їхній професійній підготовці, інтеграції у суспільство та успішній самореалізації. Однак є потреба в подальшому вдосконаленні інформаційної доступності для осіб з вадами зору.

ЛІТЕРАТУРА

1. Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні / за заг. ред. В. Г. Кременя. Київ : Педагогічна думка, 2016. 448 с.
2. ЗУ «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах вищої освіти» (2019) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/635-2019-p> (дата звернення 17.01.2025 р.).
3. Історія/Офіційний сайт ЛМА URL: <https://lma.edu.ua/wp-content/uploads/2025/01/istoriya-lma.pdf> (дата звернення 17.01.2025 року).
4. Умови доступності закладу вищої освіти для навчання осіб з особливими потребами//Офіційний сайт ЛМА URL:<https://lma.edu.ua/abituriyentu/umovy-dostupnosti-zakladu-vyshhoyi-osvity-dlya-navchannya-osib-z-osoblyvymy-potrebam/> (дата звернення 18.01.2025 року).

ЛАПАН О. В.

студентка II курсу
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського

ЩУРКО М. М.

к. мед. н., доц.
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського

НЕЧИПОР Н.О.

викладач-методист
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДОГРАМИ ПРИ ОЖИРІННІ

Вступ (актуальність). Метаболічний синдром (МС) є серйозною проблемою сучасної медицини, оскільки він тісно пов'язаний із розвитком численних серцево-судинних захворювань та порушеннями обміну речовин, зокрема, таких як цукровий діабет та атеросклероз. Одним з основних патогенетичних механізмів, що лежать в основі цього синдрому, є інсулінорезистентність, яка розвивається, зокрема, на фоні абдомінально-вісцерального ожиріння. Порушення у метаболізмі ліпопротеїдів у результаті інсулінорезистентності призводить до розвитку гіпертригліцеридемії та змін у складі ліпопротеїдів, що значно підвищує ризик серцево-судинних захворювань [2, 4, 8, 9].

При ожирінні зміни в ліпідному профілі плазми є важливі, що проявляються підвищеним рівнем тригліцеридів, зниженням рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) та збільшенням часток дрібних щільних частинок ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ). Ці зміни сприяють розвитку атеросклерозу, а також підвищують ймовірність розвитку ішемічної хвороби серця. Зміни, що супроводжується порушенням метаболізму ліпопротеїдів, стає особливо важливим для прогнозування та раннього виявлення серцево-судинних захворювань. Все це робить вивчення порушень ліпідного обміну та їх вплив на розвиток серцево-судинних патологій в умовах метаболічного синдрому важливим для сучасної медицини [1, 3, 5, 15].

Основна частина. У разі інсулінорезистентності, що супроводжується абдомінально-вісцеральним ожирінням, змінюється активність ліпопротеїнази та печінкової тригліцеридліпази, що уповільнює розпад ліпопротеїдів, багатих на тригліцериди. Це призводить до розвитку гіпертригліцеридемії, збагачення ліпопротеїдів високої (ЛПВЩ) та низької (ЛПНЩ) щільності

тригліцеридами. У результаті збільшується концентрація дрібних щільних частинок ЛПНЩ та зменшується рівень холестерину ЛПВЩ у плазмі. Надмірне надходження вільних жирних кислот (ВЖК) до печінки стимулює синтез тригліцеридів і секрецію ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) та аполіпротеїну В. Таким чином, дисліпідемія при абдомінально-вісцеральному ожирінні характеризується: підвищеним рівнем ВЖК, гіпертригліцеридемією, зниженням ХС ЛПВЩ, підвищенням ХС ЛПНЩ, зростанням вмісту дрібних щільних частинок ЛПНЩ, збільшенням рівня аполіпротеїну В та зростанням співвідношення ХС ЛПНЩ / ХС ЛПВЩ, а також вираженим підвищенням рівня ліпопротеїдів, багатих на тригліцериди [6, 7, 10, 12, 15].

Найбільш поширеним варіантом дисліпідемії при метаболічному синдромі є ліпідна тріада, що включає гіпертригліцеридемію, низький рівень ХС ЛПВЩ та підвищений вміст дрібних щільних частинок ЛПНЩ. Наявність цієї тріади у пацієнтів без цукрового діабету 2 типу підвищує ризик розвитку коронарної хвороби серця в 3-5 разів. Для осіб з вісцеральним ожирінням також характерне поєднання гіперінсулінемії, підвищеного рівня аполіпротеїну В та збільшення часток дрібних щільних частинок ЛПНЩ, що в сукупності утворює атерогенну метаболічну тріаду. Дослідження Quebec Cardiovascular Study показало, що наявність цієї тріади підвищує ризик серцево-судинних захворювань у 20 разів. Маркерами цієї тріади є об'єм талії понад 90 см та рівень тригліцеридів понад 2,3 ммоль/л. Порушення метаболізму ліпопротеїдів у постпрандіальний період, що супроводжує абдомінальне ожиріння, прискорює розвиток ішемічної хвороби серця [11, 12, 14].

Наразі багато дослідників надають великого значення гіпертригліцеридемії, особливо в постпрандіальний період, як фактору, що сприяє розвитку серцево-судинних захворювань. Існують дослідження, що вказують на незалежну кореляцію між гіпертригліцеридемією та атеросклерозом сонних артерій. Гіпертригліцеридемія, сприяє зниженню рівня ХС ЛПВЩ, утворенню малих щільних частинок ЛПНЩ та порушенню гомеостазу й реологічних властивостей крові [13].

Висновок. Отже, ожиріння, особливо абдомінально-вісцеральне, суттєво змінює ліпідний профіль плазми, що виражається у підвищеному рівні тригліцеридів, зниженні рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) та збільшенні часток дрібних щільних частинок ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ). Ці зміни сприяють розвитку атеросклерозу та підвищують ризик ішемічної хвороби серця. Порушення метаболізму ліпопротеїдів у латентному періоді відіграє ключову роль у прогнозуванні та ранньому виявленні серцево-судинних захворювань. Вивчення порушень ліпідного обміну в умовах метаболічного синдрому є важливим для сучасної медицини, оскільки воно

дозволяє краще зрозуміти механізми розвитку серцево-судинних патологій та розробити ефективні стратегії для їх профілактики та лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Wang Q, Jokelainen J, Auvinen J, et al. Insulin resistance and systemic metabolic changes in oral glucose tolerance test in 5340 individuals: an interventional study. *BMC Med.* 2021 Nov 29. 17(1):217.
2. Reaven G, Abbasi F, McLaughlin T. Obesity, insulin resistance, and cardiovascular disease. *Recent Prog Horm Res.* 2020. 59:207-23.
3. de Luca C, Olefsky JM. Inflammation and insulin resistance. *FEBS Lett.* 2021 Jan 9. 582(1):97-105.
4. Florez H, Castillo-Florez S, Mendez A, et al. C-reactive protein is elevated in obese patients with the metabolic syndrome. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022 Jan. 71(1):92-100.
5. Diamant M, Tushuizen ME. The metabolic syndrome and endothelial dysfunction: common highway to type 2 diabetes and CVD. *Curr Diab Rep.* 2023 Aug. 6(4):279-86.
6. Sarti C, Gallagher J. The metabolic syndrome: prevalence, CHD risk, and treatment. *J Diabetes Complications.* 2024 Mar-Apr. 20(2):121-32.
7. Einhorn D, Reaven GM, Cobin RH, et al. American College of Endocrinology position statement on the insulin resistance syndrome. *Endocr Pract.* 2023 May-Jun. 9(3):237-52.
8. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care.* 2021 Sep. 28(9):2289-304.
9. Thota P, Perez-Lopez FR, Benites-Zapata VA, Pasupuleti V, Hernandez AV. Obesity-related insulin resistance in adolescents: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Gynecol Endocrinol.* 2023 Mar. 33(3):179-84.
10. Sasaki N, Ozono R, Higashi Y, Maeda R, Kihara Y. Association of insulin resistance, plasma glucose level, and serum insulin level with hypertension in a population with different stages of impaired glucose metabolism. *J Am Heart Assoc.* 2023 Apr 7. 9(7):e015546.
11. Jensterle M, Janez A, Mlinar B, Marc J, Prezelj J, Pfeifer M. Impact of metformin and rosiglitazone treatment on glucose transporter 4 mRNA expression in women with polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol.* 2021 Jun. 158(6):793-801.

12. Ahren B, Pacini G. Islet adaptation to insulin resistance: mechanisms and implications for intervention. *Diabetes Obes Metab*. 2021 Jan. 7(1):2-8.
13. Mari A, Ahren B, Pacini G. Assessment of insulin secretion in relation to insulin resistance. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2022 Sep. 8(5):529-33.
14. Reaven GM. Pathophysiology of insulin resistance in human disease. *Physiol Rev*. 2024 Jul. 75(3):473-86.
15. Kim JA, Wei Y, Sowers JR. Role of mitochondrial dysfunction in insulin resistance. *Circ Res*. 2021 Feb 29. 102(4):401-14.

ТВЕРДА І.І.,
асистент
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

**АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ ОСВІТНЬОЇ КОМПОНЕНТИ
«ОСНОВИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ТА НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ»
ДЛЯ ОСІБ З ВАДАМИ СЛУХУ НА ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНІЙ
ПРОГРАМІ «ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА»**

Вступ. Погляди суспільства і держави на проблеми освіти осіб з обмеженими можливостями здоров'я та інвалідністю з плином часу зазнавали значних змін, що було зумовлено тенденціями в політиці, особливостями соціально-економічного розвитку, рівнем освіти та медицини, цінностями суспільства і культури. Проте рушійну силу в зміні поглядів суспільства на навчання інвалідів та осіб з обмеженими можливостями здоров'я становила законодавча база держави в різні історичні епохи[1].

Поняття «інклюзія» (англ. inclusion – включення; франц. inclusif – той, хто включає в себе; лат. include – заключаю, включаю) означає процес активного включення в суспільні стосунки всіх громадян, незалежно від їхніх фізичних, інтелектуальних, культурних, мовних, національних та інших особливостей [2]. Сьогодні в Україні поточні та перспективні завдання моделювання сучасного освітнього простору ЗВО щодо надання особам з обмеженими можливостями здоров'я та інвалідністю можливості отримання доступної і якісної вищої освіти підтверджуються вимогами держави, вираженими в нормативно-правових документах різного рівня [1].

Основна частина. Досліджуючи дану проблематику, можна констатувати, що у сучасному світі забезпечення доступу до якісної освіти для осіб з інвалідністю є важливим аспектом реалізації прав людини та соціальної рівності. Львівська медична академія, надаючи освітні послуги здобувачам з вадами слуху, підтримує принципи інклюзивної освіти, сприяє їхній інтеграції у суспільство та професійній самореалізації.

Сучасна система охорони здоров'я вимагає висококваліфікованих фахівців, які володіють практичними навичками, аналітичними здібностями та технологічними знаннями. Спеціальність 224 Технології медичної діагностики та лікування з підготовки фахівців освітньо-професійного рівня «фаховий молодший бакалавр» є однією з найбільш затребуваних медичних спеціальностей. Забезпечення можливості здобуття спеціальності 224 Технології медичної діагностики та лікування для осіб з вадами слуху розширює ринок праці, дає змогу залучати талановитих людей до цієї сфери та зменшує дефіцит кадрів.

Варто наголосити на тому, що в особливостях ОПП зазначено, що вона передбачає надання освітніх послуг здобувачам з особливими освітніми потребами (особам з інвалідністю по слуху та опорно-руховому апарату) [3]. Надання освітніх послуг у цій сфері створює можливості для професійного розвитку людей з вадами слуху, що допомагає їм стати повноцінними учасниками суспільного життя. Фахівці з інвалідністю, які працюють у сфері лабораторної діагностики, стають важливим прикладами успішної професійної реалізації для інших осіб із схожими потребами. Програма ОПП «Лабораторна діагностика» у Львівській медичній академії передбачає використання сучасних технологій навчання, адаптацію навчальних матеріалів, розробку індивідуальних планів навчання та використання аудіовізуальних засобів. Це дозволяє ефективно враховувати потреби здобувачів освіти з вадами слуху.

З метою забезпечення досягнення програмного результату навчання (ПРН 17) – надавати першу медичну допомогу пацієнтам, відвідувачам, колегам здобувачами освіти вивчається освітній компонент(ОК 15) «Основи внутрішньої медицини та невідкладні стани» . Для ефективного засвоєння навчальних матеріалів освітнього компоненту, здобувачам освіти з вадами слуху розроблено специфічні навчально –методичні матеріали з урахуванням їхніх психолого-фізіологічних потреб. Під час проведення лекційних та практичних занять зі здобувачами освіти працюють викладач та сурдолог, з метою налагодження ефективної комунікації та кращого сприйняття навчального матеріалу. Оскільки, здобувачі освіти з вадами слуху потребують особливого підходу до освітнього процесу, то викладачем на заняттях використовуються текстові та візуальні формати подачі інформації (схеми, діаграми, графіки, анімовані презентації). Розроблено навчальні матеріали з урахуванням потреб здобувачів із вадами слуху, включаючи письмові інструкції та детальні описи навчальних тем. Для наочного пояснення процесів, які відбуваються в органах і системах організму при різних патологіях використовуються інтерактивні технології (наприклад, інтерактивні моделі та віртуальні симулятори). Для оцінювання знань студентів розроблено тестові завдання, які зосереджені на візуальному та текстовому сприйнятті інформації. Також, активно використовується віртуальне освітнє середовище MOODLE, де розміщені усі навчально-методичні матеріали освітнього компоненту. віртуальне освітнє середовище MOODLE має адаптивний дизайн, що враховує особливості сприйняття матеріалу студентами із вадами слуху.

Варто зазначити, що під час проведення занять викладачем та сурдоперекладачем надається підтримка та мотивації через індивідуальний підхід до навчання та інтеграцію до загальної академічної спільноти.

Після завершення вивчення ОК «Основи внутрішньої медицини та невідкладні стани», мною проводиться анонімне анкетування здобувачів освіти з

метою вдосконалення викладання. В анкетуванні пропонується ряд запитання, які стосуються професіоналізму викладача, які теми є найбільш цікавими чи не цікавими, що потрібно вдосконалити. І як, на мій погляд, цінним є питання особистого комфорту під час занять, оскільки це є важливий критерій для сприйняття та запам'ятовування навчального матеріалу. В анкетуванні взяло участь 8 здобувачів освіти, котрі завершили вивчення освітнього компоненту в осінньому семестрі 2024/2025 навчального року.

Оцініть параметри викладання (від 1 бала до 10 балів - де 10 найвищий бал)

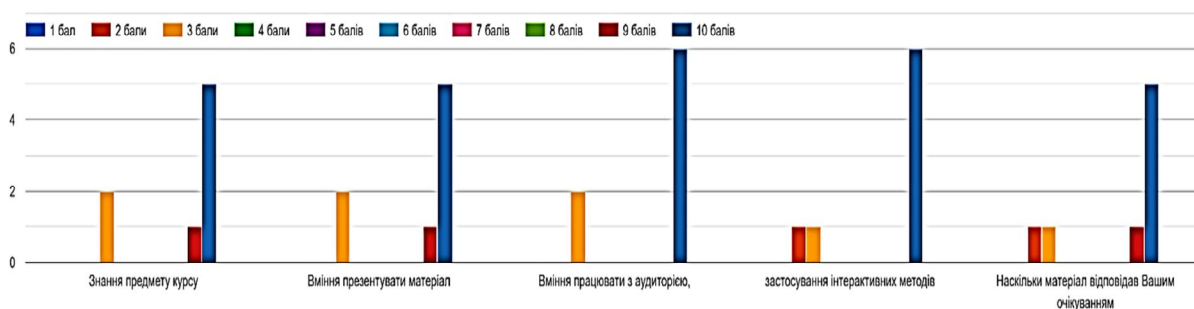


Рис. 1. Оцінка параметрів викладання

З даної стовпчикової діаграми можна зробити висновок, що викладач на високому рівні володіє навчальним матеріалом (50% респондентів поставили 10 балів). Вміє презентувати матеріал, працювати з аудиторією та використовує інтерактивні методи навчання.

Ваше враження від навчання:(оцінити від 1 бала до 10 балів - де 10 найвищий бал): ОЦІНІТЬ ПРОФЕСІЙНІСТЬ ВИКЛАДАЧА:
8 відповідей

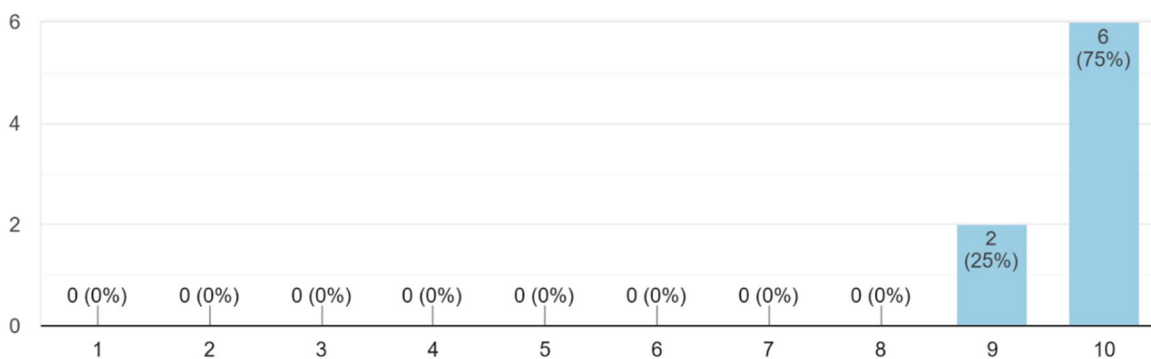


Рис. 2

Аналізуючи отриманні данні анкетування з приводу професійності викладача, то можна констатувати, що 75% опитуваних респондентів дали позитивну

відповідь. Припускаю, що у здобувачів освіти склалися позитивні враження від вивчення даного освітнього компонента, що сприяє якісному засвоєнню матеріалу під час проведення занять.

Ваше враження від навчання:(оцінити від 1 бала до 10 балів - де 10 найвищий бал):

ОСОБИСТИЙ КОМФОРТ

8 відповідей

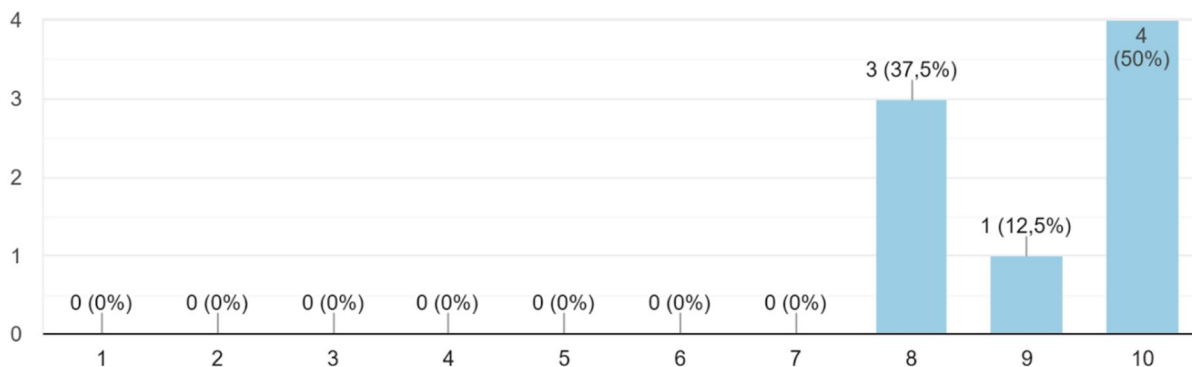


Рис. 3

Половина респондентів, а саме 50%, відзначають позитивний особистий комфорт під час проведення занять. Це можна пояснити тим, що у парі з викладачем також працює сурдолог, що значно полегшує комунікацію між учасниками освітнього процесу. Що є вкрай важливо для здобувачів освіти з вадами слуху.

Висновки. Отже, надання освітніх послуг для здобувачів з вадами слуху на ОПП «Лабораторна діагностика» у Львівській медичній академії є актуальним кроком, що відповідає сучасним тенденціям інклюзивної освіти, сприяє соціальній інтеграції осіб з інвалідністю та забезпечує підготовку висококваліфікованих спеціалістів для медичної галузі. Особливості вивчення ОК «Основи внутрішньої медицини та невідкладні стани» для осіб із вадами слуху на ОПП «Лабораторна діагностика» полягають у створенні доступного, адаптивного та інклюзивного освітнього середовища. Використання сучасних технологій, адаптація матеріалів, індивідуальний підхід і інтерактивні методики навчання сприяють успішному засвоєнню знань, практичних навичок і професійному розвитку здобувачів освіти із особливими потребами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Онищенко С.В. Методико-інклюзивна компетентність педагога професійної освіти// I Міжнародна науково-практична інтернет-конференція (27 бе-

резня 2020 р., м. Бердянськ), ст.87 URL: <https://surl.li/wnczwo> (дата звернення 27.01.2024 року).

2. Порошенко М.А. Інклюзивна освіта : навчальний посібник. Київ: ТОВ «Агенство «Україна». 2019. 300 с. ст. 10.
3. Освітньо-професійна програма «Лабораторна діагностика», фахової передвищої освіти, галузі знань 22 Охорона здоров'я спеціальність, 224 Технології медичної діагностики та лікування, освітня кваліфікація фаховий молодший бакалавр з технологій медичної діагностики та лікування, 2024 рік. URL: https://lma.edu.ua/wp-content/uploads/2024/04/opp_ld_2024.pdf (дата звернення 27.01.2025 року).

