



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

МАТЕРІАЛИ

**VI РЕГІОНАЛЬНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

28 жовтня 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, в.о. завідувача кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»,

Члени оргкомітету:

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»

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

Редколегія:

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

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».

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».

*Рекомендовано до друку вченою радою КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
(Протокол № 4 від 29 жовтня 2025 року)*

Матеріали VI регіональної науково-практичної конференції (заочна форма) “Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти” (м. Львів, 28 жовтня 2025 року). – Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2025. – 156 с.
ISBN 978-966-994-094-0

У збірнику тез вміщено матеріали науково-практичної конференції «Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти» для студентів, викладачів, магістрів, молодих науковців та практикуючих медичних сестер/братів.
УДК 378.046:614

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

СЕКЦІЯ 1

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ

БОБКО У.,

магістрант

Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.,

к.держ.упр., доц.

Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

ШЕГЕДИН А.З.

викладач, магістр медсестринства,

Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕОНТОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ

Організація інклюзивного навчання осіб з особливими освітніми потребами на сучасному етапі спирається на систему педагогічних, психологічних і соціальних принципів, що забезпечують ефективну інтеграцію здобувачів освіти з порушеннями розвитку у загальний освітній простір. Основу цієї системи становлять принципи дитиноцентризму, гуманізму, поваги до гідності та індивідуальності кожного здобувача освіти, свободи вибору та рівних можливостей.

Важливою складовою є створення безпечного, доброзичливого середовища, у якому виключені будь-які форми булінгу, дискримінації чи стигматизації, а педагогічна взаємодія ґрунтується на взаємоповазі, емпатії та партнерстві.

Крім того, реалізація інклюзивного навчання передбачає міждисциплінарну співпрацю педагогів, медичних працівників, психологів, соціальних фахівців і батьків, що забезпечує цілісний підхід до розвитку особистості здобувача освіти. Таким чином, система інклюзивної освіти орієнтована не лише на

адаптацію дитини до навчального процесу, а й на трансформацію самої освітньої спільноти у напрямі гуманізації, толерантності та педагогічної деонтології.

Як засвідчує науковиця Матвеева Наталія проблема на часі та перебуває у полі зору педагогів-практиків, психологів, соціологів та філософів, які розкривають різні її аспекти. Питання педагогічної деонтології науковці розглядають як важливий компонент інклюзивного навчання, своєрідний гарант та важіль досягнення ефективності у навчанні, вихованні та розвитку дітей шкільного віку з особливими освітніми потребами. У контексті означеного слід виокремити різні напрямки досліджень вчених, як-от:

- гуманістичні цінності в освіті (Т. Білоус, О. Грива, О. Дубасенюк, В. Куриленко, І. Палько, В. Семиченко);
- створення толерантного освітнього середовища у закладах освіти з інклюзивним навчанням (О. Безносок, О. Волошина, О. Грива, О. Кихтюк, О. Майборода, О. Отич, В. Пісоцький, Т. Пилипенко, М. Товта, О. Швачко);
- формування толерантності в учителя та учнів (С. Гончаренко, І. Зязюн, Н. Ничкало, Л. Хомич);
- особливості організації та управління освітнім закладом з інклюзивним навчанням (А. Колупаєва, Л. Савчук, Н. Слободянюк);
- професійна підготовка майбутніх фахівців до надання якісних освітніх послуг в закладах з інклюзивним навчанням (Л. Міщик, Н. Софій);
- специфіка діяльності педагога та асистента вчителя з учнями з особливими освітніми потребами (Т. Ілляшенко, А. Колупаєва, Л. Куненко, Д. Шульженко);
- становлення інклюзивної освіти, перспективи розвитку в Україні (В. Бондар, Л. Будяк, Л. Даниленко, В. Засенко, А. Колупаєва, Г. Кравченко, В. Липа, Н. Софій, Г. Сіліна, О. Таранченко.);
- адаптація та соціалізація особистості, створення сприятливої атмосфери у закладі освіти для дітей з ООП (І. Бех, М. Боришевська, Д. Величко, С. Голумбевська, М. Савчин) [1].

Педагогічна деонтологія є важливою складовою сучасної професійно-етичної культури викладача та медичного працівника, що безпосередньо впливає на ефективність реалізації інклюзивної освіти. Вона розглядається як система морально-етичних принципів, норм і професійних обов'язків педагога, спрямованих на створення гуманного, толерантного та психологічно безпечного освітнього середовища.

У контексті інклюзивного процесу педагогічна деонтологія набуває особливої значущості, оскільки забезпечує морально-етичне підґрунтя взаємодії між усіма суб'єктами освітнього процесу – викладачами, студентами, батьками, адміністрацією закладу та фахівцями супроводу. Основна мета деонтологічного

підходу полягає у формуванні поваги до людської гідності кожного здобувача освіти, незалежно від його індивідуальних особливостей, фізичних можливостей чи психоемоційного стану.

Теоретичною основою педагогічної деонтології є філософські ідеї гуманізму, педагогіки співробітництва та психології особистісно орієнтованого навчання. Вони визначають необхідність моральної відповідальності педагога за якість і наслідки освітнього впливу, а також за формування у студентів ціннісних орієнтацій, емпатії та толерантності. Згідно з концепцією І. Беха, педагогічна деонтологія є невід'ємним елементом духовної культури вчителя, що проявляється у здатності діяти в інтересах вихованця, дотримуючись принципів добра, справедливості та поваги.

Досліджуючи дану проблему нами виокремлено низку ключових функцій педагогічної деонтології в умовах інклюзивної освіти. А саме:

- **гуманістично-ціннісну** – утверджує пріоритет особистості студента як унікальної й самоцінної істоти;
- **регулятивну** – визначає моральні межі професійної поведінки педагога;
- **профілактичну** – запобігає професійному вигоранню, конфліктам і дискримінаційним проявам у освітньому середовищі;
- **комунікативну** – формує культуру спілкування, засновану на взаємній повазі, довірі та підтримці.

Дотримання деонтологічних принципів у педагогічній діяльності є особливо важливим для викладачів, які працюють із студентами з особливими освітніми потребами. Від моральної стійкості, психологічної зрілості та етичної компетентності педагога залежить рівень соціальної адаптації таких студентів, їх навчальна мотивація та відчуття власної гідності.

У практичному аспекті педагогічна деонтологія в інклюзивному середовищі передбачає:

- володіння знаннями з психології особливих освітніх потреб;
- уміння підтримувати позитивний емоційний клімат у групі;
- здатність до емпатії, терпимості, тактовності;
- готовність до партнерської взаємодії з родинами студентів і фахівцями мультидисциплінарної команди.

Педагогічна деонтологія є складовою частиною професійної етики педагога, що визначає морально-етичні, правові та професійні норми взаємодії між викладачем і здобувачами освіти, колегами, адміністрацією та суспільством. У контексті інклюзивного освітнього процесу педагогічна деонтологія набуває особливої актуальності, оскільки передбачає створення безпечного, толерантного та емоційно сприятливого середовища для всіх учасників освітнього процесу, незалежно від їхніх індивідуальних можливостей, потреб чи обмежень.

З позицій сучасної педагогічної науки деонтологічна культура викладача полягає у свідомому дотриманні принципів гуманізму, емпатії, поваги до гідності кожної особистості, а також у вмінні забезпечувати баланс між педагогічним впливом і свободою вибору студента. Зокрема, у медичній освіті, де формуються не лише професійні, а й етичні компетентності, педагогічна деонтологія сприяє вихованню толерантності, доброзичливості, відповідальності та готовності до роботи в умовах різноманіття.

Інклюзивний процес у медичній освіті вимагає від педагогів високого рівня етичної рефлексії та професійної зрілості. Викладач має не лише передавати знання, а й бути носієм моральних орієнтирів, виступати посередником між студентом з особливими освітніми потребами та освітнім середовищем. Це передбачає уміння будувати партнерські стосунки, виявляти педагогічний такт, підтримувати академічну справедливість і неупередженість у процесі оцінювання.

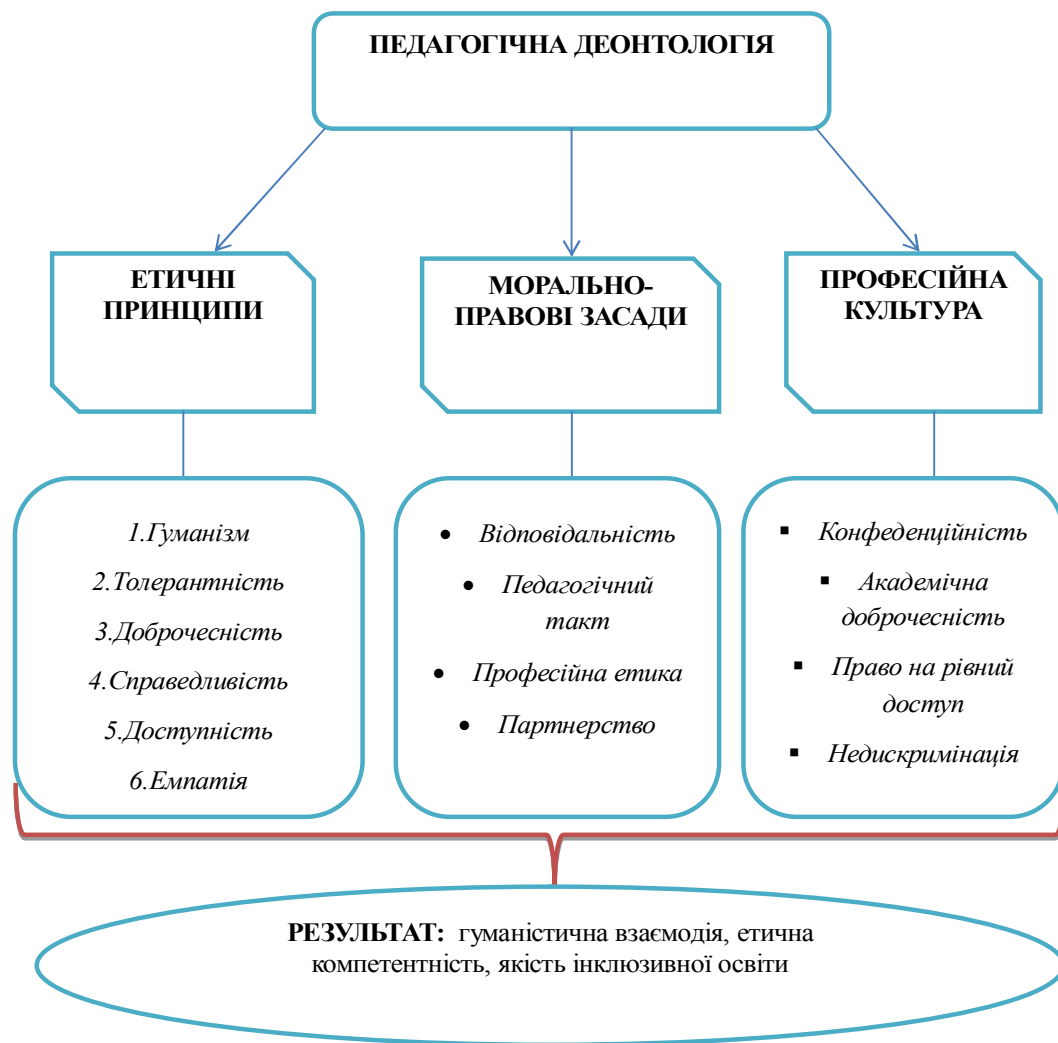
Серед основних принципів педагогічної деонтології в інклюзивному процесі варто виокремити:

- **принцип гуманізму**, що передбачає визнання цінності кожного студента як унікальної особистості;
- **принцип толерантності**, який спрямований на формування атмосфери взаємоповаги та прийняття;
- **принцип справедливості**, що забезпечує рівні можливості для всіх учасників освітнього процесу;
- **принцип професійної відповідальності**, який зобов'язує педагога дотримуватися етичних норм у своїй діяльності;
- **принцип конфіденційності**, що гарантує збереження приватності інформації про студента.

У контексті інклюзивної медичної освіти педагогічна деонтологія також виступає інструментом формування культури взаємодії у студентських колективах. Викладач, діючи в межах етичних стандартів, сприяє подоланню стереотипів і дискримінаційних установок, формує у студентів професійну чутливість до проблем осіб з інвалідністю або особливими освітніми потребами.

Водночас деонтологічний підхід дозволяє реалізувати **педагогіку партнерства**, коли викладач не нав'язує свою позицію, а допомагає студенту усвідомлено обирати шляхи саморозвитку та самореалізації. Така модель взаємодії створює умови для розвитку моральної автономії майбутнього медичного працівника, його здатності приймати етичні рішення у професійній діяльності.

Нами розроблено блок-схему: **Структура педагогічної деонтології в інклюзивній освіті.**



Отже, педагогічна деонтологія в інклюзивному освітньому процесі є не лише системою моральних норм, але й **практичною філософією професійної поведінки**, що формує у педагогів і студентів почуття емпатії, гуманізму та відповідальності. Її дотримання забезпечує ефективне функціонування інклюзивної освіти, сприяє підвищенню якості освітніх послуг та формуванню морально зрілої особистості майбутнього медичного фахівця. Педагогічна деонтологія виступає не лише етичним кодексом поведінки, а й концептуальною основою для формування професійної культури педагога в інклюзивному освітньому просторі. Вона забезпечує моральну стабільність і психологічний комфорт усіх учасників освітнього процесу, сприяє формуванню атмосфери довіри, толерантності та співпраці, що є необхідною умовою якісної інклюзивної освіти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сжова Т. Є. Організаційно-педагогічні умови створення толерантного освітнього середовища інклюзивної школи. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами URL: <http://ap.uu.edu.ua/article/74>

БУБЕС С.
магістрант II-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

ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ У ПРАКТИЧНІЙ РЕАЛІЗАЦІЇ РОЛІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ/БРАТА У ВЕДЕННІ ЕЛЕКТРОННОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

Впровадження електронних систем документообігу в медичну практику є одним із ключових напрямів цифрової трансформації охорони здоров'я України. Водночас процес адаптації середнього медичного персоналу до нових умов супроводжується рядом труднощів, які значною мірою знижують ефективність використання електронних ресурсів [2].

Практична імплементація електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) в Україні виявила низку технічних та організаційних бар'єрів, які суттєво ускладнюють повноцінну реалізацію професійних функцій медичної сестри/брата, особливо у закладах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), розташованих у сільській місцевості [1]. Ключовою системною проблемою є нестабільність або повна відсутність стабільного інтернет-з'єднання в амбулаторіях.

Дефініція проблеми та її вплив:

Нестабільність інтернет-з'єднання створює критичні перешкоди для своєчасного та коректного ведення електронної медичної документації (ЕМД). Наслідки цього явища мають багатоаспектний характер:

Неможливість негайного внесення даних до ЕСОЗ призводить до необхідності подвійного ведення документації (паперова та електронна форма), що значно збільшує робоче навантаження на медичну сестру/брата та підвищує ризик помилок і неузгодженості даних.

Через часті переривання зв'язку виникають проблеми з коректною синхронізацією даних із центральною базою, що може призвести до їхньої втрати або спотворення.

Обмежений доступ до єдиної бази даних (наприклад, інформації про попередні візити пацієнта, результати лабораторних досліджень) заважає оперативному та обґрунтованому прийняттю клінічних рішень.

Шляхи подолання проблеми:

Для забезпечення безперервності та якості ведення ЕМД у закладах ПМСД із нестабільним інтернет-з'єднанням необхідно застосовувати комплексні технічні та організаційні рішення:

Впровадження офлайн-режиму роботи (Offline Mode):

Ключовим технічним рішенням є використання медичних інформаційних систем (МІС), які підтримують відкладену синхронізацію. Це дозволяє медичній сестрі/брату вносити дані до локальної бази даних на робочому місці (ПК або планшет) навіть за відсутності мережі.

Автоматична синхронізація усіх внесених даних із центральною базою ЕСОЗ повинна відбуватися одразу після відновлення стабільного інтернет-з'єднання. Цей підхід мінімізує необхідність подвійного введення даних.

Модернізація інфраструктури та підвищення надійності зв'язку: необхідне державне фінансування для встановлення та обслуговування альтернативних високошвидкісних каналів зв'язку (наприклад, супутниковий Інтернет, 4G/5G-модеми з резервними провайдерами). Створення резервних джерел живлення (портативні зарядні станції або генератори) для забезпечення безперервної роботи МІС та мережевого обладнання.

Організаційно-методичні заходи:

Проведення цільових навчальних програм для медичних сестер/братів, сфокусованих на ефективній роботі в умовах офлайн-режиму, правилах ведення резервних копій та процедурах синхронізації даних.

Розробка чітких алгоритмів дій на випадок тривалої відсутності зв'язку, що уніфікують процес документування та мінімізують юридичні ризики.

Впровадження цих заходів дозволить знизити рівень стресу та професійного вигорання серед медичного персоналу, а також забезпечить цілісність та актуальність медичної інформації в ЕСОЗ, що є запорукою якісного надання медичних послуг на первинному рівні.

Друга проблема, це низький рівень цифрової грамотності медичних сестер/братів.

Низький рівень цифрової грамотності серед медичних сестер та братів є однією з ключових перешкод на шляху повноцінної інтеграції та ефективного функціонування електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) в Україні. Це явище має глибокі корені, пов'язані як з прогалинами в освітніх програмах, так і з недостатньою увагою до безперервного професійного розвитку.

Аналіз проблеми:

Цифрова грамотність у контексті медсестринства визначається як сукупність знань, навичок та вмінь, необхідних для безпечного, ефективного та критичного використання інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) у

професійній діяльності. Низький рівень цієї грамотності виявляється у: страху перед новими технологіями, невпевненість у використанні медичних інформаційних систем (МІС), електронних медичних карток (ЕМК), телемедичних платформ та інших цифрових інструментів. Неправильне або неповне внесення даних до ЕСОЗ, що знижує точність медичної статистики та ускладнює прийняття клінічних та управлінських рішень. Збільшення часу, необхідного для виконання рутинних завдань, через повільне освоєння цифрових інструментів, що призводить до зростання операційних витрат та професійного вигорання. А також, недотримання правил кібергігієни, що створює загрозу для конфіденційності медичної інформації та захисту персональних даних пацієнтів. Причиною цього стану є, зокрема, недостатня узгодженість вимог до цифрових навичок у системі медичної освіти та повільне оновлення навчальних програм, які часто відстають від швидкості технологічного прогресу.

Вивчивши дану проблематику, нами запропоновано шляхи подолання: для системного підвищення рівня цифрової грамотності медсестринського персоналу необхідний комплексний підхід, що охоплює всі етапи професійного життя, а саме: введення обов'язкових навчальних модулів, присвячених медичній інформатиці, кібербезпеці та основам роботи з ЕСОЗ/МІС, за першим та другим рівнем медичної освіти. Активне використання симуляційних центрів та навчальних версій МІС для відпрацювання навичок ведення електронної документації та взаємодії з цифровими реєстрами в умовах, максимально наближених до клінічних. Розробка та впровадження короткострокових, цільових програм БПР, орієнтованих на освоєння конкретних цифрових інструментів, які використовуються в поточному робочому процесі (наприклад, реєстрація електронних направлень, виписка електронних рецептів, робота з реєстром пацієнтів). Запровадження системи внутрішнього наставництва, де досвідчені цифрові "чемпіони" (Digital Champions) серед персоналу надають індивідуальну підтримку колегам, що мають труднощі. Вибір та використання МІС із максимально інтуїтивно зрозумілим інтерфейсом, що знижує когнітивне навантаження на користувача. Впровадження системи стимулів (фінансових чи нематеріальних) для медичних сестер/братів, які успішно демонструють високий рівень цифрової компетенції та допомагають у навчанні колег. Регулярне оновлення комп'ютерного обладнання та забезпечення стабільного доступу до високошвидкісного Інтернету для усунення технічних перешкод, які демотивують персонал до використання цифрових інструментів.

Лише системне інвестування у цифрову компетентність медсестринського персоналу забезпечить повноцінну реалізацію потенціалу ЕСОЗ, підвищить якість медичного догляду та адаптивність системи охорони здоров'я. Подолання цифрового розриву у медсестринстві є критично важливим для підвищення ефективності та якості медичної допомоги в цілому.

Однією з найактуальніших проблем сучасної медсестринської практики є необхідність одночасного ведення паперової та електронної документації. Ця ситуація виникає внаслідок поступового впровадження електронної системи охорони здоров'я в Україні, коли поряд із цифровими формами обліку продовжують залишатися обов'язковими традиційні паперові носії.

Для медичних сестер/братів це створює подвійне навантаження, оскільки одна і та сама інформація (наприклад, дані про пацієнта, результати обстежень, призначення лікаря чи щоденники процедур) повинна дублюватися у двох форматах. Внаслідок цього значна частина робочого часу витрачається не на безпосередній догляд за пацієнтом, а на рутинне переписування даних.

Негативні наслідки подвійного документообігу:

- зниження ефективності роботи медичного персоналу;
- збільшення ризику помилок через механічне дублювання записів;
- підвищене емоційне та професійне вигорання серед медичних сестер/братів;
- затримка у виконанні клінічних завдань через надмірний бюрократичний тягар;
- недовіра до електронної системи, оскільки вона не зменшує, а подекуди ускладнює робочий процес.

У практичних умовах це проявляється, наприклад, у сільських амбулаторіях або лікарнях, де паралельно ведуться медичні картки стаціонарного хворого у паперовому вигляді та їхні електронні аналоги в системі eHealth. Часто від сестри/ брата медичних вимагається заповнення кількох форм, які частково дублюють одна одну, що забирає додатковий час і створює стресові ситуації.

Шляхи подолання проблеми подвійного навантаження документацією у медсестринстві:

Необхідно розробити єдині стандартизовані форми електронних записів, які повністю замінять паперові аналоги. Це дозволить уникнути дублювання даних і зменшить ризик помилок. Важливо, щоб ці форми були адаптовані до потреб сестер/ братів медичних, з урахуванням специфіки їхніх функціональних обов'язків.

Перехід має здійснюватися поетапно. На першому етапі можливо запроваджувати електронний документообіг у великих клініках та міських лікарнях, де є стабільне інтернет-з'єднання та технічне забезпечення. У сільських амбулаторіях і невеликих медичних закладах можна передбачити перехідний період, коли паперові документи будуть зберігатися лише як архівні копії.

Використання електронних систем з можливістю автозаповнення (наприклад, підвантаження паспортних даних, історії хвороби, стандартних протоколів) значно скорочує час на оформлення документації. Інтеграція електронних

систем з лабораторіями та апаратурою діагностики дозволяє уникати ручного дублювання результатів.

Для успішного впровадження електронного документообігу необхідне систематичне навчання персоналу. Курси та тренінги з цифрової грамотності повинні стати складовою безперервного професійного розвитку сестер/братів медичних. Приклади країн ЄС свідчать, що навіть базові цифрові навички значно знижують рівень стресу і підвищують продуктивність роботи. Ефективність електронної документації безпосередньо залежить від наявності сучасного обладнання (комп'ютери, планшети, сканери, стабільний інтернет). Державні та місцеві програми цифровізації повинні передбачати технічну підтримку саме для закладів первинної ланки та сільських амбулаторій. Медичні сестри/брати мають бути не лише виконавцями, а й учасниками у процесі цифрової трансформації. Їхній практичний досвід може допомогти створювати зручні інтерфейси та уникати надмірної бюрократизації в електронному середовищі.

Отже, вирішення проблеми подвійного навантаження можливе лише за умови системного підходу: поєднання технічних інновацій, нормативної уніфікації та розвитку цифрової компетентності медсестринського персоналу.

Медичні інформаційні системи (МІС) регулярно оновлюються, а разом з ними змінюються алгоритми роботи. Це створює додаткові труднощі для персоналу, який не завжди має змогу відвідувати тренінги. Часто відсутність актуальних знань призводить до затримок у веденні документації, неправильного заповнення форм або складнощів при використанні електронних підписів.

Описані вище виклики – перевантаження через дублювання записів, зростання ризику помилок та затримки через постійні оновлення МІС і недостатність навчання – переконливо свідчать про те, що поточна гібридна система документообігу є неефективною та створює значний стрес для медичного персоналу. Подальше ігнорування цих проблем лише поглиблюватиме професійне вигорання та погіршуватиме якість медичних послуг.

Таким чином, для забезпечення безпеки пацієнтів, підвищення операційної ефективності та розвантаження медичних сестер і братів необхідне комплексне та негайне втручання. Наступний розділ представляє ключові стратегічні Шляхи подолання, спрямовані на повну цифровізацію та оптимізацію робочих процесів. А також, запровадження безперервного професійного розвитку (БПР) з цифрових навичок; обов'язкове включення тематики роботи з електронною документацією у навчальні програми медичних коледжів та академій; розвиток системи дистанційних онлайн-курсів для медичного персоналу з можливістю проходження у зручний час.

Виходячи з детального аналізу, стає очевидно, що ефективність роботи медичних сестер і братів у сучасному закладі охорони здоров'я значною мірою залежить від якості впровадження електронної документації. Проблема дублювання записів і недостатнього навчання не лише знижує оперативність, але й створює пряму загрозу безпеці пацієнтів та підвищує ризик професійного вигорання персоналу.

Для систематизації виявлених проблем та запропонованих рішень, а також для формування чіткого плану дій, нижче представлена узагальнена Таблиця, що зводить ці аспекти воедино. Ця структура дозволить швидко оцінити критичні точки та відповідні стратегії подолання.

Таблиця

Проблеми у веденні електронної документації медичними сестрами/братами та шляхи їх вирішення

№	Проблема	Прояви на практиці	Шляхи вирішення
1	Відсутність стабільного інтернету у сільських амбулаторіях	Неможливість своєчасно внести дані до eHealth, затримки у виписці електронних рецептів, зниження довіри пацієнтів до цифрових технологій	Розширення державних програм швидкісного інтернету; впровадження офлайн-модулів з подальшою синхронізацією даних
2	Низький рівень цифрової грамотності персоналу	Помилки у внесенні даних, труднощі з реєстрацією пацієнтів, складнощі у використанні електронних підписів	Систематичні курси цифрової грамотності; створення інструкцій та відеоматеріалів; наставництво молодших спеціалістів
3	Подвійне навантаження (паперовий та електронний документообіг)	Дублювання записів, перевантаження під час вакцинаційних кампаній, зниження часу на роботу з пацієнтами	Повна відмова від паперових носіїв; уніфікація електронних форм; автоматизація рутинних процесів
4	Необхідність постійного навчання	Затримки у веденні документації після оновлення МІС, неправильне заповнення форм, труднощі з електронними підписами	Запровадження БПР з цифрових навичок; включення тематики в освітні програми; розвиток дистанційних онлайн-курсів

У процесі цифровізації системи охорони здоров'я України роль медичної сестри/брата у веденні електронної медичної документації набуває стратегічного значення. Проведене дослідження засвідчило наявність низки проблем, серед яких ключовими є: недостатній рівень цифрової компетентності медич-

ного персоналу, фрагментарність нормативно-правового регулювання, обмежений доступ до технічних ресурсів, а також відсутність єдиних стандартів електронного документообігу.

З метою подолання виявлених труднощів доцільним є впровадження комплексних заходів, що включають: розробку та імплементацію галузевих стандартів електронної документації; системне підвищення кваліфікації медичних сестер/братів у сфері цифрової грамотності; інтеграцію електронних платформ у щоденну клінічну практику; забезпечення нормативної узгодженості між медичними та освітніми інституціями.

Реалізація зазначених напрямів сприятиме не лише оптимізації процесів документообігу, а й підвищенню ефективності медичної допомоги, прозорості управлінських рішень та професійній автономії медичних сестер/братів у межах міждисциплінарної команди. Таким чином, цифрова трансформація медсестринської практики має розглядатися як невід’ємна складова модернізації системи охорони здоров’я та професійного розвитку медичного персоналу.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Верховна Рада України. Про вищу освіту: Закон України від 01 липня 2014 р. № 1556-VII // Відомості Верховної Ради України. – 2014. – № 37–38. – Ст. 2004.
2. Міністерство освіти і науки України. Стандарт вищої освіти за спеціальністю 223 «Медсестринство» для другого (магістерського) рівня: затв. Наказом МОН України від 24 червня 2022 р. № 589. – Київ: МОН України, 2022. – 36 с. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://surl.li/suibrm>

ЛУЧКА В.В.,
студентка II курсу
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського
Науковий керівник
НЕДІЛЬКО Р.В.,
к.держ.упр., доц.,
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

ОСВІТНІ ІННОВАЦІЇ У ПРОФЕСІЙНОМУ СТАНОВЛЕННІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР/БРАТІВ ЯК ЛІДЕРІВ МЕДИЧНИХ КОМАНД

Сучасний етап трансформації медсестринства в Україні характеризується зростанням ролі сестер/братів медичних у забезпеченні якості медичної допомоги, управлінні клінічними процесами та міжпрофесійній взаємодії. У зв'язку з цим виникає потреба у переосмисленні традиційних моделей професійної підготовки, які здебільшого були орієнтовані на технічне виконання процедур, та переході до інноваційних освітніх стратегій, спрямованих на формування лідерських компетентностей.

Професійна діяльність сестри/брата медичних дедалі більше охоплює управлінські, організаційні, комунікативні та етичні функції, що вимагає інтеграції новітніх педагогічних технологій у систему медичної освіти. Зокрема, актуальним є впровадження компетентнісного підходу, міжпрофесійного навчання, цифрових платформ, симуляційного моделювання та наставництва, які сприяють розвитку стратегічного мислення, емоційного інтелекту та здатності до управління змінами.

Відповідно до міжнародних стандартів ICN, WHO, ESG та ENQA, лідерство в медсестринстві розглядається як ключова компетентність, що має бути інтегрована в освітні програми на всіх рівнях підготовки. Це передбачає оновлення змісту навчальних дисциплін, розробку спеціалізованих модулів з лідерства, управління ризиками, етики та комунікації, а також створення умов для формування інклюзивного освітнього середовища.

Таким чином, інноваційна підготовка сестер/братів медичних до лідерської діяльності є стратегічним напрямом розвитку медичної освіти, що відповідає викликам сучасної практики та сприяє формуванню нової генерації медичних лідерів.

Згідно з результатами пілотного проєкту «Медична сестра з розширеними повноваженнями», розширення ролі медсестри сприяє покращенню доступу до медичної допомоги та ефективному використанню ресурсів [1].

Варто зауважити, що лідерство в медсестринстві охоплює здатність впливати на якість догляду, приймати обґрунтовані рішення, координувати команду та впроваджувати зміни.

Методологічні основи формування лідерських навичок включають системний, компетентнісний, особистісно-орієнтований та діяльнісний підходи [2].

Інноваційні підходи до підготовки сестер/братів медичних полягають у наступних ключових факторах:

- Цифровізація освіти: використання онлайн-платформ, телемедичних сервісів, симуляційних модулів та штучного інтелекту для розвитку управлінських і комунікаційних навичок [3].
- Міжпрофесійна інтеграція: спільне навчання з лікарями, фармацевтами, соціальними працівниками для формування командного лідерства.
- Наставництво та коучинг: впровадження програм підтримки молодих фахівців через досвідчених медичних лідерів.
- Проектно-орієнтоване навчання: залучення студентів до розробки та реалізації ініціатив з покращення догляду, управління ризиками, етики.

Таким чином, інтеграція інноваційних підходів у підготовку медичних сестер/братів є стратегічно важливою умовою формування лідерських компетентностей, що відповідають викликам сучасної медичної практики. Цифровізація освіти, міжпрофесійна взаємодія, наставництво та проектно-орієнтоване навчання створюють основу для розвитку управлінського мислення, комунікаційної гнучкості та етичної відповідальності майбутніх лідерів медсестринства. Такі підходи сприяють не лише професійному зростанню фахівців, а й підвищенню якості медичної допомоги та ефективності командної роботи в закладах охорони здоров'я.

Досліджуючи дану проблематику, можна констатувати, що освітні заклади та стандарти відграють ключову роль у формуванні сучасного лідера з медсестринства. Сьогодення диктує, що освітні програми мають відповідати міжнародним стандартам ICN, WHO, ESG, ISO, ENQA, включати модулі з лідерства, стратегічного управління, етики та комунікації. А також, необхідне оновлення змісту навчальних програм, підвищення цифрової компетентності викладачів та створення сучасної освітньої інфраструктури.

Проводячи магістерське дослідження, нами розроблено «Модель формування лідерських та інноваційних компетенцій». Дана модель складається з трьох рівнів. Кожен рівень відповідає певному отриманому рівню освіти і відповідно набутих компетентностей, які формують лідерські якості.

Запропонована модель є комплексним, структурованим інструментом, орієнтованим на розвиток у майбутніх сестер/братів медичних не лише

клінічних навичок, а й ключових лідерських та інноваційних компетентностей. Її впровадження відповідає актуальним викликам сучасної системи охорони здоров'я, яка потребує гнучких управлінських рішень, адаптивності та стратегічного мислення. Модель може бути ефективно застосована в закладах освіти для оновлення змісту навчальних програм, у закладах охорони здоров'я – для розвитку медсестринського кадрового потенціалу, а також у державних і громадських структурах – як основа для формування професійних стандартів медсестринського лідерства.

Таким чином, реалізація «Моделі формування лідерських та інноваційних компетентностей» є стратегічним кроком у модернізації медсестринської освіти. Вона сприятиме підготовці нового покоління фахівців, здатних ефективно управляти медичними/медсестринськими командами, впроваджувати інновації та забезпечувати високий рівень медичного обслуговування, що є необхідною умовою сталого розвитку системи охорони здоров'я України.

Отже, інтеграція інноваційних підходів у підготовку медичних сестер/братів до лідерської діяльності сприяє системному оновленню професійної освіти та практики. Очікувані результати включають підвищення автономії фахівців у прийнятті клінічних і управлінських рішень, зміцнення між-професійної взаємодії та командної ефективності, а також покращення якості догляду, безпеки пацієнтів і результативності лікувально-діагностичних процесів. У перспективі це забезпечить формування нової генерації медичних лідерів, здатних до інноваційного мислення, етичного моделювання та стратегічного управління в умовах трансформації системи охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Василь Селізар. Цифровізація професійно-теоретичної підготовки. June 2023//Інноваційна професійна освіта. 2(9):166-169.
2. Юлія Карпенко, & Віта Орел. (2025). Формування лідерських навичок у медсестринстві: нормативно-правові та методологічні аспекти. *Progress in Science*, (8). Retrieved from URL: <https://ojs.publisher.agency/index.php/PS/article/view/5059> (дата звернення 08.10.2025 року).
3. Медсестра з розширеними повноваженнями: звіт за результатами впровадження пілотного проєкту/ Олександр Жигінас, Тетяна Черниш, Дарина Богдан – К.: Приватне підприємство Рекламна агенція «Да Вінчі», 2023. – 60 с.

ГЕЙМІФІКАЦІЯ ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ ІНСТРУМЕНТ У ВИВЧЕННІ ХІМІЇ

Вступ. Цикл хімічних дисциплін посідає ключове місце у підготовці майбутніх фахівців у сфері охорони здоров'я, адже саме вона формує у здобувачів вищої освіти уявлення про хімічні основи життєдіяльності організму, дію біологічно активних речовин та механізми лікарської терапії. Однак традиційні методи дидактики не завжди забезпечують достатню мотивацію. Використання гейміфікації допомагає зробити освітній процес цікавим, інтерактивним і більш імплементованим у майбутню професійну діяльність.

Основна частина. Гейміфікація як інноваційний інструмент у вивченні хімії майбутніми фахівцями у сфері охорони здоров'я – це цілеспрямоване використання ігрових технік та сегментів під час аудиторної та позааудиторної роботи (змагання, ділові ігри, конференції, проекти, міжпредметні завдання, симуляційні тренінги) у неігрових контекстах із метою підвищення мотивації, залученості та набутті фахових і загальних компетентностей. У педагогіці гейміфікація сприяє підвищенню активності здобувачів, створенню умов для інтерактивної взаємодії, розвитку критичного мислення.

Варто зазначити, гейміфікацію доцільно використовувати при вивченні здобувачами медичної хімії, яка є міждисциплінарною наукою, що вивчає хімічні основи функціонування біологічних систем, механізми дії лікарських засобів, біоеlementи, біохімічні реакції та їхній вплив на здоров'я людини. При вивченні неорганічної хімії у здобувачів формуються знання про будову та властивості речовин, що мають значення для медицини та фармації, а також уміння застосовувати їх у практиці майбутнього фахівця медицини. Проаналізуємо дефініції у контексті дослідження. Інтерактивні технології навчання – це методи та прийоми, що передбачають активну участь здобувачів в освітньому процесі, їхню взаємодію між собою та з викладачем. Інтерактивність у вивченні хімії реалізується через використання віртуальних лабораторій, тестових платформ, ділових ігор, дискусій та групових завдань. Загальні та фахові компетентності – інтегральні характеристики особистості майбутнього фахівця, які включають знання, уміння, навички та цінності, необхідні для здійснення професійної діяльності. У контексті хімії, як вивчається у закладі освіти медичного профілю, компетентності охоплюють уміння аналізувати хімічні процеси в організмі, інтерпретувати лабораторні результати, підбирати лікарські засоби.

Таким чином, гейміфікація у вивченні хімії постає як інтерактивна освітня технологія, що спрямована на розвиток професійних компетентностей майбутніх фахівців у сфері охорони здоров'я шляхом активного включення студентів в освітній процес. Гейміфікація у при вивченні хімії спрямована не лише на засвоєння теорії, а й на розвиток умінь працювати в команді, приймати швидкі рішення, бачити зв'язок між хімією та медициною.

Задля ефективного впровадження зазначеної форми викладач розробляє сценарії застосування гейміфікації. Це можуть бути навчальні модулі з кількома завданнями, які подаються у вигляді місій чи інтерактивних ситуацій. Наприклад, здобувачі отримують завдання «врятувати пацієнта» шляхом правильного розрахунку дози препарату, визначення концентрації розчину або вибору методу нейтралізації токсичної речовини.

Особливу роль відіграє платформа, на якій реалізується гейміфікація. Це може бути електронна навчальна система (наприклад, Moodle), інтерактивні сервіси для створення вікторин і тестів (Quizlet), а також спеціалізовані віртуальні лабораторії та симулятори. Вибір залежить від технічних можливостей закладу освіти й доступності ресурсів для здобувачів.

Важливим етапом є перевірка ефективності розроблених інструментів. Для цього гейміфіковані завдання спочатку впроваджуються у невеликій групі, аналізуються результати та відгуки здобувачів. Після внесення корективів такі активності можна поширювати на більшу кількість навчальних груп, поступово інтегруючи їх у систему оцінювання як складову формувального контролю.

З власного досвіду викладання хімії у закладі медичної освіти, наведемо приклади елементів занять. При опрацюванні теми «Біоеlementи та електролітний баланс» створюється онлайн-квест «Рятуємо пацієнта від гіпонатріємії». Здобувачі отримують клінічний випадок і використовують знання про йони Na^+ , K^+ , Cl^- для корекції стану. Під час вивчення теми «Окисно-відновні процеси в біологічних системах» використовується рольова гра «Антиоксиданти проти вільних радикалів». Команди здобувачів виступають «захисниками клітини» та повинні правильно підібрати речовини-антиоксиданти (аскорбінова кислота, токоферол, глутатіон), щоб зупинити ланцюгову реакцію пошкодження клітин. Тема «Біохімія буферних систем крові» має фундаментальне значення, тому пропонуємо застосувати настільну гру «Конструктор буферів». Кожна команда отримує картки з кислотами та їхніми солями, завдання – скласти буферні системи, пояснити їхню роль у підтримці рН крові та розрахувати зміни при додаванні кислоти чи лугу. Цікавим є застосування ігор при вивченні теми «Комплексоутворення у біологічних системах». Використовуємо хімічний «escape room»: здобувачі повинні правильно розв'язати задачі з комплексометрії

(визначення кальцію, магнію у біологічних рідинах), щоб «відкрити» наступний рівень і знайти діагностичний/терапевтичний розчин для пацієнта. Також цікавою є інтерактивна гра «Фармаколог-експерт»: здобувачі отримують кейси з отруєннями Pb^{2+} , Hg^{2+} , Cu^{2+} , і мають підібрати правильний хелатуючий агент (ЕДТА, димеркаптопропансульфонат тощо). Результат оцінюється у рейтингових балах. При опрацюванні теми «Кисотно-основний стан організму» ефективним є застосування онлайн-симулятор «Діагноз за рівнем pH»: здобувач отримує дані аналізу газів крові (pH, HCO_3^- , pCO_2) і повинен визначити, чи має місце метаболічний чи респіраторний ацидоз/алкалоз. За правильні рішення нараховуються додаткові бали до оцінювання на занятті.

Акцентуємо на перевагах застосування окреслених методик і практик, зокрема, відбувається активізація освітнього процесу; розвиток клінічного мислення; інтеграція хімічних знань із медициною; формування готовності до майбутньої професійної діяльності.

Наголосимо, що є і проблемні питання, як-от: потреба у підготовці інтерактивних матеріалів; технічні обмеження (онлайн-платформи, програмне забезпечення); необхідність правильного поєднання ігрових та традиційних форм навчання у закладах вищої освіти.

Висновки. Отже, застосування гейміфікації у курсі вивчення хімічних дисциплін дозволяє зробити складні теми більш доступними й цікавими. Вона забезпечує практикоорієнтованість, формує вміння аналізувати клінічні ситуації, приймати рішення на основі хімічних знань та розвиває професійне мислення майбутніх медичних фахівців. Таким чином, гейміфікація виступає не лише мотиваційним, а й методологічним інструментом, що підвищує якість підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я.

Перспективи подальшого вивчення цього питання полягають у розробці комплексних моделей інтеграції гейміфікації в освітній процес медичних закладів, створенні цифрових платформ і мобільних додатків для вивчення медичної та фармацевтичної хімії, а також у розширенні спектра віртуальних лабораторій і симуляцій, які дозволяють безпечно моделювати клініко-хімічні ситуації. Важливим напрямом досліджень є також вивчення впливу гейміфікації на формування критичного мислення, клінічного судження та професійної стійкості майбутніх фахівців. У перспективі можна очікувати розробку індивідуалізованих траєкторій навчання з використанням гейміфікаційних інструментів, що сприятиме не лише підвищенню ефективності засвоєння знань, а й розвитку навичок міждисциплінарної взаємодії, необхідних у сучасній системі охорони здоров'я.

