



КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
ЛВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
«ЛВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«ВОЛИНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ» ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ



МАТЕРІАЛИ

II МОЛОДІЖНОГО МЕДИЧНОГО ФОРУМУ – 2026

Мультисекторальна науково-практична студентська конференція

ЛВІВ 2026



**КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
ЛВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
«ЛВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«ВОЛИНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ» ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**



**МАТЕРІАЛИ
II МОЛОДІЖНОГО МЕДИЧНОГО
ФОРУМУ – 2026**

**Мультисекторальна науково-практична
студентська конференція**

ЛВІВ 2026

Оргкомітет конференції:

Голова:

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

Пастрик Т.В., доктор психологічних наук, доцент, в.о.ректора КЗВО «Волинський медичний інститут» ВОР.

Заступник голови:

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

Члени оргкомітету:

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

Корчинський І.О., доктор економічних наук, професор 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» ;

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

Любінська О.І., кандидат педагогічних наук, доцент КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» ;

Андрейко О.І., викладач КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» ;

Білобровка В.Ю., викладач КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

Сидор О.К., викладач 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» ;

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

Яремчук О.В., кандидат наук з державного управління (доктор філософії), КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»;

Фітьо Н.Р., магістр управління та адміністрування КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського».

*Рекомендовано до друку вченою радою КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
(Протокол № 11 від 27 травня 2026 року)*

Матеріали II Молодіжного медичного форуму – 2026 «Мультисекторальна науково-практична студентська конференція» (м. Львів, 28-29 травня 2026 року). – Львів: 2026. - с.80

У збірнику тез вміщено матеріали II Молодіжного медичного форуму – 2026 «Мультисекторальна науково-практична студентська конференція» для студентів, викладачів, магістрів, молодих науковців та практикуючих медичних сестер/братів.

Бибик В. Р. – студентка II курсу
фаховий молодший бакалавр
ОПП «Медсестринство»
Фаховий медичний коледж ІФНМУ
Науковий керівник:
Грушецька А. Я. – спеціаліст вищої категорії,
викладач-методист
Фаховий медичний коледж ІФНМУ

ВПЛИВ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НА КОРЕКЦІЮ ІНСУЛІНО-РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ

Інсулінорезистентність – це патологічний стан, що характеризується зниженням чутливості клітин до інсуліну, внаслідок чого порушується вуглеводний обмін і підвищується ризик розвитку цукрового діабету 2 типу, ожиріння та серцево-судинних захворювань [3]. У сучасних умовах спостерігається зростання поширеності даного стану серед осіб середнього віку, що визначає його значну медико-соціальну важливість [4]. Одним із ключових факторів впливу є харчування, адже нераціональний раціон сприяє поглибленню метаболічних порушень, тоді як збалансована дієта може ефективно їх коригувати [2].

Метою дослідження є оцінити ефективність дієтотерапії та її поєднання з фізичною активністю у корекції інсулінорезистентності.

У дослідженні взяли участь 16 пацієнтів віком 45–60 років із ознаками порушення вуглеводного обміну. Учасників було розподілено на дві групи: перша група (9 осіб) дотримувалася лише дієтотерапії; друга група (7 осіб) поєднувала раціональне харчування з регулярною фізичною активністю.

Після тритижневого втручання у пацієнтів першої групи відзначено зниження рівня інсуліну, покращення загального самопочуття, зменшення проявів втоми та головного болю. Маса тіла залишалася відносно стабільною, проте спостерігалось зменшення об'єму талії.

У пацієнтів другої групи зафіксовано більш виражене зниження рівня інсуліну, а також позитивну динаміку антропометричних показників – зменшення маси тіла та об'єму талії. Крім того, відзначалося покращення психоемоційного стану, зниження рівня стресу та підвищення загального тону організму.

Отже, раціональне харчування є ефективним методом корекції інсулінорезистентності. Поєднання дієтотерапії з фізичною активністю забезпечує більш виражений клінічний ефект, сприяє нормалізації метаболічних показників, зниженню маси тіла та покращенню загального стану пацієнтів.

Література

1. Мельник А. А. Вивчення факторів ризику інсулінорезистентності у жінок з обтяженим метаболічним анамнезом. Експериментальна і клінічна медицина. 2024.

2. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ожиріння у дорослих» : наказ від 03.03.2023 № 427.
3. Скибчик В. А. Інсулінорезистентність: клінічне значення, методи визначення, підходи до лікування. Український медичний часопис. 2006. № 6. С. 61–68.
4. Тарануха О. А. Можливості оптимізації харчової поведінки та саплементації при інсулінорезистентності та цукровому діабеті 2 типу. 2025.
5. Чернишов В. А., Валентінова І. А., Шкапо В. Л. Асоціація індексів інсулінорезистентності з метаболічними чинниками серцево-судинного ризику. Український терапевтичний журнал. 2020.

Дейнека В. В. – здобувач II курсу
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 223 Медсестринство
ОПП Сестринська справа
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник:
Гальчун Н. П. – PhD, доц.
КЗВО «Волинський медичний інститут»

ШЛЯХИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД ТРАНСКУЛЬТУРНОГО МЕДСЕСТРИНСТВА В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС

В умовах сучасних соціодемографічних трансформацій, що супроводжуються масштабними міграційними процесами, зростанням кількості внутрішньо переміщених осіб та перебуванням іноземних громадян у вітчизняних закладах охорони здоров'я, традиційна уніфікована модель медичного догляду демонструє свою повну обмеженість. Шаблонний підхід до пацієнта без урахування його етнокультурного походження, релігійного світогляду та лінгвістичних особливостей стає деструктивним чинником у клінічній практиці. Це призводить до критичного зниження комплаєнсу, виникнення гострих етико-деонтологічних конфліктів між персоналом і пацієнтами, а також підвищує ризики діагностичних та маніпуляційних помилок через комунікативні бар'єри. Імплементация засад транскультурного медсестринства в практичну діяльність – запорука якісної реструктуризації взаємодії на всіх етапах медсестринського процесу, трансформування сухого клінічного протоколу в гнучку, культурно компетентну систему догляду. Теоретичним фундаментом розв'язання цієї проблеми є концепція «культурної турботи» (Culture Care) Мадлен Лейнінгер, яка вимагає від персоналу не просто технічного виконання маніпуляцій, а глибокого врахування культурних цінностей та вірувань пацієнта [3].

Мета дослідження. Обґрунтувати теоретико-методологічні підходи та розробити прикладні шляхи впровадження засад транскультурного медсестринства в освітній процес (систему професійної підготовки медичних сестер) для подолання дефіциту культурної компетентності та підготовки персоналу до роботи в мультикультурному середовищі.

Результати дослідження. Аналіз отриманих емпіричних даних виявив глибоку детермінацію перешкод: 41,2% опитаних медичних сестер продемонстрували базовий/низький рівень готовності до транскультурного догляду. Критичними маркерами дефіциту стали: «ризикована імпровізація» (20,5% медсестер повністю змінюють підхід до лікування без опори на протоколи, а 50% – вдаються до обговорення альтернативних методів); професійне відсторонення (близько 75% персоналу виявляють пасивність, рідко або майже ніколи не цікавлячись культурними особливостями пацієнтів). «професійна ізоляція» (61,4% – уникають обговорення культурних викликів у колективі); «парадокс свідомості» (100% – усвідомлюють необхідність транскультурних навичок, проте 43,1% –

блокують власну ініціативу через нестачу практичних тренінгів (77,2%) та ресурсів (63,7%)) [1].

Отримані результати свідчать не лише про наявність окремих професійних труднощів, а й про системний дефіцит підготовки медичних сестер до надання транскультурного догляду. Виявлені дефіцити демонструють, що усвідомлення важливості міжкультурної компетентності саме по собі не трансформується у практичну готовність до її реалізації.

За таких умов актуалізується необхідність модернізації системи професійної підготовки медичних сестер із посиленням її практичної та транскультурної складової. Це зумовлює потребу в пошуку ефективних підходів до формування міжкультурної компетентності та вдосконалення підготовки медичних сестер відповідно до сучасних викликів культурно різноманітного середовища.