КОВЕРЧУК О.М.,
студентка □-го курсу
Волинський медичний інститут
Науковий керівник:
КАЛИНЧУК С.В.,
к.мед.н., доц.,
Волинський медичний інститут

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТОМ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ

Вступ

- Лапароскопічні втручання в хірургії одного дня є сучасним методом лікування жовчного міхура, що забезпечує мінімальну інвазивність, швидке відновлення та скорочення терміну перебування пацієнтів у стаціонарі.
- Організація післяопераційного догляду відіграє ключову роль у запобіганні ускладненням, оптимізації процесу відновлення та підвищенні задоволеності пацієнтів.
- Медсестра, як основна ланка команди, відповідає за інформування, психологічну підтримку, оперативний моніторинг та координацію дій, що є вирішальним для ефективного післяопераційного догляду.
- Актуальність дослідження зумовлена необхідністю розробки та впровадження оптимізованого алгоритму роботи медсестри, який враховуватиме специфіку догляду за пацієнтами після лапароскопічних втручань.

Мета дослідження:

- Визначити вплив організованого медсестринського догляду на якість післяопераційного відновлення пацієнтів після лапароскопічних втручань в умовах хірургії одного дня.
- Розробити оптимальний алгоритм дій медсестри, спрямований на підвищення ефективності догляду та зниження ризиків післяопераційних ускладнень.

Основні завдання дослідження:

- Провести аналіз літературних даних щодо сучасних підходів до організації післяопераційного догляду за пацієнтами, які проходять лапароскопічних втручань.
- Визначити ключові критерії оцінки ефективності роботи медсестри у післяопераційному періоді в умовах хірургії одного дня.

- Здійснити емпіричне дослідження за допомогою опитувань і напівструктурованих інтерв'ю серед пацієнтів та медсестер, які працюють у відповідних відділеннях.
- Провести порівняльний аналіз отриманих даних і визначити основні чинники, що впливають на якість догляду та реабілітацію пацієнтів.
- Розробити оптимальний алгоритм роботи медсестри та сформулювати практичні рекомендації для підвищення якості післяопераційного догляду.

Основна частина. Виклад дослідницького матеріалу

- Дослідження виконано із застосуванням змішаного підходу, що поєднує кількісні методи (опитування 62 пацієнтів та 15 медсестер) і якісні методи (напівструктуровані інтерв'ю).
- Об'єктом дослідження є процес післяопераційного догляду за пацієнтами після лапароскопічних втручань в умовах хірургії одного дня.
- Суб'єктами дослідження виступають медсестринський персонал і пацієнти, що проходять дану операцію.
- Визначено як об'єктивні показники (час мобілізації – 45% протягом 1 години; 40 % – протягом 1-2 години, 15% – більше 2 годин; тривалість госпіталізації – 70 % виписані через 4-8 год; частота ускладнень – 90% відсутність серйозних ускладнень, 10 % – незначні ускладнення), так і суб'єктивні оцінки (рівень задоволеності пацієнтів, ефективність комунікації).

Основні результати дослідження:

- Пацієнти, які отримували оптимізований медсестринський догляд, демонстрували значно швидший перехід до ранньої мобілізації та скорочення часу перебування в стаціонарі.
- Виявлено, що своєчасне інформування та емоційна підтримка з боку медсестри сприяють зниженню тривожності і покращенню психологічного стану пацієнтів.
- Результати опитувань свідчать про високий рівень задоволеності пацієнтів, що безпосередньо корелює з ефективністю комунікації та оперативністю медсестринського реагування.
- Якісний аналіз інтерв'ю підтверджує, що інтеграція сучасних цифрових технологій і систем зворотного зв'язку значно підвищує ефективність контролю за станом пацієнтів.

Розроблений оптимальний алгоритм роботи медсестри

- Алгоритм включає чітку послідовність дій:
- **Підготовчий етап:** інформування пацієнтів, психологічна підготовка та встановлення контактів із хворими ще до операції.

- **Період госпіталізації:** оперативний моніторинг життєво важливих показників, своєчасне застосування анальгетиків і профілактичних заходів, рання мобілізація.
- **Постгоспітальний догляд:** організація амбулаторного спостереження, дистанційний моніторинг стану пацієнтів і регулярний зворотній зв'язок для корекції реабілітаційного плану.
- Запропонований алгоритм сприяє уніфікації процесів, підвищенню ефективності роботи медсестринського персоналу та забезпеченню індивідуального підходу до кожного пацієнта.

Практичні рекомендації

- Запровадження систематичних програм підвищення кваліфікації для медсестер із акцентом на специфіку догляду після лапароскопічних втручань.
- Використання сучасних цифрових технологій для оперативного моніторингу та зворотного зв'язку із пацієнтами, що дозволяє зменшити ризик ускладнень.
- Розробка стандартизованих інформаційних матеріалів та протоколів, що враховують індивідуальні особливості пацієнтів, для забезпечення комплексного післяопераційного догляду.
- Активізація міждисциплінарної взаємодії між медсестрами, лікарями та психологами для забезпечення пацієнтоцентричного підходу.
- Запровадження системи регулярного збору зворотного зв'язку для постійного вдосконалення процесу догляду.

Висновки

Проведене дослідження доводить, що якісний післяопераційний догляд за пацієнтами після лапароскопічних втручань є невід'ємною складовою успішної реабілітації та загального покращення результатів лікування. Роль медичної сестри в організації цього процесу є ключовою: завдяки систематизації робочих процесів, впровадженню сучасних технологій моніторингу та активному емоційному супроводу хворих, можна досягти значного покращення як клінічних показників, так і психологічного стану пацієнтів.

Запропонований інтегрований алгоритм роботи медсестри, що включає попереднє інформування, оперативний післяопераційний догляд, організацію виписки та постгоспітальне спостереження, демонструє свою ефективність у зниженні часу госпіталізації, частоти ускладнень та підвищенні задоволеності пацієнтів. Практичні рекомендації, сформульовані на основі отриманих результатів, мають значний потенціал для впровадження у клінічну практику, що дозволить створити єдині стандарти роботи медсестринського персоналу у хірургії одного дня.

В цілому, дослідження підкреслює важливість пацієнтоцентричного підходу та інтеграції інноваційних технологій для оптимізації роботи медсестри, що в кінцевому підсумку сприятиме підвищенню якості медичних послуг, зниженню економічних витрат та покращенню якості життя хворих. Результати роботи можуть бути використані як наукова база для розробки нових стандартів післяопераційного догляду та подальших досліджень у галузі оптимізації роботи медсестринського персоналу.

Таким чином, отримані дані та розроблений алгоритм роботи медсестри свідчать про значний позитивний вплив оптимізації післяопераційного догляду на загальні результати лікування, що є важливим кроком для сучасної системи охорони здоров'я. Інтеграція цих підходів у клінічну практику має потенціал для широкого впровадження та подальшого удосконалення процесів догляду за пацієнтами після лапароскопічних втручань, сприяючи більш ефективній реабілітації та підвищенню задоволеності хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. **Кравченко, О. В.** (2020). *Особливості перебігу післяопераційного періоду після однопортової лапароскопічної холецистектомії*. Дисертація, Запорізький державний медичний університет.
2. **Біляк, О. В.** (2023). *Які фактори впливають на терміни реабілітації після лапароскопічної холецистектомії*.
3. **Лисик, О. В.** (2020). *Роль медичної сестри в структурі надання медичної допомоги пацієнтам після лапароскопічної холецистектомії*. Кваліфікаційна робота, Тернопільський національний медичний університет.
4. **Zhou, H., Guo, H., He, L., Wang, Y., & Yu, X.** (2021). Effect of comfort nursing on postoperative quality of life, negative emotions, and nursing satisfaction in patients undergoing laparoscopic surgery. *American Journal of Translational Research*, 13(11), 12615–12622.
5. **AORN Journal.** (2015). Postoperative Care of Patients Undergoing Same-Day Laparoscopic Surgery. *AORN Journal*, 102(2), 192–203.

ДЕНЕКА О.,
студентка II-го курсу
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського
Науковий керівник:
ОЛІЙНИК Н.Ю.,
к.політ.н., доц.,
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

ВПЛИВ САМОСТІЙНОГО ДОГЛЯДУ НА ФІЗИЧНИЙ І ПСИХІЧНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ

Якість життя – це здатність людини функціонувати в суспільстві відповідно до свого соціального статусу й отримувати від цього задоволення. Зазвичай дослідників цікавлять не стільки загальні показники якості життя, скільки окремі її складові: задоволеність фізичним (рівень активності, здатність рухатися, можливість самообслуговування), психологічним (емоційний стан, відчуття щастя чи страждання), соціальним (участь у суспільному житті, наявність контактів, обмеження, пов'язані з навчанням, роботою чи відпочинком через стан здоров'я) і духовним благополуччям, а також загальне сприйняття власного здоров'я та благополуччя [1].

Найбільш повно та точно розкриває сутність якості життя визначення, сформульоване ВООЗ: «Якість життя – це сприйняття людиною своєї позиції у житті, у тому числі фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, а також рівня задоволення життям та іншими складовими психологічного комфорту» [2].

Саме тому самостійний догляд є важливим елементом сучасної системи охорони здоров'я, оскільки надає пацієнтам можливість активно залучатися до процесу підтримки та зміцнення власного здоров'я. Це сприятливо позначається на їхньому фізичному та психічному стані, підвищуючи якість життя, знижуючи ризик повторних загострень хвороб і сприяючи кращій адаптації до обмежень, пов'язаних із захворюванням.

Здатність пацієнта самостійно контролювати свій стан, виконувати призначення лікаря та проводити необхідні процедури суттєво впливає на його фізичне здоров'я. Навички самообслуговування дозволяють пацієнтам краще справлятися з такими хронічними захворюваннями, як діабет, серцево-судинні та респіраторні захворювання, знижуючи ризик ускладнень і рецидивів. Наприклад, для пацієнтів із цукровим діабетом регулярний самоконтроль

рівня глюкози в крові та дотримання рекомендацій щодо харчування та фізичної активності є важливими для підтримання стабільного стану та запобігання розвитку діабетичних ускладнень.

Крім того, самообслуговування сприяє підвищенню функціональних можливостей пацієнтів за рахунок підвищення їхньої рухливості, фізичної витривалості, а також зниженню ризику розвитку атрофії м'язів і загальної слабкості. Зокрема, літні пацієнти, які регулярно займаються фізичними вправами для підтримки м'язової сили та гнучкості, мають менший ризик падінь і пов'язаних з ними травм. Важливо й те, що пацієнти, які активно доглядають за собою, частіше дотримуються певного режиму, що сприяє швидшій реабілітації після операції чи гострих станів. Окрім фізичної користі, самообслуговування підтримує відчуття незалежності та контролю над власним здоров'ям, що позитивно впливає на психологічний стан та самопочуття пацієнтів [6].

У світі існує безліч психологічних розладів, серед яких можна виділити соматогенну депресію, що виникає внаслідок болісних відчуттів, спричинених соматичним захворюванням. Соматичне захворювання, що означає хвороби тіла, є безпосередньою причиною депресії, прискорює розвиток депресії при наявності відповідної схильності [3]. Депресія може розвинути як реакція на тяжке соматичне захворювання, яке зумовлене низкою психологічних, соціальних, особистісних, біологічних факторів, що містять об'єктивні параметри порушення рівня здоров'я [4]. Посилує депресію фізичний дискомфорт: біль, обмеження рухової активності, дефіцит самодогляду тощо [5].

Саме тому самотійний догляд має не менш важливий вплив і на психічний стан пацієнтів.

По-перше, це сприяє формуванню відчуття контролю над власним здоров'ям, що важливо для емоційної стабільності та впевненості в собі. Пацієнти, які можуть піклуватися про себе самотійно, часто почуваються більш незалежними та менш залежними від допомоги інших, що позитивно впливає на їхнє загальне самопочуття.

По-друге, самообслуговування знижує рівень тривожності та стресу, пов'язаних із захворюванням. Пацієнти, які отримують достатню кількість інформації та пройдуть навчання – почуватимуться більш впевненими при виконанні щоденних процедур і менш наляканими виникненням можливих ускладненнями. Наприклад, пацієнти з хронічними захворюваннями, які регулярно моніторять свій стан і знають, як діяти при його погіршенні, рідше відчувають тривогу, оскільки впевнені у своїй здатності зберігати стабільність здоров'я.

По-третє, самотійний догляд підтримує соціальну активність і комунікацію, що є важливим для збереження психічного здоров'я. Багато пацієнтів із хронічними захворюваннями стикаються з соціальною ізоляцією через обмеження, викликані хворобою. Однак навички самотійного догляду дозволя-

ють їм залишатися залученими в соціальне життя та підтримувати активність, що знижує ризик розвитку депресії та емоційного виснаження.

По-четверте, пацієнти, які мають навички самостійного догляду, стають активними учасниками процесу лікування. Вони краще розуміють свою хворобу, знають, які питання ставити лікарям, і ефективніше співпрацюють із медичним персоналом. Це сприяє підвищенню ефективності лікування, оскільки медичні працівники можуть розраховувати на свідомість і участь пацієнтів у виконанні рекомендацій.

Отже, самостійний догляд позитивно впливає як на фізичний, так і на психічний стан пацієнтів. Він сприяє кращому контролю над хронічними захворюваннями, зниженню ризику ускладнень, покращенню функціональної спроможності та підвищенню рівня незалежності. Крім того, він зменшує тривогу, підвищує впевненість і знижує соціальну ізоляцію, що сприяє збереженню психічного здоров'я. Медичний персонал відіграє вирішальну роль у підтримці цього процесу, забезпечуючи пацієнтів знаннями, навичками та емоційною підтримкою для розвитку успішного самостійного догляду.

ЛІТЕРАТУРА

1. Томчук Т. В. Вплив медсестринського догляду на якість життя паліативних пацієнтів / Т. В. Томчук, А. О. Боб, Г. О. Лукіна // Медсестринство. – №1. – 2017. – Режим доступу: <file:///C:/Users/User%20HP/Downloads/admin,+8487-31481-1-CE.pdf>
2. Ягенський А. В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А. В. Ягенський, І. М. Січкарук // Внутрішня медицина. – 2007. – № 3 (3). – С. 21–23.
3. Брацюнь О. П. Вплив міждисциплінарного підходу в наданні паліативної допомоги на якість життя паліативних пацієнтів (на прикладі роботи першого денного хоспісу в Україні) / О. П. Брацюнь, Г. М. Науменко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2016. – № 1. – С. 80–83.
4. Овсяннікова Я. О. Самооцінка та самотність: залежність і взаємозв'язок / Я. О. Овсяннікова, Т. Ю. Довбій // Психологічні науки. – 2011. – № 58. – С. 119–122.
5. Іванчук О. В. Вплив медсестринського догляду у подоланні депресивних станів пацієнтів хоспісу / О. В. Іванчук, К. М. Слободенюк, А. О. Боб // Медсестринство. – 2017. – № 4. – С. 12–15.
6. Martínez N. Self-care: A concept analysis / N. Martínez, C. D. Connelly, A. Pérez, P. Calero // International journal of nursing sciences. – 2021. № 8 (4). – P. 418-425. – Режим доступу: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013221000880>

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ШКІРНИХ ПОКРИВІВ ПРИ COVID-19.

Всесвітня організація охорони здоров'я 11 березня 2020 р. оголосила епідемію нового важкого респіраторного коронавірусного синдрому пандемією. Кількість захворілих у всьому світі невпинно зростає, інфекція являє собою серйозну загрозу здоров'ю, особливо у людей похилого віку, дітей, хворих, у яких спостерігаються ознаки імунодефіцитного стану та наявності супутніх захворювань.

У теперішній час зростає кількість повідомлень і результатів попередніх спостережень, які вказують, що вірус COVID-19 може також вражати шкіру. Ураження шкіри, починаючи від «ковідних пальців» до кропив'янки, можуть бути потенційними ознаками коронавірусу. Потік відомостей щодо шкірних проявів коронавірусної інфекції спонукає до розробки класифікації зазначених уражень. [1]

Частоту і появу шкірних симптомів COVID-19 визначити складно. Також невідомий зв'язок між деякими шкірними симптомами і тяжкістю захворювання. Крім того, не можна виключати, що у деяких пацієнтів ураження шкіри можуть бути проявом реакції на численні методи лікування COVID-19.

Ураження шкіри часто є реакцією організму на вірусні інфекції. Однак, у випадку з COVID-19, лікарів дивує різноманітність висипань на шкірі, часу їх появи і розташування. Ураження шкіри, пов'язані з COVID-19, виникають на різних частинах тіла, наприклад, навколо рота, тулуба, кінцівок, ніг і рук. Вони не завжди супроводжуються свербінням. [3]

Ураження шкіри при коронавірусній інфекції, що спричиняється вірусом SARS-CoV-2, розподіляють на сім категорій.

До першої категорії відносять ангіти шкіри, що обумовлені безпосередньо COVID-19 інфекцією, на фоні якої відбувається ураження стінок дрібних судин дерми циркулюючими у крові імунними комплексами. Ангіти локалізуються на шкірі верхніх і нижніх кінцівок. Вони схожі на обмороження, болісні, сверблячі. Такі прояви переважно бувають у молодих пацієнтів із легким перебігом захворювання, проявляються на пізніх стадіях і тривають приблизно 12 днів.

До другої категорії належать папульозно-везикульозні висипи, які характеризуються гострими клінічними проявами у вигляді вітряної віспи, більш

схожі на пітницю, що відбуваються на фоні високої температури та підвищення потовиділення.

До третьої категорії шкірних проявів спеціалісти відносять рожевий лишай і папулосквамозні висипки, що являють собою інфекційно-алергічні ураження шкіри, асоційовані з COVID-19 інфекцією. Клінічною особливістю рожевого лишая в даному разі є відсутність материнської бляшки.

До четвертої категорії відносять кореподібний висип.

До п'ятої – токсикодермії. Цей висип пов'язаний з індивідуальною непереносимістю пацієнтів певних груп препаратів.

До шостої категорії шкірних проявів коронавірусної інфекції вчені відносять кропив'янку, що в деяких випадках може бути провісником початку COVID-19.

До останньої (сьомої) категорії можна віднести артіфіціальні (трофічні) зміни тканин обличчя, які виникли у пацієнтів на штучній вентиляції легень і через тривале лежання на животі. [1]

Втрата нюху чи смаку – не єдиний симптом COVID-19, який не вписується у звичну клінічну картину ГРВІ. Дерматологи з різних країн світу збирають дані про ті прояви недуги, які донедавна не потрапляли у поле зору науковців – від висипань на шкірі до псевдообморожень.

Лікарі наголошують: потрібно провести ще багато досліджень. Проте вже сьогодні зрозуміло: SARS-CoV-2 (вірус, який викликає COVID-19) може також уражати найбільший орган нашого тіла – шкіру. В деяких випадках це перший прояв зараження SARS-CoV-2, тому дерматологам необхідно особливо уважно ставитися до своїх пацієнтів під час пандемії. Серйозні шкірні прояви спостерігаються при важкому перебігу хвороби, їх можна використовувати для діагностики стадії хвороби. [2]

Лікарі з Іспанської академії дерматології проаналізували 375 випадків шкірних уражень при COVID-19. За їхніми висновками серед пацієнтів з COVID-19, в яких спостерігаються ураження шкіри:

- у 19% виявляють акральні (розташовані на кінцівках) ділянки еритеми (почервоніння) з везикулами (пухирцями) або пустулами (гноячками);
- у 9% – інші везикулярні прояви;
- у 47% – макулопапулярні (плямисті) ураження;
- у 19% – сітчасте ліведо (короткочасне збліднення або плямистість шкіри, як результат спазму її судин);
- у 6% – некрози шкіри. [2]

Висипання на шкірі можуть з'являтися в різні терміни захворювання: від перших годин до середини 2-го тижня хвороби.

Основні причини появи висипань наступні:

- інфекційно-алергічне ураження судин;
- високий рівень прозапальних цитокінів;
- на тлі комбінованої медикаментозної терапії зростає ризик виникнення лікарських алергічних реакцій.

Пацієнти зі шкірними проявами були розбиті на наступні групи:

Перша група – 19 % випадків. Були віднесені заражені з почервонінням, міхурами і гнійниками на пальцях рук і ніг (акральні ділянки набряклої еритеми). Особливо варто відзначити, що такі симптоми з'являлися у більш молодих пацієнтів, а також у пацієнтів із легким перебігом хвороби. На пальцях рук та ніг людей з підтвердженим коронавірусом з'являються червоні або рожеві горбики. Вони не викликають свербіжу, проте можуть бути досить болючими. Через деякий час висип на шкірі проходить, однак на його місці починає відлущуватися шкіра. Вчені дослідили, що симптом «ковідних пальців» зберігається протягом двох тижнів, але були поодинокі випадки, коли висип зберігався на шкірі впродовж 130-150 днів.

Друга група – 9 % пацієнтів – везикулярний висип. У них спостерігалася поява невеликих пухирів на тулубі та інших частинах тіла.

Третя група – уртикарні висипання – 19 % випадків. Виявляються переважно на торсі, але можуть поширюватися і на інші частини тіла. У деяких випадках виявлялися на поверхні кисті.

Четверта група – найчастіше найчастіше зустрічається – 47 % випадків. У хворих з'являвся плямисто-папульозний висип – невеликі червоні папули, які мають схожість із рожевим лишаєм. Іноді висипання супроводжувалися пурпурою. [2]

На тлі зараження COVID-19 у дерматологічних пацієнтів можуть загострюватися їх хронічні дерматози або ускладнюватися під час перебігу захворювання.

Псоріаз – його ускладненнями при зараженні COVID-19 можуть бути:

- загострення хронічного перебігу хвороби, перехід у прогресуючу стадію;
- псоріатична еритродермія. Функції епідермісу при цьому сильно порушені, потові і сальні залози погано працюють і виникає великий ризик приєднання вторинних інфекцій;
- псоріатичний артрит. У хворих спостерігається підвищення больового синдрому в суглобах, лихоманка, нездужання. С – реактивний протеїн найчастіше підвищений і відображає активність запального процесу. Перебіг псоріазу на шкірі не пов'язаний із перебігом артрити.

Атопічний дерматит – найпоширенішим проявом є приєднання вторинної інфекції – піодермії. Викликають і підтримують запалення мікроорганізмів.