СЕМЕНЕНКО О.Я.

викладач-методист

Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ НА ЗАНЯТТЯХ ЛАТИНСЬКА МОВА В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Вступ. Сучасна система освіти переживає період глибоких трансформацій, спричинених як технологічним розвитком, так і глобальними викликами, зокрема пандемією COVID-19, а також збройною агресією російської федерації проти України. Ці обставини актуалізували необхідність адаптації навчального процесу до умов дистанційного навчання, що, у свою чергу, посилило потребу в ефективному використанні інформаційних технологій. Особливо ці зміни торкнулися таких дисциплін, як латинська мова, яка, попри статус мертвої мови, зберігає свою важливу роль у професійній підготовці студентів медичних, фармацевтичних, філологічних та юридичних спеціальностей.

Вивчення латинської мови є важливою складовою професійної комунікативної компетентності фахівців, особливо у сфері медицини, де велика частина термінології базується саме на латині. В умовах дистанційного навчання ефективне засвоєння цієї мови неможливе без впровадження інноваційних підходів та цифрових технологій. Саме тому дослідження можливостей використання ІТ на заняттях латинської мови набуває особливої наукової та практичної цінності.

Мета та методи дослідження. Метою даної статті є аналіз ролі та ефективності використання інформаційних технологій під час вивчення латинської мови у дистанційному форматі. Розглянуто сучасні цифрові інструменти, онлайн-платформи, мобільні застосунки, мультимедійні засоби та інтерактивні ресурси, які сприяють формуванню мовної та професійної компетентності студентів. Акцентовано увагу на перевагах, труднощах та педагогічних стратегіях, що забезпечують ефективне засвоєння латинської мови. Запропоновано рекомендації для вдосконалення освітнього процесу в цифровому середовищі.

Згідно з дослідженнями С. Г. Кушнір (2021), Т. В. Головка (2020) та інших вітчизняних і зарубіжних авторів, використання цифрових інструментів у гуманітарній освіті підвищує якість засвоєння матеріалу, сприяє кращому візуальному сприйняттю інформації та активізує пізнавальну діяльність студентів. ІТ-компетентність викладача, адаптивність до нових форматів навчання та використання цифрових освітніх ресурсів є критичними чинниками ефективного дистанційного викладання. [1, с.52].

Основні напрями використання ІТ у викладанні латинської мови:

Синхронна та асинхронна комунікація.

Інструменти відео зв'язку, такі як Zoom, Google, Meet, Microsoft Teams, забезпечують проведення синхронних занять з можливістю візуального контакту, пояснення граматичних конструкцій у режимі реального часу, обговорення вправ, виконання інтерактивних завдань.

Асинхронна модель - за допомогою Google Classroom, Moodle, Edmodo - дозволяє викладачеві завантажувати навчальні матеріали, створювати тести, надавати зворотний зв'язок у зручному для студентів форматі. [2, с.46].

Мультимедійні засоби.

Інтерактивні презентації (Canva, Prezi, PowerPoint із вбудованими відео та аудіо), анімації та схеми ефективно візуалізують морфологічні та синтаксичні структури латинської мови. Наприклад, подання відмінкових таблиць або дієвідмін у вигляді інфографіки підвищує ефективність запам'ятовування.

Платформи для вивчення лексики та термінології.

Цифрові ресурси, як-от:

- Quizlet - створення інтерактивних флеш-карток для вивчення термінів;
- Kahoot - проведення вікторин і змагань для повторення матеріалу;
- LearningApps, Wordwall - створення вправ на граматику, дієвідміни, термінологію;
- Lexilogos, Perseus Latin Word Study Tool - переклад і морфологічний аналіз слів.

Ці інструменти формують у студентів не лише мовну а й цифрову компетентність. [3, с.42].

Електронні підручники та онлайн-бібліотеки.

Сучасні видання з латини (наприклад: «Латинська мова і основи медичної термінології», «Lingua Latina per se illustrata») мають електронні версії, що дозволяє студентам працювати з текстами дистанційно, виділяти ключові фрази, слухати аудіоверсії, виконувати інтерактивні вправи.

Результати дослідження. Практика свідчить, що в умовах дистанційного навчання студенти:

- активніше залучаються до навчального процесу через ігрові форми контролю знань (гейміфікація);
- краще засвоюють термінологію завдяки регулярному тестуванню через онлайн-платформи;
- розвивають навички самостійного пошуку інформації;
- підвищують рівень загальної цифрової грамотності.

При цьому важливо, щоб викладач виконував функцію фасилітатора - не лише носія знань, а й модератора навчального процесу в цифровому середовищі. [4, с.49].

Виклики та проблеми.

Серед основних труднощів виділяють:

- Технічні бар'єри: нерівний доступ до інтернету та гаджетів.
- Цифрова неграмотність окремих викладачів і студентів.
- Зниження мотивації у разі перевантаження цифровими форматами.
- Брак комунікації “вживу”, що є важливим у мовному середовищі.

Вирішенням цих проблем може бути гібридна модель навчання, а також регулярне підвищення кваліфікації педагогів у галузі цифрової освіти. [5, с.4].

Висновки. Інтеграція інформаційних технологій у процес викладання латинської мови є не лише вимушеним кроком в умовах дистанційного навчання, але й важливою складовою модернізації мовної освіти. Цифрові платформи й інструменти забезпечують індивідуалізацію навчання, розширюють доступ до ресурсів, підвищують зацікавленість студентів і дозволяють ефективно опанувати латинську мову як важливу частину професійної підготовки. [2, с.50].

Подальші дослідження можуть бути спрямовані на емпіричне оцінювання впливу конкретних цифрових технологій на якість засвоєння латинської мови, а також на розробку авторських електронних курсів, адаптованих до українських освітніх реалій. [4, с.138].

ЛІТЕРАТУРА

1. Білик Н.А. Методика викладання латинської мови з основами медичної термінології. -Київ: Медицина, 2018.
2. Головка Т.В. Цифрові технології в лінгвістичній освіті: сучасні виклики та можливості // Освітній простір України. - 2021. - №1. - С. 45-50.
3. Кушнір С.Г. Використання ІКТ у викладанні латинської мови у медичних ВНЗ // Педагогічний альманах. -2020. - №47. - С. 132-138.
4. Beatty K. Teaching and Researching Computer-Assisted Language Learning.- Routledge, 2017.
5. Warschauer M. Technology and Language Learning: Enabling a New Classroom Ecology // Modern Language Journal. - 2019. - Vol. 103, Issue S1. -P. 1-5.

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

АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ У ЦИФРОВОМУ НАВЧАЛЬНОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЗВО

Вступ. Сучасна система вищої освіти переживає активну цифрову трансформацію, що супроводжується впровадженням дистанційного та змішаного навчання, електронних освітніх платформ, цифрових сервісів і технологій штучного інтелекту. Ці зміни відкривають нові можливості для навчання, проте водночас створюють ризики порушення академічної доброчесності, зокрема плагіату, списування, неправомірного використання інформаційних ресурсів чи штучного інтелекту. В умовах цифрового навчального середовища особливої ваги набуває питання формування у студентів і викладачів культури академічної доброчесності, уміння критично мислити, доброчесно користуватися джерелами інформації, а також усвідомлення відповідальності за результати власної діяльності. Тому дослідження питань забезпечення академічної доброчесності у цифровому середовищі є надзвичайно актуальним для сучасної освітньої практики, адже від ефективності формування доброчесної поведінки залежить не лише якість підготовки фахівців, а й конкурентоспроможність вищої освіти України у світовому просторі.

Основна частина. Відповідно до статті 42 Закону України «Про освіту», академічна доброчесність є сукупністю етичних правил та принципів, якими повинні керуватися усі учасники навчального процесу для забезпечення довіри до результатів навчання або наукових досягнень

Дотримання академічної доброчесності педагогічними, науково-педагогічними та науковими працівниками передбачає:

- посилення на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей;
- дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права;
- надання достовірної інформації про методики і результати досліджень, джерела використаної інформації та власну педагогічну (науково-педагогічну, творчу) діяльність;

- контроль за дотриманням академічної доброчесності здобувачами освіти;
- об'єктивне оцінювання результатів навчання.

Дотримання академічної доброчесності здобувачами освіти передбачає:

- самостійне виконання навчальних завдань, завдань поточного та підсумкового контролю результатів навчання (для осіб з особливими освітніми потребами ця вимога застосовується з урахуванням їхніх індивідуальних потреб і можливостей);
- посилання на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей;
- дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права;
- надання достовірної інформації про результати власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використанні методики досліджень і джерела інформації. [1]

Одним із ключових викликів, що постають перед сучасною академічною доброчесністю, є нестримна цифровізація освітнього середовища. З одного боку, прогрес інформаційних технологій об'єктивно розширенню доступу до різноманітних наукових ресурсів і значно оптимізує процеси обміну знаннями між учасниками освітнього й наукового простору.

Цифрові технології мають подвійний вплив на формування академічної доброчесності здобувачів освіти у закладах вищої освіти. З одного боку, вони відкривають нові можливості для недоброчесних практик - полегшують копіювання, плагіат і фальсифікацію результатів навчальної чи наукової діяльності.

З іншого - сучасні цифрові інструменти сприяють підвищенню прозорості освітнього процесу, дають змогу ефективно виявляти випадки академічних порушень і водночас формують культуру відповідальності та етичної поведінки в цифровому середовищі.

Першим негативним аспектом є розширення можливостей для недоброчесної поведінки. Інтернет надає безпрецедентний доступ до величезної кількості текстів, зображень, мультимедійних матеріалів, що значно полегшує копіювання та представлення чужої роботи як власної. Розвиток ІІІ-інструментів, здатних генерувати тексти, коди й інші види контенту, створює нові виклики для ідентифікації плагіату й визначення авторства. Цифрові інструменти полегшують маніпулювання даними досліджень, їх викривлення або створення фіктивних результатів.

Другим негативним аспектом є вплив на формування етичних норм і цінностей у здобувачів. Легкість копіювання й обміну інформацією в цифровому середовищі може призводити до розмивання розуміння індивідуальної відповідальності за інтелектуальну власність, а ідея вільного обміну інформацією в інтернеті може вступати в конфлікт з принципами академічної

доброчесності, що передбачають повагу до авторського права. Разом із тим варто зазначити, що викладачі відіграють ключову роль у формуванні культури академічної доброчесності, використовуючи цифрові технології для навчання здобувачів правил академічного письма, етичного використання інформації, наслідків академічної недоброчесності.

Одним із позитивних аспектів є створення нових інструментів для виявлення академічної недоброчесності. Існують спеціалізовані програми (наприклад, Turnitin, Unicheck), які порівнюють студентські роботи з великими базами даних текстів, виявляючи текстові збіги й потенційний плагіат, а цифрові техно-логії дають можливості для швидкої перевірки достовірності інформації та першоджерел. [2]

Висновок. Отже, забезпечення академічної доброчесності в умовах цифрової трансформації освіти вимагає цілісного підходу, що поєднує техно-логічні, етичні, освітні та нормативні складові. Цифрові інструменти мають використовуватися не лише для контролю й запобігання порушенням, а й для формування культури доброчесності, розвитку цифрової грамотності та відповідального ставлення до навчальної діяльності. Отримані результати свідчать про глибоку інтеграцію цифрових технологій у сучасний освітній процес, що створює як нові можливості, так і нові виклики для закладів вищої освіти України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про освіту : Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19> (дата звернення: 12.03.2020).
2. Іваненко І. І. Академічна доброчесність у цифровому навчальному середовищі ЗВО: виклики та шляхи забезпечення // Вісник Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені академіка Степана Дем'янчука. Серія: Педагогіка та психологія. – 2025. – № 2. – DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2021/2025-2>

ДЗЮБ Р.Є.
Студент II-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

СТРАТЕГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ МЕДСЕСТРИНСТВО: SWOT-МЕТОДОЛОГІЯ В ДІЇ

Дослідженню питань, пов'язаних із застосуванням інструментів стратегічного менеджменту та організації стратегічного управління на підприємствах приділяється значна увага у сучасній науковій літературі [1]. Зокрема, теоретико-методологічні засади стратегічного управління та проблеми, пов'язані із його впровадженням на вітчизняних підприємствах розглянуті у працях О. І. Продіуса, В. Б. Богословова [2, 3]. Вагомий внесок у розроблення стратегій спрямованих на подолання кризових явищ зроблено Т. Гринько [4, 5]. Надзвичайно популярним у наукових колах є використання методики SWOT-аналізу для проведення стратегічних досліджень як на мікро- та макрорівнях [6,7].

Сучасне освітнє середовище у сфері підготовки медсестринських фахівців перебуває під впливом значних трансформацій, зумовлених підвищенням конкуренції не лише на ринку медичних послуг, а й серед закладів освіти, що спеціалізуються на медсестринстві. Зростаюча невизначеність освітньо-професійного простору формує нові ризики – від нестабільності нормативної бази до непередбачуваних змін у вимогах ринку праці. Це зумовлює переорієнтацію управлінських пріоритетів на оперативне реагування, адаптацію до змін та забезпечення гнучкості освітніх програм.

У цьому контексті актуалізується проведення SWOT-аналізу системи медсестринської освіти, що дозволяє всебічно оцінити внутрішні ресурси та зовнішні виклики, закласти основу для впровадження стратегічного управління, орієнтованого на якість, мобільність і стійкість освітнього процесу.

SWOT-аналіз, як один із базових інструментів стратегічного менеджменту в системі вищої медсестринської освіти, дозволяє комплексно оцінити чинники внутрішнього та зовнішнього середовища освітнього закладу. У контексті освітньо-професійної програми І5 Медсестринство бакалаврського рівня, він відіграє ключову роль у формуванні збалансованої стратегії розвитку Академії з урахуванням викликів сучасного медико-освітнього ландшафту.

Застосування SWOT-аналізу забезпечує можливість:

- системно оцінити освітній потенціал програми;
- вивчити стан матеріально-технічної та клінічної бази, що підтримує практичну підготовку медсестринських фахівців;
- визначити рівень кадрового забезпечення та педагогічної експертизи;
- проаналізувати вплив зовнішніх факторів – від законодавчих змін до європейських вимог якості освіти.

У процесі аналізу освітньо-професійної програми І5 Медсестринство ідентифікуються:

- внутрішні чинники: сильні (конкурентні переваги Академії – досвід, кадри, інтегровані практики) та слабкі сторони (обмеження ресурсів, невідповідність сучасним стандартам);
- зовнішні чинники: можливості (інтернаціоналізація, залучення до програм Erasmus+, розвиток дуальної освіти) і загрози (посилення конкуренції, нормативна нестабільність, демографічні виклики).

Важливо наголосити, що сильні сторони формують фундамент конкурентоспроможності Академії в галузі підготовки медсестринських кадрів, тоді як слабкі потребують цілеспрямованої трансформації. Зовнішні можливості відкривають шлях до реалізації цілей міжнародної інтеграції та освітнього оновлення, тоді як загрози потребують своєчасного реагування, аби уникнути системних ризиків та дестабілізації освітнього процесу.

SWOT-аналіз ОПП Медсестринство Львівської медичної академії ім. Андрея Крупинського

S – Сильні сторони

- Актуалізована програма 2025 року, що відповідає стандартам МОЗ та МОН України.
- Високий рівень практичної підготовки: клінічні стажування, симуляційні технології (форум Simulation Technologies 2025).
- Досвідчений викладацький склад, активна участь у міжнародних конференціях та форумах.
- Проведення регулярних опитувань студентів, викладачів і стейкхолдерів для моніторингу якості програми.
- Орієнтація на міжнародні стандарти та участь у міжвузівських ініціативах.

W – Слабкі сторони

- Обмеженість матеріально-технічної бази в окремих підрозділах (за даними опитувань).
- Нерівномірна інтеграція soft skills у навчальні програми.
- Перевантаженість теоретичними дисциплінами, що знижує гнучкість програми.

- Часткова цифровізація освітнього процесу – потребує розширення LMS та телемедичних компонентів.

О – Можливості

- Розширення співпраці з клініками та освітніми закладами ЄС.
- Участь у програмах Erasmus+, ENQA, Horizon Europe.
- Впровадження нових вибіркових компонент: психосоціальна підтримка, людяність та емпатія, тощо.

- Зростання попиту на медсестринські кадри в Україні та за кордоном.

Т – Загрози

- Високий рівень еміграції медичних працівників.
- Недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я та освіти.
- Нестабільність нормативно-правової бази.
- Ризик втрати автономії програми через централізовані реформи.

На основі проведеного SWOT-аналізу та сучасних вимог до якості освіти в галузі охорони здоров'я нами розроблені рекомендації для вдосконалення ОПП Медсестринство Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського:

Рекомендації на основі сильних сторін

- Поглибити міжнародну інтеграцію: розширити участь у програмах Erasmus+, ENQA, обмінах із клініками ЄС.
- Підтримувати практичну орієнтацію програми: розвивати симуляційні центри, впроваджувати нові клінічні кейси.
- Активізувати роботу зі стейкхолдерами: систематизувати опитування, створити раду роботодавців, випускників.

Рекомендації для подолання слабких сторін

- Модернізувати матеріально-технічну базу: залучати грантові кошти, партнерські програми, підтримку місцевих органів влади.
- Оптимізувати навчальний план: збалансувати теоретичні та практичні освітні компоненти, інтегрувати soft skills у всі навчальні програми.
- Розширити цифровізацію: впровадити LMS з аналітикою успішності, телемедичні симуляції, електронні портфоліо студентів.

Рекомендації для реалізації можливостей

- Розробити нові освітні компоненти: психосоціальна підтримка, людяність та емпатія, тощо – відповідно до потреб ринку.
- Інтенсифікувати академічну мобільність: створити внутрішні конкурси на стажування, підтримати викладачів у міжнародних проєктах.
- Підвищити видимість програми: публікації в міжнародних журналах, участь у форумах, створення англomовної версії ОПП.

Рекомендації щодо мінімізації загроз

- Створити стратегію утримання кадрів: мотиваційні програми, підвищення кваліфікації, підтримка молодих викладачів.

- Адаптувати програму до змін законодавства: створити робочу групу з моніторингу нормативної бази та оперативного реагування.
- Забезпечити автономність програми: розробити внутрішні політики якості, що відповідають ESG, але враховують локальні особливості.

Стратегічна карта розвитку ОПП І5 Медсестринство першого (бакалаврського) рівня вищої освіти КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» на 2025–2030 роки

Ця стратегічна карта узгоджується з принципами ESG та ENQA, враховуючи результати SWOT-аналізу і спрямована на системне вдосконалення якості освіти, міжнародну інтеграцію та розвиток компетенцій, необхідних у XXI столітті.

Таблиця

Ключові стратегічні напрямки

Напрямок	Цільові орієнтири	Основні дії
1. Інтернаціоналізація	Вихід на партнерство з закладами в межах Erasmus+, ENQA, WHO	- Розробка англomовних компонентів програми - Участь у мобільностях і спільних проєктах - Сертифікація викладачів за європейськими стандартами
2. Цифровізація освіти	Оснащення освітнього процесу сучасними технологіями	- Впровадження LMS (Learning Management System) - Створення цифрового симуляційного центру - Онлайн-кабінет студента з індивідуальними траєкторіями
3. Компетентнісний підхід	Орієнтація на результати навчання, затребувані ринком	- Перегляд програмного змісту з акцентом на громадське здоров'я, менеджмент, міжкультурну комунікацію - Інтеграція soft skills
4. Забезпечення якості	Розвиток внутрішньої системи моніторингу ОПП	- Впровадження циклічного аудиту програм - Створення ради з питань якості освіти - Збір та аналіз відгуків про ОПП студентів, випускників, працевлагодотворених
5. Стійкість і мотивація персоналу	Підвищення престижу викладацької роботи	- Розширення академічної автономії викладачів - Програма менторства для молодих педагогів - Соціальні стимули за академічні досягнення

Стратегічна мета

Забезпечити якісну, мобільну та інноваційну медсестринську освіту, що відповідає європейським вимогам і національним стандартам, формуючи фахівця, здатного до професійної автономії та міждисциплінарної взаємодії.

На основі вище викладеного пропонуємо наступні фази реалізації ключових стратегічних напрямків:

1. **2025–2026 рр.:** Аналіз існуючого потенціалу, старт пілотних ініціатив, розробка нормативного супроводу.

2. **2027–2028 рр.:** Повноцінна імплементація змін, зовнішня оцінка від партнерів та експертів.

3. **2029–2030 рр.:** Інституційне закріплення трансформацій, інтеграція досвіду в інші освітні програми.

Отже, SWOT-аналіз освітньої програми Медсестринство виявив чітко окреслені сильні сторони, включно з орієнтацією на практичні навички, інтеграцією доказової медицини та відповідністю міжнародним стандартам (ESG, ENQA).

Разом із цим визначено низку слабких сторін, зокрема недостатню цифровізацію процесів та обмежену взаємодію з закладами клінічної практики. Ідентифіковані можливості, такі як розширення академічної мобільності через Erasmus+, відкривають перспективи міжнародної співпраці й покращення якості освіти. Водночас загрози – у вигляді нестабільного фінансування та кадрового дефіциту – вимагають стратегічного реагування.

Загалом, SWOT-методологія довела свою ефективність як інструмент діагностики і планування подальших системних змін в освітній програмі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Самойлик Ю. В., Погребняк Л. О. Стратегія управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах глобалізаційних змін. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 19-20. С. 161–166. DOI: <https://doi.org/10.3270/2/2306-6814.2020.19-20.161>.

2. Продіус О. І., Богословов В. Б. Проблеми впровадження стратегічного управління на українських підприємствах. Економіка: реалії часу. 2014. № 5 (15). С. 30–35.

3. Продіус О. І., Богословов В. Б. Інноваційний підхід в організації стратегічного управління на українських підприємствах. Економіка: реалії часу. 2015. № 6 (22). С. 78–84.

4. Гринько Т. В. Обґрунтування стратегії зниження витрат підприємства. Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії. 2016. Вип.2 (02). С. 102–105.

5. Гринько Т. Стратегія як інструмент антикризового управління на підприємстві. Економіст. 2015. № 8. С. 51–53.

6. Гадецька С. В., Сергієнко О. А., Матвєєва О. О. Побудова моделей оцінки та аналізу ефективності логістичної діяльності підприємств на основі SWOT-аналізу. Бізнес Інформ. 2017. № 1. С. 292–301.

7. Тоцька О. Л. (Ред.). Стратегічне дослідження регіонів України за допомогою SWOT-аналізу: монографія. Луцьк: Східноєвропейський національний університет ім. Лесі Українки, 2015. 180 с.

СІТАКАЄВА Л.

магістрантка

Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

ФІК В.Б.

д.мед.н., професор

Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

ІСТОРИЧНІ ЕТАПИ ФОРМУВАННЯ УЯВЛЕНЬ ПРО ПАЛІАТИВНИЙ ДОГЛЯД

Людська діяльність упродовж багатьох віків ґрунтувалася на принципах опіки над невиліковно хворими та неповносправними людьми. Допомога смертельно хворим вперше згадується ще в часи Стародавнього Єгипту та Стародавньої Греції. Близько 3000 р. до н.е. лікарі застосовували опіати, з метою зменшення страждань. В епоху Римської імперії розвивалися військові шпиталі, де опікувалися важкопораненими солдатами, що в сучасному розумінні ототожнюється з паліативною допомогою пацієнтам [1, 3].

В період Середньовіччя (V – початок XVI століття) опіка над хворими мала досить високий рівень, оскільки, створювалися своєрідні хоспіси, де надавали допомогу переважно паломникам [1, 3]. Слід також відмітити певну систему організації паліативної допомоги для смертельно хворих у Київській Русі, яка з'являлася при монастирях, а саме, монастирі Києво-Печерської лаври [6]. Наприкінці XIX століття формувалися перші хоспіси в Парижі, Лондоні та Нью-Йорку, де забезпечували догляд та надавали медичну допомогу тяжкохворим пацієнтам, зокрема, хворим на рак.

Засновницею сучасного хоспісного руху, що дало початок розвитку та формування загалом паліативної допомоги, вважають лікарку Сесілію Сондерс [1, 8, 9]. Будучи соціальним працівником та медсестрою-волонтером, у 1947 році в Лондоні Сесілія познайомилася в лікарні з пацієнтом Девідом Тасмою, який мав останню стадію раку шлунка. Це знайомство та спілкування з невиліковним пацієнтом спонукало С. Сондерс заснувати лікарню для тяжкохворих людей, де можна би було полегшити їхні фізичні та емоційні страждання. Що важливо, С. Сондерс запровадила принцип знеболювання пацієнтів за потребою, а не за стандартним одно-, чи дворазовим прийомом наркотичних анальгетиків. Саме Девід Тасма – це перший пацієнт-засновник хоспісу, який залишив свої збереження Сесілії Сондерс з метою створення такого будинку для опіки над невиліковно хворими та вмираючими [1, 8].

Д.С. Сондерс змінила загалом ставлення до лікування пацієнтів наприкінці життя та у 1967 році заснувала хоспіс Святого Крістофера у Лондоні. Суттєвий внесок Сондерс полягав у формуванні окремої медичної дисципліни, яка сконцентрована на суб'єктивному аналізі досвіду пацієнта, який відіграє провідну роль у діагностиці, лікуванні та милосердному догляді, тобто те, що на сучасному рівні має назву «пацієнт-центрована допомога» [8].

Ідеї Сондерс дали потужний поштовх розвитку та організації сучасної паліативної та хоспісної допомоги. Так, перша команда домашньої опіки була створена Флоренс Вальд у штаті Коннектикут (США) в 1974 році. Відділення паліативної допомоги вперше було відкрито в 1975 році у Монреалі лікарем Балфуром Маунтом, який запровадив вперше термін «паліативна допомога» [1]. Наприкінці 70-х років за ініціативою ВООЗ запроваджено новий напрям охорони здоров'я - паліативна допомога.

Лісабонською декларацією Всесвітньої медичної асамблеї у 1981 році було проголошено, що право кожної людини визначається пріоритетом гуманного догляду та гідним, найменш болючим відходом з життя [3, 6, 7]. У 1981 році в місті Нова Гута (Польща) відкрито перший у східній Європі стаціонарний хоспіс [1]. У 1982 році під егідою ВООЗ проводилася широкомасштабна кампанія боротьби з раком [8].

У Великій Британії в 1987 році вперше була визнана спеціальність “паліативна медицина”, що обумовлювало значно ширший перехід від термінальної допомоги до концепції паліативної допомоги [9].

Перший Європейський конгрес паліативної допомоги відбувся у 1987 році в Мілані. На II конгресі була створена Європейська асоціація паліативної допомоги (1988 р., Мілан), діяльність якої спрямована на створення та вдосконалення усіх аспектів лікування та догляду паліативних хворих [4, 7].

У середині ХХ століття в Україні певною мірою створювалися умови надання паліативної хоспісної допомоги, як складова медико-соціальної допомоги, насамперед в стаціонарних медичних установах. Крім цього, дільничі лікарі, медичні сестри та бригади швидкої допомоги забезпечували вдома знеболювання наркотичними анальгетиками важкохворих пацієнтів. Наприкінці 90-х років минулого століття в Україні з'явилися хоспіси у Львові (1996 р.) та Івано-Франківську (1997 р.), які на сьогодні є провідними установами паліативної та хоспісної допомоги [5]. В Україні засновано Асоціацію малоінвазійної та паліативної терапії в 1999 році [4, 5].

За підтримки Міжнародного фонду «Відродження» у 2002 році створено Всеукраїнську благодійну організацію «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів», основним пріоритетом якої є гарантування прав та медичне обслуговування невиліковних хворих наприкінці життя [4]. У 2008 році засновано Інститут

паліативної та хоспісної медицини, який є головним науково-дослідним і організаційно-методичним закладом МОЗ України щодо організації надання паліативної і хоспісної допомоги. [4]. У цьому ж році створено Координаційну Раду, як дорадчий орган з паліативної допомоги при МОЗ України. У 2010 році на базі Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика створено кафедру паліативної та хоспісної медицини, з метою підготовки лікарів та медичних сестер [4].

Громадські діячі, представники державних інституцій, медики та волонтери у 2011 році заснували громадську організацію «Українська Ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» [4]. Розроблено формуляри медикаментозних засобів та клінічний протокол контролю больового синдрому із використанням опіоїдних препаратів [4]. У 2012 році відбувся Перший Національний конгрес з паліативної допомоги (26-27 вересня 2012 р., м. Ірпінь), де був прийнятий проект «Національна стратегія створення та розвитку системи паліативної допомоги в Україні» [2]. 8-9 листопада 2012 року у НМАПО імені П. Л. Шупика була проведена Перша Всеукраїнська науково-практична конференція “Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні” [5].

ЛІТЕРАТУРА

1. Біннебезель Й., Годова, Г. Історико-етичний аспект паліативно-хоспісної опіки / Йозеф Біннебезель, Гжегож Годова // Паліативно-хоспісна опіка: позамедичні багатовимірні аспекти. 2018. - С. 13-34.

<https://hdl.handle.net/20.500.14570/1652>

2. Бугаєвська Н.А., Рега Н.І. Особливості підготовки медичних сестер з паліативної та хоспісної допомоги в Україні та Польщі. Медсестринство. 2017. №4. С. 15-18.

3. Калашлінська М. Політико-історичні етапи формування паліативної та хоспісної допомоги в світі. European political and law discourse. 2019. №7. Vol.6. Р. 66-70.

4. Паліативна допомога в Україні у посттоталітарну епоху: історичні аспекти і сучасні тенденції / Андрій Вергун, Ярослав Чуловський, Оксана Мощинська, Оксана Марко, Володимир Кітик, Оксана Вергун, Михайло Литвинчук, Анна Фостяк, Василь Кульчицький // Збірник наукових праць за матеріалами всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю „Тоталітаризм як система знищення національної пам’яті“, 11-12 червня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 502–508

5. Паліативна та хоспісна допомога в Україні. Частина 1. Минуле та сьогодення. Світлій пам'яті професора Юрія Губського (01.10.1945 - 18.05.2019 рр.) 21 трав. 2019 □ НУОЗ України імені П. Л. Шупика.

<https://www.nuozu.edu.ua › 4576-paliatyvna-ta-khospis...>

6. Паліативна та хоспісна медицина: медико-соціальні аспекти : навч. посіб. / [Л. М. Пасієшвілі, А. А. Заздравнов, Л. С. Бабінець та ін.] ; за ред. проф. Л. М. Пасієшвілі, проф. А. А. Заздравнова. – Львів : Видавець Марченко Т. В., 2023. – 340 с.

7. Півень А.О., Хараборська Ю.О. Історичний розвиток паліативних закладів в світі та в Україні. Архітектурний вісник КНУБА. 2021. – № 22-23. – С. 33-39.

8. Caraceni A., Laird B., Hjermsstad M., Koteng L., Sjøgren P. Kaasa S. From Vision to Reality: The Evolution of Palliative Care in European Oncology. 2024.

<https://www.researchgate.net/publication/387889995>

9. The history of palliative care - African Palliative Care Association
<https://www.africanpalliativecare.org>.

ШУЙ О. З.

Студентка 2-го року
магістратури кафедри
внутрішньої медицини та
управління охороною здоров'я

ТЕРЕЩУК С. І.

к.фарм.н.,
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

ЄФІМЕНКО Н. В.

к. біол. н.,
Львівський національний
університет імені Івана Франка

СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ФОРМУВАННЯ ЗНАНЬ ПРО НАНОМАТЕРІАЛИ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Сучасний розвиток науки й технологій неможливий без застосування наноматеріалів. Нові досягнення у сфері нанотехнологій (НТ) дедалі більше застосовуються у різних галузях, які стосуються охорони здоров'я населення, а саме у біомедичних та фармацевтичних науках, фізиці, біології та хімії. Розробка НТ базується на проектуванні, створенні та використанні матеріалів з унікальними фізико-хімічними властивостями, основною одиницею вимірювання яких є нанометр ($1\text{нм} = 1 \times 10^{-9}\text{м}$) [1, 2]. Стрімкий розвиток НТ відкриває нові можливості для створення ефективних лікарських засобів, систем контролюваного вивільнення діючих речовин та діагностичних наноплатформ. А малі розміри наночастинок (НЧ) дозволяють використовувати їх як агентів візуалізації, носіїв доставки ліків (хіміотерапевтичних засобів, генів, білків) або радіосенсибілізаторів у променевій, фотодинамічній чи протонній терапії [3].

Наноматеріали (НМ) все частіше впроваджуються у медичну та фармацевтичну практику, проте рівень інтересу та знань у майбутніх фахівців щодо властивостей НМ, їхньої класифікації, методів отримання та безпечного використання залишається недостатньо з'ясованим. Відсутність систематизованого уявлення про НМ може обмежувати готовність майбутніх медичних працівників та фармацевтів до роботи з інноваційними лікарськими засобами та технологіями. Тому важливим завданням є дослідження поінформованості студентів медичного профілю у цій сфері та визначення потреб у вдосконаленні освітнього процесу з урахуванням сучасних досягнень нанонауки.

Мета дослідження. Метою дослідження є визначення рівня знань та поінформованості здобувачів освіти Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського щодо наноматеріалів та наночастинок, їхнього застосування у фармації та медицині, а також окреслити напрями вдосконалення навчальних дисциплін із урахуванням сучасних наукових досягнень у галузі нанотехнологій.

Виклад основного матеріалу дослідження.

Сучасна медицина дедалі більше опирається на досягненнях, які ґрунтуються на нанотехнологічних розробках. Завдяки інтенсивному розвитку нанонауки, нанотехнологій, наномедицини, наноелектроніки, нанофармакології, нанотоксикології, нанофармації, нанобіології та інших напрямків сьогодні відомі такі НМ і НЧ: ліпосоми, фулерени, дендримери, наносфери, наностержні, наноплівки, нанотрубки, нанокомпозити, нанокристали, нанодротинки, нанопорошки, нанороботи, нанокапсули, нанобіосенсиори, нанопристрої, нанобіоматеріали, наноструктурні рідини (колоїди, міцели, гелі, полімери), нанопрепарати, які можуть потенціально бути сучасними ЛЗ [2, 4]. Наночастинки (НЧ) використовуються в онкології, неврології, кардіології та антибактеріальній терапії, а також при створенні нановакцин, наносенсорів, контрастних агентів для візуалізації пухлин і тканин. До переваг НЧ як носіїв лікарських речовин належить безпосередня доставка та проникнення лікарських засобів (ЛЗ), а також забезпечення їхньої високої концентрації в патологічно змінених тканинах або органах, не підвищуючи при цьому загальну токсичність для організму. Можливість контролювати вивільнення активних речовин в клітинах-мішенях значно покращує ефективність лікування та підвищує ефективність фармакотерапії за рахунок проникнення у них ЛЗ. НЧ легко проникають у клітинки завдяки великій площі поверхні на одиницю маси порівняно з макророзмірними частинками. Наночастинки легше проникають у людський організм завдяки великій площі поверхні на одиницю маси порівняно з макророзмірними частинками. З літературних джерел відомо, що сьогодні розроблено різні види НЧ, що використовують для таргетної доставки ЛЗ. Вони мають унікальні фізико-хімічні властивості, які дають змогу модифікувати їх під певні фармакологічні потреби [4, 5].

Саме тому здобувачам вищої медичної освіти необхідно поглиблено вивчати питання, пов'язані з нанотехнологіями, оскільки саме їм у майбутньому доведеться приймати фахові рішення щодо підвищення біодоступності та пролонгованої дії ЛЗ, створених із використанням НЧ. Вони мають розуміти проблеми біосумісності, потенційної токсичності, імунної реактивності організму на наноструктури, а також бути обізнаними з труднощами масштабного виробництва нанопрепаратів і нормативно-правовими аспектами їхнього впровадження у клінічну практику.

Такі знання є невід'ємною складовою підготовки сучасного медичного працівника, який здатний оцінити безпечність, ефективність і перспективи використання нанотехнологій у медицині.

Методологія дослідження полягала у аналізі наукових літературних джерел (PubMed, ScienceDirect, GoogleScholar, ResearchGate та ін.) стосовно актуальності застосування НЧ у біомедицині та у фармації. За допомогою Google-форми анкетування по темі "*NanoLevel: вивчаємо рівень обізнаності про наноматеріали у студентів*" нами було проведено анонімне опитування 56 студентів Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського денної форми навчання. Усі учасники були заздалегідь проінформовані про мету та умови дослідження.

Основну опитувальну категорію становили студенти 1 курсу освітніх рівнів бакалавр та магістр, що склало 60,7% усіх респондентів (34 особи). Серед них 48,2% мають загальне уявлення про нанотехнології; 35,7% (20 осіб) зазначили, що чули про нанотехнології, але не цікавилися ними; 8,9% (5 осіб) – чули раніше, однак не розуміють, як це пов'язано з медициною; 3,6% (2 особи) – добре ознайомлені з цією тематикою; ще 3,6% (2 особи) повідомили, що не мають жодного уявлення про нанотехнології. Отримані результати свідчать про те, що більшість студентів першого курсу мають лише загальне або поверхнєве уявлення про нанотехнології, що вказує на недостатній рівень сформованості базових знань із цієї тематики. Це підкреслює необхідність включення основ нанотехнологій до навчальних дисциплін медико-біологічного циклу з метою формування у студентів цілісного розуміння їхнього значення в сучасній медицині та фармації.

Серед опитаних 10,7% респондентів вважають, що НМ – це практично будь-які об'єкти, речовини або їх композиції, структурні елементи розміри яких коливаються 1-100 нм і призначені для виробництва виробів, корисних людині. Більша частка студентів (37,5%) зазначили, що НМ – матеріали, створені з використанням наночастинок та/або за допомогою нанотехнологій, що мають унікальні властивості, зумовлені наявністю цих частинок у їхній структурі. Понад половина респондентів (51,8%) вважають, що обидва наведені твердження є правильними, що свідчить про прагнення студентів поєднати структурний і технологічний підходи до розуміння сутності НМ. Аналіз цих даних, вказує на певну обізнаність респондентів із базовими принципами нанонауки, проте потребує подальшого поглиблення знань щодо класифікації, методів отримання та практичного застосування наноматеріалів у медицині.

Більшість студентів продемонстрували зацікавленість практичним застосуванням НМ у медицині. Найбільша частка респондентів (69,6%) відзначила їхню особливу роль у створенні біосумісних і біоактивних матеріалів, що

свідчить про достатню поінформованість щодо ролі нанотехнологій у біомедичній галузі. Понад дві третини опитаних (66,1%) вважають, що наноматеріали використовуються у медицині, зокрема в діагностиці та лікуванні захворювань. ~ 37,5% студентів вказали на застосування наноматеріалів у складі антибактеріальних засобів, що підтверджує знання про один із важливих напрямів їх практичного використання. 35,7% респондентів зазначили важливість нанотехнологій у системах доставки лікарських речовин, що свідчить про розуміння потенціалу наноматеріалів у медицині. Лише 8,9% опитаних відповіли, що не знають або не змогли визначитися із відповіддю, що вказує на загалом високий рівень зацікавленості та обізнаності студентів. Таким чином, більшість майбутніх медиків добре орієнтуються в основних напрямках застосування наноматеріалів, насамперед у створенні біосумісних матеріалів, діагностиці та терапії захворювань.

Переважна кількість респондентів (>, ніж дві третини) обізнані одразу про кілька типів НМ або вважають усі варіанти важливими, проте за даними анкетування найменше знають про використання золота та платини при виробництві НЧ.

За результатами опитування 39,3% респондентів», тобто майже 2/5 від кількості студентів не стикалися з практичним використанням нанотехнологій. ~28,6% зазначили, що чули про дослідження чи розробки, це свідчить про наявність теоретичної обізнаності без практичного залучення.

17,9% опитаних знайомі з тематикою нанотехнологій на базовому рівні. Лише 14,3% респондентів зазначили, що мають безпосередній практичний досвід у цій сфері.

Отже, більшість анкетованих знайомі з темою наноматеріалів переважно на теоретичному рівні, тоді як практичний досвід має лише близько 14% опитаних. Це вказує на необхідність розширення практичної складової навчального процесу – проведення лабораторних робіт, наукових проєктів і досліджень, спрямованих на формування прикладних навичок роботи з наноматеріалами.

Крім того, результати анкетування демонструють рівнозначний розподіл думок щодо використання НМ у діагностиці онкологічних захворювань: 50% (28 осіб) знають про їхнє застосування в онкологічній діагностиці, тоді як інші – не знають або не впевнені у цьому. Такий результат свідчить про часткову поінформованість студентів у специфічних напрямках медичного використання нанотехнологій і потребує подальшого поглиблення знань у галузі наномедицини.

Отримані результати свідчать, що більшість опитуваних здобувачів вищої освіти розуміють багатогранність переваг НМ у лікуванні онкологічних захворювань. Серед запропонованих варіантів відповідей, найбільше відзначено

комбіновану дію та цілеспрямованість впливу НМ, які є ключовими концепціями сучасної наномедицини. Переважна більшість студентів сприймають переваги нанотехнологій як взаємопов'язану систему, де ефективність базується на поєднанні кількох механізмів дії.

Більшість опитаних правильно обрали відповідь про цитостатичні препарати як основний напрям застосування нанотехнологій у медицині, отже здобувачі вищої освіти усвідомлюють важливість НЧ у цільовій доставці протипухлинних засобів. Респонденти також вважають, що НЧ володіють мультифакторним впливом, оскільки повсюдно використовуються за сучасних умов.

Значна частина студентів правильно обрала ЛЗ, назва яких безпосередньо вказує на НМ (зокрема, *нанозолото*), а понад половина респондентів змогла ідентифікувати класичні нанопрепарати хіміотерапії, такі як ліпосомальний доксорубіцин і карбоплатин. Але при аналізі відповідей респондентів, виявлено потребу у ширшому висвітленні тематики нанотехнологій у навчальних програмах медичних і фармацевтичних спеціальностей.

Цікаво, що респонденти також вказали основні виклики та ризики використання наноматеріалів у медицині, а саме складність розробки та досліджень, актуалізували питання безпеки й біосумісності наноструктур в організмі людини. Поряд із цим, респонденти першочергово відзначили економічні аспекти як важливі, тоді як етичні питання сприймаються ними як другорядні порівняно з науково-технологічними.