У ході роботи над досліджуваною проблемою нами було проведено низку освітньо-інформаційних заходів для донесення до медичної спільноти важливості забезпечення пацієнтам культурно компетентного догляду. А від так – необхідності імплементації засад транскультурного медсестринства в систему підготовки сестер медичних/братів медичних. А саме: виступи з доповідями на різного рівня конференціях та форумах: “Transcultural Nursing – a Key in Improving the Nursing Care Quality in a Multicultural Society” (Молодіжний медичний форум-2025, 29-30 травня 2025 року), «Дослідження готовності медичних сестер до транскультурного догляду в мультикультурному соціумі» (Науково-практична конференція з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід в медицині: сучасні наробки та виклики в імунології, алергології та ревматології (Різдвяні читання у Львові)», 26-27 листопада 2025 року), «Шляхи імплементації засад транскультурного медсестринства в медсестринський процес» (VIII Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, аспірантів та молодих «Інноваційні технології в освіті, науці й виробництві», 12 травня 2026 року). Проведено відкрити лекцію «Роль транскультурного догляду у формуванні довіри пацієнта: від теорії до українських реалій» для членів Студентського наукового товариства КЗВО «Волинський медичний інститут», 11 грудня 2025 року.

Для подолання виявлених дефіцитів розроблено структуру інформаційного буклета для медичної сестри «Транскультурна деонтологія: правила, табу, комунікація», що складається з трьох прикладних інструментальних проєктів: «Мовні бар'єри та невербальні табу в медсестринській практиці» (для навчання медсестер базовим правилам комунікації за відсутності спільної мови та уникнення жестів-табу), «Етнічні, релігійні та гендерні табу під час виконання маніпуляцій й догляду» (для мінімізації психологічного дискомфорту пацієнта та запобігання етичним конфліктам), «Релігійні обмеження у фармакотерапії, дієтотерапії та екстрених станах» (для враховування специфічних табу пацієнта без шкоди для перебігу лікувального процесу).

Окрім того, ми пропонуємо програму імплементації засад транскультурного медсестринства в систему практичної підготовки медсестринських кадрів на етапі додипломної освіти, який передбачає такі заходи:

- запровадження варіативної складової: розробка та пропозиція вибіркового освітнього компонента «Основи транскультурного медсестринства» обсягом 3 кредити ЄКТС;

- розробка методичних рекомендацій для викладачів клінічних дисциплін: видання внутрішнього збірника інструкцій для інтеграції питань етнокультурної чутливості під час розбору випадків з внутрішньої медицини, педіатрії чи акушерства тощо;

- оновлення методичного забезпечення практичної підготовки: включення в щоденники виробничої практики обов'язкового розділу «Культурний аспект» для фіксації релігійних, мовних або дієтичних обмежень;

- упровадження наскрізних модулів: інтеграція обов'язкової теми «Транскультурні аспекти професійної діяльності» в межах освітніх компонентів «Медсестринські теорії та процес», «Основи медсестринства» та «Громадське здоров'я»;

- створення банку симуляційних сценаріїв з етнокомпонентом: упровадження практичних кейсів з надання допомоги пацієнтам-іноземцям чи представникам різних релігійних громад при невідкладних станах;

- розширення тематики кваліфікаційних, інших дослідницьких робіт: включення питань етноспецифічного догляду та деонтології в мультикультурному середовищі до планів досліджень.

У той же час, як свідчать результати дослідження, практикуючі медичні сестри на 100% відчують потребу в оволодінні компетенціями транскультурного догляду. Тому, ми пропонуємо здійснювати «коригування» на етапі післядипломної освіти в процесі проходження циклів тематичного удосконалення. Ми пропонуємо, до прикладу, до навчального плану ТУ сестер медичних стаціонару тривалістю 75 годин (2,5 кредити ЄКТС) ввести розділ «Медична даонтологія та транскультурна комунікація в практиці медсестри» тривалістю 25 годин (6 годин – лекції, 12 годин – практичні заняття, 7 годин – самостійна робота) з відповідною тематикою. Це дасть можливість максимально охопити медсестринський персонал для формування у них навичок надання безпечного культурно компетентного пацієнтоорієнтованого догляду.

Висновки. Впровадження транскультурного компонента в систему підготовки сестер медичних/братів медичних передбачає тривекторні переваги: для самих фахівців – забезпечить їх конкурентоспроможність на сучасному ринку надання медичних послуг, для пацієнтів – отримання безпечного культурно компетентного догляду та позитивного ефекту від лікувального процесу, для системи охорони здоров'я України – підвищення інтеграційного потенціалу, оптимізацію витрат завдяки зменшенню помилок та відповідність галузі міжнародним стандартам.