нізми, які живуть на поверхні шкіри, – грампозитивні бактерії (пропіоніформні, коринеформні, епідермальні стафілококи, мікрококи, стрептококи), дріжджоподібні гриби роду *Malassezia* і *Candida*. Прояви уражень різноманітні – багатоформна еритема, гнійничкові ураження, виразково-некротичні. Вони характеризуються значним погіршенням загального стану хворого, серйозними ускладненнями, аж до сепсису.

Трофічні зміни тканин обличчя, які виникають у пацієнтів, що перебувають на ШВЛ та при тривалому перебуванні в лежачому положенні на животі. [2]

Висип як прояв дитячого запального мультисистемного синдрому (англ. PIMS) після COVID-19 у дітей може з'явитися на шкірі дитини до 2-4 тижнів після зараження і вказувати на розвиток дитячого запального мультисистемного синдрому, пов'язаного з COVID-19. PIMS з мультиформним запальним синдромом у дітей інколи виникає після інфекції COVID-19, часом навіть після безсимптомного її преребігу. Найчастіше PIMS зустрічається у школярів, віком близько 9 років. У випадку дітей, ураження шкіри можуть мати вигляд червонуватих папул, що нагадує інші вірусні екзантеми. Папули можуть з'являтися на обличчі і спині, а протягом 3-5 днів зникати спонтанно. [3]

ЛІТЕРАТУРА

1. <https://amnu.gov.ua/urazhennya-shkiry-asociziovani-z-gostroyu-respiratornoyu-hvoroboyu-covid-19/>
2. <https://www.bsmu.edu.ua/blog/zminy-shkiry-pry-covid-19/>
3. <https://medicover.ua/koronavirus/wysypka.html>

ШТУНЬ К. В.,
студентка □-го курсу
спеціальності «223 Медсестринство»
Волинський медичний інститут
Науковий керівник:
КАЛИНЧУК С.В.,
к.мед.н., доц.,
Волинський медичний інститут

РОБОТА МЕДСЕСТРИ З РІЗНИМИ ПСИХОТИПАМИ ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Вступ (актуальність)

Онкологічні захворювання є однією з найбільших проблем сучасної медицини, яка потребує не лише ефективного лікування, але й професійного догляду та психологічної підтримки. Пацієнти з онкологічними діагнозами часто стикаються зі стресом, страхом та емоційним виснаженням, що може впливати на результати терапії. Різні психотипи пацієнтів реагують на діагноз і процес лікування по-різному, тому важливо, щоб медична сестра володіла навичками ефективної взаємодії з хворими залежно від їхніх психологічних особливостей.

Медсестринський догляд за онкохворими має бути не тільки професійним у медичному сенсі, а й орієнтованим на потреби кожного пацієнта. Знання психотипів пацієнтів дозволяє медичній сестрі коригувати стиль спілкування, ефективніше підтримувати хворого на всіх етапах лікування, підвищуючи рівень довіри та покращуючи результати терапії.

Дане дослідження спрямоване на аналіз психоемоційних особливостей онкологічних пацієнтів, виявлення оптимальних підходів до догляду за ними, а також розробку алгоритму роботи медичної сестри з хворими різних психотипів.

Основна частина. Виклад дослідницького матеріалу

Мета та завдання дослідження

Мета дослідження:

- Визначити особливості поведінкових реакцій онкологічних пацієнтів різних психотипів.
- Дослідити вплив індивідуального підходу медичної сестри на рівень адаптації пацієнта до хвороби та лікування.
- Розробити алгоритм ефективної взаємодії медичної сестри з пацієнтами залежно від їхнього психотипу.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до класифікації психотипів пацієнтів.

2. Визначити особливості комунікації та емоційних реакцій онкохворих.
3. Провести анкетування медичних сестер та онкологічних пацієнтів щодо ефективності різних стратегій комунікації.
4. Визначити основні психологічні та комунікативні методи, які допомагають покращити адаптацію онкохворих до лікування.
5. Розробити рекомендації щодо індивідуалізованого догляду та комунікації медичної сестри з онкохворими.

Методологія дослідження

Дослідження базувалося на змішаному підході, що включає:

- Аналіз літературних джерел (вітчизняні та зарубіжні дослідження щодо психотипів онкохворих та ролі медсестри в їхньому догляді).
- Анкетування 65 онкологічних пацієнтів, які перебували на лікуванні у стаціонарних та амбулаторних умовах, для визначення їхнього психоемоційного стану та рівня комунікативного комфорту.
- Опитування 20 медичних сестер, що працюють у відділеннях онкології, щодо труднощів у комунікації з пацієнтами та ефективних методів взаємодії.
- Проведення напівструктурованих інтерв'ю для виявлення практичного досвіду роботи з онкохворими різних психотипів.

Основні результати дослідження

Аналіз отриманих даних дозволив виділити основні психотипи онкологічних пацієнтів та визначити специфіку догляду за кожною групою:

1. **Тривожний тип** – схильний до страху, часто ставить багато запитань, переживає за кожен етап лікування.
 - **Підхід медичної сестри:** забезпечення чіткої, спокійної комунікації, пояснення процедур, підтримка та запевнення у позитивній динаміці лікування.
2. **Депресивний тип** – проявляє пригніченість, пасивність, може уникати спілкування.
 - **Підхід медичної сестри:** тактовна мотивація до активного залучення у процес лікування, підкреслення позитивних змін, залучення психолога.
3. **Агресивний тип** – може проявляти злість, роздратування, недовіру до медперсоналу.
 - **Підхід медичної сестри:** збереження спокою, уникнення конфліктних ситуацій, забезпечення структурованої комунікації.
4. **Пасивний тип** – приймає хворобу фаталістично, не проявляє ініціативи в лікуванні.
 - **Підхід медичної сестри:** поступове залучення до лікувального процесу, пояснення важливості кожного етапу терапії.
5. **Оптимістичний тип** – мотивований, активно взаємодіє з медперсоналом.

- **Підхід медичної сестри:** підтримка позитивного настрою, заохочення до участі у соціальній активності, групах підтримки.

Висновки

Результати дослідження довели, що ефективність догляду за онкологічними пацієнтами значною мірою залежить від психотипу хворого та правильного підходу медичної сестри до взаємодії. Індивідуалізація медсестринського догляду дозволяє не тільки покращити психологічний стан пацієнтів, але й підвищити їхню прихильність до лікування, що позитивно впливає на результати терапії.

Розроблений у ході дослідження **алгоритм взаємодії медичної сестри з онкохворими різних психотипів** містить такі ключові аспекти:

- Визначення психоемоційного стану пацієнта на початкових етапах лікування.
- Використання індивідуальних комунікативних стратегій для кожного психотипу.
- Організація професійної психологічної підтримки для медичного персоналу з метою профілактики емоційного вигорання.
- Впровадження регулярних навчальних програм для медичних сестер щодо психології онкологічного пацієнта.

Практичне значення дослідження полягає у розробці рекомендацій для медсестринського персоналу, що сприяють **підвищенню рівня довіри між медсестрою та пацієнтом, покращенню якості догляду та покращенню загального самопочуття хворих.**

Таким чином, дослідження підтверджує, що **оптимізація взаємодії медичної сестри з онкологічними пацієнтами різних психотипів є важливим напрямом розвитку сучасного медсестринства.** Подальші дослідження у цій сфері можуть бути спрямовані на розробку спеціальних тренінгових програм для медичних сестер та оцінку довгострокових результатів психологічної підтримки онкохворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шевченко, М. О. (2011). *Онкологічне медсестринство: теорія та практика.*
2. "Ефективна комунікація з онкохворими: 4 універсальні поради для медсестер" https://emedsestra.expertus.com.ua/839616?utm_source
3. Іваненко, Л. М. (2009). *Основи онкологічного догляду.* Київ: «Медична література».
4. Ferrell, B., Coyle, N., & Paice, D. (2010). *Textbook of Cancer Nursing (5th ed.).* Elsevier Health Sciences.
5. Oncology Nursing Society. (2016). *Core Curriculum for Oncology Nursing (4th ed.).* Oncology Nursing Society.

ДУБАН С.
Студентка I-го курсу
спеціальності 223 Медсестринство
Львівська медична академія
ім.Андрея Крупинського
Науковий керівник:
ЯРЕМЧУК О.В.
к.держ.упр.,
Львівська медична академія
ім.Андрея Крупинського

РОЛЬ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ У ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ

У сучасній медицині роль медичних сестер та братів є невід'ємною частиною лікувально-діагностичного процесу. Вони не лише виконують лікувальні призначення лікарів, але й відіграють ключову роль у догляді за пацієнтами, моніторингу їх стану, наданні першої медичної допомоги та підтримці психологічного комфорту. Традиційно діагностика розглядалася як обов'язок лікаря, окремий від того, що можуть робити медсестри відповідно до сфери їх діяльності; однак медсестри завжди робили внесок у діагностичний процес[1,2].

Професія медичних сестер/братів поєднує в собі численні людські та професійні якості, серед яких важливими є людяність та емпатія. Коли люди потребують допомоги медичних сестер/братів, вони очікують не тільки медичних знань і професіоналізму, але й чуйного ставлення, співчуття та душевної теплоти. Медичний працівник повинен бути врівноваженим, терплячим, спокійним та впевненим у свої професійних діях. Також важливо мати нестандартне мислення, здатність до швидкої реакції та уміння ефективно працювати в екстрених ситуаціях.

Медичні сестри та брати є важливою ланкою в системі охорони здоров'я, без якої неможливе формування, підтримка, збереження і відновлення здоров'я громадян. Але сучасна сестринська справа вже не обмежується лише доглядом за хворими, як це було раніше. Зараз функції медичної сестри/брата включають зміцнення здоров'я пацієнтів, профілактику захворювань, навчання пацієнтів самодогляду та забезпечення максимальної незалежності відповідно до їх можливостей і стану здоров'я, а також надання психосоціальної допомоги всім верствам населення. У всьому світі медичні сестри та брати становлять більшість працівників охорони здоров'я і забезпечують до 80 % обсягу

допомоги пацієнтам. Саме від них часто залежить процес одужання. Майже кожна медична послуга надається із залученням медичної сестри або брата. Сучасний пацієнт очікує якісних медичних послуг, тому це вимагає від медичних сестер/братів здобуття нових знань і професійних навичок, уміння забезпечувати індивідуальний підхід до кожного пацієнта та продуктивну співпрацю з його родиною, уміння самостійно оцінити його стан і потреби, встановити медсестринський діагноз, уміння користуватись сучасною медичною апаратурою, цікавитись новітньою медичною інформацією та останніми досягненнями у медицині.

У багатьох розвинених країнах традиційний підхід до професії медичної сестри, як помічника лікаря, змінився у бік більшої самостійності та відповідальності. Медичні сестри/брати відіграють все більшу роль при наданні висококваліфікованої допомоги пацієнтам із хронічними хворобами та тяжкими станами, такими як цукровий діабет, бронхіальна астма, серцева недостатність, деякі психічні захворювання. У медичних центрах Швеції пацієнта спочатку оглядає медична сестра, яка потім скеровує його до лікаря загальної практики або в лікарню. У Фінляндії 80 % пацієнтів попередньо консультують медичні сестри, а потім, за потреби, скеровують на прийом до лікаря. Лікарі загальної практики не відвідують пацієнтів вдома, за винятком рідкісних випадків, тому цю роботу виконують підготовлені медичні сестри.

Вітчизняне медсестринство сьогодні потребує вирішення актуальних питань на державному рівні, застосування комплексного підходу, що включає зміну системи управління, чітке визначення функціональних обов'язків медичних сестер/братів-молодших спеціалістів, медичних сестер/братів-бакалаврів та медичних сестер/братів-магістрів; перегляд норм навантаження на медичних сестер/братів, які б відповідали сучасним вимогам, більш якісний та сучасний рівень освіти медичних сестер/братів, розширення медичних практик, удосконалення умов праці. У проекті Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, представленому Міністерством охорони здоров'я України, передбачається стимулювання нових форм безперервного розвитку медичних працівників та розширення кваліфікаційних вимог до медичних сестер/медичних братів. Посилення ролі медичної сестри/брата через розширення її повноважень може стати важливим кроком у підвищенні якості та доступності медичної допомоги в Україні.

В Україні сьогодні працює понад 300 тисяч медичних сестер/братів, і наразі в державі не вистачає ще до 100 тисяч медичних сестер/братів, особливо у відділеннях з тяжкими хворими. Така ситуація із кадровим забезпеченням є негативною як для хворого, так і для медичної сестри, бо такі умови роботи є надзвичайно емоційно і фізично виснажливими. Вони позначаються на психоло-

гічному стані фахівців, провокують виникнення у них хронічного стресу. Тому зараз дуже гостро стоїть проблема професійного вигорання як медичних сестер/братів, так і іншого медичного персоналу.

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

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

Ще однією вимогою сьогодення є навчання медпрацівників у сферах фізичної та ментальної реабілітації. Зараз є величезна потреба в фахівцях з відновлення та в самій медичній реабілітації. І те, що деякі нації пройшли за десятки років, ми маємо вивчити вже прямо зараз. Перше, що ми повинні зробити – це навчитися працювати за сучасними стандартами, приділяти багато часу й зусиль професійному розвитку й самовдосконаленню. Сподіваємось, що зі свого боку держава також створить можливості для підвищення престижу професії медичної сестри [3].

Давайте розглянемо, які функції в закладах охорони здоров'я виконують сестри та брати медичні:

- Медичні сестри та медичні брати розробляють індивідуальні плани догляду, враховуючи потреби пацієнтів та призначення лікарів. Вони також координують роботу з іншими членами медичної команди.

- Постійний моніторинг показників життєдіяльності пацієнтів (артеріальний тиск, пульс, температура, рівень кисню в крові) дозволяє своєчасно виявити будь-які відхилення та реагувати на них.
- Медичні сестри та медичні брати виконують різноманітні медичні процедури, такі як внутрішньовенні ін'єкції, перев'язки, взяття біоматеріалів на лабораторні дослідження та інші маніпуляції.
- Пацієнти часто відчують стрес та тривогу під час лікування. Медичні сестри та медичні брати надають психологічну підтримку, допомагаючи пацієнтам справитися з емоційними труднощами.
- Медичні сестри та медичні брати інформують пацієнтів та їх родичів про стан здоров'я, методи лікування та догляд, що значно покращує комплаєнтність пацієнтів.

Оскільки медсестри витрачають більшу частину свого часу на безпосередній догляд за пацієнтами, вони найбільше присутні біля ліжка будь-якого члена команди охорони здоров'я та можуть виявити або дізнатися інформацію, яка є невід'ємною частиною встановлення точного та своєчасного діагнозу.[4]. Медичні сестри/брати та інші члени команди догляду також забезпечують важливий моніторинг і нагляд за станом пацієнтів, що може допомогти клініцистам підтвердити їхні робочі діагнози або розглянути альтернативні діагнози/

Підсумовуючи вище вказане, медичні сестри та медичні брати є важливими членами медичної команди, які забезпечують високоякісну медичну допомогу та догляд за пацієнтами. Їх професіоналізм та відданість справі значно впливають на результати лікування та загальне здоров'я пацієнтів. Вони не лише виконують призначення лікарів, але й вносять свій неоціненний внесок у поліпшення якості життя пацієнтів під час лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Cahill M, Gleason K, Harkless G, Stanley J, Graber M. Регуляторні наслідки залучення зареєстрованих медсестер до діагностики. *J Nurs Regul.* 2019;10(2):5-10. doi: 10.1016/S2155-8256(19)30110-3 (дата звернення 11.02.2025 року)
2. Глісон К.Т., Девідсон П.М., Таннер Е.К., Баптіст Д., Раштон К., Дей Дж., Сойер М., Бейкер Д., Пейн Л., Гіммельфарб CRD, Ньюман-Токер Д.Е. Визначення критичної ролі медсестер у запобіганні діагностичним помилкам: концептуальна основа та заклик до дії. *Діагностика (Берль).* 2017;4(4):201-210. doi: 10.1515/dx-2017-0015 (дата звернення 11.02.2025 року)
3. URL: <http://uoz.gov.ua/2024/05/10> (дата звернення 12.02.2025 року)
4. Консідайн Дж. Медсестри, діагностика та діагностична помилка. *Діагностика.* 2017;4(4):197-199. doi: 10.1515/dx-2017-0027(дата звернення 10.02.2025 року)

МИШКО О.М.
студентка 2 курсу
спеціальності 223 Медсестринство
Волинський медичний інститут
Науковий керівник
ВАЛЕЦЬКИЙ Ю.М.
д. мед. н., проф.,
Волинський медичний інститут

АНАЛІЗ ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ ТА ОЦІНКА МІКРОФЛОРИ НОСОГЛОТКИ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Вступ. Проблема антибіотикорезистентності має глобальні масштаби і загрожує повернути нас у доантибіотичну еру. Нераціональне використання антибіотиків, як у медицині, так і в тваринництві, призводить до появи бактерій, стійких до дії цих препаратів. Це означає, що навіть незначні інфекції можуть стати смертельними, а хірургічні операції – надзвичайно ризикованими. Крім того, антибіотикорезистентність завдає значної шкоди економіці, збільшуючи витрати на охорону здоров'я, знижуючи продуктивність праці та гальмуючи розвиток багатьох галузей. Щоб протистояти цій загрозі, необхідно вживати комплексних заходів, включаючи посилення контролю за використанням антибіотиків, розробку нових препаратів, а також проведення масштабних освітніх кампаній.

Антибіотикорезистентність є глобальною проблемою в галузі охорони здоров'я. За оцінками, до 2050 року резистентні до ліків інфекції спричинять смерть 10 мільйонів людей і глобальних економічних втрат у розмірі 60-100 трильйонів доларів США, якщо рівень резистентності до антибіотиків продовжуватиме зростати такими ж темпами, як зараз.

Зростання бактеріальної резистентності є поширеним явищем серед інфекцій дихальних шляхів (ІДШ). Найчастішими збудниками ІДШ є *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* та *Escherichia coli* [8]. ІДШ є однією з основних причин глобальної захворюваності та смертності. На сьогоднішній день призначення антибіотиків при ІДШ стало поширеною помилкою серед багатьох лікарів [6,7]. Ця практика ще більше збільшує появу антибіотикорезистентних штамів бактерій. Окрім збільшення несприятливих наслідків, це призводить до збільшення вартості лікування, використання ресурсів та збільшення кількості консультацій з лікарями [6-8].

За мету дослідження було поставлено визначити мікробіологічний профіль верхніх дихальних шляхів у пацієнтів з гострими респіраторними захворюваннями та з'ясувати чутливість виділених мікроорганізмів до антибіотиків.

Було обстежено 100 осіб. Середній вік респондентів становив $33,48 \pm 1,12$ років. Розподіл за статтю: 51 жінка та 49 чоловіків. У експериментальній групі були діагностовані такі захворювання:

- хронічний тонзиліт у стадії загострення – 39%;
- хронічний фарингіт у стадії загострення – 29%;
- гострий фарингіт – 20%;
- гострий тонзиліт – 6%;
- хронічний ларингофарингіт у стадії загострення – 4%;
- хронічний риніт у стадії загострення – 2%.

Зразки біологічного матеріалу для дослідження були отримані з носа та зіву. Досліджувані особи мали клінічні ознаки гострого респіраторного захворювання (гострий риніт, гострий тонзиліт, гострий трахеїт та гострий фарингіт), які поєднувалися із проявами інтоксикації (підвищення температури тіла, втомлюваність, погіршення апетиту, втомлюваність). Також критерієм включення до експериментальної групи була наявність у досліджуваних лейкоцитозу у загальному аналізі крові (понад $10 \times 10^9/\text{л}$), що підтверджувало бактеріальну етіологію інфекції.

Зразки мікрофлори носоглотки були досліджені на наявність домінуючих патогенів та їхню чутливість до основних антибіотиків. На чашки Петрі з поживним середовищем Мюллера-Хінтона був нанесений інокулюм досліджуваного мікроорганізму за допомогою стерильного аплікатора. Далі, на поверхню середовища, засіяну культурою, були асептично накладені диски, просочені різними антибіотиками, на відстані 2 см один від одного та від краю чашки. Чашки Петрі були інкубовані в термостаті при температурі 37°C протягом 18 годин у перевернутому положенні [12]. Такий підхід дозволив визначити спектр антимікробної активності досліджуваних антибіотиків відносно тестованого мікроорганізму.

Результати дослідження ґрунтувалися на вимірюванні діаметрів зон затримки росту навколо дисків з антибіотиками. Залежно від розмірів цих зон, досліджувані штами мікроорганізмів були класифіковані як чутливі, малочутливі або стійкі (резистентні) до відповідних антибіотиків. Для кількісної оцінки чутливості мікроорганізмів до антибіотиків вимірювали діаметри зон затримки росту навколо дисків. Ці вимірювання проводили за допомогою спеціалізованої лінійки, яка дозволяла точно визначити розміри зон і, відповідно, ступінь пригнічення росту мікроорганізмів під впливом антибіотиків.

Для забезпечення точності отриманих результатів і правильності висновків було застосовано методи варіаційної статистики, що включають обчислення середніх величин, стандартних відхилень, а також побудову графіків для наочності та аналізу.

У дослідженні було проведено аналіз чисельності та чутливості до антибіотиків домінуючої мікрофлори, виділеної з біозразків з носа та зіву. Основним представником мікрофлори в загальній вибірці був *Staphylococcus aureus* (рис. 1). Чисельність *Staphylococcus aureus* у біозразках з носу варіювала в межах від 10^2 до 10^6 , із середнім значенням 134×10^3 . Аналіз чутливості до антибіотиків показав, що: 17,65% зразків були стійкими до тетрацикліну, нітрофурантоїну, лінезоліду, триметоприм-сульфаметоксазолу, міноцикліну та хлорамфеніколу; 44% зразків мали малу чутливість до амікацину та цефокситину; 76% зразків виявилися чутливими до лінезоліду, еритроміцину, тетрацикліну та норфлуксацину.