Переважна більшість студентів (89,3%) вважає знання про нанотехнології та наноматеріали необхідними для своєї майбутньої професійної діяльності. Це свідчить про те, що здобувачі вищої освіти усвідомлюють актуальність застосування нанотехнологій у медицині та розуміють їхнє значення для розвитку сучасної фармацевтичної і клінічної практики.

Опитування виявило високий рівень зацікавленості серед студентів, які підтримують апробацію ідеї інтеграції знань про застосування НМ у діагностиці та лікуванні онкологічних захворювань в навчальних програмах освітніх медичних закладах. Проте отримані дані свідчать, що студенти віддають перевагу сучасним, гнучким і практично орієнтованим формам навчання у сфері нанотехнологій. Найбільш бажаними джерелами інформації визначено онлайн-курси та лекції, семінари чи майстер-класи від практикуючих фахівців. Це означає, що ефективне поширення знань у сфері наномедицини потребує розвитку цифрових освітніх платформ та активного залучення експертів із клінічним досвідом.

Абсолютна більшість учасників опитування "*NanoLevel: рівень обізнаності серед студентів*" зазначила, що сам процес участі в анкетуванні сприяв

переосмисленню або зміні їхніх попередніх уявлень щодо ролі нанотехнологій у медицині. Отже, створена нами Google-форма ефективна як інструмент підвищення обізнаності студентів у даній тематиці.

Щодо перспективи впровадження НМ у вітчизняну медичну практику, результати опитування свідчать про вираженість студентів у поглядах на майбутнє, оскільки більшість респондентів (82%) оцінила перспективи як «середні» (34%), «високі» (32%) або «дуже високі» (16%). Такий розподіл відповідей відображає переконання у поступовому розвитку нанотехнологій, але за умов за умови усунення наявних наукових, економічних і регуляторних викликів. Лише 6% опитаних висловили песимістичну позицію щодо широкого впровадження НМ у найближчі 5–10 років.

Висновки. Таким чином, у результаті проведеного опитування встановлено, що здобувачі вищої медичної освіти загалом демонструють високий рівень зацікавленості до сучасних досягнень у галузі нанотехнологій. Отримані дані свідчать про те, що більшість респондентів усвідомлюють важливість застосування наноматеріалів у діагностиці, лікуванні та профілактиці онкологічних захворювань. Здобувачі вищої медичної освіти вважають доцільним інтеграцію відомостей про нанотехнології у навчальний процес, оскільки розуміють перспективність розвитку наномедицини та її значення для їхньої майбутньої професійної діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гончарук В. В., Кривенко П. В. Нанотехнології: навчальний посібник. Київ: Наукова думка, 2019. 256 с.
2. Díez-Pascual A. M. Surface engineering of nanomaterials with polymers, biomolecules, and small ligands for nanomedicine. *Materials (Basel)*. 2022. №15(9). P. 3251. doi: 10.3390/ma15093251
3. Kłebowski B., Depciuch J., Parlińska-Wojtan M., Baran J. Applications of noble metal-based nanoparticles in medicine. *Int. J. Mol. Sci.* 2018. №19(12). P. 4031. doi: 10.3390/ijms19124031.
4. Ульберг З.Р., Чекман І.С. Нанофармакологія: міждисциплінарний аспект наукових досліджень. *Сучасні проблеми токсикології*. №1-2. 2013. С. 32-37.
5. Пласконіс Ю.Ю., Барна О.М., Козир Г.Р., Стечишин І.П., Покотило О.О., Дуб А.І. Наночастинки як носії для таргетної доставки лікарських засобів. *Фармацевтичний журнал*. 2025. Т. 80, № 4. С. 64-75. DOI: 10.32352/0367-3057.4.25.05

ДУБАН С.
Студент II-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

СУБ'ЄКТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ КОМПЛАЄНТНОСТІ: АНАЛІЗ БАР'ЄРІВ ДОТРИМАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО РЕЖИМУ ПАЦІЄНТАМИ

Ефективність лікувально-діагностичного процесу значною мірою залежить від активної участі та прихильності пацієнта до призначених терапевтичних режимів. Незважаючи на бездоганну наукову обґрунтованість схеми лікування, вона не дасть очікуваного клінічного ефекту, якщо пацієнт не дотримується її сумлінно. Таким чином, комплаєнтність (адеренс) є ключовим індикатором успіху лікування та предметом постійної уваги клініцистів і дослідників.

Попередній аналіз засвідчив, що проблема недотримання терапевтичних рекомендацій є багатовимірною і не може бути пояснена лише недбалістю пацієнта. Сучасна медична наука визнає, що індивідуальна поведінка щодо здоров'я формується під впливом складної взаємодії внутрішніх та зовнішніх чинників.

Дане дослідження присвячене детальному розгляду чинників, що детермінують прихильність, з фокусом на суб'єктивному сприйнятті пацієнта. Вивчення бар'єрів крізь призму досвіду пацієнта дозволяє не лише ідентифікувати причини некомплаєнтності, але й розробити індивідуалізовані та ефективні стратегії втручання. Особлива увага приділяється факторам, пов'язаним із переконаннями пацієнта щодо хвороби та лікування (згідно з Моделлю Переконань у Здоров'ї), а також психосоціальним та фінансовим бар'єрам, які безпосередньо впливають на його здатність дотримуватися складних довготривалих режимів.

Таким чином, наступний аналіз закладає теоретичну основу для подальшої розробки практичних рекомендацій, спрямованих на подолання цих бар'єрів шляхом оптимізації комунікативної та освітньої ролі медичної сестри/брата.

Модель Переконань у Здоров'ї (НВМ) є однією з найбільш впливових і широко застосовуваних психологічних концепцій, розроблених для пояснення та прогнозування поведінки індивідів щодо здоров'я, включаючи їхню прихильність (комплаєнтність) до терапевтичних режимів. Створена соціальними психологами Розенштоком, Хохбаумом та Леванталем у 1950-х роках, НВМ ґрунтується на когнітивній теорії очікуваної цінності і постулює, що ймовірність вчинення дії щодо здоров'я залежить від раціональної оцінки пацієнтом чотирьох ключових елементів.

НВМ передбачає, що індивідуальна готовність до зміни поведінки або дотримання лікування є функцією сприйняття загрози та очікуваної ефективності рекомендованих дій:

- Сприйнятлива Загроза (Perceived Threat): Визначається двома взаємопов'язаними факторами: **1. сприйнятлива сприйнятливність** (Perceived Susceptibility): Суб'єктивна оцінка індивіда щодо ймовірності особисто захворіти або зіткнутися з рецидивом чи ускладненнями вже наявної патології. Висока сприйнятливність збільшує мотивацію до профілактики чи лікування. **2. сприйнятлива тяжкість** (Perceived Severity): Суб'єктивна оцінка тяжкості клінічних, соціальних та фінансових наслідків хвороби. Недооцінка тяжкості знижує рівень занепокоєння та, відповідно, прихильність до терапії.

- Сприйняття очікуваної вигоди та бар'єрів: **1. сприйнятні переваги** (Perceived Benefits): Переконання пацієнта в тому, що запропонована дія (наприклад, регулярний прийом медикаментів) буде ефективною для зниження ризику або пом'якшення тяжкості захворювання. **2. прийнятні бар'єри** (Perceived Barriers): Оцінка індивідом перешкод або негативних аспектів виконання дії (вартість, побічні ефекти, незручність схеми, часові витрати). Бар'єри є найбільш потужним негативним предиктором комплаєнтності (Janz & Becker, 1984).

- Додаткові Модифікуючі Елементи. Модель була доповнена двома чинниками, які впливають на перехід від наміру до фактичної поведінки: **Поштовх до Дії** (Cues to Action): Внутрішні (наприклад, поява симптомів, біль) або зовнішні (наприклад, консультація медичного працівника, інформаційна кампанія) стимули, які слугують каталізатором для активації готовності до дії. **Самоефективність** (Self-Efficacy): Віра пацієнта у свою здатність успішно виконати необхідну дію (Bandura, 1977). **Низька самоефективність** (наприклад, сумніви у власній здатності дотримуватися складної дієти) є значним бар'єром, навіть за умови високої сприйнятої загрози [1].

Таким чином, НВМ надає структуровану основу для діагностики когнітивних бар'єрів некомплаєнтності та розробки цільових сестринських інтервенцій, спрямованих на корекцію суб'єктивних переконань пацієнта. Мета

медичного працівника полягає у підвищенні сприйнятої вигоди та зниженні сприйнятих бар'єрів через освітні та мотиваційні стратегії.

Для розв'язання проблеми терапевтичної некомплаєнтності, тобто недотримання пацієнтом призначеного режиму лікування, першочерговим завданням є формування чіткого, уніфікованого та прийняттого визначення поняття «дотримання режиму лікування». У Оксфордському словнику англійської мови (Oxford Advanced Learner's Dictionary) дотримання визначається як «практика виконання правил або вимог, висунутих уповноваженими особами». У контексті охорони здоров'я цей термін набуває специфічного значення. Класичне визначення Sackett трактує дотримання терапевтичного режиму як поведінку пацієнта, яка узгоджується з рекомендаціями медичного працівника щодо прийому лікарських засобів, дотримання дієти або змін у способі життя [2]. Відтак, терапевтична некомплаєнтність виникає тоді, коли дії пацієнта, спрямовані на підтримання або відновлення здоров'я, не відповідають медичним призначенням. Цей феномен може проявлятися у пропуску прийому ліків, самовільному зміні дозування, передчасному припиненні терапії чи недотриманні рекомендацій щодо способу життя.

У науковій літературі поряд із терміном «комплаєнтність» активно використовуються інші близькі поняття – «дотримання режиму лікування» (adherence) та «відповідність» або «узгодженість» (concordance). Згідно з Inkster дотримання режиму лікування визначається як здатність і мотивація пацієнта виконувати призначений терапевтичний план [3]. У свою чергу, Vermeire та співавторстві запропонували вживати термін «узгодженість», який підкреслює активну роль пацієнта як рівноправного учасника процесу лікування. Такий підхід відображає сучасну парадигму пацієнтоцентричної медицини, де рішення щодо лікування ухвалюється спільно – у партнерстві між пацієнтом і медичним працівником [4].

Попри наявність термінологічних відмінностей, у клінічній практиці ці поняття часто використовуються як взаємозамінні, хоча їхні семантичні відтінки можуть впливати на підходи до оцінки терапевтичної поведінки. У межах цього дослідження буде застосовано найбільш уживаний у міжнародній літературі термін «комплаєнтність», який уособлює ступінь відповідності дій пацієнта встановленим медичним рекомендаціям і є ключовим чинником ефективності лікувально-профілактичних заходів.

Як видно з таблиці, еволюція термінів від комплаєнтності до узгодженості відображає перехід від патерналістичної моделі медицини до партнерської, у центрі якої – пацієнт. У сучасному медсестринстві важливо не лише контролювати виконання призначень, а й формувати у пацієнта власну відповідальність за результати лікування через просвіту, емоційну підтримку та взаємоповагу.

**Порівняльна характеристика понять “комплаєнтність”,
“дотримання режиму лікування” та “узгодженість”**

Термін	Автор / джерело	Визначення	Ключові характеристики	Практичне значення у медсестринстві
Комплаєнтність (Compliance)	Sackett, 1976	Поведінка пацієнта щодо прийому ліків, дотримання дієти чи змін у способі життя, що відповідає рекомендаціям медичного працівника.	Пасивна участь пацієнта; лікар – головне джерело рішень; контроль за виконанням.	Медична сестра/брат виступає посередником між лікарем і пацієнтом, забезпечує контроль за дотриманням призначень.
Дотримання режиму лікування (Adherence)	Inkster, 2006	Ступінь, до якого поведінка пацієнта відповідає погодженим рекомендаціям щодо терапії.	Підкреслює добровільність і внутрішню мотивацію пацієнта; наголос на співпраці.	Сестринська діяльність спрямована на мотивацію, навчання пацієнта, розвиток відповідальності за власне лікування.
Узгодженість (Concordance)	Vermeire et al., 2001	Спільне ухвалення рішень щодо лікування між пацієнтом і медичним працівником, що ґрунтується на взаємній згоді та довірі.	Активна участь пацієнта; рівноправне партнерство; орієнтація на індивідуальні потреби.	Формування партнерської взаємодії між пацієнтом і медичною сестрою/братом; розвиток емпатії, комунікативної компетентності.

Перш ніж розробляти ефективні стратегії подолання проблеми терапевтичної некомплаєнтності, необхідно ґрунтовно проаналізувати клінічні, соціальні та економічні наслідки недотримання режиму лікування.

З позиції медичних працівників, дотримання терапевтичних рекомендацій є ключовим елементом успішного лікувального процесу з кількох причин. Насамперед, недотримання режиму терапії безпосередньо впливає на результати лікування та може призвести до серйозних ускладнень. Згідно з дослідженнями, низький рівень комплаєнтності асоціюється з погіршенням стану пацієнтів, що страждають на діабет, епілепсію, ВІЛ/СНІД, бронхіальну астму, туберкульоз, артеріальну гіпертензію та після трансплантації органів [5]. Наприклад, у

випадку гіпертензії, недотримання режиму лікування є провідною причиною недостатнього контролю артеріального тиску, що суттєво підвищує ризик інсульту, інфаркту міокарда та розвитку хронічної ниркової недостатності.

За даними дослідження NHANES (1999–2000 рр.), контроль артеріального тиску було досягнуто лише у 31% пацієнтів із гіпертензією [6]. Ймовірно, одним із головних чинників такого результату стало саме недотримання терапевтичних рекомендацій. У випадку інфекційних захворювань наслідки некомплаєнтності мають ще серйозніший характер: окрім неефективності лікування, це сприяє розвитку антибіотикорезистентності та поширенню патогенних мікроорганізмів [7]. Дослідження також свідчать, що більшість пацієнтів, які спочатку порушують режим лікування, згодом повністю його припиняють, втрачаючи будь-яку можливість отримати терапевтичний ефект [8].

Недотримання терапевтичного режиму має не лише клінічні, а й значні соціально-економічні наслідки. Зокрема, воно призводить до зростання кількості невідкладних звернень, госпіталізацій і повторних курсів лікування. За оцінками, до 25% госпіталізацій в Австралії та від 33% до 69% випадків у США, пов'язаних із медикаментозною терапією, виникають саме через некомплаєнтність [7]. Це створює значний фінансовий тягар для системи охорони здоров'я, який у США оцінюється приблизно у 100 мільярдів доларів на рік [9].

Крім прямих витрат, недотримання лікування має опосередковані наслідки: втрату працездатності, зниження продуктивності, погіршення якості життя пацієнтів і підвищення навантаження на соціальні служби. Додатково, неідентифікована некомплаєнтність може спричинити помилкову зміну терапевтичної схеми, що підвищує її вартість і складність, поглиблюючи проблему [10].

Таким чином, терапевтична некомплаєнтність становить складну медико-соціальну проблему, що впливає на ефективність лікування, економічну стабільність системи охорони здоров'я та добробут пацієнтів. Для мінімізації її наслідків необхідно системно вивчити фактори, які сприяють недотриманню режиму лікування, та розробити комплексні програми, спрямовані на підвищення рівня комплаєнтності. Розуміння цих факторів має стати підґрунтям для створення ефективних індивідуалізованих стратегій медичної взаємодії, що забезпечать досягнення кращих клінічних і соціально-економічних результатів.

На підставі вище вказаного, нами розроблені шляхи подолання терапевтичної некомплаєнтності, оскільки проблема терапевтичної некомплаєнтності потребує системного та комплексного підходу, що поєднує медичні, психологічні, освітні та соціальні інтервенції. Ефективні стратегії мають ґрунтуватися не лише на контролі за виконанням лікарських призначень, а й на формуванні у пацієнтів свідомого ставлення до власного здоров'я та розуміння важливості лікування.

- Одним із ключових напрямів є підвищення обізнаності пацієнтів про суть захворювання, механізм дії лікарських засобів і можливі наслідки недотримання терапії. Освітні програми, індивідуальні консультації та використання візуальних матеріалів (буклетів, відеоінструкцій, мобільних додатків) сприяють зміцненню мотивації до лікування. Важливим є використання принципів медичної комунікації, що забезпечують зрозуміле пояснення терапевтичних цілей та очікуваних результатів.

- Недотримання режиму лікування часто зумовлене емоційними або когнітивними чинниками, такими як страх перед побічними ефектами, зневіра у ефективності терапії чи депресивні стани. Залучення медичних психологів, психотерапевтів, а також проведення мотиваційних бесід за методом Мотиваційне інтерв'ю, дає змогу підвищити рівень довіри пацієнта до лікаря та сприяє прийняттю терапевтичних рішень.

- Спрощення режиму прийому препаратів є одним із найефективніших способів підвищення комплаєнтності. Використання комбінованих лікарських форм, зменшення кількості прийомів на добу та призначення препаратів із пролонгованою дією знижують імовірність пропусків. Також важливим є індивідуальний підбір терапії з урахуванням соціальних, психологічних та економічних можливостей пацієнта.

- Сучасні інформаційні системи відкривають широкі можливості для моніторингу та підтримки комплаєнтності. Електронні нагадування, мобільні застосунки, автоматизовані повідомлення та телемедичні платформи допомагають пацієнтам не пропускати прийом ліків і підтримують зв'язок із медичними працівниками.

- Важливою умовою підвищення терапевтичної дисципліни є залучення родичів та близького оточення пацієнта. Соціальна підтримка формує відчуття відповідальності та емоційної безпеки, сприяє стабільному виконанню рекомендацій лікаря. Особливо ефективною така стратегія є для осіб похилого віку, пацієнтів із хронічними захворюваннями та дітей.

- Побудова довірливих партнерських відносин між пацієнтом і медичним працівником є ключовою передумовою підвищення рівня комплаєнтності. Емпатійна комунікація, відкритість, активне слухання та залучення пацієнта до прийняття рішень підсилюють його відчуття контролю над процесом лікування.

- На макрорівні подолання терапевтичної некомплаєнтності потребує державної підтримки – розроблення стандартів контролю за прийомом медикаментів, забезпечення доступності ліків, підвищення кваліфікації медичних працівників у сфері комунікації з пацієнтами. Важливо також проводити національні кампанії з популяризації раціонального прийому медикаментів і зміцнення довіри до системи охорони здоров'я.

Таким чином, підвищення рівня терапевтичної комплаєнтності є результатом багаторівневої взаємодії – від індивідуального психоемоційного впливу до системних змін у медичній політиці. Комплексне поєднання освітніх, психологічних, технологічних і соціальних заходів забезпечує не лише поліпшення клінічних результатів, а й зменшення економічного тягаря для суспільства, що є стратегічною метою сучасної системи охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Що таке модель переконань щодо здоров'я від Janz і Becker 1984? <https://bait.kozak.cx.ua/ukraincyam/shho-take-model-perekonan-shhodo-zdorov-ya-vid-janz-i-becker-1984.html>
2. Сакетт Д.Л. Вступ. У: Сакетт Д.Л., Хейнс Р.Б., редактори. Дотримання терапевтичних режимів. Балтимор: Видавництво Університету Джонса Хопкінса; 1976. с. 1–6.
3. Інкстер М.Є., Доннан П.Т., Макдональд Т.М. та ін. Дотримання антигіпертензивного лікування та зв'язок з факторами пацієнта та практики. *J Hum Hypertens.* 2006;20:295–7. doi: 10.1038/sj.jhh.1001981.
4. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P та ін. Дотримання пацієнтами режиму лікування: три десятиліття досліджень. Комплексний огляд. *J Clin Pharm Therap.* 2001;26:331–42. doi: 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x.
5. Сабате Е., редактор. Дотримання довгострокової терапії: докази для дії. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2003.
6. Хаджар І., Котчен Т.А. Тенденції поширеності, обізнаності, лікування та контролю гіпертензії у Сполучених Штатах, 1988-2000. *JAMA.* 2003;290:199–206. doi: 10.1001/jama.290.2.199.
7. Сансон-Фішер Р., Боумен Дж., Армстронг С. Фактори, що впливають на недотримання режиму прийому антибіотиків. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 1992;15:103S–109S. doi: 10.1016/0732-8893(92)90136-h.
8. Лім Т.О., Нгах Б.А. Проект дослідження гіпертензії Ментакаб. Частина II – чому гіпертоніки припиняють лікування? *Singapore Med J.* 1991;32:249–51.
9. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P та ін. Дотримання пацієнтами режиму лікування: три десятиліття досліджень. Комплексний огляд. *J Clin Pharm Therap.* 2001;26:331–42.
10. Сокол М.К., Макгіган К.А., Вербрюгге Р.Р. та ін. Вплив дотримання режиму прийому ліків на ризик госпіталізації та вартість медичного обслуговування. *Med Care.* 2005;43:521–30. doi: 10.1097/01.mlr.0000163641.86870.af.

ПАРАНЬКА Н.В.,
студентка II курсу
спеціальності 223 Медсестринство
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського
ДУБ Н.Є.,
к.держ упр., доц.
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського
ГВОЗДЕЦЬКА Г.С.,
Фаховий медичний коледж
Івано-Франківського національного
медичного університету

ОРГАНІЗАЦІЙНО-КАДРОВІ УМОВИ ПІДГОТОВКИ МЕДСЕСТЕР ДО УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Анотація. Досліджено умови формування управлінських компетентностей медичних сестер. Результати підтверджують, що ефективне формування таких компетентностей можливе лише за комплексного розвитку організаційно-кадрових умов, що сприяє підвищенню якості медичних послуг.

Ключові слова: медичні сестри, управлінські компетентності, організаційно-кадрові умови, система охорони здоров'я.

Актуальність проблеми. Сучасна система охорони здоров'я стикається з комплексними викликами, що виходять за межі забезпечення лише якісного лікування. В умовах пандемії, війни та фінансових обмежень основним завданням стає створення стійкої та адаптивної системи охорони здоров'я. Медичні сестри, традиційно зосереджені на функції догляду, дедалі активніше залучаються до управлінських процесів, таких як координація команд, планування ресурсів і ініціювання змін у роботі підрозділів.

В Україні процес інтеграції медсестер в управлінську діяльність ускладнюється недостатньою розбудовою організаційно-кадрових умов. V. Striukov та ін. [1] зазначають, що організаційно-мотиваційні, координаційні та нормативно-правові механізми перебувають у стані кризи, яка обмежує розвиток управлінського потенціалу медсестринського персоналу.

Міжнародний досвід свідчить, що ефективне управлінське залучення медичних сестер можливе за умови створення сприятливого організаційного середовища, яке підтримує автономію персоналу, включає його в процес розробки змін та формує позитивну організаційну культуру [2]. Так, S. Jacobs та

ін. [3] підкреслюють роль спільного проєктування змін між керівництвом і медсестрами як ключового елементу організаційної підтримки, що підвищує ефективність роботи та задоволеність персоналу.

Як бачимо, без системного аналізу й удосконалення організаційно-кадрових умов – включно з кадровими політиками, моделями управління, механізмами мотивації та участі у змінах – формування управлінських компетентностей у медсестер ризикує залишатися декларативним. Це підкреслює важливість дослідження організаційно-кадрових умов для розробки практичних рекомендацій, які сприятимуть підвищенню якості підготовки медсестер до управлінської діяльності та ефективності роботи закладів охорони здоров'я в Україні.

Мета дослідження – обґрунтувати та проаналізувати організаційно-кадрові умови підготовки медичних сестер до управлінської діяльності в сучасній системі охорони здоров'я.

Матеріали та методи. У дослідженні використано комплекс методів, які забезпечують системний аналіз проблеми (зокрема, порівняльний аналіз, контент-аналіз та системно-структурний підхід). Теоретичною основою стали наукові праці [1; 2; 3; 7]. Проаналізовано нормативно-правові та стратегічні документи, зокрема «State of the World's Nursing 2020» [4] та Стратегію розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року [5; 6], що дозволило оцінити сучасні підходи до підготовки медсестер та формування їх управлінських компетентностей на міжнародному та національному рівнях.

Результати та їх обговорення. Згідно зі звітом [4], медсестри складають понад половину всіх працівників охорони здоров'я та відіграють ключову роль у забезпеченні доступу до медичних послуг та досягненні цілей сталого розвитку. Однак, незважаючи на їхню чисельність, існує глобальний дефіцит медсестер, зокрема в країнах Африки, Південно-Східної Азії та Східного Середземномор'я, що підкреслює необхідність інвестицій у освіту, робочі місця та лідерство в медсестринстві для зміцнення систем охорони здоров'я по всьому світу.

Порівняльний аналіз міжнародного досвіду свідчить, що ефективне формування управлінських компетентностей у медсестер забезпечується комплексом заходів. По-перше, інтеграція управлінських і лідерських модулів у програми підготовки та післядипломної освіти створює основу для розвитку професійної автономії [7]. По-друге, упровадження практико-орієнтованих тренінгів, симуляційного навчання та програм наставництва дозволяє закріпити управлінські навички в реальних умовах роботи [3]. По-третє, створення сприятливого робочого середовища, що гарантує справедливу оплату праці, підтримку професійного розвитку та залучення до прийняття управлінських рішень, є визначальним чинником підвищення задоволеності персоналу й якості

надання допомоги [2]. А також, активне залучення медсестер до стратегічного планування й управління ресурсами на рівні закладів охорони здоров'я підвищує ефективність їх функціонування та сприяє інноваціям в організації медичної допомоги [7; 4].

В Україні питання розвитку управлінських компетентностей у медсестер набуває особливої актуальності. Міністерство охорони здоров'я України [6] активно працює над удосконаленням кадрової політики, зокрема через співпрацю з міжнародними партнерами, такими як USAID. Ця співпраця охоплює чотири основні напрямки: освіта, людські ресурси та робоче середовище, розвиток лідерства медсестер та зміцнення їх ролі в системі охорони здоров'я [5]. Однак практична реалізація ускладнюється недостатнім фінансуванням, нерівномірністю розвитку освітніх закладів за регіонами та обмеженим доступом до програм підвищення кваліфікації.

На наш погляд, розвиток управлінських компетентностей медичних сестер є неможливим без комплексного удосконалення організаційно-кадрових умов. Саме це вимагає системного оновлення освітніх програм, створення сприятливого середовища праці, впровадження програм наставництва й підготовки лідерів та активного залучення медсестер до стратегічного управління. Реалізація згаданих заходів сприятиме професійному зростанню медсестер і забезпечить підвищення якості медичних послуг та стійкість системи охорони здоров'я України.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Розвиток управлінських компетентностей медичних сестер є ключовою умовою підвищення ефективності системи охорони здоров'я, що передбачає інтеграцію управлінських модулів у систему освіти, створення сприятливого робочого середовища, розвиток лідерства та наставництва, а також розширення ролі медсестер у стратегічному управлінні. Перспективними напрямками подальших досліджень є оцінка результативності програм управлінської підготовки, вивчення можливостей адаптації міжнародного досвіду до українських умов та аналіз впливу розвитку управлінських компетентностей на якість медичної допомоги та задоволеність пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Striukov, Vasyl & Grynko, T.V. & Krupskyi, Oleksandr & Vazov, Radostin. (2022). Current state and strategic directions of development of state management of nursing education in Ukraine. *Medicni perspektivi*. 27. 174-183. 10.26641/2307-0404.2022.1.254469.
2. Gottlieb, L. N., Gottlieb, B., & Bitzas, V. (2021). *Creating Empowering Conditions for Nurses with Workplace Autonomy and Agency: How Healthcare*

Leaders Could Be Guided by Strengths-Based Nursing and Healthcare Leadership (SBNH-L). *Journal of healthcare leadership*, 13, 169–181. <https://doi.org/10.2147/JHL.S221141>

3. Jacobs, S., Moloney, W., Terry, D., Lewis, P. A., Topping, A., González-Agüero, M., & Cavanagh, S. (2025). Creating Organisational Working Conditions Where Nurses Can Thrive: An International Action Research Study. *Nursing reports* (Pavia, Italy), 15(3), 95. <https://doi.org/10.3390/nursrep15030095>

4. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279> (date of access: 28.09.2025).

5. 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: Розпорядження КМУ. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/uploads/public/678/a78/863/678a78863aba8941337252.pdf> (дата звернення: 28.09.2025).

6. The Ministry of Health and USAID discussed the results of joint work in the first half of this year. URL: <https://moz.gov.ua/en/the-ministry-of-health-and-usaid-discussed-the-results-of-joint-work-in-the-first-half-of-this-year> (date of access: 28.09.2025).

7. Fowler, J., Hardy, J., & Howarth, T. (2006). Trialing collaborative nursing Models of Care: the impact of change. *The Australian journal of advanced nursing* : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation, 23(4), 40–46.

ШЕВЧЕНКО О.Т.,

к. психол. н., доц.,
Черкаська медична академія

ВИВЧЕННЯ ХВОРОБ ЦИВІЛІЗАЦІЇ З ПОЗИЦІЙ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я

Анотація. У статті розглянуто доцільність вивчення хвороб цивілізації здобувачами освіти магістерського рівня спеціальності І5 Медсестринство з огляду на вплив цих захворювань на стан здоров'я популяції. Медичні сестри є основною групою професіоналів, завданням яких є фахова профілактика таких хвороб шляхом навчання пацієнтів основам здорового способу життя, правильного харчування та фізичної активності. Вони повинні виявляти ризики розвитку захворювань та сумісно з лікарями сімейної медицини - загальної практики розробляти лікувальні плани з метою вторинної профілактики прогресування захворювань та розвитку ускладнень.

Ключові слова: хвороби цивілізації, сімейна медицина, здобувачі освіти, профілактика.

Характерною рисою нашого часу є прогресивна нестабільність. Нашарування екологічних проблем, урбанізації та зміни характеру трудової діяльності суттєво відображається на людині, зумовлюючи порушення соматичного та психічного здоров'я.

Хворобами цивілізації називають захворювання, які виникли в результаті негативного впливу промислової і науково-технічної революції на довкілля і саму людину. Це низка неінфекційних незаразних захворювань, що мають значне поширення по всьому світу, призводять до інвалідності та значної кількості передчасних смертей. До цих хвороб зараховують патології серцево-судинної (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця), нервової, імунної, травної, ендокринної (ожиріння, цукровий діабет) систем, онкологічні хвороби.

Швидкий темп життя, насиченого стресовими подразниками, «швидке» харчування, інтенсифікація праці, а також зміна клімату та вживання стимуляторів часто є причинами скорочення тривалості життя або значного зниження його якості.

Авторитетне дослідження, опубліковане 2017 року, твердить, що хвороби цивілізації забирають у світі 57,8% людських життів і 41,2% «недожитих» людськи років (років життя, скоригованих за непрацездатністю – DALY) [8]. Наукові дані підкреслюють негативні наслідки так званого «західного способу життя» (стрес, сидячий спосіб життя та незбалансоване харчування), на здоров'я порівняно з різними групами населення, які «живуть природно» [7].

Актуальним та важливим завданням в освітньому процесі закладів вищої медичної освіти є забезпечення підготовки майбутніх медичних сестер – магістрів до протидії хворобам цивілізації – захворюванням, поширення яких пов’язують із стрімким розвитком науково-технічного прогресу [2].

Мета цього дослідження – визначити доцільність вивчення хвороб цивілізації майбутніми медичними сестрами-магістрами й окреслити головні аспекти, які необхідно враховувати при підготовці майбутніх фахівців до професійної діяльності, зокрема, у сфері сімейної медицини.

Методологія та джерела. Нами опрацьовано сучасну наукову україномовну і англomовну літературу щодо профілактики і лікування хвороб цивілізації, проаналізовано провідні напрямки наукових досліджень з цих питань, а також проблематику превенції таких захворювань медичними фахівцями, зокрема, сімейної медицини, визначено головні аспекти підготовки майбутніх магістрів з медсестринства у цій царині.

Результати та їх обговорення. Формування культури здоров’я може розглядатися як фундаментальний принцип профілактичної медицини і здоров’я суспільства загалом. Чільне місце у цьому напрямку займає попередження хвороб цивілізації. Розуміння механізмів розвитку хвороб, зумовлених цивілізаційним розвитком людства, дасть змогу сформувати у магістрів медсестринства «здатність забезпечувати якість медичної допомоги і забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя та громадського здоров’я населення, здійснювати навчання пацієнтів», забезпечить можливість сестрам медичним (братам медичним) поглибленої практики «ідентифікувати, аналізувати ризики, пов’язані з хворобами цивілізації, їх вплив на здоров’я населення, діагностувати хвороби цивілізації» [3].

Вчені зазначають, що суттєві зміни в харчуванні і способі життя людини, що відбулися після неолітичної революції (виникнення землеробства і тваринництва 5-10 тисяч років тому), а особливо – після промислової революції XVIII-XIX століть мають дуже короткий еволюційний час, і ця несумісність між давньою фізіологією людини і сучасним (так званим «західним») способом харчування та життя й лежить в основі хвороб цивілізації, які рідко або практично відсутні у мисливців-збирачів та інших незахідних груп населення.

Споживання великої кількості висококалорійної їжі, багатої на жири та цукри, може призвести до надмірного накопичення жиру в організмі, що сприяє розвитку метаболічного синдрому [4], ожиріння, цукрового діабету та інших хвороб. На теперішній час в країнах з розвинутою економікою основною проблемою є незбалансоване харчування, вживання процесованих продуктів, переїдання та ожиріння, яке часто починається ще в дитячому віці. В Україні чверть дорослого населення живе з ожирінням, більше половини жителів країни

мають надлишкову вагу. Значна частина населення України зловживає продуктами, що містять багато цукру та жирів, надлишок солі.

У травні 2018 року Асамблея охорони здоров'я прийняла тринадцяту Загальну програму роботи (GPW13), в якій зменшення споживання солі/натрію та виключення транс-жирів промислового виробництва з їжі визначені як пріоритетні дії ВООЗ для досягнення цілей здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці.

Значною мірою розвиток метаболічного синдрому, ожиріння та цукрового діабету другого типу пов'язані із браком фізичної активності. Якщо сто років тому доля фізичної праці в діяльності людини становила 98%, то наразі – близько 2% [9]. Сидячий спосіб життя та відсутність фізичної активності можуть призвести до зниження метаболізму, надлишкового накопичення жиру та інших проблем зі здоров'ям, зокрема, високого кров'яного тиску, серцевих захворювань, остеоартрозу.

ВООЗ розробила «Глобальні рекомендації з фізичної активності для здоров'я» з метою надання особам, формують політику на національному та регіональному рівнях, керівництва стосовно взаємозв'язків, що базуються на залежності «доза – реакція-відповідь», між частотою, тривалістю, інтенсивністю, типом і загальним об'ємом фізичної активності, необхідної для профілактики неінфекційних захворювань. Рекомендації, викладені в цьому документі, призначені для трьох вікових груп: 5-17-річних, 18-64-літніх і людей віком 65 років і старших. Медичні сестри сімейної медицини, шкіл, терапевтичних дільниць можуть скористатися рекомендаціями ВООЗ для кожної вікової групи.

Ще одним серйозним чинником, що спричиняє хвороби цивілізації, вважають постійне психоемоційне напруження, проблема якого є гостро актуальною в Україні у зв'язку з широкомасштабною війною. Воно активує вироблення стресових гормонів, що може призвести до порушень у функціонуванні нервової та імунної системи, а також до змін у звичках харчування та способах відпочинку. Позитивну роль у збереженні ментального здоров'я учасників освітнього процесу відіграють чисельні заходи, що проводяться в Черкаській медичній академії. Окремо слід зацентувати увагу, що всі науково-педагогічні та педагогічні працівники академії, здобувачі освіти магістерського рівня пройшли навчання з «Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва mhGAP» на платформі Академії НСЗУ [1].

На стан здоров'я сучасної людини негативно впливає промислове забруднення повітря, води та ґрунту, іонізуюче випромінювання, шумове та світлове забруднення, які можуть спричиняти виникнення різних захворювань.

У підготовці здобувачів освіти з питань профілактики та лікування хвороб цивілізації провідну роль відіграють власне дисципліни циклу професійної підготовки. Зокрема, в Черкаській медичній академії відповідно до Стандарту вищої освіти [3], для вивчення хвороб цивілізації здобувачами освіти ОП Медсестринство магістерського рівня виділено окремий обов'язковий освітній компонент з відповідною назвою. Розгляд актуальних питань відбувається симетрично також при вивченні дисципліни «Організаційні аспекти медсестринства в сімейній медицині» та в рамках виробничої практики з «Первинної медико-санітарної допомоги».

Медичні фахівці повинні розуміти епідеміологічні аспекти хвороб цивілізації, принципи планування лікування, попередження захворювань [6] та моніторингу стану пацієнтів, зокрема використання шкал SCORE2 та SCORE2-OP для визначення серцево-судинного ризику [5]. Важливим компонентом підготовки магістрів медсестринства є формування педагогічних підходів при навчанні пацієнтів, уміння комунікувати з пацієнтами, мотивувати їх до здорового способу життя і відповідальності за власне здоров'я з акцентом на здоровому харчуванні, фізичній активності, стрес-менеджменті та інших аспектах здорового способу життя.

Висновки. Медичні сестри (брати медичні) -магістри повинні відігравати провідну роль у попередженні хвороб цивілізації та формуванні культури здоров'я. Такого рівня фахових компетенцій вимагає і відповідність професійній кваліфікації «сестра медична (брат медичний) поглибленої практики».

У полі зору фахівців також має бути ментальне здоров'я пацієнтів, допомога їм в управлінні стресом та психологічними проблемами, що можуть бути пов'язані з цивілізаційними факторами та поточною ситуацією в державі, на виконання Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

Таким чином, вивчення майбутніми магістрами з медсестринства основних аспектів хвороб цивілізації є важливим з огляду на гостру потребу збереження здоров'я та забезпечення високої якості життя громадян України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Академія НСЗУ. Офіційний сайт. URL: <https://academy.nszu.gov.ua/course/index.php?categoryid=23> (Дата звернення: 13.10.2025).
2. Антипкін Ю. Г., Горбань Н. Є., Луценко О. Г. Фактори ризику розвитку хвороб цивілізації. *Здоров'я України*. 2021. №1. С. 8–11. URL: <https://health-ua.com/multimedia/6/4/3/0/9/1630933814.pdf> (Дата звернення: 09.10.2025).
3. Про затвердження стандарту вищої освіти зі спеціальності 223 Медсестринство для другого (магістерського) рівня вищої освіти. Наказ МОН України від 24.06.2022 № 589.

4. Сова С.Г. Хвороби цивілізації: печінка і поліморбідний метаболічний континуум. Український терапевтичний журнал. № 2. 2018. с. 91-103.
5. Шкали SCORE2 та SCORE2-OP для визначення серцево-судинного ризику. URL: <https://clincasequest.academy/score2-score2-op/> (Дата звернення: 03.05.2025).
6. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. URL: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/2021-ESC-Guidelines-on-cardiovascular-disease-prevention-in-clinical-practice>
7. Clatici V. G., Voicu C., Voicu C., Roseanu A., Icriverzi M., Jurcoane S. Diseases of Civilization – Cancer, Diabetes, Obesity and Acne – the Implication of Milk, IGF-1 and mTORC1. *Maedica –A Journal of Clinical Medicine*. 2018. V. 13. No 4. P. 273–281. URL: <http://surl.li/kyoqb> (Дата звернення: 09.09.2023).
8. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016. No 8 (October). P. 1659-1724. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27733284/> (Дата звернення: 09.09.2023).
9. Khalchitsky S. Diseases of civilization: history, ecology, genetics. Scientific research of the SCO countries: synergy and integration. Beijing, China. December 2021. P. 30–35. URL: <http://surl.li/kyome> (Дата звернення: 09.09.2023).

БОРЕЙКО Л.Д.

к.мед.н., доц.

Буковинський державний
медичний університет

ІННОВАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ КЕЙС-МЕТОДУ У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Вступ. Сучасний етап розвитку медсестринської освіти характеризується активним пошуком ефективних інноваційних методів навчання, які сприяють формуванню професійних компетентностей, критичного мислення та здатності працювати у складних умовах реальної практики. В умовах зростання ролі медичних сестер у системі охорони здоров'я підготовка висококваліфікованих фахівців стає одним із пріоритетних завдань вищої медсестринської освіти.

У цьому контексті від студентів-медсестер, які є професіоналами майбутнього, очікується, що вони вирішать багато складних проблем, пов'язаних з реальними життєвими подіями після закінчення навчання [1].

Традиційні підходи до навчання поступаються місцем методам, що орієнтовані на активну участь студентів, їх самостійність і здатність до ухвалення рішень. Одним із таких методів є кейс-метод, або метод аналізу конкретних ситуацій, який має значний інноваційний потенціал і активно використовується в освітньому процесі [2].

Дослідження свідчать про ефективність цього методу у формуванні клінічного мислення, комунікативних навичок, уміння працювати в команді та здатність приймати рішення майбутніми медичними сестрами [1, 3].

Отже, головною метою медсестринської освіти є підготовка медсестер, які могли б поєднувати теорію та практику, критично мислити в процесі навчання, мати ефективні навички вирішення проблем та приймати правильні клінічні рішення.

Метою даного дослідження є аналіз інноваційного потенціалу кейс-методу у професійній підготовці майбутніх медичних сестер та обґрунтування напрямів його ефективного застосування в освітньому процесі.

Основна частина. Значний обсяг теоретичного матеріалу з кожного захворювання (патогенез, клінічні прояви, діагностика та сестринські втручання) і традиційний метод навчання при викладанні клінічних дисциплін часто зменшують мотивацію студентів до навчання. Допомогти студентам зрозуміти інформацію через різноманітні клінічні ситуації може використання кейс-методу, який має переваги конкретності, гнучкості та інтерактивності.

Кейс-метод – це тип проблемного навчання, що використовується в медсестринській освіті і є студентоорієнтованим навчальним процесом [1]. Кейс-метод передбачає розгляд і аналіз конкретних ситуацій, найчастіше запозичених із реальної клінічної практики або спеціально змодельованих для освітніх цілей. Його сутність полягає в тому, що студенти отримують опис проблемної ситуації, яка не має єдиного правильного рішення, і повинні, використовуючи наявні знання та досвід, визначити можливі шляхи розв’язання проблеми, аргументувати власну позицію, запропонувати план дій і прогнозувати його результати. Саме ця відсутність однозначної відповіді робить метод важливим, адже він стимулює критичне мислення, розвиває клінічну інтуїцію та дозволяє студентам відчувати відповідальність, наближену до реальної професійної діяльності [4].