Таким чином, наші висновки соголосні “Position Statement” Міжнародної ради медичних сестер “Health Inequities and Discrimination”, де декларується необхідність «щоб усі медсестри мали базові компетенції та підготовку з надання культурно компетентної допомоги» [2].

Література

1. Опитувальник «Готовність медичних сестер до транскультурного догляду». URL :https://docs.google.com/forms/d/1xlCD_LYjBZp5p6Zl6eY-gt4gE0rEGcUBRLeprDgfNe0/edit#responses (дата звернення: 20.05.2026)
2. International Council of Nurses. Нерівність у сфері охорони здоров'я та дискримінація – нова позиційна заява ICN стосується ролі медсестер. URL : <https://www.icn.ch/news/health-inequities-and-discrimination-new-icns-position-statement-addresses-role-nurses> (дата звернення: 20.05.2026).
3. Leininger M. M. Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory. 2nd ed. Jones & Bartlett Learning, 2002. P. 8-9. URL : archive.org (дата звернення: 20.05.2026).

Дригулич А.А. – студентка 1 курсу
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності І5 Медсестринство
ОПП Медсестринство
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»
Наукові керівники:
Яремчук О.В. – к.держ.упр.,
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»
Корчинський І.О., д. е. н., доц.
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

ФОРМУВАННЯ ДОВІРИ, ЕМПАТІЇ ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ У МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ: ПРАКТИЧНІ ПРИКЛАДИ

Сучасна медсестринська практика виходить за межі технічного виконання процедур і дедалі більше орієнтується на гуманістичну парадигму догляду, де центральне місце займають міжособистісні відносини, психологічна підтримка та етична відповідальність. Сестра медична (брат медичний) сьогодні — не лише виконавець клінічних маніпуляцій, а медіатор довіри між пацієнтом і системою охорони здоров'я, носій професійної емпатії та гарант безпеки догляду.

У контексті реформування медичної освіти та впровадження стандартів якості (ENQA, ESG) особливого значення набуває формування емоційно-комунікативних компетентностей, що забезпечують ефективну взаємодію в команді та підвищують рівень задоволеності пацієнтів.

Проблема розвитку довіри, емпатії та відповідальності у медсестринській діяльності є надзвичайно актуальною для сучасної системи охорони здоров'я України.

Узагальнюючи зазначене, варто підкреслити, що актуальність проблеми підтверджується не лише теоретичними міркуваннями, а й емпіричними даними сучасних досліджень. Саме вони демонструють, що якість медсестринського догляду дедалі більше оцінюється крізь призму гуманістичних компетентностей, а виклики постпандемічного періоду загострюють потребу у їх системному розвитку.

Згідно з дослідженнями ВООЗ (2024), до 60 % пацієнтів оцінюють якість догляду не лише за клінічними результатами, а й за рівнем емоційної підтримки та комунікації. У період після пандемії COVID-19 спостерігається зростання професійного вигорання серед медичних працівників, що прямо впливає на здатність проявляти емпатію та підтримувати довірчі стосунки. Формування відповідальності як етичної категорії стає ключовим чинником запобігання медичних помилок і підвищення безпеки пацієнтів.

Таким чином, наведені емпіричні дані та сучасні виклики охорони здоров'я засвідчують, що розвиток довіри, емпатії та відповідальності у медсестринській

практиці має не лише теоретичне, а й прикладне значення. Це зумовлює потребу у пошуку ефективних освітніх і професійних механізмів, здатних забезпечити інтеграцію гуманістичних компетентностей у щоденну діяльність медичних працівників.

Практичні приклади розвитку цих якостей — від симуляційних тренінгів до наставництва та рефлексивних практик — демонструють, що гуманістичні компетентності є не менш важливими, ніж технічні навички, і мають бути інтегровані у всі рівні медсестринської освіти, а саме:

1. Довіра як основа професійної взаємодії – формується через послідовність дій, відкриту комунікацію та етичну поведінку сестри медичної (брата медичного). Практичний приклад — використання принципу «відкритого діалогу» під час інформування пацієнта про процедури, що знижує тривожність і підвищує рівень співпраці. Довіра між членами команди забезпечує ефективну координацію дій у критичних ситуаціях, зокрема при реанімаційних заходах (ACLS) [1].
2. Емпатія як професійна компетентність. Емпатія — це здатність «взутись у взуття іншого», розуміти його емоційний стан і реагувати з повагою. У медсестринстві вона проявляється через активне слухання, невербальні сигнали підтримки, спільне прийняття рішень. Практичний приклад — використання емпатійного спілкування при догляді за пацієнтами з хронічними захворюваннями, що сприяє підвищенню прихильності до лікування [2].
3. Відповідальність як етична категорія. Відповідальність у медсестринстві, це усвідомлення наслідків власних дій для життя і здоров'я пацієнта. Практичний приклад — самостійне прийняття рішень у межах компетенції, дотримання протоколів інфекційного контролю, ведення документації без помилок. Відповідальність формується через рефлексію, професійне наставництво та участь у симуляційних тренінгах, що моделюють реальні клінічні ситуації [3].

Отже, довіра, емпатія та відповідальність утворюють інтегровану систему професійної поведінки сестри медичної (брата медичного), яка визначає якість догляду, сприяє моральній стабільності та забезпечує психологічну безпеку пацієнтів. Їх розвиток не може бути стихійним — він потребує цілеспрямованої інституційної підтримки, що реалізується через програми підвищення кваліфікації, симуляційні тренінги, супервізію та етичні дискусії. У сучасних умовах впровадження міжнародних стандартів ESG та ENQA гуманістичні компетентності розглядаються як ключовий критерій якості медичної освіти, що визначає конкурентоспроможність та ефективність системи охорони здоров'я.

Література

1. Вайнілович Н.А. Побудова довіри та емпатія в спілкуванні. — Київ: КПП, 2024. — 120 с.
2. Навички емпатії (короткий опис, приклади) // Освітній портал. — 2024.
URL: <https://osvita.ua>

3. Психологічні аспекти формування емпатії – ключові моменти та практичні поради // Fact News. — 2024. URL: <https://factnews.ua>

Запоточна С.В. – студентка III курсу,
Петрашко Р. О. – студент III курсу
спеціальності 223 Медсестринство
ОПП «Сестринська справа»
Івано-Франківського національного
медичного університету
Науковий керівник:
Гвоздецька Г.С. – доктор PhD,
викладач-методист
Івано-Франківського національного
медичного університету

БЛЮВАННЯ ВАГІТНИХ І ДЕПРЕСІЯ: ЧИ ІСНУЄ ЗВ'ЯЗОК?

Залишається однією з найважливіших у сфері охорони материнства та дитинства у світі [4]. У сучасних умовах ця патологія зустрічається у 60–80 % вагітних жінок, при цьому 12–17,8 % потребують госпіталізації та спеціалізованого лікування. За статистичними даними останніх десяти років, близько 60 % вагітних скаржаться на нудоту та ранкове нездужання [8].

Важкі форми блювання вагітних можуть призводити до серйозних ускладнень, зокрема дегідратації організму, порушення харчування та обмінних процесів. Нудота і блювання негативно впливають на щоденну активність та працездатність жінки, спричиняють підвищену тривожність і депресивні стани, а в окремих випадках навіть стають причиною рішення про штучне переривання вагітності [1]. Наукові дослідження свідчать, що ключову роль у розвитку блювання вагітних відіграють порушення функціонування нервової системи.

До розвитку тяжких форм блювання вагітних більш схильні жінки з певними психологічними характеристиками, зокрема з рисами інфантильності або істероїдності. Такі особливості особистісної структури розглядаються як потенційні психоемоційні фактори, здатні впливати на перебіг гестаційної нудоти та блювання. Тривале перебування у стані хронічного психоемоційного напруження призводить до вираженого виснаження організму майбутньої матері, зумовлює втрату працездатності, зниження апетиту, появу апатії, порушення сну та асоціюється з підвищеною ймовірністю виникнення перинатальних ускладнень. [4, 5, 7]. Високий рівень тривожності та депресивних проявів у жінок на етапі прегравідарної підготовки та під час вагітності вважається важливим чинником ризику виникнення психосоматичних і невротичних розладів.

Такі зміни сприяють порушенню регуляції вегетативної нервової системи, що призводить до дезінтеграції вегетативного гомеостазу. У подальшому це створює сприятливі умови для виникнення різноманітних форм гестаційних ускладнень та негативно позначається на перебігу вагітності. [2, 6].