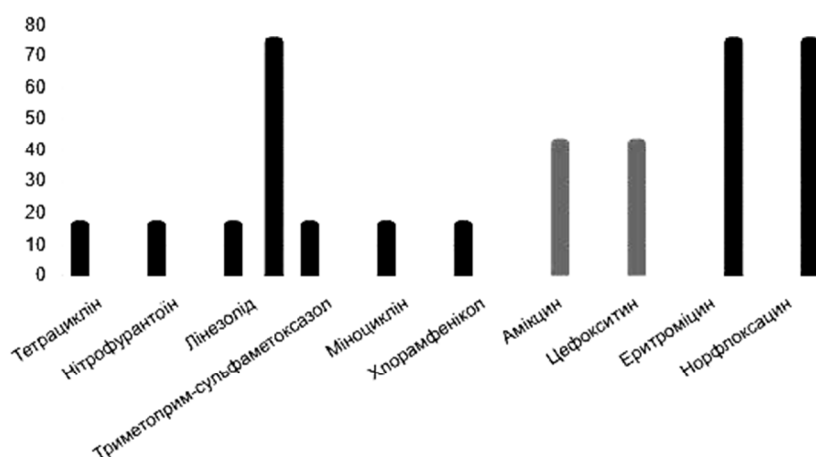


Рис. 1. Рівень чутливості до антибіотиків серед штамів *Staphylococcus aureus*. Графік показує розподіл біозразків за трьома категоріями: стійкі до антибіотиків (чорний), мало чутливі (світло-сірі) та чутливі (темно-сірі) для різних антибіотиків.

Таким чином, проблема антибіотикорезистентності у *Staphylococcus aureus* в контрольній групі є значною, оскільки певна частина ізолятів є стійкими до кількох антибіотиків. Однак, велика частина біозразків показує чутливість до таких препаратів, як лінезолід та еритроміцин, що забезпечує можливість вибору ефективної терапії. Тому варто звернути увагу на періодичне тестування чутливості мікроорганізмів до антибіотиків та розробку стратегії раціонального використання антибіотиків, щоб мінімізувати ризик розвитку стійких штамів.

Другим найбільш поширеним видом мікрофлори був *Streptococcus beta-haemolyticus* чисельність якого варіювала від 10^3 до 10^6 (середнє значення

189×10⁴). Аналіз чутливості до антибіотиків виявив: 9 % зразків були стійкими до триметоприм-сульфаметоксазолу; 41,3% мали малу чутливість до аміцикліну, нітрофурантоїну та еритроміцину; 96,5% показали високу чутливість до міноцикліну, офлоксацину, моксифлоксацину, лінезоліду та норфлоксацину .

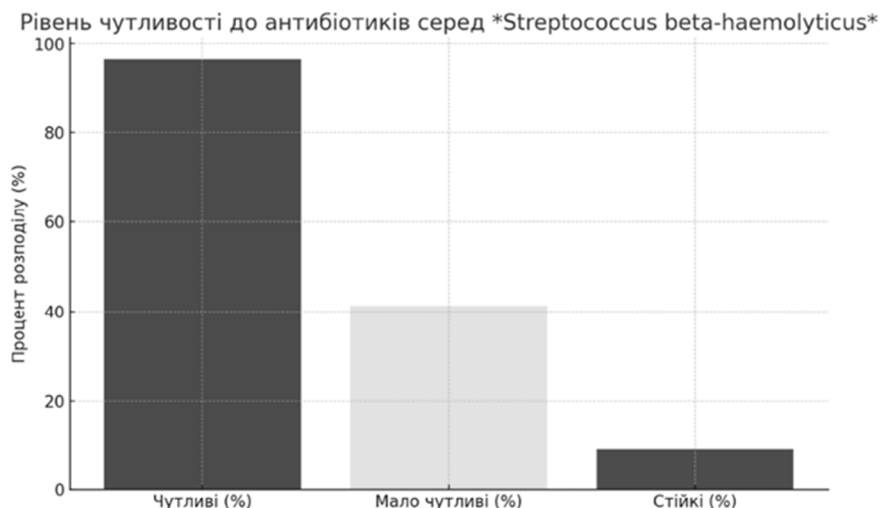


Рис. 2. Рівень чутливості до антибіотиків серед *Streptococcus beta-haemolyticus* із мазків з носа

Порівняно з *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus beta-haemolyticus* має більш високу чутливість до антибіотиків, зокрема до міноцикліну, офлоксацину та лінезоліду. Проблеми з антибіотикорезистентністю обмежуються лише деякими препаратами, як триметоприм-сульфаметоксазол, аміциклін і еритроміцин. Загалом, більшість штамів *Streptococcus beta-haemolyticus* виявляються чутливими до основних антибіотиків, що дозволяє успішно лікувати інфекції, викликані цими бактеріями. Ці дані підкреслюють важливість вибору антибіотиків, що підходять для конкретного мікроорганізму, для оптимізації лікування та запобігання розвитку резистентності.

Аналіз біозразків з зівки показав більшу видову різноманітність, порівняно з носовими пробами. Основними представниками мікрофлори були:

- *Staphylococcus aureus* – у 41% біозразків;
- *Streptococcus beta-haemolyticus* – у 36 % біозразків;
- *Candida albicans* – у 15% біозразків;
- *Escherichia coli* – у 8 % біозразків

Чисельність *Staphylococcus aureus* варіювала від 10¹ до 10⁶ із середнім значенням 124×10³. Чутливість зразків показала: 28,57% були стійкими до амікацину, лінезоліду, тетрацикліну, еритроміцину та цефокситину; 27,57% мали малу чутливість до міноцикліну та нітрофурантоїну; 82% виявилися чутливими до лінезоліду та еритроміцину.

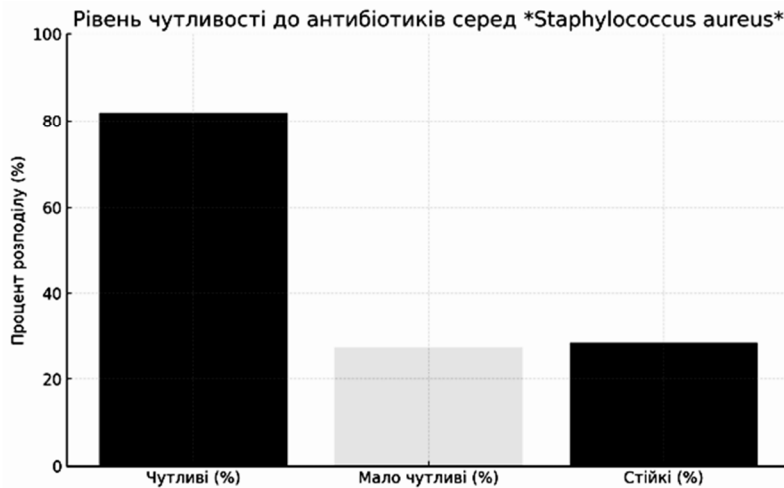


Рис. 3. Рівень чутливості до антибіотиків серед *Staphylococcus aureus* виділених із зіву.

Таким чином, виявлено певну частку стійких і мало чутливих ізолятів *Staphylococcus aureus*, що вказує на розвиток антибіотикорезистентності до деяких препаратів. Проте, більшість штамів залишаються чутливими до лінезоліду та еритроміцину, що дозволяє ефективно лікувати більшість інфекцій. Періодичний моніторинг чутливості до антибіотиків є важливим для оптимізації лікування та боротьби з антибіотикорезистентністю.

На мазках із носа *Candida albicans* мала чисельність від 10^2 до 10^4 (середнє значення 44×10^3), демонструючи: 14% стійкість до еконазолу; 42,85% малу чутливість до ністатину та міконазолу; 100% чутливість до флюконазолу.

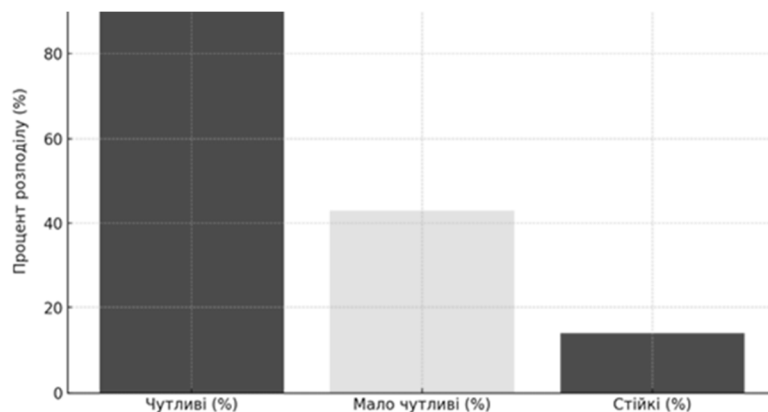


Рис. 4. Рівень чутливості до протигрибкових препаратів серед *Candida albicans*

Як видно із графіку, *Candida albicans* демонструє високу чутливість до флюконазолу (100%), що робить його першочерговим вибором для лікування інфекцій цього виду. Водночас, стійкість до еконазолу та мала чутливість до ністатину і міконазолу вказують на можливі труднощі в лікуванні з використанням

цих препаратів. Отримані дані підкреслюють важливість тестування чутливості до препаратів для підбору найбільш ефективної терапії при лікуванні інфекцій, спричинених *Candida albicans*.

На мазках із зіву *Escherichia coli* мала чисельність від 10^2 до 10^5 (середнє значення 52×10^3). Чутливість до антибіотиків показала: 25% стійкість до ампіциліну; 50% малу чутливість до норфлораксацину; 100% чутливість до лінезоліду та нітрофураатоїну.

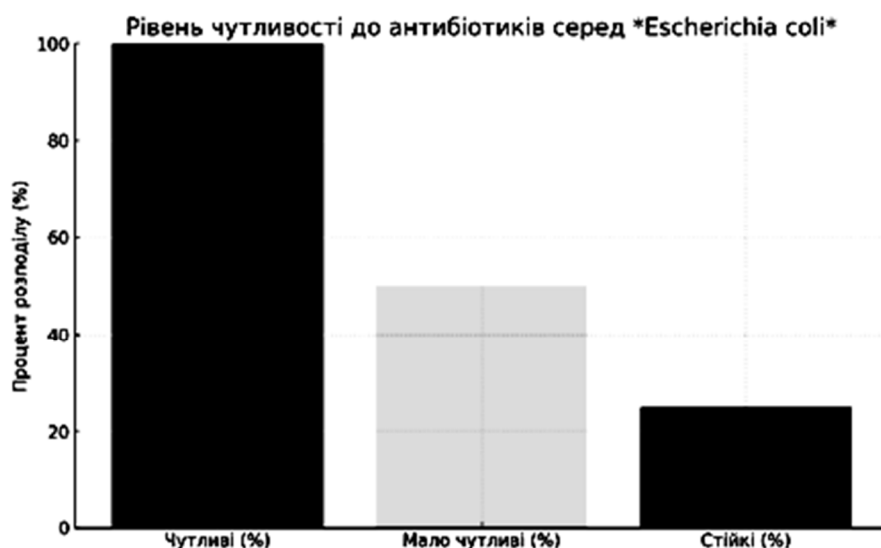


Рис. 5. Рівень чутливості до антибіотиків серед *Escherichia coli*.

Отже, чутливість до лінезоліду та нітрофураатоїну виявляється дуже високою (100%), що робить ці препарати ефективними для лікування інфекцій, спричинених *Escherichia coli*. Стійкість до ампіциліну та мала чутливість до норфлораксацину вказують на необхідність обережного вибору антибіотиків і можуть вимагати застосування альтернативних препаратів для деяких штамів. Загалом, хоча є певні труднощі з ампіциліном і норфлораксацином, *Escherichia coli* залишається чутливою до кількох інших важливих антибіотиків.

Провівши узагальнений аналіз, можна відмітити, що більшість біозразків *Staphylococcus aureus* виділених з носа є чутливими до антибіотиків. Є також значна частка мало чутливих ізолятів, що означає, що антибіотики не є повністю ефективними для боротьби з ними. Частка стійких штамів є меншою, але все ж присутня. Це вказує на проблему з антибіотикорезистентністю.

Схожа картина з *Staphylococcus aureus* виділених із зіву з великим відсотком чутливих штамів. Є деякі мало чутливі зразки, однак проблема з антибіотикорезистентністю не така виражена, як у *Staphylococcus aureus* з носа. Стійкі штами у цьому випадку займають менший відсоток. 100% чутливих зразків *Candida albicans*, що підтверджує ефективність застосування проти-

грибкових препаратів для лікування інфекцій, викликаних цим грибком. Немає значної кількості мало чутливих або стійких зразків.

Загалом, більшість біозразків *Escherichia coli* чутливі до антибіотиків, з високим відсотком чутливості до таких препаратів, як лінезолід та нітрофуuratoїн. Проте, є деяка частка мало чутливих до норфлуксацину і стійких до ампіциліну, що свідчить про деяку антибіотикорезистентність у цього мікроорганізму.

Рівень чутливості до антибіотиків у *Staphylococcus aureus* схожий на висновки багатьох наукових статей, де показано, що цей вид часто демонструє стійкість до широкого спектру антибіотиків, таких як ампіцилін і цефокситин [3]. Водночас, ефективність лінезоліду та еритроміцину для лікування *Staphylococcus aureus* визнана в багатьох дослідження [11].

Для оцінки залежностей між чисельністю мікрофлори та її чутливістю до антибіотиків був виконаний кореляційний аналіз. Отримані результати показали високий позитивний кореляційний зв'язок між чисельністю мікрофлори (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus beta-haemolyticus*) у носових пробах та чутливістю до антибіотиків ($r=0,84$). Це вказує на те, що вищі концентрації цих мікроорганізмів мають більшу чутливість до антибіотиків, що може бути пов'язано з біологічними особливостями цих патогенів.

Виявлено помірний негативний зв'язок ($r=0,64$) між чисельністю *Candida albicans* та рівнем стійкості до протигрибкових препаратів. Це свідчить про те, що за високої чисельності грибкова мікрофлора може демонструвати зниження резистентності до використовуваних препаратів.

Для *Escherichia coli* виявлено слабкий кореляційний зв'язок ($r=0,37$) між чисельністю та рівнем малої чутливості, що може бути наслідком множинних факторів, включаючи тип антибіотиків і генетичну варіативність.

Висновки

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що основними представниками мікрофлори носоглотки у пацієнтів з гострими респіраторними захворюваннями є *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus beta-haemolyticus*, *Candida albicans* та *Escherichia coli*, при цьому *Staphylococcus aureus* є домінуючим мікроорганізмом. Аналіз чутливості до антибіотиків показав, що найбільш резистентним до антибактеріальних препаратів виявився *Staphylococcus aureus*, тоді як *Streptococcus beta-haemolyticus* мав високу чутливість до основних антибіотиків, що дозволяє ефективно лікувати інфекції, викликані цим патогеном. *Candida albicans* продемонструвала 100% чутливість до флюконазолу, що підтверджує його ефективність у лікуванні грибкових інфекцій, тоді як *Escherichia coli* показала високу резистентність до ампіциліну, що вимагає пошуку альтернативних методів терапії. Встановлено високий позитивний кореляційний зв'язок між чисельністю *Staphylococcus aureus* та рівнем чутли-

вості до антибіотиків, що може бути пов'язано з особливостями метаболізму цього мікроорганізму, тоді як *Candida albicans* мала помірний негативний зв'язок між чисельністю та стійкістю до протигрибкових препаратів. Отримані результати підкреслюють необхідність регулярного моніторингу чутливості патогенних мікроорганізмів до антибіотиків, а також раціонального використання антибактеріальних засобів для запобігання подальшому розвитку антибіотикорезистентності, що є однією з ключових проблем сучасної медицини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондаренко В. П., Мороз В. В., Гречаник Т. Н. Антибіотикорезистентність патогенних мікроорганізмів: клінічні аспекти. – Київ: Наукова думка, 2019. – 356 с.
2. Горбатюк Н. І. Антибіотикорезистентність *Escherichia coli* у госпітальних умовах // Науковий вісник охорони здоров'я. – 2020. – № 3. – С. 25–32.
3. Інфекції. Тонзиліт: ознаки, симптоми, відмінність від фарингіту, лікування, профілактика [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ihealth.in.ua>.
4. Лазарєв Ю. В. Протигрибкові препарати в лікуванні кандидозів. – Одеса: Медінформ, 2019. – 180 с.
5. Лупирьова В. А. Роль бактеріальної флори у розвитку гострих респіраторних захворювань // Журнал клінічної медицини. – 2020. – № 3. – С. 25–30.
6. Масловський С. Д. Клінічна мікробіологія. – Київ: Наукова думка, 2020. – 320 с.
7. Мельник П. І., Дорошенко А. В. Особливості мікробіологічного пейзажу при гострих бронхітах // Вісник мікробіології. – 2019. – № 4. – С. 14–18.
8. Петров В. М. Сучасні підходи до діагностики стрептококових інфекцій // Журнал клінічної медицини. – 2021. – № 4. – С. 45–55.
9. Попович О. І. Мікробіологія в пульмонології. – Львів: Медицина світу, 2017. – 224 с.
10. Соколов А. В. Протоколи лікування стрептококового фарингіту: сучасний погляд // Медична практика. – 2020. – № 2. – С. 15–20.
11. Стрептококовий фарингіт у дітей: клінічні рекомендації [Електронний ресурс] // Медична справа. – 2018. – Жовтень. – Режим доступу: <https://msvitu.com>.
12. Українська асоціація інфекціоністів. Протокол лікування гострих респіраторних інфекцій. – Харків: ТОВ «Медінформ», 2018. – 128 с.
13. Фарингіт: причини, симптоми та лікування [Електронний ресурс] // ЛОР-центр Дніпро. – Режим доступу: <https://lordoctor.dp.ua>.

KAKKATTUCHALI ARSAD

3d year student, faculty Medicine,
Ivano-Frankivsk National Medical University

FEDORCHENKO Yu. V.

PhD, Associate professor
of Pathophysiology department
Ivano-Frankivsk National Medical University

EFFECTS OF WI-FI EXPOSURE ON HUMAN HEALTH: POTENTIAL PHYSIOLOGICAL AND NEUROLOGICAL IMPACTS

Introduction. The proliferation of wireless technology has made Wi-Fi an essential feature of modern living. Wi-Fi systems emit radiofrequency (RF) electromagnetic radiation in the 2.4 GHz to 5 GHz range, a type of non-ionizing radiation that penetrates biological tissues and interacts with cellular structures. Despite its integral role in global connectivity, emerging research suggests that prolonged or high-intensity exposure to Wi-Fi radiation may influence human physiology, with potential effects on cognitive function, cellular integrity, and sleep quality [1, p. 94]. This study examines the biological implications of continuous Wi-Fi exposure, with a focus on possible mechanisms by which it may affect human health.

Objective. This study aims to systematically assess the physiological impacts of Wi-Fi radiation, particularly on cognitive function, cellular health, and sleep. It also explores biological pathways through which Wi-Fi exposure may affect human tissues, to better understand the implications of pervasive RF radiation.

Methodology. A systematic search of PubMed and Scopus was conducted up to October 1st, 2024, following established guidelines. Search terms included “Wi-Fi radiation,” “RF radiation,” “cognitive function,” “oxidative stress,” “sleep disruption,” and “public health.” Articles selected were those that addressed physiological and health impacts of Wi-Fi exposure in humans, emphasizing cellular and neurophysiological effects.

Results and discussion. Wi-Fi radiation, though non-ionizing, may exert biological effects on cellular systems when exposure is chronic. Key findings across recent studies are as follows:

Prolonged exposure to Wi-Fi radiation has been associated with cognitive changes, particularly regarding attention, memory, and learning capabilities. Some studies indicate that RF exposure from Wi-Fi may disrupt synaptic function and neural connectivity, possibly due to alterations in neurotransmitter release and neural plasticity. Research using animal models has shown neurobehavioral

alterations that suggest a possible influence of Wi-Fi on cognitive processing in humans, though further clinical studies are warranted [2, p. 251].

Wi-Fi radiation has been found to elevate oxidative stress markers in exposed cells, leading to a higher production of reactive oxygen species (ROS) and a decline in antioxidant defenses. This oxidative stress may impair cellular structures, particularly DNA, lipids, and proteins, potentially increasing the risk for cellular damage and apoptosis. Chronic oxidative stress is a well-documented pathway for aging and degenerative diseases, thus raising concerns over the long-term effects of Wi-Fi radiation [3, p. 432-434].

Research has shown that exposure to RF radiation from Wi-Fi, especially during sleep hours, can disrupt melatonin production, which is crucial for regulating the sleep-wake cycle. Individuals exposed to Wi-Fi signals during or before sleep often report poorer sleep quality, which may be due to the interference of RF radiation with melatonin synthesis. Sleep disturbances can further contribute to cognitive impairment and immune system dysfunction, particularly with continuous exposure over time.

Although Wi-Fi emits low-energy RF radiation, which does not cause significant heating in tissues, non-thermal effects have been observed. These effects include changes in cellular membrane permeability and ion channel function, which may disrupt cellular homeostasis and stress responses. Non-thermal mechanisms are still under investigation, but initial studies indicate potential implications for cellular health, particularly in sensitive tissues such as the brain and heart [4, p. 432-433].

Conclusion. Wi-Fi exposure, while non-ionizing, may have measurable effects on human health, particularly when exposure is prolonged. Current evidence highlights potential risks, including cognitive impairment, oxidative stress, and sleep disruption, though results are not yet definitive. The biological effects of Wi-Fi radiation underscore the need for public health guidelines to manage exposure, especially in vulnerable populations. Future research should focus on elucidating the non-thermal mechanisms of Wi-Fi radiation to enable clearer risk assessments and preventive measures.