Для медсестринської освіти кейс-метод є особливо важливим, оскільки робота медичної сестри пов’язана з необхідністю ухвалення рішень у динамічних і часто непередбачуваних умовах. Під час роботи з кейсом студенти не лише повторюють теоретичний матеріал, а й вчаться застосовувати його до конкретних клінічних ситуацій: аналізувати симптоматику, визначати пріоритети догляду за пацієнтом, планувати та оцінювати ефективність втручань. Важливо, що в процесі обговорення кейсів студенти навчаються співпрацювати у групі, розподіляти ролі, обґрунтовувати власні пропозиції та знаходити спільні рішення, що відображає міждисциплінарну командну роботу у клініці.

Цей підхід дозволяє відтворювати клінічні сценарії в контрольованих та інтерактивних середовищах, дозволяючи студентам отримати практичний досвід для безпеки пацієнтів [5].

Дослідники звертають увагу, що підготовка студентів-медсестер до клінічної практики є досить складним завданням. Студенти на початку навчання часто відчують тривогу та стурбованість щодо догляду за пацієнтами. Саме використання кейс-методу допомагає студентам відчувати більшу впевненість у своїх здібностях та знижує їхню тривожність [2].

Покращення навичок прийняття клінічних рішень у медсестер має вирішальне значення для якості догляду, його безпечного надання та покращення результатів догляду за пацієнтом.

Інноваційний потенціал кейс-методу виявляється у його багатофункціональності. По-перше, це універсальний інструмент інтеграції знань із різних дисциплін: внутрішніх хвороб, хірургії, фармакології, психології. По-друге, він формує не лише професійні навички, а й цінності, адже дозволяє розглядати етичні та деонтологічні аспекти роботи медичної сестри, аналізувати ситуації морального вибору, конфліктні моменти у взаємодії з пацієнтами та колегами. По-третє, кейс-метод може використовуватися не тільки як форма навчання, а й

як інструмент оцінювання: за результатами роботи над кейсом можна визначати рівень знань, умінь, комунікативних здібностей та готовності студента до самостійної практичної діяльності.

Особливістю сучасного етапу розвитку освіти є цифровізація навчального процесу, що відкриває нові можливості для реалізації кейс-методу. Використання електронних кейсів, інтерактивних платформ, мультимедійних матеріалів дозволяє зробити навчання більш гнучким, доступним і привабливим для студентів. Це особливо важливо для підготовки медичних сестер у період обмеженого доступу до клінічної практики.

Розширене застосування кейс-методу сприяє формуванню у майбутніх медичних сестер професійних компетентностей, які включають уміння критично оцінювати інформацію, працювати в умовах невизначеності, ухвалювати рішення в обмежений час, організовувати ефективну комунікацію з пацієнтами та колегами, здійснювати саморефлексію та самооцінку власних дій. Це відповідає сучасним вимогам до фахівців медсестринської справи, які дедалі частіше виконують функції не лише виконавців лікарських призначень, а й самостійних членів міждисциплінарної команди з догляду за пацієнтами.

Покращення навичок прийняття клінічних рішень у медсестер має вирішальне значення для якості догляду, його безпечного надання та покращення результатів догляду за пацієнтом. Прийняття правильних клінічних рішень медсестрами є як частиною щоденного процесу догляду, так і їхньою професійною відповідальністю [1].

Через рівноправну взаємодію та дискусію між викладачами та студентами, студентами та студентами здійснюється тренування клінічного логічного мислення студентів, здатності міркувати та аналізувати, щоб досягти високих когнітивних цілей навчання.

Важливим аспектом є адаптація кейсів до рівня підготовки студентів. На початкових етапах навчання доцільно застосовувати прості ситуаційні завдання з чітко визначеним алгоритмом дій, тоді як на старших курсах - комплексні клінічні випадки з кількома можливими рішеннями, що потребують системного підходу та глибокого клінічного мислення. Таким чином, кейс-метод може використовуватися протягом усього освітнього процесу як засіб поступового ускладнення завдань та розвитку професійної зрілості студентів.

Ефективність кейс-методу підтверджується результатами практичних досліджень у сфері медичної педагогіки. Зокрема, встановлено, що систематичне використання цього методу підвищує рівень засвоєння знань на 20–30 %, порівняно з традиційними формами навчання, а також сприяє розвитку навичок командної роботи та самостійного ухвалення рішень. Крім того, студенти відзначають підвищення мотивації до навчання, оскільки бачать

безпосередній зв'язок між теоретичним матеріалом та його практичним застосуванням.

Таким чином, кейс-метод має значний інноваційний потенціал для професійної підготовки майбутніх медичних сестер, оскільки поєднує теоретичне навчання з практикою, забезпечує розвиток клінічного мислення та формування ключових професійних компетентностей, відповідає сучасним тенденціям цифровізації освіти та сприяє формуванню готовності студентів до реальної професійної діяльності.

Висновки. Кейс-метод є ефективною інноваційною педагогічною технологією, яка забезпечує підвищення якості професійної підготовки майбутніх медичних сестер. Його використання дозволяє поєднувати знання з практичними навичками, формувати клінічне мислення, розвивати комунікативні здібності, навички командної роботи та відповідальність за прийняті рішення. Інноваційний потенціал кейс-методу полягає у його здатності інтегрувати міждисциплінарні знання, адаптуватися до різних рівнів підготовки студентів, поєднуватися із сучасними цифровими технологіями та використовуватися як інструмент оцінювання.

Використання цього методу у системі медсестринської освіти сприятиме підвищенню якості підготовки фахівців, відповідатиме вимогам сучасної системи охорони здоров'я та забезпечуватиме формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер.

ЛІТЕРАТУРА

1. Sümen A., Adibelli D. The effect of case-based teaching method on professional competence and clinical decision-making levels of public health nursing students: A sequential explanatory mixed-methods study. *Public Health Nursing*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1111/phn.13301>.
2. Comparison of Learning Facilitated by Traditional and Virtual Case Studies for Teaching the Nursing Approach to Care / R. Qaisar et al. *The Open Nursing Journal*. 2023. Vol. 17, no. 1. URL: <https://doi.org/10.2174/18744346-v17-230223-2022-151>.
3. Impact of case-based learning on critical thinking dispositions in Chinese nursing education: a systematic review and meta-analysis / Y. Xiang et al. *Frontiers in Medicine*. 2025. Vol. 12. URL: <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1452051>.
4. The Effects of Case-Based Teaching in Nursing Skill Education: Cases Do Matter / L. Liu et al. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2020. Vol. 57. P. 004695802096442. URL: <https://doi.org/10.1177/0046958020964421>.
5. Daneshfar M., Moonaghi H. K. The impact of clinical simulation on bridging the theory–practice gap in nursing education: a systematic review. *BMC Medical Education*. 2025. Vol. 25, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07790-8>.

НАЛИВАЙКО Л.М.
магістр медсестринства, викладач
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського
РИК Т.М.
PhD
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

ГАРМОНІЗАЦІЯ УКРАЇНСЬКОЇ СИСТЕМИ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ З ЄВРОПЕЙСЬКИМИ СТАНДАРТАМИ

Процес євроінтеграції України актуалізує потребу у гармонізації системи медсестринської освіти із європейськими стандартами якості. У контексті глобальних освітніх реформ, ключовими завданнями сучасної української медсестринської освіти є забезпечення прозорості кваліфікацій, академічної мобільності та визнання дипломів у країнах Європейського Союзу.

Відповідно до положень Болонського процесу та вимог Європейської рамки кваліфікацій (EQF), модернізація медсестринської освіти в Україні має спиратися на компетентнісно орієнтований підхід, який передбачає переорієнтацію освітнього процесу з засвоєння обсягу знань на формування системи професійних компетентностей. Такий підхід забезпечує не лише академічну мобільність майбутніх фахівців, а й їхню здатність до ефективної клінічної діяльності в умовах динамічної системи охорони здоров'я.

Компетентнісний підхід визначає медичну освіту як процес інтеграції знань, умінь, цінностей, поведінкових установок та практичного досвіду, які забезпечують цілісну професійну готовність до виконання функцій медичної сестри/брата. У цьому контексті особлива увага приділяється розвитку клінічного мислення, що дозволяє здійснювати обґрунтовані рішення у складних клінічних ситуаціях, ґрунтуючись на принципах доказової медицини.

Важливою складовою підготовки є формування комунікативних компетентностей, які забезпечують ефективну взаємодію з пацієнтами, родинами, міждисциплінарними командами та колегами в межах системи охорони здоров'я. Не менш значущими є етичні компетенції, що базуються на принципах гуманізму, емпатії, толерантності, конфіденційності та поваги до гідності людини.

Крім того, сучасні виклики медичної практики зумовлюють необхідність формування у медичних сестер/братів лідерських якостей, таких як відповідальність за прийняті рішення, ініціативність, здатність організовувати роботу

команди та брати участь у менеджменті медичних процесів [2]. Впровадження таких освітніх орієнтирів створює підґрунтя для підготовки фахівців нового покоління – компетентних, самостійних, адаптивних і готових до професійного зростання протягом усього життя. Таким чином, компетентнісний підхід у межах Болонської моделі не лише модернізує зміст і структуру медсестринської освіти, а й формує її якісно нову парадигму, орієнтовану на практичну значущість, етичну відповідальність та професійну мобільність фахівця у європейському освітньому та клінічному просторі.

Одним із ключових напрямів модернізації системи підготовки медичних сестер/братів в Україні є адаптація національних стандартів освіти за спеціальністю І5 «Медсестринство» до вимог і рекомендацій Європейської федерації медсестринських асоціацій (EFN) та Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO) [1]. Цей процес має на меті забезпечення відповідності освітнього змісту, навчальних результатів та професійних компетентностей європейським стандартам, що сприяє інтеграції української медсестринської освіти у міжнародний освітній простір.

Відповідно до європейських орієнтирів, першочергового значення набуває посилення практичної складової навчального процесу. Збільшення обсягів клінічної практики, розширення співпраці з базами практичної підготовки – закладами охорони здоров'я різних рівнів – дозволяє студентам набувати реального клінічного досвіду, що є запорукою професійної компетентності та впевненості у майбутній діяльності. Важливо, щоб практична підготовка охоплювала різні етапи медичної допомоги – від профілактики до паліативного догляду, що відповідає європейському підходу до комплексного пацієнт-орієнтованого догляду.

Не менш значущим напрямом є впровадження симуляційних технологій і клінічних тренінгів, які виступають ефективним інструментом інтеграції теоретичних знань із практичними навичками. Створення сучасних симуляційних центрів у медичних академіях та коледжах дозволяє відтворювати реалістичні клінічні ситуації без ризику для пацієнтів, сприяє розвитку критичного мислення, командної роботи, лідерських і комунікативних умінь. Такий підхід відповідає практиці провідних європейських медичних університетів, де симуляційне навчання є обов'язковим компонентом професійної підготовки сестер/братів медичних.

Особливу увагу в контексті євроінтеграції слід приділяти розвитку англomовних програм і забезпеченню академічної мобільності студентів та викладачів[4]. Участь у міжнародних освітніх і наукових програмах, стажуваннях, короткострокових обмінах сприяє обміну досвідом, формуванню міжкультурної компетентності та засвоєнню сучасних стандартів медсестринської

практики. Така мобільність є невід'ємною частиною Болонського процесу та важливим чинником підвищення конкурентоспроможності українських випускників на європейському ринку праці.

Ще одним стратегічним завданням є створення ефективної системи безперервного професійного розвитку (Continuing Professional Development, CPD). Згідно з рекомендаціями WHO та EFN, медсестринська освіта має розглядатися як процес, що триває протягом усього професійного життя. В Україні необхідно розвивати інституційні механізми, які забезпечують доступ медичних сестер/братів до програм підвищення кваліфікації, тематичних курсів, тренінгів та науково-практичних конференцій. Це сприятиме не лише зростанню рівня професійної майстерності, а й формуванню сучасної культури відповідальності, самоосвіти та професійної етики. Отже, адаптація українських освітніх стандартів до міжнародних рекомендацій EFN і WHO є не лише вимогою часу, а й стратегічним напрямом розвитку медсестринської освіти, який сприятиме підвищенню її якості, міжнародному визнанню дипломів, а також зміцненню кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України [3].

Поступова гармонізація української медсестринської освіти з європейськими моделями сприяє підвищенню її конкурентоспроможності, інтеграції у міжнародний освітній простір та формуванню професійної культури, зорієнтованої на гуманізм, емпатію й етичну відповідальність.

Отже, гармонізація системи медсестринської освіти України з європейськими стандартами є стратегічним напрямом розвитку національної системи охорони здоров'я. Вона забезпечує відповідність підготовки фахівців сучасним потребам суспільства, підвищує якість надання медичних послуг і сприяє визнанню українських дипломів у європейському професійному просторі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 223 «Медсестринство» для першого (бакалаврського) рівня: Наказ МОН України №506 від 24.04.2019 р.
2. World Health Organization. Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021–2025. – Geneva: WHO, 2021.
3. European Federation of Nurses Associations (EFN). EFN Competency Framework for European Nurses. – Brussels: EFN, 2015.
4. Tuning Project. Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing. – Bilbao: University of Deusto, 2020.

ПАСТІННЮК І.П.

к.мед.н., доц.

ЛНМУ імені Данила Галицького

ПАРТИКА У.Б.

викладач

Львівська медична академія

ім.Андрея Крупинського

Коли я засмучений, єдине, що мене заспокоює – це їжа. Коли ж у мене справді великі неприємності... я відмовляюся від усього, крім їжі та пиття

Оскар Уайльд

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АКАДЕМІЧНОГО СТРЕСУ ТА РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У СТУДЕНТІВ

Взаємозв'язок академічного стресу та розладів харчової поведінки (РХП) являє собою серйозну проблему охорони здоров'я студентської молоді, що потребує комплексного міждисциплінарного підходу. Стрес став невід'ємною частиною сучасного способу життя, і його вплив на здоров'я людини викликає все більше занепокоєння.

Стрес є одним із найпотужніших модуляторів харчової поведінки людини, здатним кардинально змінювати як кількісні, так і якісні параметри споживання їжі. На психобіологічному рівні стрес активує ГГН-вісь, що призводить до вивільнення кортизолу – гормону, який при хронічно підвищених рівнях стимулює апетит та мотивацію до споживання їжі, особливо висококалорійної та палатабельної. Паралельно стрес впливає на секрецію греліну (гормону голоду), що додатково посилює споживання їжі. Смачна їжа активує мезолімбічну дофамінову систему винагороди, що тимчасово пригнічує стресову відповідь, створюючи цикл підкріплення між стресом та харчуванням[1,2, 3].

Студентство представляє собою критичний період розвитку, характеризований унікальним комплексом стресогенних факторів. Академічний стрес визначається як психофізіологічна напруга, що виникає у відповідь на навчальні вимоги, включаючи екзамени та тести, академічні очікування з боку викладачів та батьків, надмірне навчальне навантаження, часові обмеження та конкуренцію з однокурсниками.

На відміну від короткотермінового гострого стресу, академічний стрес часто набуває хронічного характеру, особливо інтенсифікуючись під час екзаменаційних сесій. Академічний стрес, високі навчальні навантаження та перехід до самостійного життя становлять значні виклики для молодих людей. Сучасне

життя студентів супроводжується підвищеним психологічним навантаженням, пов'язаним з великими обсягами розумової праці, обмеженими термінами виконання завдань та складним характером міжособистісних взаємовідносин[4,5].

Ключовим медіатором у взаємозв'язку між стресом та харчовою поведінкою виступає тривожність та депресія. Тривожні та депресивні розлади студентів суттєво впливають на розвиток, перебіг і тяжкість розладів харчової поведінки у молоді, виступаючи як ключові психогенні фактори ризику[6,7].

Тривожність провокує емотивну реакцію, яка часто проявляється у формі емоційного переїдання, обмежувальної дієти чи навіть повної відмови від їжі. Тривожні розлади не лише підвищують ризик виникнення клінічних РХП (анорексія, булімія, компульсивне переїдання), а й можуть ускладнювати перебіг та лікування вже існуючих харчових розладів. Студенти з тривожністю схильні до obsесивно-компульсивних ритуалів, контролю ваги й фігури, страху соціальної оцінки, що стає тригером регулярного порушення харчових звичок та уникання лікування.

Тривожність часто слугує медіатором між стресом та розвитком розладів харчової поведінки: студенти з вищим рівнем тривоги частіше демонструють симптоми емоційного компульсивного переїдання[8,9].

Депресія призводить не лише до зниження настрою, а й безпосередньо впливає на апетит, що проявляється у вигляді втрати контролю над їжею, зменшення або підвищення споживання їжі. Симптоми депресії, такі як почуття нікчемності, втоми та тривале пригнічення є «bridge symptoms» для зв'язку між депресією та розладами харчової поведінки- це особливо впливає на схильність до переїдання та наростання тяжкості РХП.

Механізми впливу академічного стресу на РХП включають психологічні (емоційна регуляція, втрата контролю), фізіологічні (гормональні зміни, нейромедіаторні порушення) та поведінкові (нерегулярне харчування, компенсаторна поведінка) компоненти.

Факторами ризику розвитку РХП під впливом академічного стресу є низька самооцінка, перфекціонізм, жіноча стать, навчання на медичних спеціальностях, старші курси та екзаменаційні періоди.

Найпоширенішими типами РХП, асоційованими з академічним стресом, є емоційне переїдання, компульсивне переїдання, обмежувальна харчова поведінка та булімічна поведінка[10,11].

Емоційне переїдання є найпоширенішим типом РХП серед студентів під стресом. Воно характеризується споживанням їжі у відповідь на негативні емоції, а не фізичний голод.

Компульсивне переїдання визначається як втрата контролю під час об'єктивного переїдання до стану фізичного дискомфорту та емоційного дистресу.

Воно є реакцією, спрямованою на управління складними емоціями та регуляцію стресу.

Обмежувальна харчова поведінка виявляє позитивну кореляцію з порушеннями харчової поведінки під час стресу. Це свідчить про цикл обмеження-переїдання, що часто виникає під впливом академічного стресу.

Булімічні тенденції позитивно корелюють з високими рівнями стресу, тривожності та депресії.

Великий вплив на взаємозв'язок мають поведінкові механізми -нерегулярне харчування та компенсаторна поведінка[12]. При поспіху між заняттями, навчальними групами та роботою студенти легко потрапляють в патерн нерегулярного харчування – пропускають прийоми їжі або замінюють їх швидкими перекусами. Деякі студенти свідомо обмежують їжу для контролю або зниження ваги. Недостатнє харчування підвищує ризик стрес-їдіння та переїдання, особливо під час стресових періодів, таких як екзамени. Коли організм не отримує достатньо енергії, біологічні процеси стимулюють нас їсти, що в поєднанні зі стресовими обставинами призводить до імпульсивного споживання доступної їжі.

Отже, *академічний стрес є потужним предиктором розвитку РХП у студентів через складні психобіологічні та психологічні механізми.* Поширеність РХП серед студентів зростає тривожними темпами, особливо серед вразливих груп та в умовах додаткових стресорів. Українські студенти перебувають у групі особливо високого ризику через поєднання академічного та воєнного стресу.

Таким чином, системна профілактика й корекція академічного стресу, психоемоційної напруги та формування здорових coping-стратегій є ключовими для запобігання і подолання РХП серед студентів, а також для підтримки їхнього психічного і соматичного здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Epel, E., et al. (2001). Stress-induced cortisol, mood, and fat distribution in men. *Obesity Research*, 9(1), 117-125.
2. Ginty, A.T., et al. (2012). Disordered eating behaviour is associated with blunted cortisol and cardiovascular reactions to acute psychological stress. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 715-724.
3. National Eating Disorders Association (NEDA). (2024). Eating Disorder Statistics. Retrieved from <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics/>
4. Diet Factor. (2023). Association between Academic Stress and Eating Patterns. *Diet Factor*, 3(3), 45-52.

5. National Institute of Mental Health (NIMH). (2018). Eating Disorders. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/eating-disorders>
6. Swanson, S., Crow, S., & Merikangas, K. (2010). Prevalence, correlates, and comorbidity of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Comprehensive Psychiatry*, 51(6). <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.06.044>
7. Голубка Т.П. (2024). Психологічні особливості харчової поведінки у сучасної молоді. Кваліфікаційна робота. Львівський державний університет внутрішніх справ.
8. Романець Н.О. (2024). Вплив тривожності на харчову поведінку студентів. Кваліфікаційна робота. Волинський національний університет
9. Brytek-Matera, A., et al. (2023). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among female university students in Poland, Hungary and Ukraine. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 23(4), 332-337.
10. Carpio-Arias, T.V., et al. (2022). Relationship between perceived stress and emotional eating behavior in adults during the COVID-19 pandemic. *Nutrients*, 14(8), 1677.
11. Chai, Y., et al. (2024). The relationship between stress, anxiety and eating behavior among Chinese students: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1466700.
12. Sominsky, L., & Spencer, S.J. (2014). Eating behavior and stress: a pathway to obesity. *Frontiers in Psychology*, 5, 434.

КУКСЕНКО І.В.

магістр медсестринства, викладач

Львівська медична академія

ім. Андрея Крупинського

ПОЦЮРКО Н.Т.

магістр медсестринства, викладач

Львівська медична академія

ім. Андрея Крупинського

КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД ЯК ОСНОВА МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗМІСТУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Сучасна система медсестринської освіти України переживає трансформаційний етап, зумовлений потребами суспільства у висококваліфікованих, мобільних і відповідальних фахівцях. У контексті європейської інтеграції та реформування системи охорони здоров'я особливої ваги набуває компетентнісний підхід, який передбачає орієнтацію освітнього процесу не лише на засвоєння знань, а й на формування практичних умінь, клінічного мислення, етичної відповідальності та здатності до саморозвитку.

Мета нашого дослідження: обґрунтувати значення компетентнісного підходу як базису модернізації змісту підготовки майбутніх медичних сестер/братів у закладах вищої медсестринської освіти. Компетентнісний підхід є провідною концепцією сучасної педагогічної науки, яка визначає нову парадигму професійної підготовки фахівців у галузі медсестринства. Його сутність полягає у спрямованості освітнього процесу на формування у здобувачів освіти не лише системи знань, а й практичних умінь, навичок, ціннісних орієнтацій та здатності застосовувати їх у реальних професійних умовах. У межах цього підходу головним результатом освіти є не обсяг засвоєного матеріалу, а рівень сформованості компетентностей, необхідних для ефективного виконання професійних функцій медичної сестри/брата [3].

Зміст вищої медсестринської освіти в умовах компетентнісної парадигми передбачає інтеграцію теоретичних знань із практичною діяльністю, розвиток клінічного мислення, навичок командної роботи, етичної культури та емпатії. Особливу увагу приділено формуванню ключових компетентностей: комунікативної, соціальної, інформаційно-цифрової, лідерської, а також здатності до критичного мислення й прийняття рішень у невизначених ситуаціях.

Суттєвим елементом модернізації освітнього процесу є впровадження інноваційних технологій навчання – симуляційних тренінгів, проблемно-орієнтованого навчання (Problem-Based Learning), клінічних кейсів, ситуаційних

завдань, а також використання цифрових платформ для інтерактивного навчання та самооцінювання компетентностей. Такі методи підсилюють практичну спрямованість підготовки, сприяють формуванню професійної автономії та відповідальності медичного працівника [2].

Крім того, компетентнісний підхід вимагає оновлення змісту освітніх програм відповідно до міжнародних стандартів і рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO), Міжнародної ради медичних сестер (ICN) та європейських рамок кваліфікацій. Зокрема, сучасна програма підготовки майбутніх медичних сестер/братів має передбачати формування умінь працювати в мультидисциплінарних командах, орієнтацію на пацієнтоцентричну модель надання допомоги, дотримання принципів доказової медицини й постійного професійного розвитку [4].

Зміст освітніх програм на основі компетентнісного підходу орієнтується на розвиток здатності студента **самостійно мислити, приймати рішення, взаємодіяти в мультидисциплінарній команді**, застосовувати принципи доказової медицини, дотримуватися професійної етики та принципів гуманізму у догляді за пацієнтами. Важливим акцентом є **пацієнтоцентричність**, тобто орієнтація на потреби, цінності та очікування пацієнта, що відповідає сучасним стандартам якості медсестринської допомоги [1].

В Україні реформування медсестринської освіти здійснюється відповідно до **Стандарту вищої освіти за спеціальністю І5 Медсестринство** (затвердженого наказом МОН України)[5], який визначає структуру компетентностей та результати навчання. Особлива увага приділяється формуванню **комунікативної, цифрової, критично-аналітичної, лідерської та емоційно-етичної компетентностей**, що забезпечують професійну автономію та готовність до ухвалення клінічних рішень.

Одним із ключових напрямів реалізації компетентнісного підходу є **використання інноваційних методів навчання**. У провідних медичних академіях і коледжах України активно впроваджуються **симуляційні технології, проблемно-орієнтоване навчання (PBL), кейс-метод, ситуаційне моделювання клінічних сценаріїв**, що дозволяють студентам відпрацьовувати професійні навички в умовах, наближених до реальних. Також зростає роль **цифрових освітніх платформ** – Moodle, Google Classroom, MedBase, систем електронного навчання, які сприяють формуванню інформаційної та цифрової грамотності здобувачів освіти.

Значну роль у формуванні компетентностей відіграє **інтеграція медсестринської освіти з цифровою трансформацією охорони здоров'я**, зокрема впровадженням системи **eHealth**, електронної медичної документації та телемедичних технологій. Це вимагає від майбутніх фахівців володіння

сучасними цифровими інструментами, розуміння принципів кібербезпеки та захисту персональних даних пацієнтів.

Не менш важливим є аспект **міжнародної інтеграції**. Українські заклади вищої медсестринської освіти активно беруть участь у міжнародних програмах академічної мобільності, обміні освітніми практиками, що сприяє узгодженню освітніх стандартів із європейськими рамками кваліфікацій (EQF, TUNING). Це дозволяє підготувати конкурентоспроможного медичного фахівця, здатного працювати в різних системах охорони здоров'я.

Отже, компетентнісний підхід виступає не лише методологічною, а й стратегічною основою реформування змісту вищої медсестринської освіти. Його реалізація сприяє підвищенню якості освітнього процесу, формуванню конкурентоспроможного фахівця, здатного відповідати на виклики сучасної системи охорони здоров'я, впроваджувати інновації в медсестринську практику та забезпечувати високий рівень догляду за пацієнтами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андрущенко В. П. Філософія освіти в контексті сучасної цивілізації. – Київ: Знання, 2019. – 352 с.
2. Бабанський Ю. К. Оптимізація процесу навчання. – М.: Педагогіка, 1982. 254 с.
3. Болотов В. А., Серіков В. В. Компетентнісний підхід до сучасної освіти: світовий досвід і українські перспективи. – Педагогіка і психологія. – 2019. – №2. – С. 15–22.
4. Литвин А. В. Медсестринська освіта в Україні: проблеми, тенденції, перспективи. – Київ: НМАПО імені П. Л. Шупика, 2020. – 280 с.
5. Про затвердження Стандартів вищої освіти за спеціальністю 223 «Медсестринство» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти: Наказ МОН України № 506 від 24.04.2019 р.

ВИКЛИКИ ПЕДІАТРИЧНОГО МЕДСЕСТРИНСТВА ТА СУЧАСНА ПЕДАГОГІКА

Навчання медсестринству в педіатрії має унікальні складнощі, оскільки вимагає від студента не лише володіння технічними маніпуляціями, а й особливої психологічної чутливості, вміння встановлювати контакт з дитиною різного віку та її наляканими батьками. Традиційні лекційні форми та спостереження у клініці не завжди можуть забезпечити повноцінний розвиток цих комплексних навичок. Саме тому сучасна медична освіта робить акцент на активно-орієнтованих методах – інтерактивному та симуляційному навчанні, які перетворюють студента з пасивного слухача на активного учасника та особу, що приймає рішення, у безпечному, контрольованому середовищі.

1. Симуляційне навчання (Simulation-Based Learning) [3,4,5]: відпрацювання клінічної компетентності

Симуляційне навчання є найбільш ефективним інструментом для розвитку технічних (психомоторних) навичок та нетехнічних навичок (комунікація, лідерство, робота в команді) у педіатрії [1].

1.1. Класифікація та застосування симуляторів

Тип симуляції	Опис та обладнання	Приклади застосування в педіатрії
Низька точність	Прості муляжі, фантоми, манекени. Фокус на окремій навичці.	Відпрацювання венепункції у немовляти, введення назогастрального зонда, розрахунок дозування ліків.
Середня точність	Манекени з базовими фізіологічними ознаками (пульс, дихання).	Навчання оцінці стану дитини (шкали болю, Апгар), проведення базової серцево-легеневої реанімації (БСЛР).
Висока точність	Комп'ютеризовані симулятори дитини (від немовляти до підлітка), які реагують на втручання.	Симуляція невідкладних станів (анафілаксія, епілептичний статус), управління дихальними шляхами, швидке введення ліків.

1.2. Створення реалістичних сценаріїв.

Сценарії в педіатричній симуляції мають бути максимально наближені до реальності. Наприклад:

- Сценарій: дитина 2-х років з високою температурою та фебрильними судочками.

- Завдання для здобувачів: швидко оцінити стан, забезпечити безпеку дитини, ввести протисудомні препарати (імітація), заспокоїти "батьків" (яких грає інструктор) та підготувати дитину до транспортування.

- Ключовий фокус: прийняття швидких рішень у стресовій ситуації та ефективна комунікація.

1.3. Дебрифінг (Debriefing) [6] як осердя симуляції.

Дебрифінг займає більше часу, ніж сама симуляція, і є найважливішим етапом. Він слідує за чіткою структурою:

1. Реакція: Як ви почувалися? (Емоційна розрядка).
2. Аналіз: Що сталося? Чому ви діяли саме так? (Фактологічний аналіз).
3. Узагальнення: Що ми навчилися? Як це застосуємо в реальній практиці? (Формування нових знань та навичок).

2. Інтерактивні методи: Розвиток критичного мислення та емпатії.

Інтерактивні методи сприяють глибшому розумінню матеріалу та розвитку "м'яких навичок"[2,3], які незамінні у роботі з дитячим населенням.

2.1. Рольові ігри та моделювання ситуацій

Рольові ігри допомагають студентам "приміряти" на себе різні ролі: сестри медичної, батька/матері, підлітка-пацієнта. Це є критично важливим для навчання:

- Етичної комунікації: обговорення з підлітком його прав на конфіденційність.

- Психологічної підтримки: надання інформації батькам про невиліковне захворювання їхньої дитини.

- Навчання догляду: здобувач-сестра медична навчає "батька" правилам годування дитини через гастростому.

2.2. Метод Кейс-стаді (Case Studies)[5]

На відміну від симуляції, кейс-стаді зосереджені на письмовому аналізі та колективному обговоренні складних і нетипових клінічних випадків.

- Завдання: студенти отримують історію хвороби дитини з рідкісним генетичним синдромом або важкою травмою.

- Робота: необхідно розробити всебічний медсестринський план догляду, включаючи діагностику, інтервенції (профілактика пролежнів, нутритивна підтримка) та психосоціальну допомогу сім'ї.

2.3. Застосування "Змішаного навчання" (Blended Learning)[3,4,5]

Комбінація онлайн-ресурсів та аудиторної роботи.

- Онлайн-компонент: використання відеороків з демонстрацією педіатричних процедур, інтерактивних тестів, віртуальних екскурсій відділеннями.

- Офлайн-компонент: обговорення складних випадків, клінічні семінари, практичні заняття у симуляційному центрі.

Висновок

Ефективне викладання "Медсестринства в педіатрії" неможливе без широкого впровадження інтерактивних та симуляційних технологій. Ці методи не тільки забезпечують безпеку навчання, а й формують у студентів професійну впевненість, навичку критичного мислення та гуманістичне ставлення до маленьких пацієнтів та їхніх сімей, що є головним завданням медичної освіти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабінець Л. С., Ігнатова І. П. Педагогічні інновації в медсестринській освіті: методичний посібник. Тернопіль : Укрмедкнига, 2018. ,180 с.

2. Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 35 "Про затвердження порядків надання медичної допомоги та медичних стандартів медичної допомоги при невідкладних станах у дітей та окремих захворюваннях і станах у дітей".URL: <https://moz.gov.ua/>

3. DeBourgh, M. & O'Connell, S. A. High-Fidelity Simulation in Nursing Education: Evidence, Issues, and Trends. New York : Springer Publishing Company, 2014. \approx 250 p.

4. Rudolph, J. W., Simon, R., Dufresne, R. L., & Raemer, D. B. There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a good judgment approach to debriefing. Academic Medicine. 2018. Vol. 83, No. 6. P. 561–567. URL: <https://journals.lww.com/>

5. INACSL (International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning). Healthcare Simulation Standards of Best Practice URL: <https://www.inacsl.org/healthcare-simulation-standards-of-best-practice->

6. Stanford University School of Medicine. Art of Debriefing (Principles of Debriefing). URL: <https://med.stanford.edu/cisl/design-a-program/create-an-effective-curriculum/art-of-debriefing.html> .

СЕКЦІЯ 2

ПРАКТИЧНА МЕДИЦИНА ТА МЕДСЕСТРИНСТВО

ШЕРЕМЕТ Є.,

магістрантка,

Львівська медична академія

імені Андрея Крупинського,

ФІК В.,

д. мед. наук, проф.,

Львівська медична академія

імені Андрея Крупинського

ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ АМПУТАЦІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА ПРОТЕЗУВАННЯ

Ампутація нижньої кінцівки є однією з найдавніших хірургічних операцій за всю історію людства [2, 4, 5, 8]. Під час археологічних розкопок на острові Борнео виявили рештки молодої людини з ампутованою лівою гомілкою, що датуються близько 31 000 років тому [8]. Згідно історичних даних, у стародавні часи ампутація слугувала переважно методом релігійного покарання в різних частинах світу [2].

Гіппократ (460-377 рр. до н. е.) у своїй книзі «Про суглоби» вперше описав і виконав ампутацію нижньої кінцівки з метою порятунку життя [5, 8]. Однак, згодом його розкритикували, оскільки це втручання, на думку критиків, було застосовано як крайній засіб [5]. Авл Корнелій Цельс (25 до н. е. – 50 н. е.) з метою удосконалення проведення ампутації формував надлишок тканин кінцівки, які облягали кістки кукси, а також виконував перев'язку судин у куксі.

Однак, упродовж багатьох століть звичайною практикою було припікання судин і ран під час проведення ампутації кінцівки. У середині XVI століття французький військовий хірург Амбруаз Паре з метою зупинки кровотечі застосував методику перев'язки магістральних судин, винайшов артеріальні щипці для зупинки кровотечі, заклав основи формування функціональної кукси [2, 5, 9]. Його методика ампутації надп'яtkово-гомілкового суглоба пізніше була описана сером Джеймсом Саймом у 1840 році, що зараз відомо як ампутація Сайма [5, 9].

У 1674 році Етьєн Морель, хірург французької армії, запровадив джгут, як засіб для тимчасової зупинки кровотечі, що дало поштовх ампутаційній хірургії, зокрема, удосконаленню джгутів – турнікетів та використанню джгутів під час проведення ампутації кінцівки [5]. Клаптева ампутація була винайдена Лоудхемом у 1679 році. У другій половині XIX століття, німецький хірург Фрідріх Есмарх для знекровлення кінцівки застосував еластичний гумовий матеріал навколо кінцівки під час проведення ампутації [2]. З метою зниження смертності вирішальними чинниками були точність та швидкість проведення ампутацій кінцівок, а також відсутність знеболюючих анальгетиків. *Перше застосування анестезії у 1840-х роках дозволило хірургам виконувати оперативні втручання спокійно, без поспіху, упродовж тривалого часу* [9].

Війни в історії людства були головним чинником розвитку ампутаційної хірургії, а також необхідності протезування, як очевидної потреби внаслідок великої кількості поранених, уражень кінцівок та їх ампутацій, часто на полі бою. Виникнення протезів тісно переплітається з історією воєн і розвитком хірургії.

Перша літописна згадка про застосування протеза датується між 3500 і 1800 роками до нашої ери у релігійному творі на санскриті – Рігведі, в якому повідомляється, що під час бойових дій королева Вішпла втратила нижню кінцівку, а згодом їй встановили металевий протез, завдяки чому вона повернулася воювати [6]. В Єгипті археологи знайшли протез великого пальця ноги знатної жінки, який був виготовлений з дерева і шкіри. Вчені вважають, що приблизний вік знахідки становить близько 1000 років до н.е. [7, 9].

Грецький історик Геродот (близько 484 – 425 рр. до н. е.) у своєму літописі описав історію ув'язненого, який втік, відпилявши собі ногу, а згодом виготовив дерев'яну кінцівку, що було своєрідним прототипом сучасного протеза [9]. Також штучну ногу з дерева і міді у 1858 році археологи знайшли в Італії, що датується близько 300 р. до н.е. [9]. Хоча, ці протези не виконували жодної функції, але це дозволяло людині краще пересуватися та мабуть почуватися більш комфортно в оточенні інших. В епоху Відродження конструкція протезів покращилася, із застосуванням різних матеріалів, а саме, міді, заліза, сталі, дерева. На початку XVI століття Амбруаз Паре вперше розробив штучний протез нижче колінного суглоба [9].

Розвиток ампутаційної хірургії та удосконалення технологій протезування відбулися в період Громадянської війни в Америці (1861-1865 рр.). Вживалися заходи щодо зменшення смертності серед військових з важкими травмами, ураженими кінцівками. Зокрема, ампутації кінцівок проводили досвідчені хірурги, із використанням брому, з метою запобігання гангрен та ефіру чи хлороформу для знечулення [7]. Важливим було також те, що в цей період військові проходили реабілітацію [3, 7].

Наступним етапом розвитку технологій протезування були періоди після Першої і Другої світових воєн [1, 9]. Кількість комбатантів з ампутованими кінцівками катастрофічно зростала. У першій половині XX сторіччя протези почали виготовляти з легких і одночасно міцних матеріалів – силікону, пластику, полівінілхлориду, вуглецевого волокна. Більш сучасні матеріали для протезів – це шкіра, метал, дерево, в'язкопружні полімери, термопластичні та термореактивні матеріали. У 1960 роках застосовано перший біомеханічний протез (створений у 1940-х роках), принцип якого полягав у проведенні електричних імпульсів від м'язів до протеза [9].

Технології протезування удосконалюються з кожним роком. Зокрема, розроблені сучасні біонічні протези, які містять датчики, що надсилають електричні імпульси від м'язів залишкової кінцівки до головного мозку, а пацієнт завдяки цьому може здійснювати об'ємні рухи [1, 9].

ЛІТЕРАТУРА

1. Бірюк І. Г., Хмара Т. В., Ковальчук П. Є., Комар Т. В., Заморський І. І. Історія та стогодення зовнішнього протезування верхніх кінцівок. Клінічна анатомія та опперативна хірургія. 2023; 23(3): 128-135.
2. Кавин В.О. Поняття про ампутації кінцівок та їх протезування: навч. посіб. Ів-Фр: ІФНМУ, 2024. 109 с.
3. Рудакова Н.Є. Розвиток реабілітаційного медсестринства в Україні: перспективи, напрями та виклики. Медична освіта. 2023; 2: 74-79.
4. Emechete A.A.I., Mbada C.E. Occupational therapy rehabilitation of lower limb amputees in the Nigeria Armed Forces Medical Services 196 J Environ Occup Sci. 2015; 4(4): 196-202.
5. Henry L.A. Investigating the cause of limb amputation in physical rehabilitation reference center. Open Journal of Trauma. 2024; 8(1):22-34.
6. Murphy D. Fundamentals of Amputation Care and Prosthetics. Demos Medical Publishing, 2013. 234 pgs. ISBN 9781936287703.
7. O'Keeffe B, Rout S. Prosthetic Rehabilitation in the Lower Limb. Indian J Plast Surg. 2019; 52(1):134-143.
8. Okesina A.A., Nsubuga I., Omoola O.O., Okesina H.A. Understanding Lower Limb Amputation: A Review of the Strategies for Healthcare Improvement, Prevention, and Management. Second anatomy congress Proceedings. Rwanda Medical Journal. 2024; 81(1): 118-133.
9. Ramos V. *Recommended Citation*. "The Psychological and Physical Rehabilitation of Amputees". Senior Honors Theses. 2016; 565. <https://digitalcommons.liberty>.

ПЕРЕВІЗНИК Н.В.,
студентка II курсу,
спеціальності 223 Медсестринство,
факультет магістерської
та бакалаврської підготовки № 1,
Черкаська медична академія,
науковий керівник: **МАРУШ І.В.,**
доктор філософії, викладач кафедри терапевтичних та
фахових медсестринських дисциплін,
Черкаська медична академія

ДОСЛІДЖЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС АМБУЛАТОРНОГО ПРИЙОМУ

Вступ. Екстрена медична допомога (ЕМД) – це вид медичної допомоги, що передбачає виконання працівниками системи ЕМД термінових організаційних, діагностичних та лікувальних заходів відповідно до чинного законодавства. Її мета – врятувати життя людини у невідкладному стані та зменшити негативний вплив цього стану на здоров'я [1]. Стан людини, яка потребує надання невідкладної допомоги, може виникнути під час будь якої життєвої ситуації, в тому числі і під час амбулаторного прийому.

Основна частина. Для забезпечення високих стандартів медичної допомоги кожному пацієнту гарантується право на доступну, якісну та своєчасну медичну допомогу [1]. Це потребує створення ефективної системи заходів екстреної медичної допомоги, зокрема налагодження взаємодії між закладами охорони здоров'я та роботи висококваліфікованих медичних фахівців з організацією системи навчання і перепідготовки медиків з надання ЕМД.

Служба екстреної (швидкої) медичної допомоги являє собою одну з форм позалікарняного медичного забезпечення населення. Ідея створення такої служби виникла після трагедії, що сталася у 1881 році під час пожежі у віденському театрі, внаслідок якої сотні постраждалих не отримали своєчасної медичної допомоги, попри наявність функціонуючих медичних закладів у місті.