Keywords: Wi-Fi radiation, RF radiation, cognitive function, oxidative stress, sleep disruption, public health

REFERENCES

1. Prlić I, Šiško J, Varnai VM, Pavelić L, Macan J, Kobeščak S, Hajdinjak M, Jurdana M, Cerovac Z, Zauner B, Mihić MS, Avdagić SC. Wi-Fi technology and

- human health impact: a brief review of current knowledge. *Arh Hig Rada Toksikol.* 2022 Jul 7;73(2):94-106.
2. Magiera A, Solecka J. Radiofrequency electromagnetic radiation from Wi-fi and its effects on human health, in particular children and adolescents. Review. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2020;71(3):251-259. doi: 10.32394/rpzh.2020.0125. PMID: 32938167.
 3. Karipidis K, Henderson S, Wijayasinghe D, Tjong L, Tinker R. Exposure to Radiofrequency Electromagnetic Fields From Wi-Fi in Australian Schools. *Radiat Prot Dosimetry.* 2017 Aug 1;175(4):432-439. doi: 10.1093/rpd/new370. PMID: 28074013; PMCID: PMC5927334.
 4. Foster KR, Moulder JE. Wi-Fi and health: review of current status of research. *Health Phys.* 2013 Dec;105(6):561-75. doi: 10.1097/HP.0b013e31829b49bb. PMID: 24162060.

ЗОЗУЛЯ А.В.,
студентка І-го курсу
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського
Науковий керівник:
НЕДІЛЬКО Р.В.,
к. держ. упр., доц.,
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

АНАЛІЗ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СЕСРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ КОНТРОЛІ ТА ІНФЕКЦІЙНІЙ БЕЗПЕЦІ У ЗОЗ

Вступ. Інфекції, що передаються при наданні медичної допомоги в закладі охорони здоров'я (ІПНМД) на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я є не тільки медичною, але й науковою, економічною, та правовою проблемою. За даними Європейського бюро ВООЗ ІПНМД, вражають щороку в середньому 4,1 мільйона пацієнтів, В структурі ІПНМД інфекції сечовивідних шляхів складають 27%, інфекції нижніх дихальних шляхів – 24%, інфекції області хірургічного втручання – 17%, інфекції кровотоку – 10,5%. Економічні втрати на прикладі Великобританії, оцінюються у 1 мільярд фунтів стерлінгів на рік [Киричук В.М. Особливості організації та проведення інфекційного контролю в медичних закладах на сучасному етапі// Матеріали ІІ міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 24 – 25 листопада 2021 року Ужгород – Житомир., С.-60 <http://surl.li/rdwblm>].

Дотримання інфекційного контролю та інфекційної безпеки у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) є надзвичайно важливим, оскільки це забезпечує безпеку пацієнтів, медичного персоналу та відвідувачів, а також сприяє ефективності функціонування системи охорони здоров'я в цілому.

Основна частина. Інфекційний контроль – це система організаційних, медико-біологічних і інженерно-технічних заходів і засобів, спрямованих на захист пацієнтів та персоналу, від дії патогенних біологічних агентів під час надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, які врегульовані наказом МОЗ України від 03 серпня 2021 року №1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення» [2]. Особливістю наказу є те, що його дія поширюється не тільки на заклади охорони здоров'я, а також на установи та заклади сфери соціального

захисту населення. Основні заходи спрямовані на досягнення належної організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в стаціонарах закладів охорони здоров'я передбачають:

- здійснення епідеміологічного нагляду та обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичних послуг;
- організацію та проведення профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичних послуг;
- впровадження адміністрування антимікробних препаратів;
- покращення гігієни рук;
- організацію та функціонування відділів з інфекційного контролю. [1].

Досліджуючи дану проблематику, нами згруповано та запропоновано основні причини важливості дотримання інфекційного контролю у закладах охорони здоров'я.

**Основні причини важливості
дотримання інфекційного контролю та їх позитивні наслідки:**

№	Причини важливості інфекційного контролю	Ризики	Позитивні наслідки дотримання вимог ІК
1	2	3	4
1	Запобігання поширенню інфекційних захворювань	ЗОЗ є місцями підвищеного ризику поширення інфекцій, включаючи інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги	Інфекційний контроль мінімізує ризик передачі збудників інфекцій між пацієнтами, медичним персоналом і відвідувачами.
2	Захист пацієнтів	Пацієнти з ослабленим імунітетом є особливо вразливими до інфекцій у медичних закладах.	Інфекційний контроль створює безпечні умови лікування, знижуючи ризик ускладнень та повторних госпіталізацій.
3	Безпека медичного персоналу	Медичний персонал контактує з біологічними матеріалами, які можуть бути джерелом інфекцій.	Дотримання стандартів інфекційного контролю захищає працівників від професійних захворювань (туберкульоз, гепатити, ВІЛ тощо).
4	Зниження економічних витрат	Внутрішньолікарняні інфекції збільшують витрати на лікування, тривалість перебування пацієнтів та використання ресурсів.	Ефективна система інфекційного контролю дозволяє уникнути додаткових витрат і зберегти ресурси закладу.

1	2	3	4
5	Дотримання законодавчих норм та міжнародних стандартів	Недотримання вимог може призвести до юридичних наслідків, втрати ліцензії чи репутації закладу.	Інфекційний контроль є обов'язковим згідно з національними та міжнародними стандартами охорони здоров'я.
6	Покращення репутації закладу охорони здоров'я	Не дотримання чинних нормативно-правових документів.	<ul style="list-style-type: none"> • Дотримання стандартів інфекційного контролю формує позитивний імідж закладу та підвищує довіру пацієнтів і суспільства. • Пацієнти обирають заклади, які гарантують безпечні умови лікування.
7	Зменшення ризику глобальних епідемій	ЗОЗ відіграють ключову роль у запобіганні поширенню інфекцій, що можуть стати локальними чи глобальними спалахами (наприклад, COVID-19).	Інфекційна безпека в ЗОЗ є важливою частиною боротьби з інфекційними захворюваннями на національному і глобальному рівнях.
8	Покращення якості медичних послуг	Не дотримання стандартів медичного обслуговування населення.	Інфекційний контроль підвищує стандарти медичного обслуговування, забезпечуючи якісніше та безпечніше лікування пацієнтів.

Майже всі медичні послуги неможливо надати без участі сестер/братів медичних. Саме вони відіграють ключову роль у профілактиці інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІПНМД). Санітарно-протиепідемічний режим включає комплекс організаційних, профілактичних та протиепідемічних заходів, які спрямовані на запобігання виникненню інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Ці заходи охоплюють дезінфекцію, передстерилізаційну обробку, стерилізацію, знезараження повітря, виявлення носіїв патогенної флори серед медичного персоналу, ідентифікацію джерел інфекції у пацієнтів та їх санацію. Таким чином, поведінка, зовнішній вигляд, професійні знання та навички медичних працівників мають вирішальне значення у створенні безпечного середовища для пацієнтів і персоналу. Кожен заклад охорони здоров'я є унікальним через специфіку надання медичних послуг, характеристику пацієнтів, які ним користуються, та особливості персоналу.

Аналізуючи компетентності сестри/брата медичних, які працюють в умовах інфекційного контролю та забезпечення інфекційної безпеки, повинні

володіти низкою професійних, практичних і особистісних компетентностей. Нами запропонована модель «Піраміда компетентностей сестри/брата медичних при інфекційному контролі та інфекційній безпеці». В основу піраміди нами закладено професійні компетентності на які нашаровуються інші, ключові компетентності. На верхівку піраміди нами запропоновано поставити технічні компетентності, оскільки вони є вкрай важливими для сучасних закладів охорони здоров'я.



Рис. 1. Модель «Піраміда компетентностей сестри/брата медичних при інфекційному контролі та інфекційній безпеці»

Пропонуємо більш детально розглянути компетентності сестри/брата медичних які працюють в умовах інфекційного контролю та забезпечення інфекційної безпеки:

Професійні компетентності. Це є основа компетентностей, оскільки потребує від медсестринського персоналу знань інфекційного контролю, розуміння основних принципів інфекційного контролю, включаючи методи дезінфекції, стерилізації, знезараження. Також потрібно володіти теоретичними знання про джерела і шляхи передачі інфекцій. Вагомим аспектом професійної компетентності є те, що медсестринський персонал має мати знання щодо чинних нормативно-правових документів, стандартів та протоколів інфекційного контролю. Знання та дотримання правил асептики та антисептики забезпечує правильне виконання медичних маніпуляцій відповідно до вимог стерильності та запобігає розповсюдженню патогенних мікроорганізмів. Контроль за дотриманням санітарно-гігієнічного режиму дає змогу правильно організувати та підтримувати чистоту в приміщеннях ЗОЗ, а також забезпечення правильного

поводження з біологічними матеріалами та відходами. Старші та головні сестри/брати медичні повинні вміти провести аналіз ризиків виникнення інфекцій та запобігати їхньому поширенню. Медсестринський персонал, який займає керівні посади має володіти навичками проведення епідеміологічного нагляду, а саме брати участь у моніторингу та оцінці захворюваності на інфекційні хвороби серед пацієнтів та персоналу. Ведення обліку та звітності щодо випадків інфекційних захворювань.

Практичні компетентності. Медсестринський персонал має володіти навичками щодо правильного підбору, одягання, використання та утилізації ЗІЗ (маски, рукавички, халати тощо). Знати та володіти навичками як проводиться репроцесинг медичних виробів (застосування сучасних методів дезінфекції, первинне оброблення в місці використання, розборку, реєстрацію, транспортування контамінованих медичних виробів, приймання, передстерилізаційне оброблення, пакування, стерилізацію, зберігання, транспортування стерильних медичних виробів, використання та контроль якості оброблення медичних виробів). При виявленні пацієнта з інфекційним захворюванням, вміти організувати ізоляцію пацієнта. А також, важливим аспектом є проведення та інформування пацієнтів про необхідність вакцинації для профілактики інфекцій.

Комунікативні компетентності. Сестри/брати медичні зобов'язані володіти сучасними методиками та навичками комунікації, тому що вони потрібні для інформування пацієнтів і колег про заходи інфекційного контролю, проведенню роз'яснювальної роботи з питань профілактики інфекцій. А також використання технік ефективної комунікації відіграють важливу роль у моральній підтримці пацієнтів, особливо під час карантину або ізоляції. Комунікативні компетентності також важливі при повсякденній роботі з колегами.

Лідерські та організаційні компетентності. Цей вид компетентностей відіграє важливу роль при організації та контролі виконання протиепідемічних заходів у ЗОЗ. Важливо володіти умінням взаємодіяти з іншими медичними працівниками, епідеміологами, інфекціоністами для забезпечення ефективності заходів. Вважаємо, що дана компетентність на достатньому рівні має бути розвинута особливо у сестер/братів медичних, які обіймають ключові посади у відділеннях ЗОЗ.

Особистісні компетентності. На нашу думку ця компетентність має включати такі характеристики особистості, як відповідальність, дисциплінованість, стресостійкість, готовність до безперервного професійного розвитку.

Технічні компетентності. У своїй роботі сестри/брати медичні повинні мати навички використання сучасних технологій при роботі з автоматизованими системами контролю санітарного стану. Володіти знаннями та навичками при

використання спеціального обладнання для дезінфекції та стерилізації. А також мати навички цифрової грамотності при веденні відповідної медичної документації з використанням комп'ютерних програм.

На нашу думку, проаналізовані компетентності формують основу професійної діяльності медичних сестер/братів, сприяють забезпеченню інфекційної безпеки та знижують ризики поширення інфекцій у закладах охорони здоров'я.

Висновок. Отже, дотримання інфекційного контролю та інфекційної безпеки є основою для функціонування сучасних ЗОЗ, що гарантує безпеку, якість і ефективність надання медичних послуг. Проаналізовані компетентності формують основу професійної діяльності сестер/братів медичних, сприяють забезпеченню інфекційної безпеки та знижують ризики поширення інфекцій у закладах охорони здоров'я. Формування та розвиток цих компетенцій потребують систематичного підходу, включаючи постійне підвищення кваліфікації, тренінги, контроль дотримання стандартів та забезпечення відповідних умов для виконання професійних обов'язків. Це сприяє не лише зниженню рівня інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, але й підвищенню довіри пацієнтів до закладу охорони здоров'я, покращенню репутації ЗОЗ та створенню безпечного середовища для всіх учасників медичного процесу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Киричук В.М. Особливості організації та проведення інфекційного контролю в медичних закладах на сучасному етапі// Матеріали ІІ міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 24 – 25 листопада 2021 року Ужгород – Житомир., С.-60. URL: <http://surl.li/rdwblm> (дата звернення 18.01.2025 року).
2. МОЗ України Наказ від 03 серпня 2021 року №1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1318-21#Text> (дата звернення 19.01.2025 року).

ГОЛЯНСЬКА Л.,
студентка II курсу
спеціальності «Медсестринство»

Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

КРИВКО Ю.Я.,

д.мед.н., проф.,

Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

СТОКОЛОС-ВОРОНЧУК О.О.,

к.філол.н., доц.,

Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

РОЛЬ ПРОФЕСІЙНИХ ОBOB'ЯЗКІВ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ ТА БРАТІВ У ТРАНСПЛАНТАЦІЇ

Вступ: Трансплантація є однією з найінноваційніших та високотехнологічних галузей медицини, яка відіграє важливу роль у порятунку життя і покращенні якості життя пацієнтів з важкими патологіями. Її значення охоплює широкий спектр медичних наук, від хірургії та імунології до етики й управління охороною здоров'я. Сьогодні трансплантація представляє собою не лише можливість для порятунку життів, але й важливий напрям досліджень і впровадження новітніх технологій.

Трансплантація вимагає участі фахівців різних медичних спеціальностей: хірургів, реаніматологів, нефрологів, кардіологів, імунологів, фармакологів, братів/ сестер медичних та інших спеціалістів. Такий мультидисциплінарний підхід сприяє підвищенню якості медичних послуг та покращенню результатів лікування. Це також підкреслює важливість постійного навчання і співпраці медичних працівників. Трансплантація має значний вплив на суспільство, зокрема через розвиток донорства та покращення загального доступу до високоспеціалізованої медичної допомоги. У суспільстві формується культура донорства, що сприяє зменшенню дефіциту органів для пересадки. На державному рівні трансплантація також є важливим фактором планування витрат у сфері охорони здоров'я, що стимулює розвиток національних програм трансплантації та залучення сучасних технологій. Вивченням історії розвитку трансплантації в Україні та світі займалися: С.Готьє, І. Кобза, В. Чоп'як, Р. Жук О.Навроцька, Р. Моуд,

Основна частина:

Сфера трансплантації органів є одним із найбільш динамічних напрямів сучасної медицини, досягнення якого стали можливими завдяки новітнім технологіям, удосконаленню процедур і методів лікування. У цьому процесі важлива роль належить сестрам медичним та братам, які забезпечують багаторівневу підтримку пацієнтів та беруть активну участь у роботі мультидисциплінарної команди.

Сестри медичні та брати, які спеціалізуються в трансплантології, відіграють ключову роль у всіх етапах процесу трансплантації – від підготовки пацієнта до операції до його реабілітації після трансплантації. Вони забезпечують догляд за донорами та реципієнтами, надають емоційну та психологічну підтримку, проводять моніторинг стану пацієнтів і контролюють дотримання лікувальних протоколів. Особливо важливим є їхній внесок у забезпечення дотримання графіка прийому імуносупресивних препаратів, який є критично важливим для успішного прийняття трансплантованого органа [36].

Через глобальний дефіцит донорських органів медичні сестри активно залучаються до підвищення обізнаності населення щодо важливості донорства органів. Вони беруть участь в освітніх кампаніях, інформують громадськість про процес донорства та сприяють формуванню позитивного ставлення до цієї проблеми. Завдяки їхнім зусиллям більше людей приймають рішення стати донорами, що допомагає врятувати життя пацієнтів, які чекають трансплантації.

Окрім клінічної діяльності, сестри медичні та брати займаються розробкою стандартних операційних процедур а саме:

- Протоколи догляду за пацієнтами після трансплантації.
- Системи контролю прийому імуносупресивної терапії.
- Програми навчання пацієнтів та їхніх родичів.
- Впровадження чек-листів та карт контролю стану пацієнта.
- План впровадження інфекційного контролю.

Вони беруть участь у розробці нових підходів до трансплантації, а досліджують шляхи покращення виживаності реципієнтів і впроваджують інноваційні методи догляду. Їхній внесок у діяльність сприяє розвитку трансплантології та покращенню якості медичних послуг для пацієнтів.

У всьому світі існує дефіцит сестер медичних, що є проблемою для медсестер у трансплантології, які повинні забезпечити найкращий догляд за пацієнтами з трансплантацією. Крім того, оскільки населення продовжує старіти та відчуває численні хронічні захворювання, догляд, необхідний реципієнтам трансплантації як у лікарні, так і в громаді, стає дедалі складнішим. Догляд за пацієнтами у сфері трансплантації охоплює не лише безпосередню медичну допомогу, але й широке коло завдань, пов'язаних із оптимізацією

системи охорони здоров'я. Цей процес має вирішальне значення для забезпечення ефективної, безпечної та якісної трансплантаційної допомоги. Основні аспекти такого догляду охоплюють моніторинг якості, міжпрофесійну співпрацю, навчання персоналу, наукові дослідження та управління системою охорони здоров'я.

Моніторинг якості є ключовим елементом у трансплантації. Сестри медичні та брати активно стежать за дотриманням протоколів догляду, аналізують результати лікування пацієнтів. Цей постійний контроль дозволяє знижувати ризики ускладнень, забезпечувати високу якість медичних послуг.

Співпраця між членами міжпрофесійної команди є ще одним важливим аспектом догляду. Медичні сестри координують роботу з лікарями, соціальними працівниками, фармацевтами та іншими фахівцями для забезпечення комплексного підходу до лікування. Така взаємодія допомагає створити єдину стратегію догляду, спрямовану на покращення стану пацієнтів та ефективність трансплантації.

Освіта відіграє важливу роль як для медичних працівників, так і для пацієнтів. Медичні сестри навчають пацієнтів основним аспектам догляду за собою після трансплантації, зокрема правильного прийому імуносупресивних препаратів, розпізнавання можливих ускладнень і дотримання здорового способу життя. Одночасно вони підвищують власну кваліфікацію через участь у семінарах, тренінгах та програмах безперервного професійного розвитку, щоб забезпечити надання допомоги на найвищому рівні.

Дослідження також є невід'ємною частиною догляду за пацієнтами після трансплантації органів. Сестри медичні беруть участь у наукових проєктах, які спрямовані на вивчення нових методів догляду за пацієнтами після трансплантації органів, удосконалення догляду за реципієнтами та донорами. Ці дослідження сприяють подальшому розвитку трансплантології та впровадженню інновацій технологій у клінічну практику по догляду за пацієнтами. Управління системою охорони здоров'я включає планування, організацію та координацію ресурсів, необхідних для трансплантаційної допомоги.

Сестри медичні та брати спостерігають за пацієнтами перед та після трансплантаційному періоді, щоб сприяти повному відновленню як фізичного, так і психічного здоров'я. Сестра медична з трансплантології стикається з доглядом за пацієнтами, якість життя яких може бути скомпрометована непередбачуваними наслідками технологічного прогресу в охороні здоров'я. Оскільки процедури та технології трансплантації вдосконалюються та стають більш надійними, зберігається потенціал для серйозних і тривалих непередбачуваних побічних ефектів. Пацієнти, їхні родини та громади повинні знати про такі

проблеми. Часто виникають етичні проблеми, властиві тільки сестринському догляду за трансплантацією.

Одним із найбільш гострих викликів є потенційні конфлікти, що можуть виникати між правами різних сторін: реципієнтів, донорів, їхніх сімей, а також обмеженнями, які диктують наявні ресурси системи охорони здоров'я. Права пацієнта на трансплантацію включають доступ до необхідного лікування, яке може врятувати його життя, але водночас слід враховувати права та інтереси донорів органів, зокрема якщо донор є живою особою. У випадках з померлими донорами необхідно брати до уваги права їхніх родин, які можуть мати моральні чи релігійні застереження щодо процесу донорства.

Оскільки потреба в органах значно перевищує їх наявність, вкрай важливо дотримуватися етичних принципів, щоб забезпечити справедливий розподіл органів. Сестра медична з трансплантології повинна знати про неетичні дії, такі як оплата органів і торгівля органами заборонена на законодавчому рівні. Під час догляду за реципієнтами, донорами та сім'ями трансплантаційна сестра медична завжди повинна враховувати принципи незалежності, доброзичливості, конфіденційності, рівності та справедливості.

Правильний підхід до донорства органів і тканин є важливою частиною медичної практики, і сестри медичні відіграють ключову роль у цьому процесі. Ось кілька важливих аспектів їхньої ролі:

1. Сестри медичні беруть участь у процесі оцінки потенційних донорів, забезпечуючи необхідну підтримку для стабілізації стану пацієнта до вилучення органів. Вони також виконують функції, пов'язані з підготовкою пацієнта до процедури забору органів, включаючи моніторинг життєвих показників та забезпечення належних умов для збереження тканин і органів.

2. Навчання громадськості щодо донорства органів. Сестри медичні також беруть участь у просвітницькій діяльності, інформуючи пацієнтів і їх родичів про важливість донорства органів, а також пояснюють правові аспекти, такі як необхідність письмового дозволу на донорство. Вони можуть проводити інформаційні сесії для родичів пацієнтів.

3. Етичні питання. Донорство органів потребує чіткої етичної позиції, зокрема, щодо питання дозволу на вилучення органів та поваги до рішень родичів померлого пацієнта. Сестра медична повинна бути ознайомена з етичними нормами, які стосуються добровільності донорства, інформованої згоди та захисту прав пацієнтів і їх родин.

4. Культурні та релігійні фактори. Різні культури і релігії можуть мати свої уявлення та обмеження щодо донорства органів. Сестра медична повинна бути чутливою до цих аспектів і готовою надати підтримку родичам пацієнтів, що зважаються на це рішення, з урахуванням їхніх переконань.

5. Соціальні питання. Сестра медична також має враховувати соціальні фактори, такі як доступність трансплантаційних програм для різних груп населення, і сприяти зниженню бар'єрів для участі в донорстві.

Активна участь в освітніх програмах для персоналу та громадськості

6. Освітні програми для персоналу. Сестра медична може ініціювати або брати участь у навчальних програмах для медичних працівників, які стосуються донорства органів, процесів трансплантації та етики цього питання. Це допоможе створити поінформовану медичну спільноту, яка розуміє важливість донорства та готова до його реалізації.

7. Освітні програми для громадськості. Пропаганда донорства органів серед громадськості є важливою частиною підвищення кількості донорів. Сестра медична може організовувати інформаційні заходи, надавати інформацію про важливість донорства органів, процедури реєстрації на донорство та доступні можливості для людей, які хочуть стати донорами.

8. Служити ресурсом для колег, пацієнтів і сімей для поширення точної інформації. Розповсюдження точної інформації. Сестри медичні можуть бути на передовій лінії надання точних і своєчасних відомостей як колегам, так і пацієнтам чи їхнім родинам. Вони можуть пояснити процеси донорства, юридичні аспекти, етапи трансплантації органів, а також відповісти на питання, які можуть виникнути у родичів померлого.

9. Отримати навички та знання для роботи з командою охорони здоров'я і банком тканин. Ідентифікація донорів органів. Сестри медичні можуть бути залучені до процесу виявлення потенційних донорів органів. Це вимагає глибокого розуміння клінічних аспектів ідентифікації пацієнтів, чи можуть вони стати донорами органів. Вони можуть працювати у тісній співпраці з лікарями, щоб визначити, які пацієнти відповідають критеріям для донорства.

Сестри медичні, які прагнуть активно залучатися до донорства органів, повинні мати широкий спектр знань і навичок, щоб ефективно працювати в різних аспектах цього процесу – від освітньої діяльності до безпосередньої участі в клінічних процедурах. Вони можуть служити важливими ресурсами для колег, пацієнтів і громадськості, забезпечуючи точну інформацію, підтримку та сприяння в організації донорства.

Висновок: Донорство органів є складним і багатогранним процесом, в якому брати / сестри медичні відіграють ключову роль. Вони беруть участь у всіх етапах – від оцінки функції органів до організації транспортування органів і підтримки гемодинамічної стабільності донора. Їхня робота допомагає забезпечити максимально ефективний процес донорства, що може врятувати вісім життів, що робить їхній внесок надзвичайно важливим для суспільства та здоров'я людей. Вони забезпечують безперервну підтримку пацієнта на всіх

етапах: від підготовки до операції до довгострокової реабілітації. Сестринський персонал не лише виконує клінічні завдання, але й сприяє підвищенню якості життя пацієнтів завдяки своїй професійній турботі, емпатії та високому рівню компетентності. Саме завдяки їхній відданій праці трансплантація стає можливістю для багатьох пацієнтів отримати другий шанс на повноцінне життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Трансплантація нирки. Любов до життя [Текст] : інформаційна брошура для реципієнтів нирки, донорів та членів їх родин / упоряд. В. Ф. Саєнко [та ін.] ; Інститут хірургії та трансплантології АМН України, УНПЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, ГО "Спілка інвалідів після трансплантації солідних органів", ГО "Віта". – К. : Ніка-центр, 2004. – 58 с. – (Життя після трансплантації ; вип. 1. Нирка). – ISBN 966-521-297-4
2. Життя після війни: реабілітація учасників ООС [Текст] : біобібліогр. покажч.-дайджест / [уклад. В. І. Вовк ; ред.: С. Чачко, В. Кучерява, Н. Лінкевич] ; Держ. б-ка України для юнацтва. – Київ : Держ. б-ка України для юнацтва, 2019. – 70, [1] с. – 60 прим.
3. Життя після життя. Дослідження феномену життя після смерті тіла [Текст] / Раймонд Мууді ; пер. з англ. Ігоря Андрущенка. – Львів : Terra Incognita, 2021. – 146, [1] с. – Назва на корінці : Життя після життя. – Пер. изд. : Life after life. The investigation of a phenomenon – Survival of bodily death / Raymond A. Moody. – 1000 прим. – ISBN 978-617-7646-36-4
4. Життя після смерті Маші звичайної [Текст] / Ольга Навроцька. – Київ : ІРІО, 2021. – 223 с. – Назва обкл. : Життя після смерті Маші звичайної. Щоденник, який ніколи не знайдуть. – 2000 прим. – ISBN 978-617-7754-17-5

Секція 3

ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ШИНКУРА Л.М.

викладач фахового коледжу

Заклад фахової передвищої освіти фахового коледжу БДМУ,

ШИНКУРА В.М.

викладач фахового коледжу

Заклад фахової передвищої освіти фахового коледжу БДМУ

ОСВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТІВ

Співпраця між бізнесом та закладами фармацевтичної освіти має стратегічне значення для розвитку фармацевтичної галузі, забезпечення висококваліфікованими кадрами та покращення якості навчання. Викладачі фахового коледжу БДМУ оновили та вдосконалили навчальні програми відповідно до потреб фармацевтичного бізнесу. Всі робочі програми, що розробляються в фаховому коледжі обов'язково націлені на те, щоб під час навчання студенти – майбутні фармацевтичні фахівці набули навичок *Soft skills*, що потрібні їм для організації роботи у компанії, правильної комунікації з клієнтами та *hard skills*, безпосередньо тих професійних навичок, без яких неможлива робота будь якого фахівця.

Для співпраці з потенційними роботодавцями необхідно організувати наступні форми діяльності:

1. Практичні стажування та виробничі практики, що успішно здійснено у фаховому коледжі БДМУ. Основною метою є надання студентам можливості набути практичні навички та досвід роботи в реальних умовах фармацевтичних компаній (аптеки, виробництво ліків, фармацевтичні дослідження). Аптеки міста є місцями для стажувань або виробничих практик студентів. Також виробнича практика здійснюється на базі табору відпочинку університету. Студенти отримують завдання, пов'язані з реальними бізнес-процесами. Якщо практика під час навчання проходить на базі аптек, то постійно відбувається взаємодія з керівниками та наставниками з боку фармацевтичної компанії.

Безперечно є великі переваги у організації такої роботи – бізнес отримує майбутніх кваліфікованих працівників, а студенти набувають практичних навичок, що підвищує їх конкурентоспроможність на ринку праці.

2. Курси підвищення кваліфікації та тренінги, що мають враховувати сучасні вимоги фармацевтичної індустрії.

Для цього в університеті розроблена спільна розробка навчальних курсів між фармкомпаніями та освітнім закладом. Проводяться семінари, тренінги для студентів, навчання новітнім технологіям.

3. Науково-дослідницька співпраця. Постійно йде розвиток інноваційних технологій, досліджень та нових продуктів у фармацевтичній галузі, завдяки спільному проведенню науково-дослідних робіт між університетами та фармацевтичними компаніями. В перспективі організація спільних лабораторій, науково-дослідних центрів або проектів з розробки нових ліків, біотехнологій або фармацевтичних технологій.

Бажано організувати фінансування наукових досліджень бізнесом, що дозволить навчальному закладу мати доступ до сучасних лабораторних та дослідницьких можливостей. Підтримка інноваційних проектів у вигляді фінансування, консультацій та надання інфраструктури для розробки. Також було би правильним організувати розробку спільних курсів, програм або навіть дипломних програм за участю представників бізнесу та викладачів фахового коледжу університету. Підготовка програм для спеціалістів, які будуть працювати в конкретних сферах (наприклад, фармацевтичний маркетинг, регуляторне право, фармацевтична інженерія) [1].

Отже, співпраця між бізнесом і закладами фармацевтичної освіти сприяє підвищенню якості фармацевтичної освіти, забезпечує гнучкість навчальних програм і відповідає на сучасні виклики фармацевтичної індустрії. Такі форми співпраці дозволяють студентам отримати практичний досвід, а бізнесу – висококваліфікованих кадрів та інноваційні рішення для розвитку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гієм Гран'є .Чому наука потрібна бізнесові та навпаки NV Бізнес, 2019. URL: <https://biz.nv.ua/ukr/experts/chomu-biznes-povinen-pidtrimuvati-naukovi-proekti-50033040.html> (дата звернення:17.01.2024).

ІНТЕРАКТИВНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ У ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА» ДЛЯ СТУДЕНТІВ-ФАРМАЦЕВТІВ

Вступ. Фармацевтична опіка – це один із ключових напрямків сучасної фармацевтичної діяльності, який передбачає надання кваліфікованої допомоги пацієнтам у виборі, застосуванні та моніторингу ефективності лікарських засобів [1, 2]. У зв'язку зі стрімким розвитком фармацевтичної науки та зростаючими вимогами до якості обслуговування пацієнтів, виникає потреба вдосконалення підготовки майбутніх фармацевтів.

Інтерактивні методи навчання відіграють важливу роль у цьому процесі, оскільки вони спрямовані на активізацію пізнавальної діяльності студентів, формування професійних компетентностей та розвиток практичних навичок. Замість пасивного засвоєння знань студенти залучаються до діалогу, розв'язання проблемних ситуацій, виконання рольових завдань, що максимально наближені до реальних умов професійної діяльності [3, с. 210].

Інтерактивні методи дозволяють:

- створити середовище, де студенти можуть застосовувати свої знання на практиці;
- сприяти розвитку клінічного мислення та прийняття рішень;
- підвищувати рівень комунікації з пацієнтами та іншими фахівцями.

Таким чином, інтерактивні методи навчання є необхідним інструментом у формуванні сучасного фахівця у сфері фармацевтичної опіки, здатного адаптуватися до потреб суспільства та вимог охорони здоров'я.

Мета роботи – проаналізувати можливості застосування інтерактивних методів навчання в освітньому процесі.

Основна частина

Сучасна фармацевтична опіка є важливою складовою системи охорони здоров'я, орієнтованою на пацієнта. Вона передбачає не лише відпуск лікарських засобів, але й комплексну консультацію, контроль за правильністю їх застосування, попередження лікарських взаємодій та моніторинг ефективності терапії. Це вимагає від фармацевтів високого рівня професійної підготовки, комунікативних навичок та здатності оперативно приймати рішення [2, с. 11].

Актуальність впровадження інтерактивних методів навчання у дисципліну “Фармацевтична опіка” зумовлена кількома ключовими факторами:

1. *Зростаючі вимоги до якості фармацевтичних послуг.* Пацієнти все частіше очікують від фармацевтів детальної консультації, персоналізованих рекомендацій і професійної підтримки.
2. *Розвиток доказової медицини.* Фармацевти повинні орієнтуватися в сучасних стандартах лікування та застосовувати їх у щоденній практиці.
3. *Необхідність адаптації до реальних умов роботи.* Традиційні форми навчання часто недостатньо готують студентів до взаємодії з пацієнтами, вирішення складних клінічних ситуацій та ефективного командного співробітництва.
4. *Потреба у розвитку м'яких навичок (soft skills).* Здатність налагоджувати контакт із пацієнтом, емпатія та вміння запобігати конфліктам є невід'ємними для сучасного фармацевта.

Інтерактивні методи навчання, такі як кейс-методи, рольові ігри, тренінги та групові обговорення, дозволяють студентам відпрацьовувати ці навички у безпечному навчальному середовищі. Це сприяє підвищенню ефективності навчального процесу та формуванню готовності до реальних професійних викликів [3, с. 212, 4, с. 25].

Підходи до впровадження інтерактивних методів навчання у дисципліну “Фармацевтична опіка” передбачають:

1. *Аналіз навчальних цілей та результатів.*

Впровадження інтерактивних методів повинно базуватися на чіткому визначенні компетентностей, які мають бути сформовані у студентів. Для цього необхідно проаналізувати програму дисципліни “Фармацевтична опіка”, виділити ключові аспекти, які потребують практичного опрацювання, наприклад: консультування пацієнтів, аналіз взаємодії лікарських засобів, рішення клінічних кейсів [5, 6].

2. *Розробку навчальних матеріалів і сценаріїв.*

Для ефективного використання інтерактивних методів необхідно створити навчальні матеріали, які включають клінічні кейси [5], основані на реальних прикладах з фармацевтичної практики; рольові сценарії, що імітують взаємодію фармацевта з пацієнтом або медичним працівником; практичні завдання, спрямовані на розвиток навичок критичного мислення.

3. *Використання сучасних технологій.*

Інтеграція цифрових інструментів сприяє підвищенню ефективності навчання. До таких технологій належать платформи для онлайн-навчання та симуляцій (наприклад, віртуальні аптеки або симулятори консультування); інтерактивні програми для тестування знань (наприклад, Moodle); використання відеоконтенту для аналізу реальних клінічних ситуацій.

4. Поетапне впровадження інтерактивних методів.

Впровадження інтерактивних методів навчання має бути поступовим і складатися з кількох етапів:

- Пілотний етап: тестування інтерактивних підходів на окремих модулях або групах студентів.
- Адаптація: аналіз результатів пілотного впровадження, внесення змін до сценаріїв і завдань.
- Повноцінна інтеграція: впровадження інтерактивних методів у навчальний процес для всіх студентів.

5. Навчання викладачів.

Ефективність інтерактивного навчання залежить від підготовки викладачів, які впроваджують ці методи. Рекомендується проводити тренінги для викладачів, що включають техніки фасилітації та модерації дискусій; методики створення та проведення інтерактивних занять; використання сучасних технологій у навчальному процесі [7, с. 335].

6. Оцінку ефективності інтерактивного навчання.

Для визначення успішності впровадження інтерактивних методів необхідно здійснювати моніторинг навчального процесу через оцінювання рівня засвоєння теоретичних знань і практичних навичок; зворотний зв'язок від студентів щодо їхнього досвіду навчання; аналіз впливу інтерактивних методів на загальну успішність студентів і їхню готовність до професійної діяльності.

Інтерактивне навчання має безліч переваг, таких як-от [3, с. 209, 4, с. 12]:

- Системне мислення. Студенти, які навчаються за інтерактивними програмами, розвивають здатність мислити комплексно.
- Краща підготовка до клінічної практики.
- Зниження ймовірності помилок.

Не зважаючи на ефективність та численні переваги впровадження інтерактивних методів навчання у дисципліну “Фармацевтична опіка”, існують певні виклики, які можуть перешкоджати даному процесу, а саме:

1. *Недостатня підготовка викладачів* [7, с. 334], які можуть мати обмежений досвід у використанні інтерактивних методів, таких як рольові ігри, кейс-методи або фасилітація дискусій. Крім цього, може існувати брак тренінгів та освітніх програм для викладачів щодо впровадження інтерактивних методик.

2. *Обмежені матеріальні та технічні ресурси*, так як: недостатня кількість обладнання (наприклад, симуляційних кабінетів, мультимедійних інструментів, доступу до навчальних платформ); відсутність спеціалізованого програмного забезпечення для моделювання фармацевтичної опіки.

3. *Часові обмеження.* Інтерактивні методи потребують більше часу на підготовку та проведення занять у порівнянні з традиційними лекціями. Можуть виникати труднощі інтеграції інтерактивних занять у щільний навчальний план.

4. *Спротив нетрадиційному підходу до навчання.* У деяких викладачів і студентів може виникати небажання змінювати звичні методи навчання або ж виникають стереотипи щодо ефективності інтерактивних методів порівняно з традиційними [7, с. 335].

5. *Нерівномірна підготовка студентів.* Різний рівень базових знань студентів може впливати на їхню здатність ефективно брати участь у інтерактивних заняттях. Деякі студенти можуть бути не готові до активної участі через брак комунікативних навичок або низький рівень мотивації.

6. *Мовний бар'єр у використанні міжнародних матеріалів.* Часто інтерактивні кейси, сценарії або симуляційні програми створені іноземними мовами, що вимагає додаткового перекладу або адаптації до локальних умов.

7. *Проблеми оцінювання результатів навчання.* Можуть виникати труднощі у розробці об'єктивних критеріїв оцінювання результатів інтерактивного навчання внаслідок відсутності стандартів для оцінки таких компетенцій, як комунікація з пацієнтом або прийняття клінічних рішень.

8. *Фінансові обмеження.* Одним із таких обмежень є висока вартість впровадження сучасних інтерактивних платформ, тренажерів або симуляційних програм. Також існує недостатнє фінансування з боку навчальних закладів для організації інтерактивних тренінгів і матеріально-технічного забезпечення.

На нашу думку, для подолання цих викликів необхідно проводити тренінги для викладачів із методик інтерактивного навчання; залучати гранти та інвестиції для придбання сучасного обладнання й програмного забезпечення; інтегрувати інтерактивні заняття у навчальний план з урахуванням часових і ресурсних обмежень; розробляти стандарти оцінювання інтерактивного навчання; мотивувати студентів до активної участі через створення комфортного й безпечного середовища для навчання.

Вирішення цих викликів дозволить забезпечити якісне впровадження інтерактивних методів у дисципліну “Фармацевтична опіка” та підготувати фахівців, здатних відповідати сучасним вимогам фармацевтичної практики.

Висновки. Таким чином, використання інтерактивних підходів у підготовці фармацевтів є важливим кроком до вдосконалення фармацевтичної освіти та забезпечення якісної фармацевтичної опіки для населення. Впровадження інтерактивних методів у дисципліну “Фармацевтична опіка” вимагає системного підходу, який включає розробку навчальних матеріалів, застосування сучасних технологій, навчання викладачів і постійний моніторинг ефективності. Такий

підхід дозволяє підвищити якість підготовки майбутніх фармацевтів і сприяє їхній адаптації до реальних умов професійної діяльності.

Інтерактивні методи навчання сприяють підвищенню професійних компетентностей майбутніх фармацевтів, зокрема у сфері фармацевтичної опіки. Вони дозволяють студентам не лише отримувати знання, але й активно застосовувати їх у практичних ситуаціях, таким чином підвищуючи комплаєнтність пацієнтів.

Ця стаття аналізує переваги, можливі підходи та виклики щодо впровадження інтерактивних методів навчання в освітній процес майбутніх фармацевтів.

Ключові слова: інтерактивні методи навчання, фармацевтична опіка, медична освіта, навчальний процес, комплаєнс.

ЛІТЕРАТУРА

1. Zimenkovsky, Andrew. (2015). Клінічна фармація та фармацевтична опіка 10.13140/RG.2.2.27502.56649.
2. Фармацевтична опіка: п-практичний посібник / І. Зупанець, В. Черних, С. Попов, та ін.; (за ред. І. Зупанця та В. Черниха). 3-тє вид., переробл. І допов., Київ: Фармацевт Практик, 2018. (224) с. ISBN 978-966-8156-19-9
3. Паянок В.О. Інтерактивне навчання як інноваційний підхід у навчальному процесі / В.О. Паянок : Зб. Наук. Пр. «Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми». Вип. 5., Київ-Вінниця: ДОВ Вінниця, 2004. С. 209-215.
4. Пометун О.І. Інтерактивні технології навчання / Пометун О.І, Пироженко Л.В. та ін., Умань. 2003. 65 с.
5. Абелль Д. Що необхідно для гарного кейсу? // ECCH AUTUMN FALL. 1997. № 4. С. 18-19.
6. Педагогіка вищої школи. Метод кейсів (вирішення практичних проблем) [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://pidruchniki.com/18380828/pedagogika/mikrovikladannya>.
7. Філоненко М. М. Психолого-педагогічна готовність викладача ВМНЗ в інноваційних умовах освіти / М. М. Філоненко // Гуманітарний вісник. Дод. 1 до вип. 27, т. II (35) : Тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору», К. : Гнозис, 2012, С. 333-339.

ТЕРЕЩУК С.І.

к.фарм.н., доц.,

ЧУХРАЙ І.Л.

к. фарм. н., викладач

Львівська медична академія ім.Андрея

Крупинського

ГОРОДЕЦЬКА О.А.

керівник з навчання та

розвитку персоналу ТОВ "Маркет Універсал"

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСВОЄННЯ ЗДОБУВАЧАМИ ОСВІТИ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ДЛЯ УСПІШНОЇ РОБОТИ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ

Вступ. Фармацевтичний ринок України як складна соціально-економічна система активно демонструє динамічний розвиток окремих його сегментів та засвідчує зростання попиту кінцевих споживачів на продукцію галузі, вдосконалення товарного асортименту, розвиток аптечних мереж [1]. Освітня сфера та освітній потенціал є важливими чинниками життєдіяльності суспільства та активно впливають на стан політичної, економічної, соціальної та оборонної сфер [2]. Серед семи ключових викликів розвитку української фармації до початку повномасштабної війни дослідники відносять знецінення фармацевтичної освіти та фаху (відсутність Кроку М і Кроку Б для асистентів фармацевтів, навчання майже половини майбутніх фахівців за заочною формою, не однакові можливості у допуску фахівців різних освітніх рівнів до самостійної діяльності [3]).

Освітня програма «Фармація» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти, яка реалізується у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського, забезпечує підготовку кваліфікованих і компетентних фахівців для фармацевтичного сектору охорони здоров'я, здатних вирішувати актуальні практичні проблеми на основі ґрунтовних теоретичних та практичних знань [4]. Для того, щоб здобувачі фармацевтичної освіти без проблем поповнювали когорту кваліфікованих працівників, навчальний процес у закладі освіти повинен бути організований на високому професійному рівні. За відгуками працевластців, випускники Академії є освіченими, ініціативними спеціалістами, які надають населенню України належну фармацевтичну допомогу.

Метою нашої роботи є узагальнення досвіду викладання освітніх компонент (ОК) організаційно-фармацевтичного спрямування на кафедрі фармації Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського, а саме: Організації

та економіки фармації (ОЕФ), Фармацевтичного менеджменту та маркетингу (ФММ), Медичного та фармацевтичного товарознавства (МФТ) та двох вибіркових ОК: Дослідження ринку медичних імунобіологічних препаратів (МІБП) і тест-систем та Стандартизація діяльності аптек згідно ISO 9001 (вказані вибіркові дисципліни є унікальними і не викладаються в інших закладах освіти фармацевтичного спрямування).