У відповідь на цю подію австрійський лікар Ярмір Мунді ініціював створення спеціалізованого підрозділу, що забезпечував би постійне чергування медичного персоналу, готового оперативно виїжджати на місце надзвичайної події з метою надання невідкладної допомоги. Цей підрозділ отримав назву «станція швидкої медичної допомоги». У подальшому дана модель організації екстреної медичної допомоги була адаптована та впроваджена в багатьох країнах світу [2].

Станом на сьогодні в Україні екстрена та невідкладна медична допомога надається на кількох рівнях: домедичному, долікарському (догоспітальному) та лікарському (також догоспітальному). Домедична допомога включає базові заходи екстреної медичної підтримки, які здійснюються безпосередньо на місці події або під час транспортування постраждалого чи особи з раптовим захворюванням до медичного закладу.

Наразі у світі застосовується міжнародна класифікація ЕМД, яка поділяється на такі рівні:

- BLS (Basic Life Support) – базова підтримка життєдіяльності, що включає дії з підтримки або відновлення життєвих функцій поза межами медзакладів до прибуття медичної бригади.

- ILS (Immediate Life Support) – надання невідкладної допомоги при загрозованих для життя станах черговим лікарем або працівником медзакладу до прибуття спеціалізованої бригади.

- ALS (Advanced Life Support) – проведення реанімаційних заходів із використанням спеціального обладнання та медикаментів на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах.

- ATLS (Advanced Trauma Life Support) – надання кваліфікованої допомоги при травмах як до госпіталізації, так і після неї (переважно лікарями, іноді медсестрами та парамедиками).

- ACLS (Advanced Cardiac Life Support) – спеціалізована допомога при серцево-судинних захворюваннях, яку надають підготовлені фахівці.

- PALS (Pediatric Advanced Life Support) – екстрена допомога дітям у невідкладних ситуаціях (проводять лікарі, медсестри та парамедики) [3].

Під час свого дослідження ми провели анкетування медичних сестер КНП «Третій Черкаський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» щодо обізнаності протоколів організації надання невідкладної допомоги у пацієнтів з гіпертензивним кризом, з інсультом, при інфаркті міокарда та при анафілактичному шоці. Питання анкети були спрямовані на оцінювання практичних умінь організації надання медичної допомоги при вище зазначених невідкладних станах. Опрацювання результатів опитування дають змогу підтвердити, що 93% медичних сестер обізнані з локальними та загальними протоколами надання невідкладної допомоги при зазначених невідкладних станах на високому рівні; 5% медичних сестер володіють організаційною інформацією на достатньому рівні, 2 % - на задовільному. Щодо обізнаності складу аптечки, то 90% опитуваних продемонстрували високий результат, 3% - достатній рівень знань, 7% задовільний. Цікавим був досвід щодо надання невідкладної допомоги медичними сестрами – 75 % надавали невідкладну допомогу пацієнтам під час ведення прийому разом з сімейним лікарем. 15%

опитаних медичних сестер зазначають, що відчують хвилювання під час прийому з сімейним лікарем пацієнта з коморбідною патологією щодо необхідності застосування екстреної медичної допомоги. Також 76% респондентів з тих, кому доводилося надавати екстрену медичну допомогу зазначили, що надавали допомогу пацієнтам з гіпертензивним кризом.

Висновки. Екстрена медична допомога – один з видів медичної допомоги, який може бути наданий під час розвитку невідкладного стану у пацієнта в будь який час і у будь якому місці, в тому числі в амбулаторії первинної медико-санітарної допомоги. За результатами нашого дослідження можна зробити висновки, що медичні сестри амбулаторій первинної медико-санітарної допомоги достатньо обізнані в організації екстреної медичної допомоги та навчені якісно виконувати професійні обов'язки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» № 5081- VI від 01.01.2024. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>
2. Hudyma, A. A., Krekhovska-Lepuyavko, O. M., Lokay, B. A., Kohun, Y. M., & Kozak, D. V. (2016). Історія розвитку швидкої медичної допомоги: від минулого до сьогодення. *Медсестринство*, (3). <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2011.3.583>
3. Лермонтова Ю. О. Дослідження особливостей організації та функціонування системи екстреної медичної допомоги в Україні / Ю. О. Лермонтова, І. О. Лобова, Б. С. Федак // Міжнародний науковий журнал «Інтернаука». – 2018. – № 9 (49). – С. 9–15.

POCUS-ДІАГНОСТИКА: МОЖЛИВОСТІ ТА РОЛЬ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ

У сучасній системі охорони здоров'я зростає потреба в оперативній, доступній та ефективній діагностиці, особливо в умовах обмежених ресурсів, надзвичайних ситуацій та високої інтенсивності клінічної практики. Ультразвукова діагностика в місці надання допомоги (POCUS – Point-of-Care Ultrasound) стала інноваційним інструментом, який дозволяє медичним працівникам швидко оцінювати стан пацієнта безпосередньо біля ліжка, приймати обґрунтовані клінічні рішення та підвищувати якість медичної допомоги.

Актуальність впровадження POCUS у практику сестер/братів медичних зумовлена розширенням їх функціональних обов'язків, зростанням ролі у між-професійних командах, а також необхідністю підвищення автономності в догляді за пацієнтами. У багатьох країнах світу сестри/брати медичні вже успішно застосовують POCUS у сфері інтенсивної терапії, паліативної допомоги, сімейної медицини та догляду за пацієнтами з хронічними захворюваннями.

В умовах трансформації медсестринської освіти в Україні, інтеграція POCUS у навчальні програми та систему безперервного професійного розвитку є стратегічно важливою. Це сприятиме формуванню нової генерації сестер/братів медичних, здатних ефективно використовувати інноваційні технології, приймати клінічні рішення в реальному часі та забезпечувати високий рівень догляду відповідно до міжнародних стандартів (ICN, WHO, EFSUMB).

Таким чином, дослідження можливостей POCUS-діагностики та визначення ролі медичних сестер/братів у її застосуванні є актуальним напрямом розвитку медичної практики, освіти та управління якістю медичної допомоги.

POCUS (Point-of-Care Ultrasound) – це портативна ультразвукова діагностика, яка виконується безпосередньо біля пацієнта для швидкої оцінки стану та прийняття клінічного рішення (наприклад, у палаті, приймальному відділенні, на виїзді). Його мета – швидка оцінка стану пацієнта, підтримка клінічного рішення, моніторинг лікування. Методика орієнтована на цілеспрямоване сканування (FAST, eFAST, FATE, RUSH), а не на повну діагностичну візуалізацію. POCUS дозволяє оперативно виявляти критичні стани: пневмоторакс, внутрішні кровотечі, серцеву недостатність, затримку сечі, жовчні камені тощо [1, 2].

З подальшим упровадженням реформи системи охорони здоров'я України все більше медичних послуг надають лікарі, лікарки, медичні сестри й медичні брати первинки. Тож існує потреба в розширенні компетентностей фахівців ПМД для надання якісної, своєчасної, комплексної діагностики й лікування. Цієї весни ми допомагаємо фахівцям первинки розширити компетентності саме з УЗД. POCUS (Point-of-Care Ultrasound) – це діагностичне ультразвукове дослідження (УЗД), що виконується для швидкої відповіді на конкретне клінічне питання. Використання апаратів портативного УЗД на первинці поліпшує доступність медичної допомоги, пришвидшує діагностику, поліпшує результати лікування, зменшує вартість і сприяє довірі до персоналу закладів охорони здоров'я. POCUS можна використовувати при таких станах:

- FAST обстеження при травмі,
- УЗД-супровід процедур (наприклад, дренування абсцесу),
- виявлення сторонніх тіл і УЗД м'яких тканин; Оцінювання нирок на наявність гідронефрозу,
- діагностика пневмонії (COVID-19), набряку легень і гідротораксу,
- оцінювання опорно-рухового апарату (наприклад, тендінопатія),
- підтвердження внутрішньоматкової вагітності й оцінювання положення плода,
- орієнтовна ехокардіограма,
- дослідження щитоподібної залози,
- скринінг на аневризму аорти й УЗД-каротид,
- оцінювання ділянки правого підребер'я при ймовірному холециститі,
- оцінювання наявності тромбів у глибоких венах ніг [3].

Зважаючи на зростаючу роль ультразвукової візуалізації в клінічній практиці, особливо в контексті розширення функціональних повноважень медичних сестер/братів, важливо чітко окреслити відмінності між традиційною УЗД-діагностикою та ультразвуком у місці надання допомоги (POCUS). Розуміння специфіки кожного підходу дозволяє обґрунтовано інтегрувати POCUS у медсестринську практику, визначити межі компетенції та забезпечити якість діагностичного процесу. Варто представити диференціальну характеристику POCUS та традиційної УЗД-діагностики за ключовими параметрами, що мають значення для освітньої, клінічної та управлінської практики.

З огляду на клінічну оцінка та моніторинг стану пацієнта, сестри/брати медичні можуть використовувати POCUS для оцінки життєво важливих функцій: наприклад, перевірки наповнення сечового міхура, наявності плеврального випоту, оцінки гідратації через візуалізацію вени *cava inferior*. У відділеннях інтенсивної терапії POCUS допомагає сестрам/братам медичними моніторити динаміку стану пацієнта без потреби в складному обладнанні.

Диференціальна характеристика POCUS та традиційної УЗД-діагностики

Критерій	POCUS (ультразвук у місці надання допомоги)	Традиційна УЗД-діагностика
Мета дослідження	Швидка орієнтовна оцінка для прийняття клінічного рішення в реальному часі	Повна діагностична візуалізація з детальним аналізом
Місце проведення	Безпосередньо біля пацієнта (палата, приймальне відділення, операційна)	У спеціалізованому кабінеті УЗД
Оператор	Лікар або медсестра/брат, які пройшли базове навчання з POCUS	Сертифікований лікар-діагност або сонографіст
Обладнання	Портативні або ручні пристрої (часто з обмеженими функціями)	Стаціонарні високоточні апарати з розширеними можливостями
Тип дослідження	Цілеспрямоване (focused): FAST, eFAST, FATE, RUSH, VExUS	Повне (comprehensive): абдомінальне, кардіологічне, судинне, акушерське
Час виконання	Швидке сканування (1–5 хвилин)	Триваліше дослідження (15–45 хвилин)
Документування	Часто обмежене або неформальне (залежить від протоколу закладу)	Формалізоване з архівуванням зображень та висновком
Точність та деталізація	Обмежена деталізація, залежить від кваліфікації оператора	Висока точність, стандартизовані протоколи
Клінічне застосування	Екстрена медицина, інтенсивна терапія, сімейна медицина, анестезіологія	Радіологія, кардіологія, акушерство, гастроентерологія
Навчання та сертифікація	Короткострокові курси, модулі, симуляції (наприклад, POCUS Essentials, EFSUMB Level 1)	Повна спеціалізація, сертифікація з ультразвукової діагностики
Переваги	Мобільність, швидкість, доступність, інтеграція в клінічне рішення	Висока діагностична цінність, стандартизація, архівування
Обмеження	Залежність від навичок оператора, обмежена глибина дослідження, ризик недооцінки патології	Вища вартість, потреба в спеціалізованому персоналі та обладнанні

Досліджуючи дану проблематику, варто наголосити, що у багатьох країнах світу (США, Канада, Велика Британія, Австралія) сестри/брати медичні активно використовують POCUS у практиці – особливо в інтенсивній терапії, паліативній допомозі, сімейній медицині та догляді за пацієнтами з обмеженою мобільністю. В Україні вже проводяться тренінги та сертифікаційні курси, де медсестринський персонал навчається базовим протоколам POCUS (наприклад, Butterfly iQ+, FAST, VExUS) [1].

Дослідження показують, що навчання сестер/братів медичних POCUS підвищує їхню клінічну автономність, зменшує час до постановки діагнозу та покращує комунікацію з лікарями. У паліативній допомозі POCUS дозволяє швидко виявити причини болю або дихальної недостатності, що критично для негайного реагування[4].

Використання POCUS сестрами/братами медичними дає можливість:

- зменшити час до діагностики;
- покращити моніторинг стану пацієнта;
- підвищити автономність у прийнятті рішень у межах компетенції;
- зміцнити міжпрофесійну взаємодію.

У багатьох країнах POCUS вже інтегровано в освітні програми для сестер/братів медичних. Наприклад, у Німеччині та США проводяться сертифіковані курси, що охоплюють базову фізику УЗД, протоколи FAST/eFAST, оцінку легенів, серця, черевної порожнини [4].

Для безпечного застосування POCUS сестрами/братами медичними необхідне:

- проходження сертифікованих курсів (наприклад, EFSUMB Level 1, POCUS Essentials);
 - дотримання клінічних протоколів та етичних стандартів;
 - інтеграція POCUS у освітні програми медсестринства на рівні бакалавра та магістра.
- Впровадження POCUS у медсестринську практику відповідає міжнародним стандартам ICN, WHO, ESG та сприяє розширенню професійних повноважень.

На сьогоднішній день існують основні виклики впровадження POCUS, а саме: недостатня кількість тренерів, обмежений доступ до обладнання, відсутність нормативного регулювання. Але попри виклики, на мою думку існують і перспективи:

- створення національної програми сертифікації POCUS для сестер/братів медичних;
- розробка клінічних алгоритмів застосування POCUS у догляді за пацієнтом;
- інтеграція POCUS у систему безперервного професійного розвитку.

В умовах трансформації системи охорони здоров'я України, інтеграція POCUS-діагностики у практику медичних сестер/братів є стратегічно важливим кроком до підвищення доступності, оперативності та якості медичного догляду. Особливо актуальним це стає в сільських, прифронтових та ресурсно обмежених регіонах, де швидке прийняття клінічних рішень може суттєво вплинути на результат лікування та виживання пацієнтів.

POCUS дозволяє сестрам/братом медичним оперативно оцінювати стан пацієнта, виявляти критичні порушення, моніторити динаміку та підтримувати міжпрофесійну взаємодію. Це сприяє розширенню їх функціональних повноважень, підвищенню автономності та зміцненню ролі в командному прийнятті рішень.

Українські професійні спільноти, зокрема Українське товариство POCUS, вже ініціюють навчальні програми, тренінги та сертифікаційні курси, що відкриває шлях до системного впровадження цієї технології в медсестринську освіту та практику. Впровадження POCUS у навчальні плани, стандарти безперервного професійного розвитку та клінічні протоколи дозволить сформувати нову генерацію сестер/братів медичних – компетентних, технологічно озброєних, здатних діяти ефективно в умовах невизначеності та високої відповідальності.

Таким чином, розвиток POCUS-діагностики в медсестринстві є не лише відповіддю на сучасні виклики, а й інструментом стратегічного зміцнення системи охорони здоров'я України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Курс «Point of Care Ultrasound» (POCUS) - SMART Medical Aid. URL: <https://surl.li/drwynz> (дата звернення 12.10.2025 року).
2. УЗД на місці надання медичної допомоги та традиційне УЗД: у чому різниця?// GEHealthCare. URL: <https://surl.lt/rnrgab> (дата звернення 12.10.2025 року).
3. Тренінги з проведення УЗД для лікарів і лікарок первинки // Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти». URL: <https://surli.cc/lfoyyd> (дата звернення 11.10.2025 року).
4. Мейер Х.Л., Ейнлофт Дж., Беденбендер С. *та ін.* Вплив та сприйняття ультразвукового навчання на місці надання медичної допомоги на різних рівнях медичної освіти. *BMC Med Edu* 25, 255 (2025). URL: <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06825-4> (дата звернення 13.10.2025 року).

ВЕСЕЛЬСЬКА Д.О.,

студентка,

Житомирський медичний інститут ЖОР,

АНДРІЙЧУК Д.Р.,

студентка,

Житомирський медичний інститут ЖОР,

ДИКА Б.М.,

асистент кафедри «Медсестринства»,

Житомирський медичний інститут ЖОР

ПРОЯВИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ

Анотація: Депресія є одним із найпоширеніших психічних розладів сучасності, який особливо часто виявляється серед молоді у віці від 18 до 25 років – періоду становлення особистості, самостійного життя та соціальної адаптації. За даними ВООЗ, депресивні розлади стали однією з провідних причин втрати працездатності та самогубств у молодих людей. [4, с.5] Соціальні потрясіння, пандемія COVID-19 і воєнні дії в Україні призвели до значного зростання рівня психоемоційного виснаження й депресивних станів у цієї вікової категорії.[2, с.39]

Abstract: Depression is one of the most widespread mental disorders of modern times, most frequently observed among young people aged 18 to 25 – a period of personality formation, independent living, and social adaptation. According to the WHO, depressive disorders have become one of the leading causes of disability and suicide among young people. [4, с.5] Social upheavals, the COVID-19 pandemic, and the war in Ukraine have led to a significant increase in psycho-emotional exhaustion and depressive states within this age group. [2, с.39]

Актуальність проблеми: Молодь є однією з найуразливіших груп щодо розвитку депресії через поєднання психофізіологічних, соціальних і емоційних факторів. [3, с.22] Перехід у доросле життя, тиск очікувань, труднощі самореалізації та невизначеність майбутнього формують високий рівень стресу. Крім того, надмірне користування соціальними мережами й постійне порівняння себе з іншими сприяють появі почуття меншовартості, тривожності та емоційної нестабільності. [2, с.41]

Relevance of the problem: Youth is one of the most vulnerable groups to the development of depression due to a combination of psychophysiological, social, and emotional factors. [3, с.22] The transition to adult life, pressure of expectations, difficulties of self-realization, and uncertainty about the future create a high level of stress. Moreover, excessive use of social networks and constant self-comparison with others contribute to feelings of inferiority, anxiety, and emotional instability. [2, с.41]

Мета дослідження: Проаналізувати характерні прояви депресивних розладів у молодих людей віком 18–25 років, визначити основні чинники ризику, симптоми та психіатричні особливості перебігу захворювання.

Purpose of the study: To analyze the characteristic manifestations of depressive disorders in young people aged 18–25, to identify the main risk factors, symptoms, and psychiatric features of the disease course.

Результати та обговорення: У віковій групі 18–25 років депресивні розлади проявляються переважно у вигляді емоційного виснаження, апатії, відчуття безнадії, зниження інтересу до навчання, роботи чи спілкування. [1, с.78] Молоді люди часто приховують свій стан, що ускладнює своєчасну діагностику. [3, с.23] Характерними є соматичні симптоми – головний біль, порушення сну, біль у серці або шлунку. [4, с.6] З психіатричної точки зору найпоширенішими типами депресії в цьому віці є дистимія, рекурентна та атипова депресія, які часто супроводжуються тривожними розладами чи адиктивною поведінкою. [5, с.308]

Для діагностики використовують клініко-психологічні методи, спостереження, опитувальники та аналіз анамнезу. [1, с.79] Лікування має бути комплексним: поєднання когнітивно-поведінкової терапії, підтримувальної психотерапії, медикаментозного лікування антидепресантами та соціальної підтримки. [5, с.309]

Висновки: Депресивні розлади у молодих людей становлять серйозну психіатричну проблему, що вимагає раннього виявлення, індивідуального підходу до лікування та психопросвітницької роботи серед студентів і молодих фахівців. [2, с.44] Підвищення рівня обізнаності щодо симптомів і наслідків депресії сприятиме своєчасному зверненню по допомогу та зниженню ризику суїцидальної поведінки. [3, с. 23]

ЛІТЕРАТУРА

1. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник Миколаївського національного університету ім. В. О. Сухомлинського. – Миколаїв: МДУ ім. В. О. Сухомлинського, №1 (16), 2020. – С. 77–80.
2. Дудник О. А. Набута безпорадність та депресія: особливості взаємозв'язку. Психологічний журнал. – Умань: ВПЦ «Візаві», 2021. – Вип. 7. – С. 37–45.
3. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта. – Київ: НМУ ім. О. О. Богомольця, 2020. – С. 22–23.
4. Weber S., Puta C., Lesinski M., Gabriel B. Symptoms of Anxiety and Depression in Young Athletes Using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Frontiers in Physiology*. – 2019. – P. 4–17.
5. Duman R. S. Pathophysiology of depression: the concept of synaptic plasticity. *European Psychiatry*, 2020. – P. 306–310.

ЯРЕМЧУК О.В.,

к.держ.упр.,

ТВЕРДА І.В.,

викладач,

ФІТЬО Н.Р.,

викладач,

Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

ГЕНЕТИЧНА СХИЛЬНІСТЬ ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним із найпоширеніших хронічних захворювань серцево-судинної системи, що становить суттєвий тягар для систем охорони здоров'я у всьому світі. Незважаючи на значний прогрес у вивченні етіології та патогенезу АГ, її розвиток залишається багатофакторним процесом, у якому генетичні чинники відіграють ключову роль. Сучасні дослідження підтверджують, що спадкова схильність може істотно впливати на індивідуальний ризик виникнення АГ, зумовлюючи варіабельність реакції організму на зовнішні тригери, такі як стрес, харчування, фізична активність та екологічні умови.

Ідентифікація генетичних маркерів, асоційованих з артеріальною гіпертензією, відкриває нові можливості для персоналізованої медицини, раннього прогнозування та профілактики захворювання. У цьому контексті особливого значення набуває аналіз поліморфізмів генів, що регулюють судинний тонус, водно-сольовий баланс, ренін-ангіотензинову систему та інші механізми, залучені до контролю артеріального тиску.

Науковцями доведено, що розвиток артеріальної гіпертензії пов'язаний із генетичними факторами та факторами навколишнього середовища [1-2]. Було виявлено, що як генетичні ризики, так і ризики способу життя пов'язані з більшою поширеністю гіпертонії. На сьогодні визначені фактори ризику гіпертонії, серед яких – ожиріння, харчування, куріння, вживання алкоголю, відсутність фізичної активності, споживання натрію та калію [3]. Встановлено, що взаємодія між дієтою з високим вмістом солі та підвищеним рівнем тригліцеридів може мати синергічний біологічний вплив на ризик гіпертензії [4]. Серед факторів навколишнього середовища велике споживання солі є основною причиною підвищення артеріального тиску (АТ). Однак реакція АТ змінюється в окремих людей після споживання солі в їжі, що було відомо як чутливість до солі [3].

Високий кров'яний тиск є провідним спадковим фактором ризику інсульту й ішемічної хвороби серця. Щоб запобігти розвитку серцево-судинних захворювань та їх ускладнень, клініцисти повинні мати можливість точно оцінити ризик розвитку артеріальної гіпертензії у пацієнта [5]. Хоча фактори способу життя передбачають гіпертензію, такі поведінкові фактори по-різному підлягають вимірюванню та контролю. Навпаки, генетичні фактори зародкової лінії є фіксованими і, як відомо, сприяють ідентифікованому, а також важливому додатковому ризику. Встановлено, що більш ранній початок гіпертензії у батьків тісно пов'язаний із гіпертензією у нащадків [6].

Досліджуючи дану проблематику, нами встановлено, що оприлюднені результати генетичних досліджень дозволяють зробити висновок про наявність тісного патогенетичного зв'язку між ожирінням-асоційованою артеріальною гіпертензією та низкою генетичних детермінант, що регулюють секрецію й метаболізм альдостерону. Зокрема, йдеться про участь глюкостероїдного рецептора, альдостеронсинтази (CYP11B2), кінази 1, а також мутацій, пов'язаних із глюкостероїдами, які, як встановлено, підвищують схильність до розвитку гіпертензії.

Крім того, додатковим фактором ризику виявлено гіперстимуляцію ренінової секреції, що виникає на тлі дефіциту вітаміну D – стану, характерного для осіб із надмірною масою тіла. Важливою ланкою патогенезу є також здатність жирової тканини синтезувати кортизол, який, активуючи ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, чинить альдостероноподібну дію через мінералокортикоїдну активність. Це, у свою чергу, сприяє формуванню інсулінорезистентності – ключового чинника, що поглиблює як ожиріння, так і артеріальну гіпертензію.

Нарешті, підтверджено, що в розвитку інсулінорезистентності провідну роль відіграють щонайменше 15 генів-кандидатів, зокрема ті, що залучені до регуляції глюкозо- та ліпідного обміну. Серед них – мутації в генах субстрату рецептора інсуліну (IRS), глікогенсинтази, гормоночутливої ліпази, β 3-адренорецепторів, ліпопротеїнової ліпази, фактора некрозу пухлини та дискримінаційного білка.

Проміжний аналіз свідчить, що патогенез артеріальної гіпертензії є багатофакторним і включає як зовнішні чинники, так і генетичні передумови. До основних модифікованих факторів ризику належать спосіб життя, надмірна вага, метаболічні порушення, дисліпідемія, тютюнопаління та недостатня фізична активність – усі вони сприяють формуванню атерогенних змін і підвищенню артеріального тиску.

Водночас генетична схильність залишається провідним немодифікованим чинником, що визначає як ймовірність виникнення, так і темпи прогресування

гіпертензії. Особливу увагу привертають гени, пов'язані з ренін-ангіотензин-альдостероновою системою, регуляцією водно-сольового гомеостазу, судинного тону та метаболізму жирової тканини.

У цьому контексті персоналізований підхід до лікування набуває особливої актуальності. Він передбачає вдосконалення методів стратифікації ризику та оцінки генетичної схильності, що дозволяє адаптувати терапевтичні стратегії до індивідуальних потреб пацієнта. Зміни способу життя – зокрема раціональне харчування, контроль маси тіла, регулярна фізична активність і нормалізація ліпідного профілю – залишаються базовими заходами профілактики та лікування.

Хоча статини досі є основними засобами корекції дисліпідемії, сучасна фармакотерапія пропонує ширший спектр препаратів, які можуть бути підібрані індивідуально. Пошук нових ефективних методів лікування триває, і майбутні дослідження мають бути спрямовані на ідентифікацію специфічних генетичних варіантів, що асоціюються з гіпертензією, а також на розробку таргетної терапії, здатної відновити судинну функцію та стабілізувати артеріальний тиск.

ЛІТЕРАТУРА

1. de Ruiter S.C., Schmidt A.F., Grobbee D.E., den Ruijter H.M., Peters S.A.E. Sex-specific Mendelian randomisation to assess the causality of sex differences in the effects of risk factors and treatment: spotlight on hypertension. *Journal of Human Hypertension*. 2023. Vol. 37. No. 8. P. 602–608. doi: 10.1038/s41371-023-00821-1. PMID: 37024639.
2. Takase M., Hirata T., Nakaya N., et al. Associations of combined genetic and lifestyle risks with hypertension and home hypertension. *Hypertension Research*. 2024. Vol. 47. No. 8. P. 2064–2074. doi: 10.1038/s41440-024-01705-8.
3. Filippou C., Tatakis F., Polyzos D., Manta E., Thomopoulos C., Nihoyannopoulos P., Tousoulis D., Tsioufis K. Overview of salt restriction in the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) and the Mediterranean diet for blood pressure reduction. *Reviews in Cardiovascular Medicine*. 2022. Vol. 23. No. 1. P. 36. doi: 10.31083/j.rcm2301036.
4. Choi J.W., Park J.S., Lee C.H. Interactive effect of high sodium intake with increased serum triglycerides on hypertension. *PLoS One*. 2020. No. 15 (4). P. e0231707. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231707>.
5. Dzau V.J., Balatbat C.A. Future of Hypertension. *Hypertension*. 2019. Vol. 74. No. 3. P. 450–457. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13437.
6. Vaura F., Kauko A., Suvila K., Havulinna A.S., Mars N., Salomaa V., FinnGen, Cheng S., Niiranen T. Polygenic Risk Scores Predict Hypertension Onset and Cardiovascular Risk. *Hypertension*. 2021. No. 77 (4). P. 1119–1127. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16471>. PMID: 33611940

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ: АНАЛІЗ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Інфекційна безпека в закладах охорони здоров'я становить критично важливий елемент стабільного функціонування системи громадського здоров'я та є визначальним показником якості медичної допомоги. В умовах стрімкого поширення антимікробної резистентності, транснаціонального характеру патогенних загроз і високої мобільності населення, питання ефективного контролю інфекцій набуває особливої ваги. Українські заклади охорони здоров'я, що працюють в умовах воєнного конфлікту, епідеміологічної нестабільності та обмеженого ресурсного забезпечення, стикаються з комплексними викликами щодо впровадження дієвих механізмів інфекційного контролю.

Сучасні технології, що застосовуються для забезпечення інфекційної безпеки в медичних установах України, орієнтовані на профілактику внутрішньолікарняних інфекцій, захист медичних працівників і пацієнтів, а також на підвищення загального рівня медичних послуг. До таких рішень належать як інженерно-технічні засоби, так і управлінські та освітні заходи, що відповідають міжнародним нормативам, зокрема рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Центру з контролю та профілактики захворювань США (CDC), адаптованим до національного контексту. У подальшому викладено основні технології та підходи, які вже реалізуються або мають високий потенціал для впровадження в українських закладах охорони здоров'я.

Інфекційна безпека є фундаментальним компонентом системи охорони здоров'я, що набуває особливої актуальності в умовах постпандемічного періоду. Зростання резистентності патогенів, глобалізація медичних послуг та мобільність населення вимагають впровадження високотехнологічних рішень для запобігання поширенню інфекцій. Метою дослідження є аналіз сучасних технологій інфекційного контролю та визначення перспектив їх розвитку в українському та міжнародному контексті.

З огляду на викладений аналіз сучасних технологічних рішень у сфері інфекційного контролю, а також окреслені перспективи їх розвитку в українському та міжнародному контексті, доцільним є систематизація ключових інструментів, що вже застосовуються або мають високий потенціал для впровадження в закладах охорони здоров'я. Нижче наведено узагальнений

перелік таких технологій із короткою характеристикою їх функціонального призначення, переваг та відповідності міжнародним стандартам IPC, WHO, CDC.

1. Технологічні рішення в сфері інфекційної безпеки

1.1. Системи моніторингу

Сучасні біосенсори, IoT-пристрої та алгоритми штучного інтелекту дозволяють здійснювати безперервний моніторинг мікробіологічних показників, виявляти патогени в режимі реального часу та прогнозувати ризики інфекційних спалахів [4].

1.2. Засоби дезінфекції

Інноваційні технології включають:

- Ультрафіолетові системи (UVC) для автоматизованої стерилізації приміщень;
- Озонові генератори та наноструктуровані антисептики;
- Антимікробні покриття для поверхонь, що знижують ризик перехресного зараження [3].

1.3. Безконтактні технології

Автоматичні дозатори, термоскринінг, біометричні системи доступу сприяють мінімізації фізичного контакту та підвищенню рівня безпеки в медичних установах [1].

1.4. Цифрові платформи

Інформаційні системи, мобільні додатки для відстеження контактів, інтеграція з електронними медичними записами забезпечують ефективну комунікацію та управління інфекційними ризиками [4].

2. Впровадження технологій у медичних закладах

2.1. Стандартизація

Впровадження міжнародних стандартів IPC, WHO, ISO, ICN забезпечує уніфікацію підходів до інфекційного контролю, включаючи зонування, вентиляцію, поводження з медичними відходами [4; 5].

2.2. Освітні інструменти

Симуляційні тренінги, візуальні алгоритми, інфографіка та інтерактивні модулі сприяють підвищенню обізнаності медичного персоналу та пацієнтів щодо правил інфекційної безпеки [2].

2.3. Інфраструктурні рішення

Системи НЕРА-фільтрації, антимікробні матеріали, архітектурні рішення з урахуванням IPC – важливі компоненти безпечного медичного середовища [3].

3. Аналіз ефективності

3.1. Метрики оцінки

Ефективність технологій оцінюється за такими критеріями:

- Зниження рівня внутрішньолікарняних інфекцій (HAI);

- Економічна доцільність;
- Рівень дотримання протоколів серед персоналу [1; 2].

3.2. Практичні кейси

Успішні приклади впровадження технологій у клініках Ізраїлю, Сінгапуру, Швеції демонструють значне покращення ІРС. В Україні – пілотні проєкти в університетських клініках, цифрові реєстри інфекцій, навчальні платформи для медичних сестер [1; 2].

4. Перспективи розвитку

4.1. Персоналізація

Інтеграція AI для адаптації протоколів до конкретного пацієнта, типу процедури чи відділення [4].

4.2. Міжсекторальна співпраця

Спільна діяльність медичних, освітніх, IT-структур та державних органів у створенні національних платформ інфекційного моніторингу [1; 3].

4.3. Пацієнт як активний учасник

Підвищення цифрової грамотності, доступ до інформації, участь у контролі інфекцій – важливі чинники сталого розвитку ІРС [5].

Вивчаючи дану проблематику проаналізовано впровадження сучасних ключових технологій інфекційної безпеки в ЗОЗ України, які сформовано за певними критеріями та подано у таблиці.

Таблиця

Ключові технології інфекційної безпеки та приклади їх впровадження

№	Категорія технології	Приклад/Інструмент	Функціональне призначення	Приклади впровадження	Відповідність стандартам
1	2	3	4	5	6
1	Системи моніторингу	Біосенсиори, IoT-пристрої, AI-аналітика	Виявлення патогенів, моніторинг середовища, прогнозування спалахів	Система BioAlert у клініках Ізраїлю; пілотні IoT-модулі в університетських лікарнях України	WHO, ISO, ESG
2	Засоби дезінфекції	UVC-лампи, озонові генератори, нанодезінфектанти	Автоматизована стерилізація поверхонь, повітря, інструментів	UVC-обробка в операційних Львівського обласного центру хірургії; озонові системи в Німеччині	WHO, CDC
3	Антимікробні покриття	Полімерні матеріали з іонами срібла	Зниження ризику перехресного зараження на поверхнях	Використання антимікробних плівок у палатах Київської міської лікарні №4	ISO 22196

1	2	3	4	5	6
4	Безконтактні рішення	Дозатори, термосканери, біометричні системи	Мінімізація фізичного контакту, контроль доступу	Автоматичні дозатори в приймальних відділеннях лікарень Дніпра; термоскринінг у Сінгапурі	WHO, ICN
5	Цифрові платформи	Електронні медичні записи, мобільні додатки	Відстеження контактів, управління ризиками, комунікація з пацієнтами	eHealth в Україні; додаток NHS COVID-19 у Великій Британії	WHO, GDPR
6	Освітні та тренінгові модулі	Симулятори, візуальні алгоритми, інфографіка	Підвищення обізнаності персоналу, стандартизація поведінкових практик	Візуальні алгоритми інфекційного контролю в навчальних програмах БДМУ; симулятори в ICN Academy	ICN, ESG
7	Інфраструктурні рішення	НЕРА-фільтрація, зонування, вентиляція	Контроль мікроклімату, ізоляція зон ризику, архітектурна профілактика	НЕРА-системи в реанімаційних блоках ОХМАТДИТ; зонування в клініках Швеції	WHO, ISO 14644
8	Персоналізовані протоколи	AI-модулі адаптації IPC	Індивідуалізація заходів інфекційного контролю залежно від типу пацієнта/процедури	Пілотні AI-рішення в клініках США; розробка адаптивних протоколів у НУОЗ України	WHO, CDC

Отже, сучасні технології є ключовим інструментом у забезпеченні інфекційної безпеки. Їх ефективне впровадження потребує системного підходу, освітньої підтримки та міждисциплінарної інтеграції. Україна має потенціал для лідерства у впровадженні інноваційних рішень у сфері IPC, особливо в контексті реформування медичної освіти та цифровізації охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Центр громадського здоров'я України. Навчальні матеріали з інфекційного контролю [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/infekciyniy-kontrol/navchalni-materiali> – Дата звернення: 20.10.2025.

2. Чумаченко Т. О., Райлян М. В. Інфекційний контроль в закладах охорони здоров'я: методичні вказівки для самостійної роботи лікарів-інтернів за фахом «Епідеміологія». – Харків: ХНМУ, 2023. – 32 с. – Затверджено Вченою радою ХНМУ, протокол № 6 від 22.06.2023.

3. KoTris. Інфекційний контроль: сучасні стандарти інфекційної безпеки та поводження з відходами в медичних установах [Електронний ресурс]. – URL: <https://www.kotris.dp.ua/infektsijnyj-kontrol-suchasni-standarty-infektsijnoyi-bezpeky-ta-povodzhennya-z-vidhodamy-v-medychnyh-ustanovah/> – Дата звернення: 20.10.2025.

4. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected or confirmed: interim guidance. – WHO, 2023. – Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2023.1>

5. International Council of Nurses. Guidelines on Core Competencies for Infection Prevention and Control Nursing. – ICN, 2022. – Available at: https://www.icn.ch/system/files/documents/2022-07/ICN_IPC_Guidelines_2022.pdf

ТРУБІЛКО К. О.,
студентка II курсу,
спеціальність «Медсестринство»,
Черкаська медична академія,
науковий керівник:
КОЗИНЕЦЬ О. Д.,
д. філ.,
Черкаська медична академія

ІНТЕГРАТИВНА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРАВМАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Вступ. Травматизм опорно-рухового апарату (ОРА) є однією з провідних медико-соціальних проблем сучасності, що обумовлено не лише високою частотою ушкоджень, але й значними показниками тимчасової та стійкої втрати працездатності, а також погіршенням якості життя пацієнтів. Складність і тривалість відновного періоду після травм ОРА потребують застосування комплексного, мультидисциплінарного підходу, ключове місце в якому посідає реабілітація. Сучасна реабілітація, відповідно до міжнародних стандартів, не обмежується лише відновленням фізичних функцій. Вона охоплює також важливі психосоціальні аспекти, оскільки травма часто супроводжується больовим синдромом, обмеженням самообслуговування, соціальною ізоляцією, тривогою та депресивними станами. Ефективне відновлення можливе лише за умови інтеграції фізичних втручань із психологічною підтримкою та соціальною адаптацією. У цьому контексті роль медичної сестри кардинально трансформується від виконавця лікарських призначень до ключового інтегратора реабілітаційного процесу. Медична сестра є фахівцем, який перебуває у постійному, найтіснішому контакті з пацієнтом, забезпечуючи безперервний моніторинг стану, навчання навичкам самодогляду, проведення сестринських реабілітаційних втручань та, що найважливіше, емоційну та психологічну підтримку. Вона виступає сполучною ланкою між пацієнтом та іншими членами мультидисциплінарної команди (лікарями, фізичними терапевтами, психологами, соціальними працівниками).

Основна частина. Сучасна парадигма реабілітації базується на біопсихосоціальній моделі, яка знайшла своє втілення у Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Ця модель кардинально змінила фокус реабілітаційного процесу: замість акценту на «хворобі» або «інвалідності» (негативний підхід) увага переноситься на «функціонування» і «здоров'я» пацієнта (позитивний підхід). Сучасна

парадигма реабілітації розглядає процес відновлення як активну, багатовимірну, динамічну та безперервну діяльність, спрямовану на досягнення пацієнтом оптимального рівня функціонування та якості життя. Вона є мультидисциплінарною і пацієнтоцентричною, тобто орієнтованою на індивідуальні потреби та цілі конкретної людини [1; 2].

Роль медичної сестри у фізичній реабілітації пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату є ключовою та безперервною, особливо на ранніх стадіях відновлення. Медсестра виступає не просто помічником, а фасилітатором, педагогом та монітором, забезпечуючи виконання індивідуальної програми відновлення.

Сучасний сестринський процес у фізичній реабілітації пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату включає:

сестринську оцінку та діагностику - це систематичний збір та аналіз даних про пацієнта, сфокусований на його реакції на травму і функціональних обмеженнях. Цей аналіз охоплює оцінку фізичного стану (рівень болю (за ВАШ), об'єм рухів, м'язова сила, наявність набряків, стан шкіри, життєво важливі показники); оцінку функціонального стану (здатність до самообслуговування та пересування - Індекс Бартела); оцінку ризиків (ризик пролежнів, тромбоемболії, контрактур); психосоціальну оцінку (рівень тривожності, мотивація до реабілітації, наявність соціальної підтримки);

реалізацію та контроль програми фізичної терапії. Медична сестра забезпечує практичне виконання призначень фізичного терапевта та лікаря, а саме: правильне позиціонування та догляд (забезпечення функціонально вигідного положення кінцівки наприклад, накладання шин, підкладання валиків, що запобігає контрактурам та зменшує набряк); пасивні та активні вправи (пасивна гімнастика - обережне виконання пасивних рухів у суглобах, що не іммобілізовані, для підтримки їхньої рухливості та покращення кровообігу. Допомога при активних рухах - сприяння та контроль за виконанням пацієнтом активних вправ у межах толерантності до болю); моніторинг толерантності до навантаження (спостереження за реакцією пацієнта на фізичні втручання - пульс, артеріальний тиск, частота дихання, рівень болю); застосування фізичних засобів (допомога у використанні допоміжних засобів - милиці, ходунки, тростини, обов'язковий контроль правильності їх налаштування та використання пацієнтом);

навчання та тренінг пацієнта. Медична сестра є основним педагогом, який навчає пацієнта і його родичів ключовим навичкам, необхідним для безпечного відновлення. Цей етап передбачає: навчання самодогляду - це інструктаж щодо безпечного виконання повсякденних дій (одягання, вмивання, прийом їжі) з урахуванням обмежень; техніки безпечного переміщення (навчання пацієнта правильним способам переходу з ліжка в крісло, вставання, поворотам, мінімізуючи ризик повторної травми); догляд за іммобілізованими ділянками (навчання пацієнта догляду за гіпсовою пов'язкою чи швами для профілактики інфекцій та ускладнень); мотивація та інформування - пояснення

пацієнту мети кожного реабілітаційного втручання та його очікуваної користі, що підвищує його мотивацію та активну участь у процесі відновлення [3].