Приставаючи до вивчення профільної освітньої компоненти ОЕФ здобувачі освіти вже мають певні базові знання, отримані при вивченні ОК «Історія фармації» (перший семестр). На лекції «Введення в спеціальність» характеризуються складові фармацевтичної галузі, завдання та функції державних органів, наводяться основні нормативні документи. На другому семестрі для продовження фармацевтичної скерованості підготовки під час вивчення освітньої компоненти «Етичні проблеми у фармації» опрацьовуються реферати на такі теми як: Складові позитивного іміджу аптечного закладу; Соціальна відповідальність аптечних працівників; Бізнес-етика на підприємствах фармацевтичного ринку [5].

Викладання матеріалу ОК ОЕФ базується на діючій законодавчій базі, що зобов'язує постійно оновлювати навчальний матеріал. Матеріал, який не можна закріпити під час практичних занять (за браком часу), виноситься на самостійну роботу, а саме: огляд автоматизованих систем управління та обліку, що використовуються в аптеках, порівняльний аналіз систем оподаткування діяльності аптек, характеристика діяльності основних аптечних агрегаторів України, тощо.

Предметом вивчення вибіркової ОК Дослідження ринку МІБП і тест систем є аспекти обігу вакцин, анатоксинів, пробіотиків, інших МІБП та експрес-тестів для виявлення інфекційних хвороб. Вибір тематики вибіркової ОК є актуальним у зв'язку з активним розвитком ринку МІБП, що зумовлено зростанням потреби у профілактиці, діагностиці, лікуванні інфекційних хвороб та із реалізацією проекту з проведення вакцинації в аптечних закладах. Особливу роль відіграє вивчення експрес-тестів, які дозволяють швидко виявляти інфекційні захворювання та приймати оперативні рішення щодо запобігання їх поширенню та належному лікуванню. Вивчення дисципліни забезпечує підготовку кваліфікованих спеціалістів, здатних забезпечувати належне зберігання МІБП та надавати фармацевтичну опіку населенню при їх відпуску, що є особливо актуальним у періоди епідемій, пандемій та воєнного часу. Самостійна робота сприяє опануванню навичками роботи з нормативно-правовими документами, що регламентують обіг МІБП, поглиблює знання про прилади та засоби, які застосовуються в процесі зберігання МІБП та при контролі дотримання умов зберігання, а також забезпечує можливість ситуаційного вивчення й аналізу асортименту МІБП і тест-систем на прикладі конкретного аптечного закладу [6].

ОК МФТ поглиблює підготовку здобувачів освіти для практичної роботи в аптеках з питань товарознавчого аналізу медичних виробів і лікарських засобів (ЛЗ), пакувальних матеріалів, упаковки. Здобувачі освіти засвоюють знання з порядку та особливостей державної реєстрації ЛЗ та стандартизації медичних виробів, чинників, що обумовлюють їх якість, контроль та оцінку; умов зберігання їх на шляху від виробника до пацієнта. Під час захисту самостійних робіт здобувачі освіти закріплюють знання з надання фармацевтичної опіки при відпуску з аптеки засобів для вимірювання температури тіла та артеріального тиску, небулайзерів, глюкометрів, мінеральних вод, косметичних засобів, формування домашньої та службової аптечок [6].

Опанування студентами ОК ФММ спрямоване на формування системних знань і компетентностей, необхідних для раціональної організації професійної діяльності у сфері фармації. Зокрема, вивчення менеджменту дозволяє розвивати навички ефективного управління ресурсами, оптимізації робочих процесів і планування діяльності в межах аптекних закладів. Водночас маркетингова складова дисципліни відіграє ключову роль у професійній підготовці асистентів фармацевта, забезпечуючи не лише підвищення рівня обслуговування відвідувачів аптеки, а й формування стратегій управління асортиментною політикою, просування фармацевтичних послуг і підвищення конкурентоспроможності аптек. Важливим аспектом опанування ОК є вивчення ФММ шляхом аналізу нормативно-правових актів, виконання ситуативних завдань і моделювання реальних управлінських кейсів. Самостійна робота в межах ОК, зокрема підготовка однієї з тем із прив'язкою до теми заняття у форматі мультимедійної презентації з подальшим представленням на практичному занятті, сприяє поглибленню теоретичних знань і формуванню практичних навичок їхньої реалізації. Особлива увага приділяється здатності студентів критично аналізувати та інтерпретувати нормативно-правові вимоги, наприклад, у сфері регулювання реклами ЛЗ [7].

Завдяки співпраці Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського з мережею аптек «D.S.» вдалося реалізувати проєкт із створення навчального робочого місця фармацевта „Remedium” в аудиторії кафедри фармації. Тому в навчальний план здобувачів освіти за освітньою програмою «Фармація» на заключному семестрі введена вибіркова дисципліна «Стандартизація діяльності аптек на основі ISO 9001», предметом вивчення якої є надання фармацевтичної допомоги населенню на належному рівні згідно міжнародних стандартів. Передбачено вивчення таких тематичних блоків: виконання стандартів поведінки та правил обслуговування відвідувачів; надання якісної фармацевтичної опіки; управління внутрішніми аптекними процесами.

Важливим аспектом відпрацювання практичних навичок в центрі „Remedium” є використання сучасних інформаційних технологій та автома-

тизованих систем управління. Завдання з надання фармацевтичних послуг відвідувачам аптек передбачають моделювання безрецептурного та рецептурного відпуску ЛЗ. При цьому кожний здобувач освіти діагностує потребу пацієнта при звертанні в аптеку, рекомендує певні ЛЗ згідно протоколів фармацевта, відображає їх рух в у комп'ютерній програмі, надає фармацевтичну опіку та проводить розрахунок з видачею чеку. Викладач виконує функції пацієнта та одночасно консультує здобувача освіти. Зображення з монітора комп'ютера проектується на загальний екран, що дає можливість всім присутнім відстежувати роботу колеги [8].

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

Відпуск за електронними рецептами засвоюється на прикладі роботи за програмою «Доступні ліки». Здобувачі освіти опрацьовують асортимент ЛЗ, дозволених до відпуску згідно діючого реєстру, звертаючи увагу на суму відшкодування вартості та доплати пацієнтом [8].

Аналізуючи процеси стажування випускників на робочих місцях в аптечних закладах, нами опрацьовано блок матеріалів для прискорення цього процесу, а саме: електронний навчальний зошит з підбіркою автентичних паперових рецептів, виписаних лікарями та два інформаційні листи: „Асортимент безрецептурних ЛЗ, які можуть бути відпущені відвідувачам аптеки згідно протоколів фармацевтів” і „Правові аспекти відпуску з аптек ЛЗ із вмістом контрольованих речовин”.

Кожного семестру для студентів обов'язково проводяться зустрічі з випускниками попередніх років, стейкхолдерами, представниками фармацевтичних фірм, підприємств, медичними представниками як на кафедрі так і безпосередньо на підприємствах.

Висновки: Засвоєння професійних компетенцій здобувачами освіти за при вивченні ОК організаційно-фармацевтичного спрямування у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського забезпечується комплексним підходом до організації освітнього процесу, що поєднує ґрунтовну теоретичну підготовку, відпрацювання практичних навичок та роботу з актуальними нормативно-правовими актами, що регулюють діяльність охорони здоров'я України. Реалізація навчального проєкту «Remedium» забезпечує

набуття практичних навичок для роботи в аптеках згідно принципів належної аптечної практики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шандрівська О. Є., Цветковська А. В. Дослідження фармацевтичного ринку України: у фокусі концентрація ринку. Вісник Національного університету “Львівська політехніка”. Серія «Проблеми економіки та управління». 2022. Т. 6, № 1. С.56-68. URL: <https://ena.lpnu.ua/items/1a9f2064-a437-4b1f-a2e1-85eb6a08332f>
2. Громовик Б.П., Панькевич О.Б. Фармацевтична освіта крізь призму національної безпеки: аналітика в умовах повномасштабної російської агресії. Фармацевтичний часопис. 2024. № 1. С.35–42. URL: <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2024.1.14517>
3. Громовик Б. Ситуаційний аналіз визначальних викликів для розвитку української фармації до та на початок повномасштабної російської збройної агресії. Управління фармацією в умовах сучасних викликів: монографія, присвячена 60-літтю створення кафедри організації і економіки фармації ЛНМУ імені Данила Галицького / за наук. ред. Богдана Громовика. Львів, 2024. С. 50-58.
4. Освітньо-професійна програма „Фармація” першого бакалаврського рівня вищої освіти КЗВО Львівська медична академія імені Андрея Крупинського. URL: <https://lma.edu.ua/wp-content/uploads/2022/10/osvitnya-programa-farmacziya-2022-r.pdf>.
5. Терещук С.І. Сучасні реалії викладання профільної фармацевтичної дисципліни «Організація та економіка фармації» у закладі вищої освіти. Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти: матеріали III Регіон.наук.-практ. конф., м.Львів, 27.10.2022 р./ Львів : «Тріада плюс», 2022. С.134-137.
6. Практикум з фармацевтичного і медичного товарознавства : навч. посіб. для виклад. / Б. П. Громовик та ін. Львів : Простір-М, 2021. 126 с.
7. Практикум з фармацевтичного маркетингу : навч. посіб. для виклад. / Б.П.Громовик Б. П. та ін. Львів : Простір-М, 2022. 179 с.
8. Терещук С.І., Городецька О.А. Практично-орієнтоване навчання фармацевтів у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського на базі навчального центру «Remedium». Актуальні питання запровадження інтерактивно-інноваційних форм навчання у ЗВО медичного профілю: матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф., м. Львів, 02.06.2023 р. / Львів: «Тріада плюс», 2023. С.117-120.

Секція 4

СТОМАТОЛОГІЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ЛІСЕЦЬКА І.С.

к.мед.н., доц.,
Івано-Франківський національний
медичний університет

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КЕЙС-МЕТОДІВ НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ НА КАФЕДРІ ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ.

Сьогодні провідним завданням Вищої освіти України є забезпечення високої якості підготовки фахівців на рівні міжнародних вимог, досягнення максимального розвитку здібностей і можливостей здобувача освіти, здатного до постійного професійного саморозвитку та самоосвіти, що викликано імплементацією української освіти в міжнародний освітній простір [3, с.232, 4, с.180]. Сучасний лікар – це перш за все компетентний фахівець із розвиненим клінічним мисленням, який вміє працювати в команді, гарний психолог, знає юридичні основи медичного права, вільно володіє іноземними мовами, наприклад, англійською, працює на комп'ютері, водночас може прийняти рішення базуючись на доказову медицину та світові стандарти. Тому методологічною основою сучасної підготовки лікарів-стоматологів є компетентнісний підхід, що здатен забезпечити вище перераховані результати освітнього процесу. З метою покращення освітнього процесу окрім традиційних педагогічних підходів використовуються також інтерактивні методи викладання, що покликанні допомогти сформувати гармонійно та всебічно розвиненого фахівця, здатного скласти конкуренцію в професійному колі як в Україні, так і за кордоном. Інтерактивне навчання – це спеціальна форма організації пізнавальної діяльності, що характеризується активною взаємодією студентів, обміном інформації, спільним розв'язанням поставленої проблеми тощо. В сучасній медичній освіті використовують різні методики інтерактивного навчання, наприклад, такі як робота в групах, дискусії, дебати, круглий стіл, мозковий штурм, ділові та рольові ігри, творчі завдання, кейс-метод та інші, що покликані формувати пізнавальну активність, професійну компетентність, поглиб-

лення та закріплення знань та вмінь, отриманих на попередніх курсах та різних дисциплінах [1, с.71, 2, с.67].

Під час викладання дитячої терапевтичної стоматології на кафедрі дитячої стоматології Івано-Франківського національного медичного університету використовується неігровий імітаційний метод навчання – Кейс-метод (case study, від англ. case – випадок, ситуація) – під час якого відбувається всебічний аналіз і колективне вирішення ситуаційних задач (вирішення кейсів) на основі даних реального клінічного випадку, що дозволяє поєднання теоретичного матеріалу та засвоєння практичних навичок. Крім того, дана методика дозволяє здобувачу освіти стати активним учасником навчального процесу, а роль викладача полягає в загальній організації. На практиці це реалізується так: під час підготовчого етапу викладач пояснює суть методу, роздає ситуаційні задачі – кейси, що включають результати основних та додаткових методів дослідження, фото, завдання, а також проводить розподіл студентів на групи. Під час основного етапу студенти в групах проводять аналіз отриманих даних, літературних джерел, обговорюють інформацію, вибирають лікування. Далі в кожній групі студенти обирають доповідача, який доповідає обране рішення клінічної ситуації, а також відповідає на запитання. Завдання викладача – допомогти студентам навчитись аналізувати та виробити клінічне мислення. Він задає додаткові питання, направляє хід дискусії, підводить підсумки.

Виходячи з вищевикладеного, можна зробити висновок, що застосування Кейс-методу під час практичного заняття сприяє поліпшенню навчання, напрацюванню клінічного мислення, розвитку творчих здібностей майбутніх стоматологів, розвитку Soft Skills, такі як комунікабельність та вміння працювати в команді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Левків М.О. Застосування кейс-методу у фаховій підготовці студентів-іноземців на кафедрі терапевтичної стоматології / М.О. Левків // Медична освіта. – 2016. – № 3. – С. 71-74.
2. Павлишин Г.А. Кейс-метод навчання у медичній освіті / Г.А. Павлишин, Т.В. Бігуняк, Т.В. Саварин // Медична освіта. – 2015. – № 3. – С. 67-69.
3. Третяк Н.Г. Роль студентського наукового товариства як шлях у формуванні самостійної роботи студентів / Н.Г. Третяк, М.О. Дудченко, О.А. Шапошник, І.П. Кудря // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – Вип. 1. – С. 232-234.
4. Шумський О. Шляхи активізації самостійної роботи студентів / О. Шумський // Наукові записки. Серія: Педагогічні науки. – 2016. – Вип. 147. – С. 180-183.

Секція 5

СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНИЙ ТА ФУНДАМЕНТАЛЬНИЙ НАПРЯМОК В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ

БАБЧУК Л.Р.,

викладачка

фахового медичного коледжу

Івано-Франківський національний медичний університет

ВИКОРИСТАННЯ ПЛАТФОРМИ КАНООТ ПРИ ВИКЛАДАННІ МЕДИЧНОЇ ХІМІЇ В МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ

Вступ. Сучасне суспільство потребує фахівців, які здатні приймати вірні рішення, оперативно ухвалювати нестандартні рішення та діяти креативно. Дисципліна «Медична хімія» у фаховому медичному коледжі спрямована на формування ґрунтовної наукової основи для майбутніх молодших бакалаврів медицини, а також на розуміння ними загальних фізико-хімічних принципів, що лежать в основі життєвих процесів людини. Вона покликана забезпечити здатність студентів вирішувати завдання та долати труднощі у сфері охорони здоров'я.

Головною метою курсу «Медична хімія» є формування цілісного наукового підходу до аналізу процесів, які відбуваються в людському організмі, засвоєння студентами номенклатури та класифікації основних груп складних органічних і неорганічних речовин, розуміння ключових закономірностей перебігу хімічних реакцій і трансформацій речовин.

Для реалізації таких запитів більшість сучасних освітніх закладів застосовують інноваційні моделі навчання, що можуть доповнювати або замінювати традиційні методи навчання. Адже, сучасний студент - це представник нового, цифрового покоління, для якого використання мобільних пристроїв та інтернету в навчанні та роботі є цілком природним. При виникненні запитань як заохотити студентів до вивчення медичної хімії, яка для багатьох являється складною для вивчення дисципліною, і як легко і доступно перевірити рівень знань кожного студента, та, водночас, провести час цікаво, на допомогу прийдуть сучасні технології. Для контролю рівня сприйняття інформації можна знайти альтернативну заміну вступному чи підсумковому контролю рівня знань. В цьому викладачу може допомогти застосування інтерактивних засобів навчання.

Основна частина. Одним із наочних прикладів онлайн-платформи для створення інтерактивних завдань є навчальний сервіс Kahoot. Доступ до нього можна отримати через веб-браузер або мобільний додаток Kahoot, який можна завантажити в Google Play чи App Store. Kahoot – це безоплатний ресурс, тому ним може скористатися будь-хто. Водночас існують преміум-плани: Plus – 5\$ на місяць для викладача, Pro – 10\$ щомісяця та Premium – 15\$ на місяць. Важливо, що сервіс простий у використанні, а для застосування в освітньому процесі він пропонує багато можливостей. Щоб почати роботу, потрібно спочатку зареєструватися на платформі або увійти в наявний акаунт. Після авторизації можна створювати вікторини, опитування та проводити тестування. Створення нового завдання займає лише кілька хвилин, що значно спрощує підготовку викладача до занять і дозволяє економити час. Зазначимо, що у міні-ігри можна додавати відео та зображення. Додатковою перевагою є вбудований таймер, який викладач встановлює під час створення гри. Це додає азарту учасникам: чим швидше студент відповість на питання, тим більше балів отримає. Відтак, гра завжди має переможця. Безкоштовна версія Kahoot дозволяє створювати лише два типи запитань: вікторина (quiz), де студент обирає один або кілька правильних варіантів на запитання із запропонованих нище, та формат «вірно-невірно» (true or false), який передбачає вибір між двома взаємовиключними відповідями. Тестування можна проводити двома способами. При першому способі студенти переходять за посиланням kahoot.it, вводять унікальний код, отриманий від викладача, та вказують своє ім'я. Можна використати будь-який nickname (псевдонім) та підібрати собі відповідний аватар. Аватари є в переліку запропонованих, характеризуються сучасним оформленням і подобаються студентам. Студенти мають можливість використати ім'я та зображення свого улюбленого аніме-героя чи героя фільмів, що їм дуже подобається.

Процес проходження тесту проходить під наглядом викладача. Студенти відповідають через смартфони чи комп'ютери, а запитання та результати відображаються на екрані викладача. При іншому способі тестування викладач створює гру, встановлює часовий інтервал для її проходження, після чого студенти самостійно беруть участь у тестуванні. Варіанти відповідей з'являються на їхніх пристроях.

Платформу Kahoot можна використовувати не лише під час дистанційного навчання, а й під час аудиторних занять, на гуртках та інших освітніх заходах. Коли вікторина готова, натисніть «Play», щоб запустити гру. Є можливість обрати формат: класична гра (кожен грає за себе) або командний режим (учасники отримують додаткові 5 секунд для обговорення перед тим, як дати відповідь). Також у налаштуваннях можна встановити додаткові параметри.

Студенти підключаються до гри через комп'ютер або мобільний телефон, переходячи за посиланням kahoot.it, вводять згенерований код, а потім своє ім'я. Як тільки всі учасники підключаються, викладач запускає тест натисканням кнопки «Start». Запитання та варіанти відповідей відображаються на екрані викладача, а студенти відповідають через власні пристрої.

Kahoot – це сучасний інтерактивний інструмент, що сприяє активному залученню студентів у навчальний процес. Його застосування при викладанні медичної хімії допомагає краще засвоювати складний матеріал, підвищувати рівень навчальної активності та мотивації. Основними перевагами використання Kahoot у вивченні медичної хімії є інтерактивність і гейміфікація. Створення вікторин, тестів та опитувань робить навчання більш захопливим. Елементи змагання стимулюють студентів до активної участі та глибшого розуміння матеріалу. У кожній групі студенти, що пройшли тестування створюють свій рейтинг (п'єдестал) з переможцями. До кожного проходження тесту додається звіт. У звіті щодо кожного тесту біля імені кожного гравця (студента) можна побачити не тільки місце у рейтингу, кількість правильних відповідей та кількість набраних балів але і кількість запитань які залишилися без відповіді. Аналогічний звіт можна зробити щодо запитань вікторини. Якщо відкрити запитання у звітах, то можна відслідкувати на яке запитання була дана найбільша кількість правильних відповідей, на яке запитання ніхто зі студентів не дав правильної відповіді. Відповідно, при аналізі запитань тесту є можливість повторити складний матеріал для кращого засвоєння його студентами.

У навчальному сервісі Kahoot викладачі можуть оперативно оцінювати рівень засвоєння теми, аналізувати типові помилки та коригувати методику викладання. Миттєвий зворотний зв'язок дозволяє студентам одразу отримувати пояснення щодо правильних відповідей. Практичне застосування Kahoot у викладанні медичної хімії полягає у **створенні тестових завдань**. Викладачі можуть скласти запитання з варіантами відповідей, що охоплюють хімічні рівняння, реакційні механізми та біохімічні процеси. Використання графічного контенту (зображень і відео) допомагає візуалізувати складні теми. Надається можливість **групових занять та самостійної роботи**. Kahoot можна використовувати як під час аудиторних занять, так і для самостійного опрацювання матеріалу. Завдяки доступності на різних пристроях студенти можуть навчатися в зручний для них час.

Аналіз результатів допомагає виявляти складні теми та розробляти ефективніші підходи до їх пояснення. **При аналізі результатів та адаптації** навчальний сервіс Kahoot до **навчального процесу** викладач може перегля-

дати статистику тестування, що дозволяє коригувати методику викладання відповідно до рівня підготовки студентів.

Висновки. Застосування платформи Kahoot у викладанні медичної хімії в медичному коледжі є ефективним способом покращення навчального процесу. Інтерактивний формат, гейміфікація та можливість миттєвого отримання зворотного зв'язку сприяють кращому засвоєнню матеріалу, підвищенню мотивації студентів і об'єктивному оцінюванню їхніх знань. Подальший розвиток і вдосконалення використання Kahoot дозволить ще більше оптимізувати навчальний процес для майбутніх медичних фахівців. Платформа є зручним інструментом для створення тестів, які можна використовувати для поточного та модульного контролю знань студентів, самостійного навчання та самоперевірки, підготовки до занять.