Медична сестра є ключовою ланкою, що інтегрує фізичне відновлення та психосоціальну адаптацію пацієнта. Завдяки постійному контакту з пацієнтом, саме медична сестра, роль якої полягає у ранньому виявленні глибоких психоемоційних порушень, що часто спричиняють травми опорно-рухового апарату, найкраще може виявити та своєчасно реагувати на емоційні та соціальні бар'єри реабілітації. Найчастіше у пацієнтів спостерігаються тривога і страх, які виникають через невизначеність щодо відновлення, страх болю під час маніпуляцій чи реабілітації, а також страх втрати незалежності, при цьому медична сестра звертає увагу на ознаки напруги, порушення сну та часті запитання про прогноз відновлення. Гнів та роздратування пацієнтів, що можуть бути спрямовані на медичний персонал, родичів або на себе через втрату контролю над тілом та життєвою ситуацією, медсестра має сприймати емпатійно, розуміючи, що це є захисним механізмом. Депресія та безнадія є поширеними станами, особливо у разі тривалої іммобілізації або серйозних, незворотних травм, і проявляються через апатію, відмову від участі у реабілітаційних заходах, плач або відсутність інтересу до зовнішнього світу. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є виникає після важких травм. Його клінічна картина включає нав'язливі елементи, зокрема рекурентні спогади про травму та патологічні нічні жахіття, а також стійку тенденцію до уникнення тригерних обставин, пов'язаних із подією, що призвела до травми.

Медична сестра не замінює психолога, але забезпечує первинну психологічну підтримку, що є невід'ємною частиною догляду, зокрема, створення довірчих стосунків. Це основне правило, що досягається завдяки відкритості, чесності та конфіденційності, оскільки ці якості сприяють тому, що пацієнт відчуває себе у безпеці. Важливими є звернення до пацієнта на ім'я та повагу до його особистого простору. Вагомим елементом є і емпатійне спілкування - це здатність медичної сестри поставити себе на місце пацієнта та вербалізувати його почуття, демонструючи це фразами на кшталт: «Я бачу, що Вам зараз дуже боляче/страшно/важко, і це нормально. Я тут, щоб Вам допомогти». Суттєвими виступають і навички активного слухання, що полягають у повному зосередженні на пацієнті, використанні невербальних сигналів (контакт очей, кивок) та уточнюючих запитань («Чи правильно я зрозуміла, що...»), чітке та дозоване інформування про хід лікування й реабілітації зменшує тривогу, спричинену невідомістю. Все вище перераховане дозволяє пацієнту виговоритися та відчувати свою значущість.

Соціальна реабілітація, згідно з МКФ, зосереджена на відновленні участі пацієнта в суспільному житті, де медична сестра відіграє важливу посередницьку роль, наприклад, через допомогу у відновленні соціальних зв'язків - заохочення до спілкування з родичами та друзями, організацію умов для від-

відувань, а для пацієнтів із довготривалою госпіталізацією - допомогу у користуванні засобами зв'язку (телефон, інтернет); через залучення до громадського життя - заохочення до спільних занять з іншими пацієнтами реабілітаційного відділення, участь у дозвіллі, читання, хобі. Це допомагає пацієнту подолати відчуття ізоляції [4].

Інтегративна функція медичної сестри полягає в координації біопсихосоціального зв'язку, що полягає в обґрунтуванні та управлінні взаємовпливом між фізичним і психоемоційним станом пацієнта. Медична сестра забезпечує взаємозв'язок фізичного і психоемоційного стану, оскільки навіть невеликий фізичний успіх (наприклад, самостійне перевертання чи проходження зайвого метра) є потужним позитивним підкріпленням, яке медсестра має фіксувати, вербалізувати та «святкувати» («Подивіться, сьогодні ви пройшли на три метри далі, ніж вчора! Ви великий молодець!»), це підвищує самооцінку та віру пацієнта у власні сили; водночас, пацієнт, який отримує адекватну психологічну підтримку, має вищу мотивацію і краще дотримується реабілітаційної програми. Роль медичної сестри як координатора зв'язку полягає в тому, що вона передає інтегровані дані про функціональні та психоемоційні потреби пацієнта іншим членам мультидисциплінарної команди (фізичному терапевту, психологу) для комплексного коригування плану реабілітації.

Висновки. Проведене дослідження підтверджує, що в контексті сучасної біопсихосоціальної парадигми реабілітації, вираженої у моделі МКФ, роль медичної сестри є не просто допоміжною, а критично важливою інтегративною функцією в системі відновлення пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату (ОРА). Ефективна інтегративна роль медичної сестри є запорукою успішного, цілісного та пацієнтоцентричного відновлення, що значно підвищує якість життя пацієнтів та скорочує терміни їхньої соціальної та трудової реадaptaції.

ЛІТЕРАТУРА

1. International Classification of Functioning Disability and Health : ICF. – Geneva : WHO, 2001. – 299 p. – ISBN 9241545429.
2. Dantas D. D. S., Correa A. P., Buchalla, C. M., Castro S. S. D., Castaneda L. Biopsychosocial model in health care: reflections in the production of functioning and disability data. *Fisioterapia em Movimento*. 2020. № 33 <https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.AO21>
3. Сорокман Т. В., Макарова О.В., Попелюк Н.О. Роль медичної сестри в реабілітації пацієнтів із стрес-асоційованими розладами у мультидисциплінарній команді. *Буковинський медичний вісник*. 2025. Т. 29, №1 (113). С. 127 – 131. <https://doi.org/10.24061/2413-0737.29.1.113.2025.19>
4. Попович Д. В., Гевко У. П., Гавриленко А. В., Бондарчук В. І., Ониськів Л. С. Роль міжнародної класифікації функціонування у постановці цілей реабілітації. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2023. № 2. С. 118 – 123.

ЕФЕКТИВНА КОМУНІКАЦІЯ СЕСТЕР/ БРАТІВ МЕДИЧНИХ У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

У надзвичайних ситуаціях – таких як масові травми, епідемії, стихійні лиха чи воєнні конфлікти – саме сестри медичні та брати медичні відіграють ключову роль у забезпеченні безперервної, безпечної та людяної медичної допомоги. Вони є першою ланкою контакту з пацієнтами, координують дії між різними службами, підтримують емоційний стан постраждалих і часто працюють в умовах високого ризику, обмежених ресурсів та інформаційної невизначеності.

Ефективна комунікація в таких умовах – не просто професійна навичка, а критичний інструмент виживання, довіри та командної взаємодії. Сестри медичні й брати медичні мають володіти стратегічними комунікаційними підходами: від кризового консультування та безбар'єрного спілкування до міждисциплінарної координації та управління конфліктами. Їх здатність чітко, спокійно й етично передавати інформацію, реагувати на емоційні потреби пацієнтів чи постраждалих і взаємодіяти з колегами визначає ефективність медичної системи в цілому.

Комунікація (від лат. *communicatio* – єдність, передача, з'єднання, повідомлення; від лат. *communis* – роблю спільним, повідомляю, з'єдную, спілкуюсь) – це процес обміну інформацією (фактами, ідеями, поглядами, емоціями тощо) між двома або більше особами, спілкування за допомогою вербальних і невербальних засобів з метою передачі, отримання й накопичення інформації. Комунікативний процес – це обмін інформацією між двома й більше особами, метою якого є забезпечення розуміння інформації, що є предметом обміну [1].

Комунікативний процес складається з п'яти базових елементів, а саме [1]:

1. Відправник (особа, яка генерує ідею або ж збирає інформацію і передає її).
2. Повідомлення (безпосередньо інформація).
3. Канал (засіб передачі інформації: усна передача, письмова, телефонні переговори, електронна пошта, масмедіа з усіма своїми ресурсами тощо).
4. Одержувач, або ж адресат (особа, якій призначена інформація і яка її інтерпретує і накопичує).
5. Зворотний зв'язок (реакція) [1].

Комунікація – не те саме, що інформація. Комунікація – це значно ширше поняття [2].

Таблиця [2]

Інформація	Комунікація
• Містить дані чи масиви даних, які можна передати чи оприлюднити. • Має основний елемент – дані. • Може існувати поза конкретною інфраструктурою. Прикладами інформації можуть бути математичні формули, мапа світу тощо.	• Обов'язково передбачає взаємодію. • Формує повідомлення. • Має цільову аудиторію та призначення. Прикладами комунікації можуть бути план евакуації, розклад прийому лікарів тощо.

Дані є частиною як інформаційного, так і комунікаційного процесу. Водночас інформування є лише частиною комунікацій. Нижче наведено спрощену модель, за якою працює комунікація [2].

Варто зазначити, що ефективна комунікація є фундаментом якісної медичної допомоги. Вона впливає не лише на клінічні результати, а й на безпеку пацієнтів, емоційний комфорт, командну взаємодію та довіру до системи охорони здоров'я. У сучасній медицині, яка базується на міждисциплінарному підході, технологіях та етичних стандартах, комунікація – це не додаткова навичка, а професійна компетентність.

У надзвичайних ситуаціях, коли кожна секунда має значення, а навантаження на систему охорони здоров'я зростає в геометричній прогресії, саме медичні сестри й брати забезпечують стабільність, оперативність і людяність у наданні допомоги. Їхня здатність ефективно комунікувати – як із пацієнтами, так і з колегами – є не лише професійною компетенцією, а й критичним чинником виживання, координації та довіри. У таких умовах особливо важливо дотримуватися чітких комунікаційних принципів, які ґрунтуються на міжнародних стандартах, етичних засадах і перевірених практиках кризового реагування.

З огляду на це, проаналізовані ключові принципи комунікації медичних сестер і братів у надзвичайних ситуаціях, приділивши особливу увагу тим інструментам, які сприяють злагодженій міжпрофесійній взаємодії, підтримці психологічної стійкості та розвитку професійного лідерства серед середнього медичного персоналу.

Нижче подано систематизований виклад таких принципів, сформований на основі міжнародних рекомендацій (ICN, WHO, ISO), етичних норм та практичного досвіду реагування на кризові події:

Ключові принципи комунікації медичних сестер і братів у надзвичайних ситуаціях

1. Чіткість і стислість повідомлень

- Використання простих, недвозначних формулювань.
- Уникнення медичної термінології при спілкуванні з пацієнтами, якщо вона не пояснена.

- Повідомлення мають бути короткими, структурованими та адаптованими до рівня розуміння адресата.

2. Емпатія та етична чутливість

- Виявлення поваги до емоційного стану пацієнтів і колег.
- Уникнення осуду, нетерпимості чи дискримінації.
- Дотримання принципів конфіденційності навіть у стресових умовах.

3. Зворотний зв'язок і перевірка розуміння

- Переконавання, що інформація була правильно сприйнята (техніка «повторіть, будь ласка»).

- Використання відкритих запитань для оцінки розуміння інструкцій.
- Активне слухання як основа довіри.

4. Міждисциплінарна координація

- Злагоджена взаємодія з лікарями, лаборантами, адміністрацією та службами екстреного реагування.

- Використання уніфікованих протоколів комунікації (наприклад, SBAR: Situation–Background–Assessment–Recommendation).

- Повідомлення мають бути синхронізовані з діями інших членів команди.

5. Адаптація до цифрових каналів зв'язку

- Використання мобільних додатків, радіозв'язку, месенджерів для оперативного інформування.

- Дотримання стандартів безпеки даних при цифровій комунікації.

- Вміння працювати з телемедичними платформами в умовах обмеженого доступу.

6. Культурна та мовна компетентність

- Адаптація повідомлень до культурних особливостей пацієнтів.
- Залучення перекладачів або використання візуальних матеріалів для пацієнтів з мовними бар'єрами.

- Уникнення стереотипів і упереджень.

7. Саморегуляція та управління стресом

- Збереження професійного тону навіть у конфліктних ситуаціях.
- Використання технік емоційного контролю (дихальні вправи, паузи).
- Підтримка колег через відкриту комунікацію та взаємну допомогу.

8. Дотримання протоколів і стандартів

- Комунікація має відповідати затвердженим алгоритмам реагування (WHO Emergency Response Framework, ICN Disaster Nursing Competencies).

- Всі повідомлення мають бути задокументовані, якщо це передбачено процедурою.

- Уникнення імпровізації в критичних моментах без узгодження з керівництвом.

Таким чином, ефективна комунікація медичних сестер і братів у надзвичайних ситуаціях є критичним чинником стабільності, безпеки та злагодженої роботи всієї медичної системи. Вона базується на чіткості, емпатії, міжпрофесійній координації та етичній відповідальності. Дотримання ключових принципів комунікації, сформованих на основі міжнародних стандартів і практичного досвіду, дозволяє середньому медичному персоналу діяти впевнено, професійно та людяно навіть у найскладніших умовах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Комунікативні навички лікаря: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. та фахівців практ. мед. / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, І.А. Коваль та ін.; за заг. ред. О.С. Чабана. 2-ге вид., переробл і доповн. – К.: Видавець Заславський О.Ю., 2021. – 429 с. ISBN 978-617-632-*-*].

2. Ефективні комунікації закладів охорони здоров'я//Посібник з комунікації в умовах надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я. URL: <https://surl.li/bxcwjf> (дата звернення 16.10.2025 року).

ЦЮНИК Н. Ю.,

викладач,

РІЗУН. Г. М.,

викладач,

Львівська медична академія

імені Андрея Крупинського

ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ: СУЧАСНИЙ СТАН ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ

Вітамін D відіграє важливу роль у підтриманні загального здоров'я та функціонуванні організму людини. Цей вітамін впливає на різноманітні аспекти нашого здоров'я, включаючи зміцнення кісток, підтримку імунної системи, нормалізація рівня цукру в крові, прискорення обміну речовин, синтез моноцитів, які очищають кров, покращення передачі імпульсів між нейронами а також вплив на розвиток ембріона. Правильне споживання вітаміну D зміцнює кістки і м'язи, покращує склад крові, усуває сухість волосся та шкіри, знижує ризик розвитку онкології та цукрового діабету, підвищує імунітет, працездатність та концентрацію уваги, а також регулює роботу щитовидної залози і серця, зменшуючи артеріальний тиск.

Недостатність і дефіцит вітаміну D, які визначаються рівнями 25(OH)D менше за 30 і 20 нг/мл відповідно, значно поширені в усьому світі. Наприклад, частота рівнів вітаміну D нижче від 30 нг/мл у жінок у постменопаузі становить 75 % у США, 90 % – у Японії і Південній Кореї. Виражений дефіцит вітаміну D, що визначається рівнем менше від 10 нг/мл, поширений на Близькому Сході і в Південній Азії [1, 2]. На сьогодні недостатність і дефіцит 25(OH)D розглядаються як пандемія, що залучає переважну частину загальної популяції незалежно від віку. Аналогічна ситуація спостерігається і в Україні, що підтверджують результати проведених досліджень [3, 4]. Висока частота оптимальних рівнів 25(OH)D в чоловіків і жінок похилого віку ставить питання можливості запобігання багатьом випадкам падінь і переломів за допомогою адекватного забезпечення вітаміном D.

Синтез вітаміну D₃ у шкірі досить активний і становить 18 МО/см/рік. Ця кількість D₃ здатна повністю забезпечити потребу в ньому організму. Вітамін D, що надходить з їжею, всмоктується переважно в дванадцятипалій кишці і тонкому кишечнику в присутності солей жовчних кислот. Він потрапляє у лімфу у вигляді хіломікронів омолату холекальциферолу, який утворюється при взаємодії вітаміну D₃ з урохоловою кислотою. Вітамін D₃, що всмоктався, циркулює в крові у вигляді комплексу з білком, який має молекулярну масу 53000 D і належить до альфа-2-глобулінів. Комплекс вітамін D₃ білок також

захоплюється купферовськими клітинами печінки і резервується в жировій тканині і м'язах. Таким чином, у жировій і м'язовій тканинах можуть створюватися тканинні депо з невизначеним терміном існування. У печінці D_3 (холекальциферол) гідроксильється під дією печінкового ферменту мікросомальної монооксигенази 25-гідроксилази і потребує присутності молекулярного кисню, флавопротеїнів і цитохрому P-450. При цьому утворюється 25-гідроксихолекальциферол, або кальцидіол ($25(OH)D_3$), який у 1,5 разу активніший за вітамін D_3 . Гідроксильовання в печінці здійснюється без будь-яких позапечінкових регуляторних впливів. У печінці накопичується достатня кількість вітаміну для забезпечення потреби у ньому протягом одного року (у дорослих) [5].

З током крові кальцидіол (25-гідроксихолекальциферол) надходить в нирки, де піддається подальшому гідроксильованню. Насамперед це відбувається в мітохондріях проксимальних канальців нирок під впливом ферменту 1-альфа-гідроксилази. У результаті цього утворюється 1,25-дигідроксихолекальциферол або кальцитріол ($1,25(OH)_2D_3$), який утричі активніший за вітамін D_3 (метаболізм у гормон). Крім того, в проксимальних звивистих і прямих канальцях нирок під впливом мітохондріальної 24-гідроксилази утворюється 24,25-дигідроксихолекальциферол ($24,25(OH)_2D_3$). Надалі утворюються понад 60 метаболітів вітаміну D_3 , більшість з яких є неактивними, наприклад такі, як кальцитроева, холакальцієва кислоти тощо [6].

Також існує екстрауренальний шлях гідроксильовання в багатьох органах (в імунних, епітеліальних клітинах, кістковій тканині, ендотелії судин, паратиреоїдних залозах, слизовій оболонці кишечника). [7].

Взаємозв'язок між вітаміном D й тяжкістю перебігу коронавірусної інфекції продемонстрували, що особи з дефіцитом вітаміну D можуть мати тяжчий перебіг COVID-19, ніж особи з нормальним його рівнем [8]. Так, у дослідженні L. Gennari та співавт. (2020) взяли участь 103 госпіталізованих із COVID-19 пацієнти (середній вік – 66,1 року) та 52 особи з легким перебігом COVID-19, а також 206 учасників контрольної групи. Було встановлено, що пацієнти з COVID-19 мали нижчий рівень вітаміну D порівняно з пацієнтами контрольної групи. При цьому в госпіталізованих середній рівень $25(OH)D$ сироватки (18 нг/мл) був нижчим, ніж в осіб із легким перебігом COVID-19 (30,3 нг/мл) і контрольною групою (25,4 нг/мл). Серед 54 пацієнтів із тяжким перебігом COVID-19, які перебували в реанімації, середній рівень $25(OH)D$ сироватки становив 14,4 нг/мл (водночас у пацієнтів із COVID-19, які не потребували лікування в реанімації, середній рівень $25(OH)D$ сироватки становив 22,4 нг/мл ($p = 0,0001$)). Серед 19 пацієнтів, які померли внаслідок COVID-19, середній рівень $25(OH)D$ сироватки становив 13,2 нг/мл [9].

В одному з метаналізів був оцінений взаємозв'язок між рівнями вітаміну D й автоімунними захворюваннями щитоподібної залози (ЩЗ) [10]. По рівняно з групою контролю в пацієнтів з автоімунними захворюваннями ЩЗ відзначалися

нижчі рівні й частіший дефіцит 25(OH)D. Крім того, аналіз підгруп показав, що хвороба Грейвса та автоімунний тиреоїдит (АІТ) частіше відзначалися в пацієнтів із низьким рівнем і дефіцитом вітаміну D. Тому можна припустити, що недостатність 25(OH)D пов'язана з розвитком автоімунних тиреоїдних захворювань ЩЗ [11].

У проведеному в Україні дослідженні [12] був визначений рівень 25(OH)D у 75 хворих на АІТ із гіпотиреозом. Рівень 25(OH)D у сироватці крові був вірогідно нижчим при субклінічному ($16,7 \pm 1,3$ нг/мл) і явному гіпотиреозі ($13,3 \pm 1,2$ нг/мл) порівняно з контрольною групою ($22,3 \pm 1,4$ нг/мл; $p < 0,05$). Рівень антитіл до ТПО був вірогідно вищим у пацієнтів з АІТ порівняно з контрольною групою. Уміст 25(OH)D у крові перебував у позитивній кореляції з об'ємом ЩЗ і зворотній – із рівнем антитіл до ТПО. Вірогідна негативна кореляція також встановлена між умістом у крові ТТГ і вітаміну D. Ці дані свідчать про потенційну роль вітаміну D в розвитку і прогресуванні гіпотиреозу.

Також результати досліджень свідчать про вірогідне підвищення вмісту 25(OH)D за цукрового діабету (ЦД) як 1-го, так і 2-го типу на тлі призначення холекальциферолу [13]. За цих умов відзначається нормалізація рівня кальцію в сироватці крові, що корелює зі зменшенням рівня паратгормону, наслідком чого є гальмування розвитку вторинного остеопорозу у хворих. Крім того, нормалізація вмісту вітаміну D забезпечує оптимальний вуглеводний обмін за показниками рівня глюкози крові та глікованого гемоглобіну. При цьому вірогідно знижується індекс інсулінорезистентності (НОМА-IR) [14, 15].

Отже, роль вітаміну D виходить далеко за межі кісткового метаболізму. Сьогодні інтенсивно вивчається роль вітаміну D не лише в регуляції рівня кальцію, а й у патогенезі хронічного системного запалення, порушенні чутливості тканин до інсуліну. З'являється дедалі більше доказів його потенційної ролі в профілактиці різних хронічних неінфекційних захворювань – від онкологічних до серцево-судинних, автоімунних і метаболічних розладів. Препарати вітаміну D в найближчому майбутньому можуть стати додатковими й необхідними компонентами корекції різних захворювань. Недостатність вітаміну D в організмі людини обґрунтовує доцільність ширшого використання методів корекції цього вітаміну. Попри необхідність проведення клінічних випробувань для визначення схем використання препаратів вітаміну D, уже зараз не викликає сумніву той факт, що нормалізація рівня 25(OH)D у сироватці крові потрібна на всіх вікових етапах онтогенезу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Amrein K, Scherkl M, Hoffmann M, et al. Vitamin D deficiency 2.0: an update on the current status worldwide. *Eur J Clin Nutr.* 2020 Nov;74(11):1498-1513. doi:10.1038/s41430-020-0558-y.

2. Lin LY, Smeeth L, Langan S, Warren-Gash C. Distribution of vitamin D status in the UK: a cross-sectional analysis of UK Biobank. *BMJ Open*. 2021 Jan 6;11(1):e038503. doi:10.1136/bmjopen-2020-038503.
3. Carlson CR Jr, Uriu-Adams JY, Chambers CD, et al. Vitamin D Deficiency in Pregnant Ukrainian Women: Effects of Alcohol Consumption on Vitamin D Status. *J Am Coll Nutr*. 2017 Jan;36(1):44-56. doi:10.1080/07315724.2016.1174091.
4. Komisarenko YI, Bobryk MI. Vitamin D Deficiency and Immune Disorders in Combined Endocrine Pathology. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2018 Oct 9;9:600. doi:10.3389/fendo.2018.00600.
5. Vitamin D: molecular mechanism of action / Christakos S., Dhawan P., Benn B. [et al.] // *Ann N Y Acad. Sci.* – 2007. – Vol. 1116. – P. 340–348.
- 6 Estimation of optimal serum concentrations of 25hydroxyvitamin D for multiple health outcomes / BischoffFerrari H. A., Giovannucci E., Willett W. C. // *Am. J. Clin. Nutr.* – 2006. – Vol. 84 (1). – P. 18–28.
7. Поворознюк В. В. Дефіцит вітаміну D у населення України та чинники ризику його розвитку / В. В. Поворознюк, Н. І. Балацька // *Репродукт. ендокринолог.* – 2013. – № 5 (13). – С. 7–13.
8. Yisak H, Ewunetei A, Kefale B, et al. Effects of Vitamin D on COVID-19 Infection and Prognosis: A Systematic Review. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021 Jan 7;14:31-38. doi:10.2147/RMHP.S291584.
9. Gennari L. Vitamin D deficiency is independently associated with COVID-19 severity and mortality. In: *ASMBR 2020 Annual Meeting Virtual Event*. 2020 Sep 11.
10. Mele C, Caputo M, Bisceglia A, et al. Immunomodulatory Effects of Vitamin D in Thyroid Diseases. *Nutrients*. 2020 May 16;12(5):1444. doi:10.3390/nu12051444.
11. Altieri B, Muscogiuri G, Barrea L, et al. Does vitamin D play a role in autoimmune endocrine disorders? A proof of concept. *Rev Endocr Metab Disord*. 2017 Sep;18(3):335-346. doi:10.1007/s11154-016-9405-9.
12. Povorozniuk VV, Pankiv IV. Intercommunication between vitamin D deficiency and thyroid hypofunction. *Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery*. 2014;3-4(48):12-16. doi:10.24026/1818-1384.3-4(48).2014.75353. (in Ukrainian).
13. Niroomand M, Fotouhi A, Irannejad N, Hosseinpanah F. Does high-dose vitamin D supplementation impact insulin resistance and risk of development of diabetes in patients with pre-diabetes? A double-blind randomized clinical trial. *Diabetes Res Clin Pract*. 2019 Feb;148:1-9. doi:10.1016/j.diabres.2018.12.008.
14. Al-Shoumer KA, Al-Essa TM. Is there a relationship between vitamin D with insulin resistance and diabetes mellitus? *World J Diabetes*. 2015 Jul 25;6(8):1057-64. doi:10.4239/wjd.v6.i8.1057.
15. Carter SJ, Baranaskas MN, Fly AD. Considerations for Obesity, Vitamin D, and Physical Activity Amid the COVID-19 Pandemic. *Obesity (Silver Spring)*. 2020 Jul;28(7):1176-1177. doi:10.1002/oby.22838.

ЯТРОГЕННІ НАСЛІДКИ БОТОКСОТЕРАПІЇ

Ботокс – це препарат, до якого входять невеликі дози ботулотоксину. Він розслабляє і паралізує певні м'язи, завдяки чому зменшуються зморшки та проявляється омолоджуючий ефект.

Популярність ботоксу зростає друге десятиліття. Зокрема, в одних США щорічно проводять понад 3 мільйони ін'єкцій. Препарат використовують не тільки в косметології, а й в медицині для лікування косоокості, дискінезії, мігрені та навіть дитячого церебрального паралічу. Причому лікувальні властивості ботулотоксину стали відомі раніше – у 1981 році, тоді як косметологи офіційно застосовують засіб тільки з 2002 року.

Зараз застосування ботоксу дозволено авторитетними медичними організаціями, в тому числі Управлінням з контролю якості лікарських засобів США (FDA). Однак, як і всі препарати, він має ряд протипоказань і може викликати ускладнення. Найчастіше вони з'являються при використанні несертифікованих препаратів, неправильному введенні або недотриманні інших базових правил. Зокрема, у 1992 році були проведені перші дослідження щодо застосування ботоксу в косметології. Оскільки їх результати виявилися багатообіцяючими, вивчення продовжилося. В результаті у 2002 році Управління з контролю якості лікарських засобів США (FDA) дозволило застосування ботоксу в естетичних цілях та дало чіткі рекомендації щодо показань, дозувань та техніки проведення ін'єкцій.(1)

Більшість зареєстрованих побічних ефектів виявилися незначними та швидкоплинними. Це були біль, набряки або незначні гематоми у місці ін'єкцій, головний біль та симптоми ГРВІ на протязом перших 24 годин. Іноді появлялися тимчасова слабкість та в'ялість обличчя. Іноді спостерігалися серйозні реакції. У квітні 2024 року Центри контролю та профілактики захворювань США повідомили про «негативні реакції» на підроблений або неправильно введений ботокс у жінок віком від 25 до 59 років. Більшість з них мали такі негативні симптоми як: нечіткість або двоїння в очах, утруднення ковтання й дихання, невиразне мовлення, втома й слабкість. 11 постраждалих ушпиталили. Шістьох жінок лікували від ботулізму - небезпечного й рідкісного захворювання, що вражає нервову систему, може призвести до паралічу м'язів і навіть смерті. Це викликало побоювання, що ботулотоксин може виходити за межі місця ін'єкції. Тим часом у 2023 році зафіксували спалах отруєння ботулінічним токсином (67

випадків) серед людей, які проходили медичну процедуру для схуднення у приватній клініці в Ізмірі, Туреччина. (2)

В Україні зафіксували рідкісний випадок ятрогенного ботулізму – жінка захворіла після введення ін'єкцій ботулотоксину, який широко використовується у косметології для запобігання появі зморшок.

Це одна з форм звичайного ботулізму, яка відрізняється лише шляхом зараження. Випадок зафіксували у березні 2025 року, повідомили у Запорізькому обласному центрі контролю та профілактики хвороб. Першим симптомом у жінки стало обвисання повік. На третій день вона відчула характерний для ботулізму симптом – утруднене ковтання. Коли жінка більше не змогла ковтати не тільки тверду, а й рідку їжу, вона звернулася за медичною допомогою. Ковтання було порушене настільки, що протягом семи діб жінку годували через зонд. Жінці ввели сироватку, яку застосовують проти лікуванні ботулізму. Після того її стан покращився. На 15 день перебування у стаціонарі пацієнтку виписали. На той момент у неї зберігся лише один симптом недуги – підпухлі повіки. Де саме жінка проходила косметичні процедури, наразі не уточнюють.

Ятрогенний ботулізм – це рідкісна форма ботулізму, яка виникає після введення ботулотоксину типу А або Б в терапевтичних чи естетичних цілях. Діюча речовина у препаратах ботулінічного нейропротейну і є збудником ботулізму. Симптоматика у ятрогенного ботулізму така ж, як і у звичайного: це слабкість, утруднене ковтання, задишка, двоїння у очах. Але для виникнення хвороби треба надзвичайно велике дозування, а в косметології вони зазвичай вкрай низькі. У дуже рідкісних випадках нейропротейн може поширюватись за межі місця ін'єкцій та викликати системні симптоми навіть за умови дотримання рекомендованих доз і правильної техніки введення препарату. (3)

Щоб мінімізувати ризики виникнення ятрогенного ботулізму, важливо ботулінотерапію проводити у спеціалізованих клініках з медичною ліцензією та у лікарів з відповідною кваліфікацією. Також необхідно дотримуватися рекомендацій щодо дозування препарату та проведення процедури, щоб уникнути небажаних побіжних ефектів. Обов'язково уточнювати назву препарату та відповідні документи на нього.

ЛІТЕРАТУРА

1. <https://oxford-med.com.ua/ua/media-center/publikacii/posledstviya-ukolov-botoksa-i-princip-ih-deystviya/>

2. <https://www.bbc.com/ukrainian/articles/cyjjdnv8722oxtor=AL-73-5Bpartner5D-5Bukr5D-5Bheadline5D-5Bukrainian5D-5Bbizdev5D-5Bisapi5D>

3. «Українська правда», 28 квітня.2025р. <https://life.pravda.com.ua/health/v-ukrajini-zhinka-pidhopila-botulizm-pislya-kosmetichnih-procedur-307765/>

РОЛЬ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ РАКУ ШКІРИ

Рак шкіри є одним із найпоширеніших видів онкологічних захворювань. Рання діагностика має вирішальне значення для успішного лікування, особливо меланоми. Медичні сестри, перебуваючи на передовій у контакті з пацієнтами, відіграють ключову роль у скринінгу та санітарно-освітній роботі. Ефективне навчання сестер/братів медичних цим навичкам є пріоритетом сучасної системи охорони здоров'я.

1. Стратегічна роль сестри медичної у скринінгу.

Медсестра часто є першим медичним працівником, який проводить огляд пацієнта, фіксує скарги та оцінює загальний стан. У контексті дерматології та онкології її функції виходять за рамки стандартного догляду [2]:

- Візуальний скринінг: під час гігієнічних процедур, перев'язок чи інших маніпуляцій сестра медична має навчитися звертати увагу на нетипові шкірні утворення, які можуть бути приховані від погляду пацієнта чи лікаря (наприклад, на спині, волосистій частині голови, між пальцями).
- Збір анамнезу: вміння кваліфіковано опитати пацієнта щодо факторів ризику (сімейний анамнез меланоми, тривалий вплив сонця, сонячні опіки в дитинстві, використання солярію).

- Документування: чітке та точне документування підозрілих змін шкіри (розмір, колір, динаміка) для подальшого обговорення з лікарем-дерматоонкологом.

2. Особливості навчання сестер/братів медичних.

Для ефективного виконання цієї ролі програма навчання сестер/братів медичних має акцентувати увагу на практичних та комунікативних навичках:

2.1. Оволодіння методикою огляду (Правило ABCDE) [1]

Навчання повинно бути зосереджене на правилі ABCDE – міжнародному стандарту оцінки підозрілих невусів [3,4]:

- Метод навчання[3]: використання клінічних кейсів, фотографій, а також симуляційного навчання на муляжах для відпрацювання візуальної уваги.

Параметр	Пояснення для навчання
A (Asymmetry)	Асиметрія: одна половина утворення не схожа на іншу.
B (Border)	Край: нерівний, зазубрений, розмитий.
C (Color)	Колір: неоднорідний, наявність кількох відтінків (коричневий, чорний, червоний, білий).
D (Diameter)	Діаметр: більший за 6 мм (як ластик олівця).
E (Evolving)	Еволюція: зміна розміру, форми, кольору або поява нових симптомів (свербіж, кровоточивість).

ABCDE of Melanoma



2.2. Санітарно-освітня робота

Важлива функція сестри медичної – навчання пацієнтів самообстеженню та правилам сонцезахисту. Навчання персоналу має включати[1]:

- Розробку чітких інструкцій для пацієнтів щодо регулярного самообстеження шкіри.
- Правила первинної профілактики: акцент на необхідності використання сонцезахисних кремів широкого спектру дії (SPF не менше 30), носінні захисного одягу та уникненні пікових годин сонячної активності.
- Комунікативні навички: вміння подати інформацію доступно, переконливо та толерантно, особливо для груп ризику.

2.3. Міждисциплінарна співпраця

Сестра медична має знати чіткий алгоритм дій при виявленні підозри: кому повідомити, як терміново це зробити та які документи оформити. Це забезпечує швидке скерування пацієнта до вузького спеціаліста, що напряму впливає на прогноз.

Висновок. Комплексне та систематичне навчання сестринського персоналу є інвестицією у громадське здоров'я. Сестри медичні, озброєні знаннями про правило ABCDE та навичками ефективної комунікації, стають надійним фільтром на шляху до пізньої діагностики раку шкіри. Це дозволяє вчасно розпочати лікування, значно підвищуючи шанси пацієнтів на повне одужання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 597 від 28.09.2012. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Меланома. – К., 2012.
2. Степаненко В.І., Чоботарь А.І., Бондарь С.О. та ін. Практикум з дерматології і венерології: навчальний посібник (3-є стереотипне видання). – К.: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2021. – 360 с.
3. American Academy of Dermatology (AAD). Melanoma: How to check your skin for cancer. URL: [URL:https://www.aad.org/public/diseases/skin-cancer/find/check-skin](https://www.aad.org/public/diseases/skin-cancer/find/check-skin)
4. Herdman T.H., Kamitsuru S. (Eds.). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2021–2023. – Thieme Medical Publishers, 2021. – 480 p.

БУЛИК О.-А.Р.,
студентка II курсу,
спеціальність «Медсестринство»,
освітній ступінь «магістр»,
медико-психологічний факультет,
Буковинський державний
медичний університет,
науковий керівник:
БОРЕЙКО Л.Д.,
к.мед.н., доц.,
Буковинський державний
медичний університет

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НАВЧАННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) 2 типу є однією з найважливіших глобальних медико-соціальних проблем сучасності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі на ЦД страждає близько 425 мільйонів людей, а щороку кількість хворих зростає на 5–7%. Прогнозується, що до 2040 року цей показник може досягти понад 640 мільйонів [1]. Найбільшу небезпеку становлять ускладнення ЦД, серед яких провідне місце займають серцево-судинні захворювання (ССЗ), що суттєво знижують тривалість та якість життя пацієнтів. За результатами епідеміологічних досліджень, у 40–50% осіб із діабетом вже до 40 років розвивається щонайменше одне серцево-судинне ускладнення, а підвищення рівня глікованого гемоглобіну на 1% підвищує ризик ССЗ на 10%.

З огляду на зростання навантаження на систему охорони здоров'я та необхідність забезпечення тривалої підтримки пацієнтів із ЦД, особливої ваги набуває роль медичних сестер у профілактиці ускладнень, формуванні прихильності до лікування та корекції способу життя [2]. Традиційна модель надання допомоги, орієнтована переважно на лікаря і медикаментозне лікування, поступово доповнюється моделями, у яких центральне місце займає медична сестра як автономний фахівець. Такий підхід забезпечує орієнтацію на потреби пацієнта, підвищує ефективність профілактичних програм і зменшує навантаження на лікарів [3].

У цьому контексті якісна підготовка медичних сестер до профілактичної роботи з пацієнтами з ЦД набуває стратегічного значення. Вона включає розвиток клінічних та комунікативних компетентностей, використання інноваційних освітніх технологій та безперервний професійний розвиток.

Основна частина. Навчання медичних сестер у сфері профілактики ускладнень ЦД має комплексний характер і охоплює як фундаментальні знання з діабетології та кардіології, так і розвиток практичних навичок. Майбутні фахівці повинні чітко усвідомлювати роль основних факторів ризику, таких як хронічна гіперглікемія, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, ожиріння, низька фізична активність і тютюнопаління, та вміти формувати індивідуалізовані рекомендації для їх модифікації. Особливе значення має розвиток умінь у сфері мотиваційного консультивання, оскільки дозволяє медичній сестрі ефективно пояснити пацієнту необхідність змін у харчуванні, фізичній активності, контролі маси тіла та дотриманні медикаментозної терапії [4].

Сучасні освітні підходи орієнтовані на поєднання теоретичних знань із практичним відпрацюванням ситуацій. Симуляційні технології, які активно впроваджуються у вищій медсестринській освіті, дозволяють майбутнім медсестрам моделювати клінічні випадки, навчатися алгоритмів дій при гіпоглікемії, кризових станах, плануванні дієтотерапії та організації самоконтролю пацієнта [5]. Інтеграція телемедицини відкриває нові можливості для дистанційного консультивання, моніторингу стану пацієнтів, а також для навчання майбутніх фахівців. Це дозволяє розвивати клінічне мислення, здатність працювати в мультидисциплінарних командах і приймати самостійні рішення в межах компетенції.

Міжнародний досвід показує, що саме медичні сестри виступають ключовими провідниками пацієнт-орієнтованої допомоги. Наприклад, Американська асоціація діабетологів та Європейська асоціація з вивчення діабету підкреслюють значення nurse-led models у контролі ЦД, адже вони довели свою ефективність у зменшенні частоти госпіталізацій та покращенні клінічних результатів [6]. Рекомендації Міжнародної ради медсестер також акцентують на необхідності розширення ролі медсестри в профілактиці хронічних захворювань.

В Україні підготовка медичних сестер поступово адаптується до світових тенденцій. Одним із показових прикладів є пілотний проєкт «Медична сестра з розширеними повноваженнями», започаткований у 2021 році Міністерством охорони здоров'я України спільно з україно-швейцарським проєктом «Розвиток медичної освіти» [7]. Учасниці програми проходять навчання, яке включає розвиток клінічних та комунікаційних навичок, консультивання щодо профілактики неінфекційних захворювань, у тому числі ЦД, та ведення хронічних станів. Медсестри успішно здійснюють незалежні прийоми, проводять скринінгові дослідження, вимірювання артеріального тиску, глюкометрію, ЕКГ, а також надають консультації щодо здорового способу життя, профілактики ускладнень.

Важливою складовою цього проєкту є створення груп рівних – професійних спільнот, де медичні сестри обмінюються досвідом, аналізують складні клінічні ситуації та підвищують професійну впевненість. Результати свідчать про позитивний вплив таких ініціатив: підвищується задоволеність пацієнтів медичними послугами, зростає професійна автономність медсестер, зміцнюється міждисциплінарна взаємодія в системі охорони здоров'я.

Не менш важливим аспектом є освітня діяльність самих медичних сестер, спрямована на пацієнтів та їхні сім'ї. Медсестра виступає посередником між сучасними науковими знаннями та повсякденними звичками пацієнта, сприяє формуванню прихильності до лікування, мотивує до фізичної активності, правильного харчування та регулярного контролю показників здоров'я. Підвищення рівня обізнаності членів сім'ї пацієнта також є важливим чинником профілактики ускладнень, оскільки підтримка близьких значно підсилює ефективність терапії, сприяє кращому контролю захворювання та профілактиці ускладнень.

Таким чином, сучасна система підготовки медичних сестер має охоплювати кілька взаємопов'язаних напрямів: фундаментальні знання з клінічних дисциплін; розвиток практичних навичок через симуляції та клінічні кейси; впровадження цифрових технологій; формування soft skills, зокрема комунікації та лідерства; а також безперервний професійний розвиток.

Висновки. Профілактика серцево-судинних ускладнень у пацієнтів із цукровим діабетом є складним багатокомпонентним процесом, у якому провідна роль належить медичній сестрі. Якісна підготовка та безперервний професійний розвиток медсестер сприяють формуванню профілактичного мислення, розвитку клінічних і комунікативних навичок, упровадженню інноваційних методів навчання та зміцненню позицій сестринства у системі охорони здоров'я.

Розширення ролі медичної сестри з доглядової до консультативної, освітньої та клінічної демонструє нову парадигму медичної допомоги, де пацієнт отримує більш доступну, якісну та комплексну підтримку. Це не лише покращує індивідуальні результати лікування, а й сприяє оптимізації роботи медичних закладів загалом.

Таким чином, інноваційні підходи до навчання медичних сестер є ключовою передумовою успішної реалізації профілактичних програм серед пацієнтів із цукровим діабетом. Вони дозволяють створити нове покоління фахівців, здатних ефективно реагувати на виклики сучасної охорони здоров'я та робити вагомий внесок у збереження і покращення здоров'я населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Nurse-led care versus usual care on cardiovascular risk factors for patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis/ J.Zhang et al.*BMJ Open*. 2022. Vol.12, no.3. URL:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058533>.
2. Nursing assistance for patients with diabetes/ L.D.Boreiko et al.*Colloquium-journal*. 2024. No.23 (216). P.20–23. URL:<https://doi.org/10.5281/zenodo.13354312>.
3. Dailah H.G. The Influence of Nurse-Led Interventions on Diseases Management in Patients with Diabetes Mellitus: A Narrative Review. *Healthcare*. 2024. Vol.12, no.3. P.352. URL:<https://doi.org/10.3390/healthcare12030352>.
4. A New Learning Approach to Improve Nurses' Knowledge of and Skills in Diabetes Care/ H.-C. Liao et al. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2022. Vol.53, no.2. P.90–96. URL:<https://doi.org/10.3928/00220124-20220104-10>.
5. Effects of a virtual simulative diabetes care program on learning ability and clinical thinking skills in nursing interns/ T. Xu et al. *Digital health*. 2025. Vol.11. URL:<https://doi.org/10.1177/20552076251332834>.
6. Diabetes Self-management Education and Support in Adults With Type 2 Diabetes: A Consensus Report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association/ M.A.Powers et al.*Diabetes Care*. 2020. Vol.43, no.7. P.1636–1649. URL:<https://doi.org/10.2337/dci20-0023>.
7. Медсестра з розширеними повноваженнями: звіт за результатами впровадження пілотного проєкту/ Олександр Жигінас, Тетяна Черниш, Дарина Богдан – К.: Приватне підприємство Рекламна агенція «Да Вінчі», 2023. – 60 с/

МАКАРОВА Т.В.,
студентка II курсу,
спеціальність 223 «Медсестринство»,
факультет магістерської
та бакалаврської підготовки № 1,
Черкаська медична академія,
науковий керівник:
МАРУШ І.В.,

докт. філософії, викладач кафедри терапевтичних та
фахових медсестринських дисциплін,
Черкаська медична академія

ЗАСТОСУВАННЯ БІОСУГЕСТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Анотація: У статті розглядається біосугестивна терапія як ефективний метод підтримки психічного здоров'я медичних працівників офтальмологічного відділення в умовах високого професійного навантаження. Враховано специфіку офтальмологічної практики, що передбачає тривалу концентрацію уваги, високу відповідальність, інтенсивну взаємодію з пацієнтами та сенсорне перенапруження, які сприяють розвитку хронічного стресу та синдрому професійного вигорання. Біосугестивна терапія розглядається як психотерапевтичний інструмент, що поєднує техніки глибокої релаксації, дихальні вправи, аутосугестію та тілесно-орієнтовані практики. У межах дослідження було проаналізовано зміни психоемоційного стану працівників після проходження курсу біосугестивної терапії. Результати свідчать про зниження рівня тривожності, емоційного виснаження та покращення психічного здоров'я. Метою статті є аналіз ефективності біосугестивної терапії у підтримці психічного здоров'я працівників офтальмологічного відділення які перебувають у умовах значного професійного навантаження та обґрунтування доцільності її впровадження як елементу психогігієнічної підтримки в медичному закладі для профілактики професійного вигорання.

Вступ. У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я та зростання професійних вимог до медичних працівників, проблема збереження психічного здоров'я персоналу набуває особливої актуальності. Фахівці офтальмологічного профілю щодня стикаються з необхідністю точної діагностики та лікування пацієнтів з вадами зору, емоційнонасичене спілкування з людьми різного віку та стану здоров'я, що призводить до розвитку хронічного стресу та професійного вигорання [2, с. 398–400].

Основна частина. Медичні працівники офтальмологічного стаціонару надають медичну допомогу цілодобово не тільки цивільному населенню, а й усе частіше пацієнтам з числа військовослужбовців, що потребують лікування після поранень, контузій та інших складних травматичних ушкоджень. Це супроводжується не лише втратою зору, а й проявами загального погіршення соматичного та психічного здоров'я пацієнтів. Також медичні працівники офтальмологічного профілю належать до групи високого ризику розвитку хронічного стресу та професійного вигорання через постійне емоційне, сенсорне та фізичне навантаження [3,с.330–332;4,с.5–7].

Використання біосугестивної терапії є ефективним і безпечним методом психопрофілактики, що поєднує тілесні та когнітивно-поведінкові техніки. Вона активізує внутрішні ресурси організму, сприяє відновленню емоційного балансу, ефективно знижує рівень стресу та тривожності, покращує сон, підвищує працездатність та стресостійкість [1, с. 25–29]. Доцільно впровадити біосугестивну терапію в систему психогігієнічної підтримки медичних працівників як засіб профілактики професійного вигорання [2, с. 401; 4, с. 10–12].

Серед сучасних підходів до психопрофілактики медичного персоналу зростає інтерес до немедикаментозних, інтегративних методів підтримки емоційного балансу [4, с. 14]. Одним із таких методів є біосугестивна терапія – цілісний психотерапевтичний напрям, що спрямований на активізацію внутрішніх ресурсів організму шляхом поєднання тілесних та когнітивно-поведінкових практик [1, с. 33–36]. Цей підхід базується на нейропсихологічних механізмах саморегуляції та дозволяє знижувати рівень психоемоційної напруги, підвищувати стресостійкість, нормалізувати психосоматичні реакції [1, с. 40].

Сеанси біосугестивної терапії допомагають при психосоматичних порушеннях, які не спричинені серйозними органічними захворюваннями. Можна виділити такі переваги використання біосугестивної терапії для медичних працівників: метод є простим, неінвазивним, безмедикаментозним; механізм дії зрозумілий і науково обґрунтований; сеанси безболісні, приємні, не спричиняють звикання, залежності, немає ускладнень і відчувається ефект терапії вже після першого-другого проведення [1, с. 45–50].

Використання біосугестивної терапії впливає на організм як на єдину систему, не обмежуючись окремими медичними проблемами, ефективно знижує рівень психоемоційної напруги, покращує якість сну, підвищує працездатність та стресостійкість медичних працівників офтальмологічного стаціонару [1, с.53; 2, с.405; 4, с.16]. Позитивні результати застосування БСТ підкреслюють необхідність інтеграції цього методу в систему психогігієнічної підтримки персоналу як важливого інструмента профілактики хронічного стресу та професійного вигорання [3, с.333–334].

Висновки. Отримані дані засвідчують доцільність розширення практики використання біосугестивної терапії у закладах охорони здоров'я, оскільки вона сприяє гармонізації психофізичного стану, оптимізації адаптаційних ресурсів організму та забезпечує стабільність професійної діяльності. Застосування методу формує умови для довготривалої профілактики емоційного виснаження, покращує соціально-психологічний клімат у колективі та опосередковано підвищує якість надання медичної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Стражний О. Біосугестивна терапія для корекції та лікування психосоматичних розладів : посібник для лікарів і психологів. Тернопіль : Підручники і посібники, 2024. 120 с. (с. 25–53).
2. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2021. Vol. 52, № 1. P. 397–422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
3. Melamed S., Shirom A., Toker S., Berliner S., Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*. 2016. Vol. 132, № 3. P. 327–353. DOI: 10.1037/0033-2909.132.3.327.
4. Salvagioni D. A. J., Melanda F. N., Mesas A. E., González A. D., Gabani F. L., Andrade S. M. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*. 2017. Vol. 12, № 10. e0185781. DOI: 10.1371/journal.pone.0185781.

ЩУРКО М.М.,
к.мед.н., доц.,
НЕЧИПОР Н.О.,
викладач- методист,
Львівська медична академія
імені А.Крупинського

ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАРАТГОРМОНУ

Вступ (актуальність). Паратгормон (РТН) є провідним регулятором кальцієво-фосфатного обміну, впливаючи на кісткову тканину, нирки та метаболізм вітаміну D. Зміни його синтезу чи дії лежать в основі розвитку гіпо- та гіперпаратиреоїдизму, остеопорозу, розладів мінерального обміну та ряду нефрологічних і метаболічних патологій.

Сучасні дослідження доводять, що значення паратгормону не обмежується підтриманням мінерального гомеостазу: він бере участь у регуляції м'язового тону, енергетичних процесів, може впливати на стан серцево-судинної системи та розвиток вікових змін.

З огляду на зростання поширеності хронічних хвороб нирок, цукрового діабету, остеопорозу та метаболічних синдромів, вивчення фізіологічних особливостей паратгормону має вагоме клінічне значення для ендокринології, терапії, нефрології та геріатрії.

Основна частина. Паратгормон (ПТГ) – це білковий гормон, який складається з одного ланцюга з 84 амінокислот і має молекулярну масу близько 9,5 кДа. Він утворюється у головних клітинах паращитоподібних залоз із попередника – пропаратгормону (проПТГ), який після перетворень в апараті Гольджі стає активним гормоном. У кров ПТГ може надходити разом із невеликою кількістю попередника [1].

У кровообігу паратгормон існує в кількох формах, але біологічно активною є інтактна форма, що має молекулярну масу 9,5 кДа. Його секреція відбувається постійно, змінюючись залежно від рівня кальцію в крові – при зниженні концентрації кальцію виділення ПТГ зростає. Найінтенсивніше гормон секретується в нічний час, а через кілька годин після початку секреції його рівень може перевищувати денний у 2–3 рази [2].

Основна функція ПТГ полягає у підтриманні рівноваги кальцію та фосфору в організмі. Під впливом цього гормону:

- з кісткової тканини вивільняється кальцій;
- у нирках посилюється реабсорбція кальцію і зменшується його втрата із сечею;

- активується утворення кальцитріолу (активної форми вітаміну D $\square$), що сприяє засвоєнню кальцію в кишечнику.

Крім того, ПТГ стимулює активність остеобластів і остеокластів, що призводить до розщеплення (резорбції) кісткової тканини і вивільнення кальцію та фосфору у кров. Саме цей процес є основним механізмом підвищення рівня кальцію в крові [4, 5].

Отже, паратиреоїдний гормон (ПТГ) – це білковий гормон, який виділяється паращитоподібними залозами у відповідь на зниження рівня кальцію в крові. Його основна функція полягає у відновленні нормальної концентрації кальцію: він стимулює вивільнення кальцію з кісткової тканини, посилює його всмоктування у тонкому кишечнику та сприяє реабсорбції кальцію в нирках. Крім того, ПТГ активує перетворення вітаміну D у його біологічно активну форму, що додатково покращує засвоєння кальцію [6,7].

Висновок. Паратгормон є головним регулятором кальцієво-фосфорного обміну в організмі. Він забезпечує підтримання стабільного рівня кальцію в крові шляхом впливу на кісткову тканину, нирки та кишечник. Під дією ПТГ активуються процеси резорбції кістки, посилюється реабсорбція кальцію в нирках і стимулюється синтез активної форми вітаміну D $\square$, що покращує всмоктування кальцію в кишечнику. Таким чином, паратгормон відіграє ключову роль у забезпеченні мінерального гомеостазу, необхідного для нормальної роботи нервової, м'язової та кісткової систем.

ЛІТЕРАТУРА

1. Khan M., Jose A., Sharma S. *Physiology, Parathyroid Hormone*. StatPearls Publishing. 2022 May-Jun. 9(3):27-52.
2. Starling S. *Insights into parathyroid hormone secretion*. Nature Reviews Endocrinology. 2020 Vol.16, №5:45-65.
3. Martin T.J. *Physiological and pharmacological roles of PTH and PTHrP*. Endocrine Reviews. 2021 Vol.42, №4: 45-68.
4. Bilezikian J.P., Brandi M.L., et al. *Evaluation and management of primary hyperparathyroidism: review and contemporary concepts*. Journal of Bone and Mineral Research. 2020 Vol.37, №11:34-54.
5. Clarke B.L., et al. *Hypoparathyroidism: clinical practice*. Journal of Bone and Mineral Research. 2022 Jun. 9(3):23-42.
6. Towler D.A. *Parathyroid hormone–PTH1R signaling in cardiovascular biology and disease*. 2024 Jun. 5(6):17-45.
7. Leung E.K.Y. *Parathyroid hormone*. Advances in Experimental Medicine and Biology . – 2021. May 4(3):2-15.

ЖУБРИД М.Т.,

викладач,

ЯНКІВ С.В.,

викладач,

Львівська медична академія

імені Андрея Крупинського

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ НА ПРАКТИЦІ В КРАЇНАХ ПІВНІЧНОЇ АМЕРИКИ ТА ЄВРОПИ

Вступ. Сучасна медсестринська практика базується на концепції медсестринського процесу, який є основним інструментом системного, цілеспрямованого та доказового догляду за пацієнтами. Медсестринський процес охоплює п'ять взаємопов'язаних етапів: оцінку стану, постановку медсестринського діагнозу, планування, реалізацію та оцінку ефективності догляду.

Актуальність теми зумовлена потребою аналізу світового досвіду застосування медсестринський процес для вдосконалення національних моделей сестринської допомоги, особливо в контексті реформування системи охорони здоров'я.

Метою роботи є проведення ретроспективного аналізу впровадження медсестринського процесу в країнах Європи та Америки, визначення ключових етапів розвитку, особливостей застосування та чинників, що впливають на ефективність його реалізації.

Основна частина. Медсестринський процес як структурована модель догляду сформувався у США в 1960–1970-х роках, коли відбулася трансформація ролі сестри медичної від виконавця призначень до самостійного суб'єкта професійної діяльності. У 1973 році Американська асоціація медичних сестер офіційно закріпила п'ятиетапну модель медсестринського процесу, яка згодом стала міжнародним стандартом [1].

У США та Канаді медсестринський процес є законодавчо закріпленою складовою професійної діяльності медичних сестер. У цих країнах найбільшого розвитку набули сестринські класифікаційні системи, зокрема NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association International), що забезпечують уніфікацію термінології та дозволяють вимірювати результати сестринських втручань. Впровадження медсестринського процесу тісно пов'язане з юридичною відповідальністю та необхідністю документування (електронні медичні записи) як доказової бази сестринського догляду [4].

Медсестри використовують NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association – International) як частину медсестринського процесу – систематичного, п'ятиступеневого підходу до забезпечення догляду. Система надає стандартизовану термінологію для формулювання медсестринських діагнозів, які описують реакцію пацієнта, сім'ї чи громади на проблеми зі здоров'ям або життєві процеси.

Важливо розуміти, що медсестринський діагноз (NANDA-I) не є медичним діагнозом. Наприклад, медичний діагноз «Пневмонія» фокусується на патологічному процесі, його встановлює лікар. При цьому медсестринський діагноз, наприклад, «Неефективне очищення дихальних шляхів» фокусується на реакції пацієнта на хворобу та потреби в догляді. Його ставить сестра медична для планування незалежного догляду. Сестра медична оцінює, наскільки досягнуті встановлені цілі. Якщо цілі не досягнуті, процес повторюється, а діагноз, план або втручання коригуються [5].

У Європі концепція медсестринського процесу поширилася у 1980–1990-х роках, з урахуванням локальних відмінностей систем охорони здоров'я та спостерігається більша різноманітність у підходах, із тенденцією до адаптації американських стандартів.

Зокрема, у Великій Британії медсестринський процес інтегрований у стандарти Національної служби здоров'я (NHS). Британська та німецька школи приділяють особливу увагу чіткому плануванню та оцінюванню результатів догляду, що інтегрується з моделями доказової медицини (Evidence-Based Practice).

Британська система однією з перших надала сестрам медичним розширені повноваження (ANP), які можуть самостійно проводити огляд, ставити діагнози (як сестринські, так і певні медичні), призначати деякі ліки та керувати цілим планом догляду

Advanced Nurse Practitioner (ANP), що найчастіше відповідає поняттям сестра медична з розширеною/вищою практикою або практикуюча сестра медична (Nurse Practitioner, NP), – це висококваліфікований медичний фахівець, який отримав вищу освіту та пройшов спеціалізовану клінічну підготовку, що дозволяє йому виконувати функції, які традиційно належали лікарям.

Ця роль є ключовою ланкою в сучасних системах охорони здоров'я, особливо у первинній медичній допомозі та спеціалізованих клінічних сферах.

ANP є зареєстрованою медсестрою (Registered Nurse, RN), яка здобула додатковий академічний ступінь та сертифікацію:

- Базова освіта: диплом зареєстрованої медсестри (RN).
- Вища освіта: необхідний ступінь магістра (Master of Science in Nursing, MSN) або доктора сестринської практики (Doctor of Nursing Practice, DNP).

- Сертифікація: після завершення програми ANP фахівець повинен скласти національний сертифікаційний іспит у своїй спеціалізації (наприклад, сімейна практика, педіатрія, психіатрія) та отримати ліцензію на практику з розширеними повноваженнями [2].

ANP мають правовий статус, який дозволяє їм працювати автономно або в тісній співпраці з лікарями. Обсяг їхніх повноважень може варіюватися залежно від країни та штату/регіону. Практикуючі медсестри з розширеними повноваженнями виконують широкий спектр медичних функцій, які значно перевищують звичайні обов'язки медсестри.

Таблиця 1

Ключові функції ANP

Функція	Опис
Діагностика	Проведення комплексного фізичного обстеження, збір детального анамнезу та встановлення медичних діагнозів гострих і хронічних станів.
Призначення лікування	Розробка та керування планами лікування, включаючи призначення рецептурних препаратів (ліків, які відпускаються за рецептом), фізіотерапії та інших терапевтичних втручань (залежно від місцевого законодавства).
Діагностичні тести	Замовлення та інтерпретація лабораторних аналізів, рентгенівських знімків, УЗД та інших діагностичних процедур.
Профілактика та навчання	Надання консультацій з питань зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, здоров'я та харчування.
Контроль лікування	Довгострокове управління хронічними захворюваннями (наприклад, діабетом, гіпертонією) та координація догляду за пацієнтом.

ANP можуть спеціалізуватися в різних галузях, серед яких:

- Сімейна практика (Family Nurse Practitioner, FNP) - надання первинної допомоги пацієнтам будь-якого віку.
- Догляд за дорослими та геріатрія - спеціалізація на догляді за дорослими та літніми людьми.
- Педіатрія - догляд за немовлятами, дітьми та підлітками.
- Психічне здоров'я - діагностика та лікування психічних розладів.
- Анестезіологія (Certified Registered Nurse Anesthetist, CRNA) - надання анестезії.

Поява та зростання ролі ANP/NP була зумовлена необхідністю підвищити доступність медичної допомоги, особливо в умовах дефіциту лікарів у сільській місцевості та у сфері первинної ланки. На відміну від лікарів, які часто зосереджені на патології, ANP зберігають холістичну (цілісну) орієнтацію сестринської справи, інтегруючи здоров'я, профілактику та психосоціальні аспекти у

свій план лікування. У багатьох системах охорони здоров'я послуги, надані ANP, є менш витратними порівняно з послугами лікарів, зберігаючи при цьому високий рівень клінічної компетентності.

Німецька модель медсестринства сфокусована на базовому догляді (Grundpflege), чіткій регламентації та обережна щодо повної автономії медсестер.

У німецьких закладах охорони здоров'я базова діяльність із сестринського догляду має першочергове значення. Наприклад, сестрам медичним може бути заборонено незалежне внутрішньовенне введення певних лікарських засобів без прямого призначення лікаря.

Базовий догляд (Grundpflege) – це ключове поняття в німецькій та австрійській системах сестринської справи. Він охоплює фундаментальні, життєво необхідні заходи догляду, які забезпечують задоволення основних фізичних і психосоціальних потреб пацієнта, що не вимагають лікарського призначення чи спеціалізованих медичних знань. Основна мета Grundpflege – підтримати або відновити самостійність пацієнта та забезпечити його комфорт і гігієну.

В німецькій системі Grundpflege завжди чітко відокремлюється від спеціалізованого (лікувального) догляду (Behandlungspflege).

Таблиця 2

Характеристика	Базовий догляд (Grundpflege)	Спеціалізований догляд (Behandlungspflege)
Призначення	Задоволення основних потреб людини.	Виконання медичних (лікарських) призначень.
Кваліфікація	Може виконуватися молодшим медичним персоналом (<i>Pflegehelfer</i>) або сестрами медичними.	Виконується виключно кваліфікованими сестрами медичними (<i>examinierte Pflegefachkraft</i>).
Приклади	Годування, миття, зміна постільної білизни, позиціонування.	Ін'єкції (в/м, в/в), перев'язки складних ран, контроль глікемії, введення ліків через зонд.

Спеціалізований (лікувальний) догляд (*Behandlungspflege*) охоплює всі медичні маніпуляції та втручання, які виконуються кваліфікованою медсестрою (медбратом) за призначенням лікаря з метою лікування, діагностики або запобігання ускладнень. Цей вид догляду вимагає високої професійної кваліфікації та знань, а також чіткого дотримання лікарських протоколів.

Скандинавські країни (Швеція, Норвегія, Данія) відомі своїми моделями, які є максимально пацієнто-орієнтованими та холістичними. Тут медсестринський процес часто інтегрується з моделями, що підкреслюють самостійність пацієнта і його активну участь у процесі лікування (моделі самодопомоги). Сестринський процес широко використовується не тільки в стаціонарах, а й у

первинній ланці та домашньому догляді, що забезпечує неперервність допомоги. Документація є максимально спрощеною для сестри медичної, але суворо стандартизованою для забезпечення якості [6].

Холістичний догляд це підхід, який розглядає пацієнта не як набір симптомів чи хвороб, а як цілісну, єдину особистість, на здоров'я якої впливають біологічні, психологічні, соціальні та духовні чинники. Уся допомога та медсестринський процес орієнтовані на чотири основні виміри людського існування:

- Фізичний: фізичні потреби, біль, мобільність (*Grundpflege* та *Behandlungspflege*).
- Психологічний: емоційний стан, стрес, тривога, страх.
- Соціальний: родинні зв'язки, робота, фінансове становище, взаємодія з громадою.
- Духовний: цінності, вірування, сенс життя, надії.

План догляду (планування медсестринського процесу) створюється не за шаблоном хвороби, а з урахуванням унікальних потреб, культури та життєвої ситуації конкретного пацієнта. У холістичному підході сестра медична не лише робить перев'язку (фізичний аспект), але й розмовляє з пацієнтом про його страхи щодо повернення до роботи (психосоціальний аспект) та адаптацію родини до нового стану (соціальний аспект).

Громадський догляд або сестринська справа в громаді – це практика, спрямована на задоволення потреб у здоров'ї всієї громади або населення. Це найчастіше відбувається у сфері первинної медичної допомоги (ПМД), школах, на робочих місцях та вдома у пацієнтів.

Основні завдання сестринської справи в громаді:

- профілактика та зміцнення здоров'я - громадська сестра медична працює над запобіганням хворобам (вакцинація, скринінги, лекції про здоровий спосіб життя) та покращенням загального стану здоров'я населення;
- домашній догляд (*Home Care*): - надання *Behandlungspflege* (лікувальний догляд) та *Grundpflege* (базовий/особистий догляд) пацієнтам удома, особливо хронічно хворим, літнім людям та особам з інвалідністю. Це забезпечує неперервність догляду після виписки зі стаціонару;
- координація - виступає координатором між пацієнтом, лікарем, соціальними службами та родиною;
- оцінка ресурсів громади - визначення проблем зі здоров'ям, які є поширеними в даній спільноті (наприклад, високий рівень діабету, ожиріння), та розробка програм для їх вирішення.

У Скандинавських країнах, де цінується соціальна рівність та доступність, громадський догляд є надзвичайно розвиненим. Сестри медичні часто виступа-

ють як перший контакт пацієнта з системою охорони здоров'я. Вони мають високу автономію у прийнятті рішень щодо амбулаторного ведення пацієнта.

Європейські країни демонструють, що медсестринський процес може бути гнучким і успішно інтегруватися в різні національні системи. Тоді як Америка зосередилася на стандартизації діагнозу (NANDA-I), Європа зосередилася на стандартизації якісних результатів догляду та інтеграції автономної сестринської функції у співпрацю з лікарями.

Висновки:

- Медсестринський процес є основним інструментом підвищення якості догляду в сучасній практиці Європи та Америки.

- Ретроспективні дослідження підтверджують, що впровадження медсестринського процесу сприяє покращенню результатів догляду, комунікації між фахівцями та безпеці пацієнтів.

- Ефективність застосування медсестринського процесу залежить від освітнього рівня медичних сестер, організаційної культури закладу та ступеня цифровізації процесів. Ретроспективні огляди показують, що впровадження електронних систем документування підвищує повноту, достовірність і доступність інформації про догляд. Це дозволяє не лише оцінювати ефективність втручань, а й формувати базу для доказового медсестринства.

- Отриманий досвід може бути використаний для адаптації та розвитку системи медсестринського процесу в Україні з урахуванням національних особливостей.

ЛІТЕРАТУРА

1. American Nurses Association. *Nursing: Scope and Standards of Practice*. 2021.
2. De Coster P., De Baerdemaeker D., De Backer T. Advanced Nurse Practitioner development in Europe: a perspective from Belgium. *Nursing Research and Practice*. 2018. Vol. 2018. P. 1–5.
3. International Council of Nurses. *ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: ICN, 2021.
4. Herdman T. H., Kamitsuru S., eds. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021–2023*. Thieme, 2021.
5. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021–2023. 12th ed. / T. H. Herdman, S. Kamitsuru, S. Takáo (Eds.). Thieme, 2021. [464 p.].
6. Wilkinson J. M., Barnason S., Trundle C. *Nursing process and critical thinking*. 6th ed. Pearson Education, 2017. [752 p.].

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МІГРЕНІ

Актуальність проблеми. Мігрень є однією з найпоширеніших неврологічних патологій, що значно впливає на якість життя пацієнтів та їх працездатність, адже характеризується інтенсивними головними болями, які часто супроводжуються нудотою, блюванням, світлобоязню та шумобоязню. Актуальність проблеми зумовлена високою поширеністю захворювання серед працездатного населення, частими рецидивами та складністю лікування, оскільки традиційні методи терапії не завжди забезпечують належний ефект. Крім того, мігрень має значний соціально-економічний вплив, пов'язаний із тимчасовою втратою працездатності та витратами на лікування, що робить її важливою медичною та суспільною проблемою сучасності.

Метою дослідження є визначення особливостей перебігу мігрені, аналіз основних клінічних проявів та оцінка ефективності сучасних підходів до діагностики й лікування, що дозволить удосконалити стратегії медичної допомоги пацієнтам з даною патологією.

Матеріали та методи. У дослідженні використано аналіз наукових джерел, статистичних даних та клінічних рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, Європейської федерації головного болю та профільних національних протоколів. Методологічну основу становили порівняльний аналіз, систематизація та узагальнення наявних результатів клінічних і епідеміологічних досліджень, що дозволило виявити актуальні проблеми діагностики та лікування мігрені, а також окреслити перспективні напрями їх вирішення.

Виклад основних положень. Мігрень – це хронічне неврологічне захворювання, що належить до групи первинних головних болів і характеризується рецидивуючими нападами інтенсивного або помірною цефалгічного синдрому, який, як правило, локалізується однобічно та супроводжується вегетативними й неврологічними симптомами (нудота, блювання, фото- та фонофобія, порушення зору) [1]. Патогенез мігрені пов'язують із порушеннями нейроваскулярної регуляції, дисфункцією серотонінергічної системи та спадковою схильністю. Захворювання має поліетіологічний характер, а його перебіг значною мірою зумовлений поєднанням генетичних, гормональних та психоемоційних чинників, що робить мігрень складною медико-біологічною проблемою сучасної неврології.

Причини виникнення мігрені у населення мають мультифакторіальний характер та зумовлені поєднанням генетичних, біохімічних і зовнішніх чинників. Наукові дослідження підтверджують роль спадкової схильності: у більшості випадків у пацієнтів простежується сімейний анамнез подібних проявів, що свідчить про наявність генетично детермінованих механізмів дисфункції нервової системи. Біохімічною основою розвитку мігрені вважається порушення регуляції серотоніну та інших нейромедіаторів, що призводить до змін тону судин і формування больового синдрому. Серед зовнішніх тригерів найбільш значущими є стресові ситуації, надмірні психоемоційні навантаження, недосипання, гормональні коливання (особливо у жінок), а також вплив певних харчових продуктів, алкоголю чи різких змін погодних умов [2]. Сукупність цих факторів сприяє високій поширеності мігрені серед населення та ускладнює профілактику і лікування даної патології.

Важливим аспектом у дослідженні причин мігрені є врахування соціально-економічних та екологічних чинників. Встановлено, що міські жителі частіше страждають від мігрені порівняно з населенням сільських територій, що пояснюється інтенсивнішим ритмом життя, підвищеним рівнем стресових впливів та більшою кількістю шкідливих факторів довкілля (забруднення повітря, шумове навантаження). Крім того, розвиток інформаційних технологій та тривале перебування за комп'ютером або мобільними пристроями є додатковим навантаженням на нервову систему, що також розглядається як фактор ризику виникнення мігрені. Наявність зазначених причин свідчить про складний і багатовимірний характер даної патології, а отже, потребує комплексного підходу до її профілактики, який включає не лише медичні, але й соціально-психологічні заходи [3].

Виявлення мігрені в сучасній медичній практиці України здійснюється насамперед шляхом клінічного аналізу скарг пацієнта та збору анамнезу. Діагноз встановлюється на основі критеріїв Міжнародної класифікації головних болів (ICHD-3), де враховуються частота, тривалість і характер нападів, а також супутні симптоми (нудота, фото- та фонофобія, аура). Інструментальні методи (МРТ, КТ, ЕЕГ) використовуються для диференціальної діагностики з метою виключення органічних патологій головного мозку. Широко застосовуються стандартизовані шкали (MIDAS, HIT-6), що дозволяють оцінити вплив головного болю на працездатність та якість життя [4].

Сучасна терапія мігрені в Україні передбачає два напрями: купірування гострого нападу та профілактику рецидивів. Для усунення нападу застосовуються нестероїдні протизапальні засоби, специфічні препарати групи триптанів, а в окремих випадках – ерготамінвмісні засоби. Профілактичне лікування спрямоване на зменшення частоти та інтенсивності нападів і включає

використання бета-адреноблокаторів, антиконвульсантів, антидепресантів, а також інноваційних препаратів – моноклональних антитіл проти CGRP (кальцитонін-ген-спорідненого пептиду). Додатково використовуються немедикаментозні методи: фізіотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, нормалізація режиму сну та харчування.

Профілактичні заходи в Україні спрямовані на зниження впливу тригерних факторів, серед яких стрес, гормональні коливання, порушення режиму сну, шкідливі звички та надмірне навантаження нервової системи. Значну увагу приділяють освітнім програмам для пацієнтів, що формують навички самоконтролю та вчасного реагування на перші прояви нападу. Важливим напрямом є впровадження рекомендацій щодо корекції способу життя: збалансованого харчування, уникнення надмірного вживання кофеїну та алкоголю, регулярної фізичної активності [5].

На ефективність лікування мігрені в Україні впливають доступність лікарських засобів, соціально-економічний стан населення та своєчасність звернення пацієнтів до спеціаліста. Проблемним залишається обмежене використання новітніх біологічних препаратів через їх високу вартість, що знижує рівень ефективності лікування у значної частини хворих.

Проблема лікування мігрені в Україні зумовлена низкою чинників, серед яких провідними є пізня діагностика, недостатня обізнаність населення про природу захворювання та обмежена доступність сучасних препаратів. Багато пацієнтів звертаються до лікаря лише після тривалого періоду самостійного використання знеболювальних засобів, що призводить до формування хронічного перебігу хвороби та зловживання медикаментами. Важливим бар'єром також є висока вартість інноваційних методів терапії (зокрема препаратів групи моноклональних антитіл), що обмежує їх застосування у широкій клінічній практиці. Крім того, відсутність системних державних програм профілактики та контролю мігрені спричиняє збереження високого рівня захворюваності та значні соціально-економічні втрати.

Шляхами вирішення зазначених проблем є комплексний підхід, що включає підвищення рівня медичної освіти пацієнтів і лікарів первинної ланки, розширення доступу до сучасних діагностичних методів та впровадження протоколів лікування, адаптованих до міжнародних стандартів. Важливим напрямом є розробка державних та регіональних програм відшкодування вартості інноваційних лікарських засобів для пацієнтів із тяжкими формами мігрені. Крім того, доцільним є активне впровадження немедикаментозних стратегій (стрес-менеджмент, когнітивно-поведінкова терапія, фізична активність, корекція харчування), що дозволить зменшити медикаментозне навантаження і підвищити ефективність лікування. Таким чином, системне поєднання

медичних, освітніх і соціальних заходів може суттєво покращити якість життя пацієнтів з мігренню в Україні.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Мігрень є складним неврологічним захворюванням, яке суттєво впливає на якість життя населення та має високий соціально-економічний тягар. Сучасні методи лікування дозволяють зменшити частоту та інтенсивність нападів, однак не завжди забезпечують стійкий результат. Проблемним залишається обмежений доступ до інноваційних препаратів і недостатня обізнаність пацієнтів про можливості сучасної терапії. Подальші дослідження мають бути спрямовані на вивчення генетичних і нейробиологічних механізмів розвитку мігрені, що дасть змогу удосконалити діагностику та персоналізувати лікування. Перспективним є впровадження нових фармакологічних засобів та комплексних програм профілактики, які поєднують медичні та немедикаментозні підходи. Важливим напрямом є розробка державних стратегій забезпечення пацієнтів сучасними методами лікування. Таким чином, інтеграція наукових досягнень у практичну медицину сприятиме більш ефективному контролю мігрені та підвищенню якості життя хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боженко Н. Л., Боженко О. Б., Боженко М. І. Мігрень, тривога, депресія – взаємозв’язок та коморбідність. Українські медичні вісті. 2022. 14(1–2), 90–91.
2. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Волосовець Т. М. та ін. Головні болі і больові синдроми обличчя. Міжнародний неврологічний журнал. 2023. 19(3), 73–79. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.19.3.2023.1001>
3. Migraine and other headache disorders. 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
4. Nieswand V., Richter M., Gossrau G. et al. Epidemiology of Headache in Children and Adolescents – Another Type of Pandemia. Current Pain and Headache Reports. 2020. 24(10), 62. <https://doi.org/10.1007/s11916-020-00892-6>
5. Orr S. L. Headache in Children and Adolescents. American Academy of Neurology. 2024. (30)2, 438–472. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000001414>

СЕКЦІЯ 3

ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ЧИЖСЬКИЙ П.В.

здобувач освіти

Житомирський медичний інститут ЖОР, м. Житомир

ВАРИЧ А. М.

науковий керівник

Житомирський медичний інститут ЖОР, м. Житомир

ІНТЕГРАЦІЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ФАРМАЦЕВТИЧНУ ОСВІТУ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ

Анотація. У тезах розглядається роль інтерактивно-інноваційних технологій у підготовці майбутніх фармацевтів. Зосереджено увагу на використанні гейміфікації, симуляційних методів, віртуальної та доповненої реальності у навчальному процесі. Визначено переваги таких технологій для формування професійних і комунікативних компетентностей здобувачів освіти.

Ключові слова: інтеграція технологій, фармацевтична освіта, гейміфікація, віртуальна реальність, доповнена реальність, симуляційні методи, штучний інтелект, мікролернінг.

Відповідно до вимог часу та розвитку цифрових технологій сучасна фармацевтична освіта потребує постійного оновлення методів навчання. Традиційні лекційні форми дедалі частіше доповнюються інтерактивними інструментами, які підвищують зацікавленість здобувачів освіти, сприяють розвитку критичного мислення та практичних навичок. Особливої актуальності набуває впровадження інноваційних методів навчання у фармацевтичну галузь, адже саме від професійної підготовки майбутніх провізорів залежить якість фармацевтичної допомоги населенню.

Отже, **метою роботи** є дослідити можливості використання інтерактивно-інноваційних технологій у фармацевтичній освіті та визначити їх вплив на якість підготовки майбутніх фахівців.

Одним із найефективніших напрямів модернізації фармацевтичної освіти є впровадження гейміфікації. Ігрові елементи – бали, рівні, рейтинги, віртуальні нагороди – стимулюють здобувачів освіти до активнішої участі в навчальному процесі. Наприклад, створення онлайн-квестів із фармакології чи хімії допомагає краще засвоїти складний теоретичний матеріал [1], [2].

Важливу роль відіграють віртуальні лабораторії та симуляційні тренажери, які дають змогу відпрацьовувати практичні навички виготовлення лікарських форм, не витрачаючи реальні ресурси. Такі технології зменшують ризики помилок, а також дозволяють повторювати експерименти у зручному форматі [3].

Значний потенціал має доповнена (AR) та віртуальна реальність (VR). Використання AR-додатків у вивченні фармакогнозії чи фармацевтичної хімії дає змогу розглядати тривимірні моделі молекул, лікарських рослин або фармацевтичного обладнання. Це підвищує наочність та залученість здобувачів освіти [1], [4].

Окремий напрям – застосування штучного інтелекту (AI) у навчанні. AI-системи можуть аналізувати взаємодію лікарських засобів, генерувати клінічні кейси, перевіряти знання здобувачів освіти у форматі діалогу. Такі інструменти сприяють персоналізації навчання та розвитку аналітичного мислення [1].

Крім того, важливо інтегрувати мікролернінг – короткі навчальні модулі з інтерактивними тестами, відео та завданнями, що дозволяє здобувачам освіти вивчати матеріал у зручному темпі. Поєднання таких підходів формує у майбутніх фармацевтів не лише глибокі знання, а й уміння застосовувати їх у практичних ситуаціях.

Отже, підсумовуючи вище сказане, можемо зробити **висновок**, що інтерактивно-інноваційні технології є невід’ємним елементом сучасної фармацевтичної освіти. Вони сприяють формуванню професійних, аналітичних і комунікативних компетентностей, підвищують мотивацію до навчання та забезпечують ефективну підготовку майбутніх провізорів до реальних умов фармацевтичної практики.

Подальші дослідження доцільно спрямувати на оцінку ефективності впровадження конкретних технологічних інструментів (AR, AI, VR) у навчальний процес.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бут, 2023 – Бут, І. (2023) Інтеграція традиційних і дистанційних технологій навчання фармацевтичної хімії майбутніх магістрів фармації України. Українська професійна освіта. 5 (212). С. 108–114.
2. Калібабчук et al., 2015 – Калібабчук, В.О., Костирко, О.О., Сліпчук, В.Л., Чхало, О.М., Рева, Т.Д. (2015). Інноваційні технології вивчення хімічних дисциплін у вищих медичних навчальних закладах в умовах комп’ютерно-орієнтованого освітнього середовища. Формування сучасної концепції викладання природничих дисциплін у медичних освітніх закладах: матеріали VIII наук. - практ. конф., присвяченої 210-й річниці ХНМУ та 60-й річниці кафедри медичної та біоорганічної хімії. 26–27 трав. 2015 р. Харків: ХНМУ. С. 33–37.
3. Єфремова, 2020 – Єфремова, Г.Л. (2020). Інноваційні технології в сучасному освітньому просторі: колективна монографія. Суми: Вид-во Сум ДПУ ім. А.С.Макаренка. 444 с.
4. Бистрова, 2015 – Бистрова, Ю.В. (2015). Інноваційні методи навчання у вищій школі України. *Право та інноваційне суспільство*. 1 (4). С. 27–28.

ДЯДЕНКО Т.Г.,
студентка II-го
магістерського курсу
спеціальності «Фармація»
Черкаська медична академія
Науковий керівник:
ГНАТЕНКО Т.С.,
викладач кафедри
фармацевтичних дисциплін.,
Черкаська медична академія

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТЕРАКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ДИСТАНЦІЙНОМУ НАВЧАННІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ

В умовах трансформації освітнього середовища професійна підготовка фармацевтів (провізорів) має ґрунтуватися не лише на засвоєнні готових знань, а й на розвитку здатності до критичного мислення, самостійного аналізу та творчого підходу в практичній діяльності. Сучасна модель навчання повинна забезпечувати формування як загальних, так і професійних компетентностей, створюючи сприятливі умови для особистісного зростання студентів, їхньої самореалізації, самонавчання та розвитку креативного потенціалу. З огляду на це, особливої актуальності набуває впровадження активних та інтерактивних методів навчання, які сприяють індивідуалізації освітнього процесу відповідно до інтересів, потреб і можливостей кожного здобувача освіти.

Сучасна система освіти орієнтована на формування активної, самостійної та відповідальної особистості, здатної не лише засвоювати готові знання, а й критично мислити, самостійно визначати та аналізувати професійні проблеми, знаходити ефективні шляхи їх розв'язання і аргументовано обґрунтовувати прийняті рішення [1]. У процесі професійної підготовки майбутніх фахівців фармації особливої ваги набувають принципи системності, безперервного вдосконалення та практичної орієнтованості навчання. Такий підхід сприяє формуванню не лише глибоких теоретичних знань, а й здатності до їх творчого застосування в умовах реальної професійної діяльності.

Інтерактивність – це можливість вступати у взаємодію чи вести обмін інформацією з іншими, будь то люди або технічні засоби, як-от комп'ютери. Інтерактивне навчання – це особливий спосіб організації навчального процесу, який сприяє активній участі учнів у здобутті знань.

Дистанційне навчання є однією з форм безперервної освіти, що забезпечує реалізацію права кожної людини на доступ до знань та інформації. Цей вид навчання передбачає здобуття знань і навичок через поєднання інформаційних ресурсів та освітніх процесів, з використанням різноманітних технологій та засобів навчання на відстані. Його основою є застосування інформаційно-комунікаційних технологій і каналів передачі інформації, таких як мережа Інтернет, телебачення, пошта, – а також освітніх методик, що відповідають технічним умовам обміну даними. Заняття в межах дистанційного навчання, що здійснюються за допомогою комп'ютерних телекомунікацій, можуть проводитися у різних форматах.

У процесі підготовки фахівців за напрямом 22 «Охорона здоров'я», спеціальністю «Фармація», науково-педагогічний колектив Черкаської медичної академії впровадив різноманітні форми навчання, зокрема: Google Форми, освітню платформу Moodle, сервіси Meet і Zoom, чат-заняття, Skype-лекції, вебіари та Viber-чат.

З метою оцінки ефективності застосування інтерактивних методів навчання було проведено дослідження, у якому взяли участь 96 студентів. У результаті виявлено такі чинники:

✓ 59,9% опитаних студентів вважають, що дистанційне навчання є різновидом інтерактивних методів навчання; частково з цим погодилися 28,6% респондентів, тоді як 10,9% не підтримали цю думку.

✓ Найчастіше використовувані ІТ-інструменти серед студентів: Google Форми – 83,8%, Classroom – 24,3%, Zoom – 13,5%, Meet – 1,4%, платформа Moodle – 3,4%.

✓ На думку студентів, найбільш ефективними ІТ-методами є: Google Форми – 80,4%, Classroom – 25%, Zoom – 21,6%, Moodle – 4,7%, Meet – 1,4%.

✓ Найцікавішими методами навчання студенти визнали: Google Форми – 75,7%, Classroom – 24,3%, Zoom – 12,5%, Meet – 2,8%, Moodle – 3,5%.

✓ Серед найменш ефективних засобів навчання під час дистанційного формату студенти відзначили: Moodle – 35%, Zoom – 32,1%, Classroom – 28,5%, Meet – 27,7%, Google Форми – 27%.