ЛІТЕРАТУРА

1. Максимчук Т., Бабчук Л. Робоча програма «Хімічний модуль». Івано-Франківськ, ІФНМУ, 2022
2. Licorish, S. A., Owen, H. E., Daniel, B., & George, J. L. (2018). Students' perception of Kahoot!'s influence on teaching and learning. *Research and Practice in Technology Enhanced Learning*, 13(1), 9.
3. Plump, C. M., & LaRosa, J. (2017). Using Kahoot! in the classroom to create engagement and active learning: A game-based technology solution for eLearning novices. *Management Teaching Review*, 2(2), 151-158.
4. Wang, A. I., & Tahir, R. (2020). The effect of using Kahoot! for learning – A literature review. *Computers & Education*, 149, 103818.

НОВАК-МАЗЕПА Х. О.,

Ph.D.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

ШУКАЛОВИЧ Г. О.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ У ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА УКРАЇНСЬКІ ПЕРСПЕКТИВИ

Вступ. Сучасна медична освіта дедалі більше орієнтується на практичну підготовку майбутніх фахівців, оскільки вимоги до професійної компетентності медичних сестер зростають. Запровадження інтерактивно-інноваційних методів навчання у закладах вищої освіти медичного профілю дозволяє підвищити ефективність підготовки студентів, сприяє розвитку критичного мислення, клінічного мислення, аналізу, навиків ухвалення рішень та роботи в команді [1, с.26]. У країнах Європи та Північної Америки освітні програми для медичних сестер активно використовують такі методи, як кейс-метод, ситуативний аналіз, рольові ігри, лабораторно-практичні заняття та симуляційні технології. Ці методики довели свою ефективність у формуванні професійних компетенцій і поступово впроваджуються у вітчизняних закладах освіти [2, с.79; 3, с.75].

В Україні інтерактивно-інноваційні методи навчання поступово впроваджуються у медичних закладах вищої освіти, що сприяє підготовці висококваліфікованих фахівців, здатних ефективно працювати в умовах сучасної медичної практики. Одними з найперспективніших підходів у медичній освіті є метод кейсів (case-based learning) та симуляційне навчання, які дозволяють не лише отримати теоретичні знання, а й розвивати клінічне мислення, навички ухвалення рішень та роботи в команді. Метод кейсів передбачає аналіз реальних або змодельованих клінічних ситуацій, що змушує студентів самостійно шукати оптимальні рішення, спираючись на наукові підходи та доказову медицину [2,с.79]. Водночас, симуляційне навчання забезпечує можливість практичного відпрацювання професійних навичок у безпечному середовищі, що мінімізує ризики для пацієнтів і дозволяє студентам краще засвоювати складні клінічні процедури. Поєднання цих методів із традиційними формами навчання дозволяє підвищити якість підготовки майбутніх медичних працівників, забезпечуючи їм необхідні компетентності для успішної професійної діяльності [3, с.75].

Основна частина. З метою удосконалення магістерської програми підготовки медсестер було проаналізовано міжнародний досвід впровадження інтерактивно-інноваційних методів навчання у медичних закладах вищої освіти. Особливу увагу було приділено використанню кейс-методу та симуляційного навчання як ключових підходів до формування клінічного мислення, розвитку аналітичних навичок і підготовки майбутніх фахівців до реальних викликів медичної практики.

Зокрема, у Гамбурзькому університеті прикладних наук (Німеччина) важливу роль у навчальному процесі відіграє кейс-метод (case study). Це письмове опрацювання реальних клінічних ситуацій із подальшим обґрунтованим рішенням, яке студенти аналізують самостійно або в групах. Важливою особливістю є тривалість опрацювання кейсу – до восьми тижнів, що дозволяє глибше дослідити проблему та використати наукові методи для її розв'язання. Кейс метод застосовується не лише як допоміжний інструмент навчання, а й як основна форма контрольного заходу. Наприклад, у дисциплінах «Медсестринська наука і дослідження» та «Науковий проєкт з медсестринства» він є ключовим елементом оцінювання. Також цей підхід використовується у курсі «Ініціювання та впровадження процесів змін», де студенти аналізують проблеми охорони здоров'я та пропонують обґрунтовані рішення щодо покращення системи медичної допомоги [4].

Кейс-метод активно застосовується і в США. У Мелоунському університеті (штат Огайо) ситуативний аналіз є основним підходом у вивченні курсу «Поглиблена фармакологія». Ця дисципліна включає не лише розгляд фармакологічних властивостей лікарських засобів, а й їхню взаємодію, особливості застосування у різних вікових групах та відповідність державним і федеральним нормам. Аналіз ситуативних завдань допомагає студентам оцінити можливі ризики призначення препаратів, прогнозувати їхній вплив на організм і враховувати фінансово-етичні аспекти фармакотерапії. Подібний підхід сприяє формуванню у студентів здатності до ухвалення відповідальних рішень, що є надзвичайно важливим у медичній практиці [5].

Ще одним прикладом використання інтерактивних методів є навчальна програма Університету Маунт-Сент-Джозеф (штат Огайо, США). Тут широко застосовуються лабораторно-практичні заняття, зокрема у курсі «Лабораторно-практичний курс з неврології». Навчання побудоване таким чином, щоб студенти могли інтегрувати теоретичні знання з практичними навичками, аналізуючи анатомічні структури нервової системи та їхні функції. Вирішення клінічних кейсів дозволяє майбутнім фахівцям розпізнавати неврологічні дисфункції та застосовувати отримані знання у професійній діяльності. Такий

формат навчання сприяє розвитку клінічного мислення та допомагає студентам адаптуватися до реальних умов роботи [6].

В Україні інтерактивно-інноваційні методи навчання поступово впроваджуються у медичних закладах вищої освіти, що сприяє підготовці висококваліфікованих фахівців, здатних ефективно працювати в умовах сучасної медичної практики. Одним із найбільш перспективних підходів є кейс-метод, який дозволяє студентам не лише отримати теоретичні знання, а й розвивати клінічне мислення, навички ухвалення рішень та роботи в команді. Його використання сприяє інтеграції доказової медицини, міждисциплінарного підходу та критичного мислення, що особливо актуально в умовах стрімкого розвитку медичної науки та зростаючих вимог до компетентності медичних працівників. Аналіз клінічних ситуацій, робота з науковими джерелами, оцінка якості отриманої інформації та її застосування у процесі ухвалення обґрунтованих рішень формують основу цього методу. Крім того, кейс-метод стимулює активну взаємодію між студентами та викладачами, що сприяє розвитку комунікативних навичок, підготовці до роботи в мультидисциплінарних командах та покращує здатність приймати рішення в умовах стресу і обмеженого часу [7,с.38].

Одним із регіональних закладів вищої освіти, що активно застосовує сучасні педагогічні технології, є КЗВО Волинський медичний інститут. Заклад здійснює підготовку медичних сестер за освітніми програмами, які поєднують традиційні академічні підходи з інтерактивними методами навчання. Значна увага приділяється проблемно-орієнтованому навчання, груповим дискусіям, рольовим іграм та симуляційним технологіям, що дозволяє студентам розвивати клінічне мислення, комунікативні навички та здатність до ухвалення самостійних рішень у складних ситуаціях. Особливе місце в освітньому процесі займає кейс-метод, який широко використовується у викладанні клінічних дисциплін. Ця методика передбачає аналіз реальних або змодельованих клінічних ситуацій, у ході якого здобувачі освіти самостійно або в групах шукають оптимальні рішення, спираючись на наукові підходи та доказову медицину.

З метою оцінки ефективності цього підходу у КЗВО Волинському медичному інституті було проведено опитування серед здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти освітньої програми Сестринська справа, які брали участь у заняттях із використанням кейс-методу. Аналіз отриманих відповідей засвідчив високу зацікавленість студентів у такому форматі навчання та його значну ефективність. Понад 80% респондентів відзначили, що кейс-метод допомагає краще зрозуміти матеріал завдяки його глибокому аналізу та практичному застосуванню. Вони наголосили на тому, що такий підхід сприяє

розвитку критичного мислення, підвищує мотивацію до навчання та допомагає відчувати себе більш впевненими у прийнятті клінічних рішень. Окрім цього, здобувачі зазначили, що робота з кейсами дозволяє краще підготуватися до реальної професійної діяльності, оскільки вони навчаються працювати в команді, аналізувати різні варіанти лікування, прогнозувати можливі ускладнення та оцінювати ризики. Додатковою перевагою стала можливість участі у дискусіях, під час яких студенти можуть аргументовано обґрунтовувати свої рішення перед викладачами та одногрупниками, що стимулює самостійне мислення та покращує навички аргументації.

Отримані результати підтверджують доцільність подальшого впровадження кейс-методу та інших інтерактивних технологій у навчальний процес КЗВО Волинського медичного інституту. Враховуючи міжнародний досвід, перспективним є розширення використання цього підходу не лише в клінічних дисциплінах, а й у фармакології, медичному адмініструванні та сестринському менеджменті. Також важливим напрямом є створення спеціалізованих навчальних центрів із симуляційними технологіями, що дозволить студентам у максимально наближених до реальних умовах відпрацьовувати навички клінічного прийняття рішень.

Висновки. Попри позитивні зрушення, впровадження інтерактивних методів у вітчизняних медичних ЗВО поки що не є системним і масовим. Значна частина освітнього процесу досі базується на традиційних лекційних формах подачі матеріалу та тестовому контролю знань. Натомість міжнародний досвід свідчить, що залучення студентів до активного навчального процесу через кейс-методи, лабораторні дослідження та моделювання клінічних ситуацій значно підвищує якість освіти та забезпечує готовність випускників до практичної діяльності.

Таким чином, впровадження інтерактивних методів у підготовку магістрів сестринської справи є важливим кроком до модернізації медичної освіти в Україні, що сприятиме розвитку професійних компетентностей, необхідних для сучасної медсестринської практики. Волинський медичний інститут уже робить значні кроки у цьому напрямку, проте для досягнення ефективних результатів необхідне подальше розширення інтерактивних технологій. Зокрема, доцільним є активне застосування симуляційного навчання, інтеграція кейс-методу у всі клінічні дисципліни та створення навчальних центрів із сучасними тренажерами для відпрацювання практичних навичок. Запозичення найкращих міжнародних практик та їх адаптація до українських реалій сприяти-

ме підготовки професіоналів-практиків у сфері медсестринства, здатних відповісти сучасним викликам у сфері охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бількевич Н., Кавецька Н., Чернець Т. Інтерактивні методи навчання як методологічна основа тренування комунікативних навичок студентів медичного закладу вищої освіти. *Медична освіта*. 2023. С. 26–31. <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2023.3.14269>
2. Єгудіна Я. Д., Сапожниченко Л. В., Козлова Ю. В. Впровадження кейс-методу у формуванні клінічного мислення студентів-медиків. *Медична освіта*. 2019. №2. С. 79–85. <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2019.2.103>
3. Шмалей С. В., Редька І. В. Симуляційне навчання в системі підготовки медичних працівників. *Педагогічний альманах*. 2024. № 56. С. 75–84. <https://doi.org/10.37915/pa.vi56.572>
4. Програма «Сестринська справа, магістр наук» Гамбурзького університету прикладних наук, Німеччина. URL: <https://www.haw-hamburg.de/studium/studiengaenge-a-z/studiengaenge-detail/course/courses/show/pflege/Studieninteressierte/> (дата звернення: 20.01.2025).
5. Програма «Магістр наук з медсестринства» Мелоунського університету, США. URL: <https://www.malone.edu/academics/graduate/programs/nursing/> (дата звернення: 20.01.2025).
6. Програма «Магістр наук медсестринства» Університету Маунт-Сент-Джозеф, США. URL: <https://www.msj.edu/academics/graduate-programs/master-of-science-in-nursing/index.html> (дата звернення: 20.01.2025).
7. Жорова І. Я., Маруш І. В. Організаційно-педагогічні аспекти формування професійної компетентності майбутніх фахівців медичного профілю. *Педагогічний альманах*. 2024. № 56. С. 38–43. <https://doi.org/10.37915/pa.vi56.559>.

ЗМІСТ

Секція 1

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ

FEDORCHENKO YU. V. IMPLEMENTATION OF INTERACTIVE FORMS OF LEARNING IN HIGHER MEDICAL EDUCATION.....	3
ІМА-АБАСІ ЕСАНГ АНКОН, FEDORCHENKO YU. V. BIOLOGICAL IMPLICATIONS OF MOBILE PHONE RADIATION: POTENTIAL RISKS TO HUMAN HEALTH AND NEUROLOGICAL FUNCTION.....	6
ГУМЕНЧУК І.О. ПРОФЕСІЙНА МОТИВАЦІЯ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ У МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ...	9
ДЗЮБ Р.Є., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю. УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ОСВІТИ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ.....	14
САХАРНАЦЬКА Д.М., ДУБ Н.Є., КАЗАН І.В НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА УПРАВЛІННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЮ ОСВІТОЮ.....	21
ПЛЕТНЬОВ ВЛАД, СКОРИК ГЛІБ, ХАРЧЕНКО ЮЛІЯ АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ GOOGLE FORMS ДЛЯ ОПИТУВАНЬ І АНАЛІЗУ ДАНИХ: ДОСВІД ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСУ СЕРЕД МОЛОДІ...	27
ПАСІЧНЮК І.П., ПАРТИКА У.Б. СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ЯК ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНА ФОРМА НАВЧАННЯ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	31
КОРОТКА В. О ІНТЕГРАЦІЯ МЕДИЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ У ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	35
КІКЕРЧУК Л.Л., МИКИТЮК О.Ю. ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ФІЗИКИ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ.....	39
КРАП О.І., ХМІЛЯР І.Р. МОДЕРНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ЯК ОСНОВА ПРОФЕСІЙНОГО УСПІХУ МЕДСЕСТРИ.....	41
МОСКАЛЮК Г.А., СОРОКМАН Т.В. ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ.....	44

ЧАГЛЕЙ Ю.Г., СОРОКМАН Т.В. ОСВІТНІ МЕДСЕСТРИНСЬКІ ТЕХНОЛОГІЇ В АСПЕКТІ ПАЦІЄНТООРІЄНТОВАНOSTI.....	50
ПОЛЬОВИЙ В.П., ПЕТРЮК Б.В. ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ – ВАЖЛИВА УМОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ.....	54
РІЗУН Г.М., ЦЮНИК Н.Ю. ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА В УКРАЇНІ: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.....	60
CHORNENKA ZH.A. DEVELOPMENT TENDENCIES OF THE NEWEST FORMS OF LEARNING IN THE CONDITIONS OF EMERGENCY SITUATIONS.....	67
СВІТЛАНА ЧУМАК ВИКОРИСТАННЯ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ШКІЛЬНОГО КУРСУ ІСТОРІЇ.....	71
КАМІНСЬКА І.В., КАЛИНЧУК С.В. РЕФОРМА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ – РЕАЛІЇ ТА ОЧІКУВАННЯ.....	76
KARPYN KH.I., KHMILYAR I.R. ENHANCING NURSING EDUCATION IN UKRAINE THROUGH INTERNATIONAL STANDARD: BARRIES, SOLUTIONS, AND IMPACT.....	78
ГІНДІНА М.С. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ВЗАЄМОДІЯ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОГО ФАХІВЦЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «МЕДСЕСТРИНСТВО».....	81
ГРЕЧКО С.І., ТРЕФАНЕНКО І.В. ВИКЛИКИ ЕФЕКТИВНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ.....	86
ДУБИНА С.О., СОКОЛОВА І.В. СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ НАВЧАННЯ У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ.....	92
ШУМКО Г.І. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНО – ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ НА ЗАНЯТТЯХ З ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ЗІ СТУДЕНТАМИ 6 КУРСУ.....	99
БУБЕС С., ЯРЕМЧУК О.В. ЦИФРОВІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	106
ТРЕФАНЕНКО І.В., СОЛОВІЙОВА О.В., ГРЕЧКО С.І. ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ «ПРИЙОМ-ГРА» В ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ СУЧАСНОГО СТУДЕНТА.....	110
КОЗИНЕЦЬ О.Д., КОЗИНЕЦЬ І.А. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ВИКЛАДАННЯ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ.....	113

Секція 2

ПРАКТИЧНА МЕДИЦИНА ТА МЕДСЕСТРИНСТВО

ЛУЧКА В.В., НЕДІЛЬКО Р.В. СУЧАСНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я – РОЛЬ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ У МЕНЕДЖМЕНТІ ТА ЛІДЕРСТВІ.....	118
ПРАНЬКА Н., ДУБ Н.Є. ПОНЯТТЯ ТА СУТНІСТЬ УПРАВЛІНСЬКИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	124
ГОЛОВАЧ Т.А., СОГУЙКО Ю.Р. РОЛЬ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ В НАДАННІ ДОПОМОГИ ПРИ ЗМІЇНИХ УКУСАХ.....	127
ШОПА Ю.П., ЮРИСТОВСЬКА Н.Я. КЛІНІЧНА ЕМПАТІЯ У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ.....	131
МАТИЯНКА Т.М., ЯРЕМЧУК О.В. АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ ЩОДО ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ В УКРАЇНІ.....	135
ГАЛАС У., ДУБ Н.Є. РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЕФЕКТИВНОГО ЗАСТОСУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.....	140
SHUPER V.O., SHUPER S.V. INTERACTIVE AND INNOVATIVE FORMS OF LEARNING IN HIGHER EDUCATION INSTITUTION OF THE MEDICAL PROFILE: MODERN CONTENT, ISSUES AND PROBLEMS.....	143
СИМКАНИЧ Н.Д. СИНДРОМ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ У ПРАКТИЧНІЙ МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ.....	147
ROKOTYLO N.R., LIASHUK R.P. THE CHARACTERISTICS OF MODERN METHODOLOGIES AND TOOLS IN TEACHING STUDENTS OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS.....	151
ГАЛИНА ГВОЗДЕЦЬКА, ІРИНА БІЦЬКА, ОКСАНА ЖУКУЛЯК РОЛЬ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ У ПОКРАЩЕННІ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР – БАКАЛАВРІВ У ІФНМУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	158
БІЛОБРИВКА В.Ю. АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ У ЛЬВІВСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ: СУЧАСНА ПРАКТИКА.....	161
ЛАПАН О. В., ЩУРКО М. М., НЕЧИПОР Н.О. ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДОГРАМИ ПРИ ОЖИРІННІ.....	166

ТВЕРДА І.І. АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ ОСВІТНЬОЇ КОМПОНЕНТИ «ОСНОВИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ТА НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ» ДЛЯ ОСІБ З ВАДАМИ СЛУХУ НА ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНІЙ ПРОГРАМІ «ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА».....	170
КОВЕРЧУК О.М., КАЛИНЧУК С.В. РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТОМ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ.....	175
ДЕНЕКА О., ОЛІЙНИК Н.Ю. ВПЛИВ САМОСТІЙНОГО ДОГЛЯДУ НА ФІЗИЧНИЙ І ПСИХІЧНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ.....	179
БЯЛИЙ А.О. ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ШКІРНИХ ПОКРИВІВ ПРИ COVID-19.....	182
ШТУНЬ К. В., КАЛИНЧУК С.В. РОБОТА МЕДСЕСТРИ З РІЗНИМИ ПСИХОТИПАМИ ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ.....	186
ДУБАН С., ЯРЕМЧУК О.В. РОЛЬ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ У ЛІКУВАЛЬНО- ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ.....	189
МИШКО О.М., ВАЛЕЦЬКИЙ Ю.М. АНАЛІЗ ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ ТА ОЦІНКА МІКРОФЛОРИ НОСОГЛОТКИ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	193
КАККАТТУЧАЛІ ARSAD, FEDORCHENKO Yu. V. EFFECTS OF WI-FI EXPOSURE ON HUMAN HEALTH: POTENTIAL PHYSIOLOGICAL AND NEUROLOGICAL IMPACTS.....	201
ЗОЗУЛЯ А.В., НЕДІЛЬКО Р.В. АНАЛІЗ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СЕСРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ КОНТРОЛІ ТА ІНФЕКЦІЙНІЙ БЕЗПЕЦІ У ЗОЗ.....	204
ГОЛЯНСЬКА Л., КРИВКО Ю.Я., СТОКОЛОС-ВОРОНЧУК О.О. РОЛЬ ПРОФЕСІЙНИХ ОBOB'ЯЗКІВ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ ТА БРАТІВ У ТРАНСПЛАНТАЦІЇ.....	210

Секція 3

ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ШИНКУРА Л.М., ШИНКУРА В.М. ОСВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТІВ.....	216
--	-----

ПАРТИКА У.Б., ЖУКРОВСЬКА М.О. ІНТЕРАКТИВНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ У ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА» ДЛЯ СТУДЕНТІВ-ФАРМАЦЕВТІВ.....	218
ТЕРЕЩУК С.І., ЧУХРАЙ І.Л., ГОРОДЕЦЬКА О.А. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСВОЄННЯ ЗДОБУВАЧАМИ ОСВІТИ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ДЛЯ УСПІШНОЇ РОБОТИ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ.....	223

Секція 4

**СТОМАТОЛОГІЧНА НАУКА
ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ**

ЛІСЕЦЬКА І.С. ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КЕЙС-МЕТОДІВ НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ НА КАФЕДРІ ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ.....	228
---	-----

Секція 5

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

БАБЧУК Л.Р. ВИКОРИСТАННЯ ПЛАТФОРМИ КАНООТ ПРИ ВИКЛАДАННІ МЕДИЧНОЇ ХІМІЇ В МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ.....	230
НОВАК-МАЗЕПА Х. О., ШУКАЛОВИЧ Г. О. ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ У ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА УКРАЇНСЬКІ ПЕРСПЕКТИВИ.....	234

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

МАТЕРІАЛИ

**IV ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

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

7 березня 2025 року

*Підготовлено до друку
оргокомітетом III Всеукраїнської науково-практичної конференції
Відповідальна за друк: Неділько Р.В.*

Підписано до друку 6.02.2025
Формат 60×84¹/₁₆. Папір офсетний. Друк на різнографі
Умовн. друк. арк. 14,1. Обл.-вид. арк. 13,2
Наклад 43 прим. Зам. 250294

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

вул. Ф. Колесси, 4, Львів, 79005
тел. +380 32 2584103, факс +380 32 2584101
vlp.com.ua, ел. пошта: vmr@vlp.com.ua