Як свідчать результати дослідження, погляди студентів щодо ефективності дистанційного навчання є доволі різними, і жодна з форм не отримала однозначного визнання як найкраща. Це пояснюється наявністю певних недоліків у кожного з інструментів. Зокрема, у Zoom безкоштовна сесія обмежена 30 хвилинами, Meet може давати збої при підключенні великої кількості учасників,

а Google Форми іноді працюють нестабільно під час надсилання відповідей на тести.

Таким чином, дистанційне навчання можна розглядати як сучасну форму освіти, що відповідає вимогам ХХІ століття. Утім, для досягнення її повної ефективності необхідно продовжувати вдосконалення та адаптацію новітніх освітніх технологій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шевченко О.С., Шевченко Р.С., Тодоріко Л.Д. Вплив стилю педагогічної діяльності викладача на ставлення студента до навчання. Актуальні питання якості медичної освіти: тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю: у 2 т. – Тернопіль, ТДМУ, 2016. – Т. 1. С. 114–115.

ЖУКРОВСЬКА М.О.,

к. х. н., доц.

ПАРТИКА У.Б.,

Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ КЛІНІЧНІ КЕЙСИ НА ПРИКЛАДІ ІНТЕГРАЦІЇ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ХІМІЇ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЕЛЕМЕНТ ПРОБЛЕМНО- ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ ФАРМАЦЕВТІВ

Анотація. У статті розглянуто роль міждисциплінарних клінічних кейсів як провідного інструменту проблемно-орієнтованого навчання у підготовці майбутніх провізорів. Обґрунтовано необхідність інтеграції фармакології та хімії для формування клінічного мислення і професійної компетентності. Проаналізовано педагогічні переваги використання кейс-методу та його вплив на якість фармацевтичної освіти.

Ключові слова: міждисциплінарні клінічні кейси, фармакологія, хімія, фармацевтична освіта.

Вступ. Сучасна фармацевтична освіта орієнтується на практико-орієнтовану модель підготовки спеціалістів, здатних приймати раціональні клініко-фармацевтичні рішення. Одним із важливих освітніх підходів є проблемно-орієнтоване навчання, у якому студент виступає активним суб'єктом пізнавального процесу, залученим до пошуку та обґрунтування професійних рішень [1-4]. Особливої актуальності набуває використання міждисциплінарних клінічних кейсів, що поєднують фармакологію, органічну та фармацевтичну хімію, фармакокінетику, фармакодинаміку та біофармацію [2, 3, 5].

Мета роботи – проаналізувати можливості застосування міждисциплінарних клінічних кейсів в освітньому процесі.

Основна частина. Міждисциплінарний клінічний кейс – це навчальна ситуація, побудована на реальному або умовному клінічному прикладі, що потребує від студента не лише знання механізмів дії лікарських засобів, але й розуміння їхньої хімічної структури, кислотно-основних властивостей, розчинності, ступеня іонізації, метаболічних перетворень та можливих лікарських взаємодій [4, 6]. Таке поєднання дозволяє студенту оцінити ефективність та безпеку терапії з позицій доказової фармації.

У рамках використання клінічних міждисциплінарних кейсів студенти аналізують клінічну задачу, визначають фармакологічну проблему та здійснюють підбір оптимального препарату з урахуванням його хімічної природи. Наприклад, вибір бета-адреноблокатора при артеріальній гіпертензії передбачає

розуміння ліпофільності молекули (метопролол vs. атенолол) та її впливу на проникнення через гематоенцефалічний бар'єр і частоту побічних реакцій. Таким чином, рішення спирається не лише на фармакологічні властивості, але й на хімічні характеристики речовини [5, 7].

Використання клінічних кейсів сприяє розвитку клінічного мислення, здатності до доказового вибору терапевтичної стратегії, навичок роботи в команді та міжпрофесійної комунікації. Крім того, студенти вчаться аргументувати свої рішення, що є ключовим для формування професійної компетентності провізора [8-10].

Педагогічні переваги методу використання клінічних міждисциплінарних кейсів включають: індивідуалізацію навчання; стимулювання мотивації; поступове набуття автономності та відповідальності; перехід від пасивного засвоєння інформації до активного аналізу та синтезу; формування здатності швидко орієнтуватися в клінічних ситуаціях.

Приклади міждисциплінарних клінічних кейсів, які інтегрують знання хімії та фармакології. Кейс 1. Пацієнт, 56 років, з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу звертається зі скаргами на головний біль та коливання артеріального тиску. Раніше отримував атенолол, однак відмічає втому та холодні кінцівки. При аналізі хімічних властивостей препарату враховують, що атенолол є гідрофільним і має обмежене проникнення через ГЕБ, але у пацієнтів з метаболічним синдромом може поступатися метопрололу, який, будучи більш ліпофільним, забезпечує стабільніше зниження тиску та кращий контроль симпатичної активності. Таким чином, вибір метопрололу базується як на фармакологічних характеристиках, так і на хімічній природі сполуки.

Кейс 2. Студент аналізує вибір НПЗП при больовому синдромі у пацієнта з гастритом. З урахуванням хімічної будови та селективності ЦОГ-інгібіторів віддається перевага целекоксибу, оскільки він є селективним інгібітором ЦОГ-2 і має менший ризик гастротоксичності порівняно з диклофенаком або ібупрофеном.

Кейс 3. Пацієнт отримує тетрациклін разом із препаратами кальцію. З огляду на хелатні властивості тетрациклінів та їх взаємодію з двовалентними катіонами пояснюється зниження біодоступності. Рекомендовано розділити прийом у часі або замінити антибіотик на альтернативний без хелатуючої взаємодії.

Висновки. Міждисциплінарні клінічні кейси є ключовим інструментом проблемно-орієнтованого навчання у фармацевтичній освіті, оскільки забезпечують інтеграцію теоретичних та практичних дисциплін, сприяють розвитку клінічного та критичного мислення, формують здатність до раціонального вибору лікарських засобів. Така форма навчання відповідає сучасним вимогам до підготовки фахівців фармацевтичної галузі та підвищує рівень професійної компетентності майбутніх провізорів.

JITEPATYPA

1. Harden R. M. The integration ladder: a tool for curriculum planning and evaluation. doi: 10.1046/j.1365-2923.2000.00697.x.
2. Wood D. Problem based learning. BMJ, 2003. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7384.328>
3. Savery J. R. Overview of problem-based learning: definitions and distinctions. Interdisciplinary Journal of PBL, 2006. <https://doi.org/10.7771/1541-5015.1002>
4. Dolmans D. How integration of pharmacology and pharmaceutical chemistry improves learning outcomes. Medical Education, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05289-2>
5. Schmidt H. Problem-based learning: rationale and description. Medical Education, 1983. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1983.tb01086.x>
6. Albanese M. Problem-based learning: what and how do students learn? Academic Medicine, 1993. DOI:10.1007/978-1-4419-1428-6_210
7. Thistlethwaite J. Interprofessional education and the integration of case-based methods. Journal of Interprofessional Care, 2012. DOI:10.1016/j.edumed.2015.04.007
8. Craig C. Integrating medicinal chemistry and pharmacology: educational strategies. American Journal of Pharmaceutical Education, 2019. doi: 10.5688/ajpe79113
9. Wenzel A. Case-based teaching in pharmacy education: outcomes and assessment. Currents in Pharmacy Teaching and Learning, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2024.102136>
10. Gwee M. Global trends in medical and pharmacy education: PBL perspective. Journal of Applied Pharmaceutical Science, 2022.

СЕКЦІЯ 4

СТОМАТОЛОГІЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО- ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ARYICHUK Y.,

4th-year Dentistry student

Bukovyna State Medical University

LIASHUK R.P.,

Ph.D., Associate Professor,

Bukovyna State Medical University,

Chernivtsi

THE ROLE OF INTERACTIVE AND INNOVATIVE LEARNING IN ENDOCRINE EDUCATION FOR DENTAL STUDENTS

Abstract. Interactive and innovative forms of teaching endocrinology to dental students are an essential component of the modern educational process. They allow for the formation of not only fundamental theoretical knowledge but also the development of critical clinical thinking, the refinement of practical skills, and the provision of the necessary interdisciplinary perspective.

In the context of the rapid development of medicine and the growing number of patients with systemic diseases, particularly endocrine disorders, the role of the dentist extends beyond local treatment.

A modern specialist must be able to recognize the dental manifestations of systemic pathologies, plan treatment considering the patient's overall health status, and effectively collaborate with specialists from other fields. Innovative teaching methods bridge the gap between academic theory and the reality of clinical practice.

Strategies for Implementing Innovations in the Educational Process

To achieve high educational outcomes in teaching endocrinology to dentists, it is essential to apply a variety of **interactive and innovative forms of learning**. These methods ensure the **active engagement** of students, transforming them from passive listeners into **active participants** in the educational process.

1. Clinical Cases and Situational Tasks (Case-Based Learning)

Description: Learning through the resolution of real clinical situations that involve both an endocrine disease and its specific dental manifestations. This method imitates medical practice.

Example: "A patient complains of persistent dry mouth, rapid progression of periodontitis, and has been diagnosed with previously undiagnosed Type II Diabetes Mellitus. What is the dentist's sequence of actions? What are the specifics of local anesthesia and surgical interventions for this patient?"

Goal: Formation of interdisciplinary clinical thinking, the ability for diagnostic search, and making informed decisions in conditions of comorbidity.

2. Flipped Classroom

Description: Students independently study theoretical materials at home (by watching video lectures, reviewing presentations, and reading literature), while classroom time is used exclusively for intensive practical work, discussions, analysis of complex cases, and problem-solving.

Outcome: Activation of the learning process, significantly more time is dedicated to practicing practical skills, and self-reliance and responsibility for one's own learning are stimulated.

3. Role-Playing and Clinical Situation Modeling

Description: Students model a comprehensive patient consultation, assigning roles such as endocrinologist, dentist (therapist/surgeon), and patient. This may include the stages of history taking, inter-specialty consultation, and explaining the treatment plan to the patient.

Goal: To develop key communication skills, the ability for clinical analysis, as well as skills for effective collaboration with specialists from other fields, which is critically important for patients with chronic endocrine disorders.

4. Utilization of Digital Simulators and Virtual Patients

Tools: The application of modern online platforms, software, or VR solutions for studying the symptoms, differential diagnosis, and treatment tactics for endocrine disorders.

Example: A "virtual patient" simulator with acromegaly – the student must independently identify the dental signs (diastema, prognathism, enlarged tongue), formulate a preliminary diagnosis, and provide recommendations for further examination by an endocrinologist. This provides a safe environment for decision-making.

5. Interdisciplinary Integrated Classes

Description: Conducting joint classes, seminars, or conferences with instructors from therapy, surgery, endocrinology, pharmacology, and periodontology.

Topic Example: "Diabetes Mellitus: The Endocrinologist's and Dentist's View on Periodontitis Treatment and Implantation," or "Peculiarities of Drug-Induced Anesthesia for Patients with Thyroid Gland Diseases."

Advantage: Ensures a holistic and systemic vision of the clinical situation, demonstrating to students the unity of medical knowledge.

6. Mobile Applications for Self-Assessment (Gamification)

Ideas: Creating or utilizing existing medical apps, quizzes, flashcards, or interactive cards focused on endocrinology with an emphasis on dental aspects.

Outcome: Increased motivation for self-directed learning through elements of gamification, which contributes to better and faster retention of factual material.

7. Educational Projects and Mini-Research

Tasks: Writing literature reviews, scientific reports, or mini-projects such as: "The Impact of Hypothyroidism on Bone Tissue Regeneration Processes in Dentistry," or "Peculiarities of Providing Emergency Care for Hypoglycemic Coma in the Dental Office."

Goal: To foster skills in scientific work, critical analysis of information, and analytical thinking, all of which are essential for continuous professional development.

Conclusions:

Competence Through Interactivity

The implementation of interactive and innovative teaching methods is not merely a trend but a vital necessity for modern medical education. They transform the passive reception of information into an active process of competency formation: stimulate active involvement and participation among students; effectively develop clinical, critical, and systemic thinking; ensure a strong link between fundamental theory and dental practice; contribute to better and deeper assimilation of material through the direct practice of clinical skills.

The preparation of a dentist who understands the influence of endocrine pathologies on the oral cavity and is able to adjust their clinical tactics accordingly is the key to improving the quality of dental care and patient safety in the future. Innovations in education are an investment in professionalism.

REFERENCES

1. Gade S., Chari S. Case-based learning in endocrine physiology: An approach toward self-directed learning and the development of soft skills in medical students. *Advances in Physiology Education*, 2013, 37(4): 356–360.
2. Thistlewaite J.E., Davies D., Ekeocha S. et al. The effectiveness of case-based learning in health professional education. **Medical Education*, 2012, 46(6): 616–628.
3. Morgan S. S., Morgan R. E. A flipped classroom in graduate medical education. *The Clinical Teacher**, 2020, 17(1): 18-22.
4. Wang Q., Chen J., Chen H., Chen Y. Problem-based learning and case-based learning in dental education. **Annals of Translational Medicine*, 2021, 9(14): 1205.
5. Perez A., Green J., Moharrami M. et al. Active learning in undergraduate classroom dental education—A scoping review. *PLoS One*, 2023, 18(10): e0292723.
6. Cook D. A., Erwin P. J., Triola M. M. Effectiveness of virtual patients and computer simulations in medical education: a systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 2010, 25 Suppl 4(Suppl 4): S840–S847.

СЕКЦІЯ 5

СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНИЙ ТА ФУНДАМЕНТАЛЬНИЙ НАПРЯМОК В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ

НЕДБАЙЛО Н.Т., II курс, магістр,
спеціальність 15 Медсестринство
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»
ЛОЗ И Н СЬКА С. О., к. іст. н., доцент

ГЕНДЕРНА СПЕЦИФІКА ПІДХОДУ ДО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Одним з основних чинників досягнення національної безпеки, соціально-економічного процвітання і благополуччя держави у сьогоденні є здоров'я населення. Задовільний стан громадського та індивідуального здоров'я є запорукою гармонійних відносин у суспільстві, яке постійно зазнає стресових викликів під час російсько-української війни. Питання здоров'я населення та сфери його охорони розглядаються як локальними, так і глобальними проблемами. Вони мають життєве важливе значення, як для кожного індивіда окремо, так і для всього людства в цілому.

Науковці галузей медицини, соціології, психології, філософії та інших наук актуалізують соціальну складову здоров'я людини, пов'язаної із суспільством та усіма елементами його структури. Результати вивчення залежності здоров'я людини від різних детермінантів доводять, що лише на 10% воно обумовлене рівнем розвитку і станом системи охорони здоров'я у конкретному суспільстві. Решта 90% детермінантів здоров'я припадає на умови середовища (близько 20%), спадковість (близько 20%) і найбільше – на спосіб життя (50%) [7, с. 33].

Проблема здоров'я людини перестала бути турботою лише лікарів, медичних сестер/братів та іншого персоналу медичних закладів. У процеси попередження і подолання захворювань активно долучаються фахівці медико-соціальної сфери. Так, у наукову термінологію вже міцно увійшли такі поняття, як «медико-соціальна допомога», «медико-соціальна робота», «соціальна робота в сфері охорони здоров'я».

Потреби розв'язувати питання медико-соціальних проблем у сфері охорони здоров'я на якісно новому професійному рівні, зумовлені погіршенням показників здоров'я серед населення.

Однак, враховуючи соціальну затребуваність і практичну роботу, в Україні діяльність соціальних працівників у медичних закладах є ще рідкісним явищем, що обумовлює об'єктивну потребу у вивченні питань медико-соціальної роботи в різних сферах охорони здоров'я (профілактика захворювань, збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, надання кардіологічної, наркологічної, онкологічної, психіатричної та інших видів спеціалізованої допомоги).

Забезпеченість охорони здоров'я населення є пріоритетним напрямком медико-соціальної роботи. Дані працівники медичного профілю працюють у сфері профілактики, реабілітації та патронування клієнтів і пацієнтів – чоловіків і жінок. У роботі медичних закладів, реабілітаційних та кризових центрів знання щодо гендерної специфіки та диференціації порушень здоров'я у чоловіків і жінок є надзвичайно важливими. [1]

У рамках наукової категорії «гендер» (gender – соціальна стаття), яка показує специфіку реагування чоловіків і жінок, як окремих соціально-демографічних груп, на соціальні і медичні проблеми започаткувало вже переосмислення багатьох стереотипів статево-рольової ідентифікації суспільства починаючи з другої половини ХХ ст. Сьогодні є розуміння теорії і практики соціальної роботи загалом і медико-соціальної спеціалізації зокрема, яка здійснюється.

Гендерна специфіка передбачає, що впродовж життя жінки і чоловіки стикаються з різними випробуваннями, виконують різноманітні ролі, отримують різну винагороду і набувають різних статусів. Соціальні та біологічні фактори в результаті нашаровуються одне на одне та призводять до статистично значимих відмінностей між чоловіками і жінками. І це проявляється не тільки у різних сферах життєдіяльності, але й у питаннях, пов'язаних з їхнім здоров'ям (спосіб і тривалість життя, схильність до певних захворювань, ступінь стурбованості власним здоров'ям та ін.).

Враховуючи статеві відмінності у питаннях здоров'я, неоднозначно під впливом є і взаємодіючі між собою фактори доходу, освіти, раси, етнічності, віку особи. Ми розглядаємо параметри соціальної диференціації суспільства, які при певних умовах стають підґрунтям для соціальної нерівності, в тому числі й у сфері охорони здоров'я. Культурна і соціальна стратифікація здоров'я та хвороби це соціальне явище, яке вивчається культурологами, соціологами, психологами і медико-соціальними працівниками.

У питаннях хвороби і здоров'я, моделей способу життя, доступу до медичної допомоги та інших показників є значні розбіжності у поглядах осіб

різних демографічних груп. Такі поняття, як місце проживання, навколишнє середовище, соціальне оточення, культурні традиції чинять вплив на стан здоров'я та рівень смертності серед соціальних груп і, таким чином, створюють соціальну нерівність у сфері охорони здоров'я. Проблема отримання до медичної допомоги обумовлена не тільки неналежним функціонуванням системи охорони здоров'я та медичної інфраструктури, а й неможливістю незабезпечених та соціально вразливих верств населення сплатити за високоякісні методи лікування і профілактики захворюваності. Отже, очевидно, що рівність у здоров'ї прямо залежить від соціальної рівності, яке у більшості суспільств не можливе. [4]

Конституція України та основні законодавчі документи присвячені охороні здоров'я громадян, міжнародні конвенції, декларації щодо гендерної рівності ратифіковані нашою державою закріплюють рівний доступ для чоловіків і жінок до медичного обслуговування. [5]

У теперішній час ставиться завдання щодо реалізації гендерних принципів у практичній діяльності сфери охорони здоров'я. Для цього важливим є перехід від гендерно-нейтральної моделі надання медичної допомоги (яка не враховує гендерні особливості і відмінності, часто призводить до утисків за статевою ознакою, помилок в діагностиці, лікуванні, реабілітації жінок і чоловіків) до посилення гендерно чутливої складової системи медичного обслуговування населення.[4]

Треба відзначити, що урахування гендерної специфіки в медико-соціальній роботі повинно базуватися на професійній компетентності фахівців, що включає знання гендерних аспектів медико-соціальних і психологічних проблем чоловіків та жінок; передбачає делікатне, тактовне ставлення медичного персоналу, психологів до гендерних проблем людей з проблемами здоров'я, до специфіки самовираження їхньої гендерної ідентичності, до тих труднощів, які доводиться переживати жінкам і чоловікам в період хвороби.

Застосовуючи на практиці гендерний підхід, медико-соціальні працівники мають фіксувати ті думки й почуття, які виникають у них при взаємодії з пацієнтами різної статі. Рефлексивне спостереження відіграє важливу роль під час соціального і медичного обслуговування, оскільки як в процесі, так і після спілкування з клієнтами, фахівцям необхідно самостійно мати відповіді на питання:

- Чи є будь-які упередження щодо прогнозу взаємодії з пацієнтом – жінкою / чоловіком?
- Чи відрізняється ставлення до пацієнтки-жінки від ставлення до пацієнта-чоловіка і чому?

- Чим пояснюється різниця в поведінці, сприйнятті хвороби і лікування чоловіків і жінок?

Усі етапи медичної допомоги можуть бути оцінені із застосування критеріїв гендерної чутливості. В охороні здоров'я гендерний підхід— це врахування гендерних аспектів при аналізі системи охорони здоров'я та формуванні політики в цій сфері. Головний акцент гендерної специфіки у питаннях здоров'я та його збереження має зосередитись на таких проблемах: 1) вплив способу життя чоловіків і жінок на стан здоров'я. 2) перелік факторів, які погіршують стан здоров'я чоловіків і жінок; 3) гендерні особливості і відмінності в показниках захворюваності (хто більше або менше хворіє), смертність чоловіків і жінок;

Більшість науковців роблять акцент саме на статевих відмінностях при висвітленні проблеми здоров'я. На думку Т. Бендас, така позиція авторів зумовлена передовсім поширенням міфів про більшу стурбованість жінок власним здоров'ям та їхню схильність до частих відвідувань лікарів і медичних закладів на противагу чоловікам, які порівняно менше переймаються проблемами свого здоров'я (відповідність гендерному стереотипу про «сильну стать», яка має «залізне здоров'я» і не звертає увагу на хворобливі симптоми).

Американський соціолог Талкотт Парсонс свого часу мав великий вплив на створення і поширення міфів про статеві відмінності у питаннях здоров'я. Ще у 1951 році він стверджував про властивий жінкам експресивний стиль і вважав природним явищем, коли вони демонструють свою хворобливість, адже суспільство дозволяє їм бути слабкими. Тому жінки з готовністю приймають і виконують таку роль.

У медико-соціальної роботі є ще одне проблемне питання пов'язане з гендерними особливостями перебігу різних хворіб у чоловіків і жінок. Цікавим дослідженням є поширення психічних розладів з розбивкою за статевою ознакою, де більшість науковців указують на те, що: 1) відсутні чіткі відмінності за статтю в рівнях захворюваності на шизофренію; 2) показники загального настрою і стану тривожності незмінно вище у жінок, незалежно від місця і часу; 3) показники особистісних порушень незмінно вище у чоловіків, незалежно від часу і місця.

Такі результати спростовують твердження про те, що психічні порушення частіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків, і що зміна ролі статей в житті суспільства сприяє більшому поширенню психічних захворювань серед жінок. Захворюваність в залежності від статі залишається незмінною, хоча і проявляється по-різному: у жінок вища схильність до депресії і тривожності, в той час як чоловіки частіше страждають від порушення особистості.[6]

Спроби суспільства усвідомити, яким чином психічні захворювання вражають жінок і чоловіків, робляться, перш за все, в сучасній соціології і медико-соціальній роботі. Зокрема, причини жіночої депресії розкриваються за допомогою аналізу сімейних обов'язків жінки, соціальної ізоляції та впливу запропонованих соціальних ролей. Жінки схильні до стресу також в результаті свого вторинного статусу в суспільстві. Багатьом з них доводиться поєднувати набагато більшу кількість обов'язків, ніж чоловікам, і виконувати різні ролі протягом життя; внутрішньо сімейний розподіл хатніх обов'язків і виховання дітей часто створюють у жінок рольове перевантаження і підвищене нервово-психічне напруження, що викликають порушення психічного здоров'я. Відсутність самореалізації в трудовій діяльності також призводить до депресії. Тому, за даними досліджень, психічне здоров'я домогосподарок виявляється, як правило, гірше, ніж у працюючих жінок [7, с.121].

Акцент на жіночому психічному здоров'ї не означає, що чоловіки не страждають психічними захворюваннями, або що стреси, які викликає сучасний ритм життя, не позначаються на стані здоров'я та благополуччі чоловіків. У нашому суспільстві чоловіки: 1) несуть тягар примусу, не маючи вибору і свободи дій; 2) повинні постійно дотримуватися ролі «агресивної мужності», яку пропонує суспільство; 3) не можуть забезпечити свої сім'ї так, як вважають за необхідне. Все це створює значний емоційний і психічний стрес, який іноді провокує зловживання алкоголем або іншими травмуючи ми їхню психіку речовинами, а іноді сприяє виникненню психічних розладів.

Отже, актуалізована гендерна тема у медико-соціальній роботі, є цікавою і потребує подальших наукових досліджень, враховуючи, що стать виступає одним із значимих елементів і є залежною змінною у питаннях здоров'я населення, статевих відмінностях, психологічних, економічних, освітніх, вікових, етнічних факторах. Сьогодні практична діяльність сфери охорони здоров'я все частіше реалізовує перехід від гендерно-нейтральної моделі до посилення гендерно чутливої складової системи медичного обслуговування населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гончаренко О. В. Технологія медико-соціальної роботи в системі охорони здоров'я // Технології соціальної роботи і соціальної допомоги в умовах трансформаційного періоду: навч.-метод. посібник / за заг. ред. А. О. Полянничко, А. В. Кирилюк. Суми: ФОП Цьома, 2020.
2. Гончаренко О. В., Полянничко А. О. До питання змісту медико-соціальної складової підготовки соціальних працівників // Науковий вісник Мукачівського

державного університету. Серія «Педагогіка та психологія». Випуск 1 (11). 2020. С. 63-66.

3. Гончаренко О. В. Фахова підготовка соціальних працівників до роботи у сфері охорони здоров'я // Вісник КНЛУ. Серія Педагогіка та психологія. Випуск 32. 2020. С. 125–133.

4. Данко Д. В. Соціальна робота в медичній сфері // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка, соціальна робота. 2011. Вип. 23. С. 39–41.

5. Зима І. Я. Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я // Інвестиції: практика та досвід. 2019. № 7. С. 108-113.

6. Проблеми гендерної рівності у галузі охорони здоров'я / ГОБ проєкт «Гендерне бюджетування в Україні». Київ. 2018. 26 с.

7. Тимчик О. В., Маруненко І. М. Медико-соціальні основи здоров'я: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: Київськ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2013. 317 с.

СУХАЦЬКА В. Ю.

викладач циклової комісії
гуманітарних та історичних дисциплін
Черкаської медичної академії

ПРОБЛЕМИ Й ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ У ВИКЛАДАННІ ГУМАНІТАРНИХ ДИСЦИПЛІН У СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Анотація: у статті проаналізовано проблеми викладання гуманітарних дисциплін у контексті формування та виховання особистості майбутнього фахівця в медичній галузі. Наголошується на досвіді викладання гуманітарних дисциплін в Черкаській медичній академії.

Ключові слова: гуманітарні дисципліни, інтегроване заняття, інтеграція знань.

У процесі професійної підготовки майбутніх медичних працівників гуманітарні дисципліни є важливою складовою поряд з фаховою підготовкою медика, адже духовний розвиток особистості, збагачення філософської культури та загальнолюдських цінностей є необхідною умовою для виконання ними професійних обов'язків.

Проблема ефективного викладання гуманітарних дисциплін у медсестринській освіті є надзвичайно актуальною, адже саме на предметах гуманітарного циклу у здобувачів освіти формується культура мовлення, вміння спілкуватися з пацієнтами, здатність розуміти емоційний стан інших людей, діяти зважено у стресових ситуаціях. Проте діапазон циклу гуманітарних дисциплін у робочих навчальних планах є різноманітний, але, нажаль, не завжди відповідає вимогам сучасності. Побудова навчального матеріалу має оглядово-інформаційний характер, не відкриває реальних можливостей для передачі особистісно-орієнтованих знань, необхідного досвіду.

З огляду на це, одним із практичних напрямків реформування освіти в Україні є збільшення значущості предметів гуманітарного циклу у структурі навчання, підвищення їх ролі, а також поєднання гуманітарної підготовки фахівця з професійною, адже це сприятиме формуванню цілісної картини світу. Тому метою вивчення суспільно-гуманітарних дисциплін у системі підготовки медичних сестер є формування у них сучасного світогляду, розвиток порядності, відповідальності, наполегливості, співчутливості, людяності, тобто їхньої гуманістичної спрямованості (позитивного ставлення до професії, схильність та інтерес до неї, бажання удосконалювати свою підготовку)

Інший важливий аспект, на думку автора, при викладанні гуманітарних дисциплін – це тенденція до зниження позитивної мотивації щодо їх вивчення, оскільки здобувач освіти, вступивши до вищого медичного навчального закладу, налаштований насамперед на здобуття професійних знань, умінь та навичок. У результаті тільки незначний відсоток майбутніх медичних працівників вільно володіють мовою діалогу, вміють правильно й доступно формулювати професійну думку та суспільно-громадську позицію, а як результат – не можуть знайти себе у професії та в соціумі, натомість часто позиціонують себе і своє майбутнє поза межами України або взагалі не пов'язують своє майбутнє з медициною через відсутність професійної мотивації [1, с.195].

Аналіз українських досліджень показує, що гуманітарна підготовка відіграє ключову роль у формуванні професійних та моральних цінностей, комунікаційних навичок майбутніх медичних сестер. Так, М. Кулачинський та О. Сікорська [2] підкреслюють значення філософії та історії медицини для розвитку соціальної та етичної компетентності майбутніх медичних працівників, наголошуючи на інтеграції тематичних модулів у навчальні плани. Дослідження І. Гука [3] демонструє ефективність інтерактивних методів при підготовці медичних сестер – дискусій, кейс-аналізу та рольових ігор у формуванні саме моральних норм і професійної відповідальності. Ю. Колісник-Гуменюк [4] акцентує увагу на комплексному підході до формування професійно-етичної культури, поєднуючи теоретичне навчання та практичні завдання. Усі ці роботи свідчать, що гуманітарні дисципліни сприяють розвитку критичного мислення, емпатії та готовності до прийняття обґрунтованих клінічних рішень, що відкриває перспективи для впровадження інноваційних методик у навчальні програми медичних закладів України.

Пропонуємо власний погляд на проблему викладання гуманітарних дисциплін у системі підготовки медичних сестер, вдалого поєднання гуманітарної підготовки фахівця з професійною:

1. Створення інтегрованих курсів, їх професійна спрямованість – навчальних предметів, які адаптовуються для вивчення та інтегрують знання декількох наук (Громадянська освіта, Історія України, Філософія, Історія медицини, Українська мова за професійним спрямуванням та ін.). Практично на кожному занятті можна та треба знайти момент і місце для реалізації міжпредметних зв'язків. Наприклад, при вивченні теми з української літератури В. Барки «Жовтий князь», прослідковується міжпредметна інтеграція з історією України (Голодомор 1932 -1933 рр. в Україні), Історією медицини (медичний аспект Голодомору); при вивченні теми з історії України «Україна в роки Другої світової війни» прослідковується інтеграція з Всесвітньою історією («Друга світова війна»), Історією медицини («Розвиток медицини в роки Другої світової

війни»). Міждисциплінарні навчальні модулі, сприяють розвитку критичного мислення, емпатії та професійної відповідальності.

2. Розробка нових форм занять (інтегровані заняття, бінарні заняття). Ми вважаємо, що за допомогою інтегрованих занять активізується навчально-пізнавальна діяльність студентів, по-новому розглядається роль викладача, студенти набувають більшої самостійності.

3. Використання інтерактивних та інноваційних методів навчання: рольові ігри, моделювання конфліктних ситуацій, аналіз реальних кейсів із етичними та соціальними аспектами.

Використання цифрових технологій, мультимедійних ресурсів і проєктно-орієнтованих завдань теж створює динамічне навчальне середовище. Наприклад, впровадження освітніх платформ Moodle, Google, Zoom підвищує залученість здобувачів освіти до навчального процесу, дозволяє поєднати традиційне навчання з дистанційними формами, розвиває самостійність і відповідальність здобувачів освіти.

4. Організація позааудиторної роботи дає ще більше поле для діяльності. Позааудиторні заходи допомагають студентам не сприймати ці науки нудними, а вносять елементи емоційного забарвлення. Так, викладачами гуманітарних дисциплін в Черкаській медичній академії щорічно проводиться захід «Україна понад усе!», в якому здобувачі освіти мають можливість показати не лише свої знання з історії України, сучасної української поезії, а й вміння відстоювати свої позиції.

5. Організація гурткової роботи. Так, з метою зацікавленості студентів вивченням гуманітарних дисциплін на в Черкаській медичній академії діє історичний клуб «Пошук», який має за мету розширити та поглибити знання з історії, створити умови для розкриття потенціалу здібних студентів, які мають нахил до творчої роботи та вивчення дисциплін гуманітарного профілю. За формою проведення та змістом робота може бути індивідуальна, командна, тематична. Але всі вони спрямовані на кінцевий результат – міцні знання та формування конкурентоспроможної особистості. Тому, участь в історичному клубі допомагає студентам краще розуміти розвиток медицини в Україні та світі, аналізувати етичні дилеми минулого та сучасності, що підвищує їхню професійну зрілість.

Отже, можна зробити висновок, що аналіз наукових робіт та власний погляд на проблему показують, що викладання гуманітарних дисциплін у системі підготовки медичних сестер є невід’ємною складовою формування професійної компетентності. Гуманітарна освіта сприяє розвитку критичного мислення, емпатії, моральної та етичної свідомості, а також комунікаційних навичок, які є необхідними для сучасного медичного працівника. Вдале поєднання аудиторної

та позааудиторної діяльності – інтерактивних модулів, кейс-аналізу, рольових ігор та участі в історичних чи культурних клубах – дозволяє забезпечити практичну реалізацію гуманітарних знань у професійній діяльності.

Перспективи дослідження тематики полягають у розробці та впровадженні інноваційних методик інтеграції гуманітарних дисциплін у навчальні плани медичних закладів, створенні цифрових та проєктно-орієнтованих форматів навчання, а також у проведенні емпіричних досліджень для оцінки ефективності таких підходів. Особливо важливим є вивчення впливу позааудиторної гуманітарної діяльності на професійний розвиток медичних сестер, що дозволить оптимізувати підготовку фахівців у сучасних умовах та формувати висококваліфікованих, соціально відповідальних і етично свідомих медичних працівників.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сухацька В. Ю. Гуманітаризація освітнього процесу як складова професійної підготовки студентів-медиків /В. Ю. Сухацька //Діалогічний простір взаємодії суб'єктів освітнього процесу: зб. матеріалів других всеукраїнських педагогічних читань, присвячених 295-річниці з дня народження Григорія Сковороди. Черкаси, 2017. С. 194 – 196.
2. Кулачинський М. М., Сікорська О. О. Вибіркові гуманітарні дисципліни та їх значення у формуванні медика як соціальної особи. Одеса: Одеський нац. мед. ун-т, 2023. 56 с.
3. Гук І. П. Формування моральних цінностей майбутніх медичних сестер у процесі вивчення гуманітарних дисциплін. Харків: Харківський нац. мед. ун-т, 2022. 48 с.
4. Колісник-Гуменюк Ю. І. Професійно-етична культура майбутніх медичних працівників у процесі гуманітарної підготовки. Київ: Нац. акад. пед. наук України, 2013. 62 с.

ЗМІСТ

Секція 1

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА:

СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ

БОБКО У., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., ШЕГЕДИН А.З. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕОНТОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ	3
БУБЕС С. ЯРЕМЧУК О.В. ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ У ПРАКТИЧНІЙ РЕАЛІЗАЦІЇ РОЛІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ/БРАТА У ВЕДЕННІ ЕЛЕКТРОННОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ.....	8
ЛУЧКА В.В., НЕДІЛЬКО Р.В. ОСВІТНІ ІННОВАЦІЇ У ПРОФЕСІЙНОМУ СТАНОВЛЕННІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР/БРАТІВ ЯК ЛІДЕРІВ МЕДИЧНИХ КОМАНД.....	15
КАРПЕНКО Ю. П. ГЕЙМІФІКАЦІЯ ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ ІНСТРУМЕНТ У ВИВЧЕННІ ХІМІЇ.....	18
СЕМЕНЕНКО О.Я. ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ НА ЗАНЯТТЯХ ЛАТИНСЬКА МОВА В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ	21
РІЗУН Г.М., ЦЮНИК Н.Ю. АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ У ЦИФРОВОМУ НАВЧАЛЬНОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЗВО.....	24
ДЗЮБ Р.С., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю. СТРАТЕГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ МЕДСЕСТРИНСТВО: SWOT-МЕТОДОЛОГІЯ В ДІЇ.....	27
СІТАКАЄВА Л., ФІК В.Б. ІСТОРИЧНІ ЕТАПИ ФОРМУВАННЯ УЯВЛЕНЬ ПРО ПАЛІАТИВНИЙ ДОГЛЯД	32
ШУЙ О. З., ТЕРЕЩУК С. І., ЄФІМЕНКО Н. В. СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ФОРМУВАННЯ ЗНАНЬ ПРО НАНОМАТЕРІАЛИ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ.....	36
ДУБАН С., ЯРЕМЧУК О.В. СУБ'ЄКТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ КОМПЛАЄНТНОСТІ: АНАЛІЗ БАР'ЄРІВ ДОТРИМАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО РЕЖИМУ ПАЦІЄНТАМИ.....	42
ПАРАНЬКА Н.В., ДУБ Н.Є., ГВОЗДЕЦЬКА Г.С. ОРГАНІЗАЦІЙНО-КАДРОВІ УМОВИ ПІДГОТОВКИ МЕДСЕСТЕР ДО УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	49
ШЕВЧЕНКО О.Т. ІННОВАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ КЕЙС-МЕТОДУ У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР.....	53
БОРЕЙКО Л.Д. ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ СТРЕСУ І ВІЙСЬКОВИХ ЗАГРОЗ	58
НАЛИВАЙКО Л.М., РИК Т.М. ГАРМОНІЗАЦІЯ УКРАЇНСЬКОЇ СИСТЕМИ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ З ЄВРОПЕЙСЬКИМИ СТАНДАРТАМИ.....	62

ПАСІЧНЮК І.П., ПАРТИКА У.Б. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АКАДЕМІЧНОГО СТРЕСУ ТА РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У СТУДЕНТІВ.....	65
КУКСЕНКО І.В., ПОЦЮРКО Н.Т. КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД ЯК ОСНОВА МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗМІСТУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ.....	69
ШИЙКА Л.Ю. ВИКЛИКИ ПЕДІАТРИЧНОГО МЕДСЕСТРИНСТВА ТА СУЧАСНА ПЕДАГОГІКА.....	72

Секція 2

ПРАКТИЧНА МЕДИЦИНА ТА МЕДСЕСТРИНСТВО

ШЕРЕМЕТ ЄВГЕНІЯ, ФІК ВОЛОДИМИР ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ АМПУТАЦІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА ПРОТЕЗУВАННЯ.....	75
ПЕРЕВІЗНИК Н.В., МАРУШ І.В. ДОСЛІДЖЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС АМБУЛАТОРНОГО ПРИЙОМУ	78
СИМКАНИЧ Н.Д. ROCUS-ДІАГНОСТИКА: МОЖЛИВОСТІ ТА РОЛЬ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ	81
ВЕСЕЛЬСЬКА Д.О., АНДРІЙЧУК Д.Р., ДИКА Б.М. ПРОЯВИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ	86
ЯРЕМЧУК О.В., ТВЕРДА І.В., ФІТЬО Н.Р. ГЕНЕТИЧНА СХИЛЬНІСТЬ ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	88
ЛАПАН О.В. СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ: АНАЛІЗ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	91
ТРУБІЛКО К. О., КОЗИНЕЦЬ О. Д. ІНТЕГРАТИВНА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРАВМАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	96
ГУМЕНЧУК І.О. ЕФЕКТИВНА КОМУНІКАЦІЯ СЕСТЕР/ БРАТІВ МЕДИЧНИХ У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ.....	100
ЦЮНИК Н. Ю., РІЗУН. Г. М. ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ: СУЧАСНИЙ СТАН ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ.....	104
БЯЛИЙ А.О. ЯТРОГЕННІ НАСЛІДКИ БОТОКСОТЕРАПІЇ	108
КОСТІВ З.П. РОЛЬ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ РАКУ ШКІРИ	110
БУЛИК О.-А.Р., БОРЕЙКО Л.Д. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НАВЧАННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	113

МАКАРОВА Т.В., МАРУШ І.В. ЗАСТОСУВАННЯ БІОСУГЕСТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ.....	117
ЩУРКО М.М., НЕЧИПОР Н.О. ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАРАТГОРМОНУ.....	120
ЖУБРИД М.Т., ЯНКІВ С.В. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ НА ПРАКТИЦІ В КРАЇНАХ ПІВНІЧНОЇ АМЕРИКИ ТА ЄВРОПИ.....	122
ДИКА Б.М., ВАРІЧ А.М., РОЖКО О.С. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МІГРЕНІ	128

Секція 3

ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ЧИЖСЬКИЙ П.В., ВАРІЧ А. М. ІНТЕГРАЦІЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ФАРМАЦЕВТИЧНУ ОСВІТУ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ	132
ДЯДЕНКО Т.Г., ГНАТЕНКО Т.С. ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТЕРАКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ДИСТАНЦІЙНОМУ НАВЧАННІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ.....	134
ЖУКРОВСЬКА М.О., ПАРТИКА У.Б. МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ КЛІНІЧНІ КЕЙСИ НА ПРИКЛАДІ ІНТЕГРАЦІЇ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ХІМІЇ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЕЛЕМЕНТ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ ФАРМАЦЕВТІВ	137

Секція 4

СТОМАТОЛОГІЧНА НАУКА ТА ІНТЕРАКТИВНО-ІННОВАЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ

ARYICHUK YELYZAVETA., LIASHUK R.P. THE ROLE OF INTERACTIVE AND INNOVATIVE LEARNING IN ENDOCRINE EDUCATION FOR DENTAL STUDENTS	140
--	-----

Секція 5

СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНИЙ ТА ФУНДАМЕНТАЛЬНИЙ НАПРЯМОК В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ

НЕДБАЙЛО Н.Т., ЛОЗИНСЬКА С. О. ГЕНДЕРНА СПЕЦИФІКА ПІДХОДУ ДО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	143
СУХАЦЬКА В. Ю. ПРОБЛЕМИ Й ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ У ВИКЛАДАННІ ГУМАНІТАРНИХ ДИСЦИПЛІН У СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	149

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

МАТЕРІАЛИ
VI РЕГІОНАЛЬНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ
МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

28 жовтня 2025 року

Підписано до друку 10.11.2025

Формат 60×84 ¹/₁₆. Папір офсетний. Друк на різнографі

Умовн. друк. арк. 9,6. Обл.-вид. арк. 8,8

Наклад 20 прим. Зам. 251510

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