Метою дослідження є Визначити взаємозв'язок між блюванням вагітних та депресією у жінок із блюванням вагітних.

Робота виконувалася на базі кафедри акушерства і гінекології ім. І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету. У дослідженні

взяли участь 122 жінки, серед яких 72 вагітні мали прояви блювання у I триместрі, а у 50 вагітність у I триместрі перебігала без ускладнень, фізіологічно.

Від усіх пацієнток отримано письмову інформовану згоду. Для комплексної якісної та кількісної оцінки проявів депресії застосовували опитувальник Бека. Методика не лише дає змогу визначити наявність депресивних розладів, але й містить дві окремі підшкали, що охоплюють когнітивно-афективні та соматичні компоненти депресії. Опитувальник включає 21 блок тверджень, які відображають психоемоційні, когнітивні та тілесні зміни. Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою: А - 0 балів, Б - 1 бал, В - 2 бали, Г - 3 бали. Сума балів відображає вираженість депресивної симптоматики: 0–4 бали - депресія відсутня; рівень депресії оцінювали таким чином: 5–7 балів свідчили про легкий ступінь депресії, 8–15 балів — про помірний, а 16 і більше балів — про виражений депресивний стан [3]. Для статистичної обробки результатів використовували програми Statistica 6.0 та Microsoft Excel 5.0.

Показав, що ще на етапі прегравідарної підготовки середній показник депресії у жінок, які мали в анамнезі блювання вагітних, становив $15,84 \pm 1,72$ бала, що відповідає помірному рівню депресії. Легкі, помірні, середні та тяжкі депресивні розлади виявлялися виключно у пацієнток із блюванням вагітних в анамнезі. У групі жінок із нормальним перебігом I триместру лише у 8,0 % були наявні ознаки легкої депресії, тоді як в інших учасниць депресивних проявів не спостерігалось ($p < 0,05$).

Упродовж вагітності в жінок із блюванням вагітних в анамнезі рівень депресії зростав, особливо щодо депресивних станів середнього та тяжкого ступеня. На терміні 5–6 тижнів вагітності помірна депресія реєструвалася у два рази частіше, депресія середнього ступеня — у 1,3 рази частіше, а тяжка депресія — у 2,5 рази частіше порівняно з вихідними показниками. Середній показник депресії у цих пацієнток становив $36,21 \pm 1,35$ бала на 5–6 тижнях вагітності та $37,92 \pm 1,69$ бала на 10–12 тижнях, що відповідало середньому рівню депресивних розладів (табл. 1).

Таблиця 1.

Оцінка рівня депресії за шкалою Бека у досліджуваних жінок, $n=122$

	Пацієнтки із блюванням вагітності в анамнезі ($n=72$), абс. (%)		Пацієнтки із фізіологічним перебігом I триместру вагітності в анамнезі ($n=50$), абс. (%)	
	5-6 т. вагітності	10-12 т. Вагітності	5-6 т. вагітності	10-12 т. Вагітності
Відсутність депресії	9* (12,5 %)	6* (8,3 %)	39 (78,0 %)	44 (88,0 %)
Легка депресія	22* (30,6 %)	18* (25,0 %)	7 (14,0 %)	5 (10,0 %)
Помірна депресія	15* (20,8 %)	20* (27,8 %)	3 (6,0 %)	1 (2,0 %)
Депресія середнього ступеня важкості	17* (23,6 %)	18 (25,0 %)	1 (2,0 %)	-
Важка депресія	9 (12,5 %)	10 (13,9 %)	-	-
Середнє значення в балах, $M \pm m$	$36,21 \pm 1,35^*$	$37,92 \pm 1,69^*$	$7,04 \pm 1,58$	$7,16 \pm 1,62$

Примітка: * — різниця є статистично достовірною порівняно з показниками пацієнток із фізіологічним перебігом I триместру вагітності в анамнезі ($p < 0,05$).

Відсутність депресивних проявів у жінок із блюванням вагітних в анамнезі виявлялася значно рідше: у 6,2 раза рідше на терміні 5–6 тижнів вагітності та у 10,6 раза рідше на 10–12 тижнях порівняно з жінками, у яких I триместр вагітності перебігав фізіологічно ($p < 0,05$). У пацієток із блюванням вагітних в анамнезі частота легких депресивних розладів була вищою у 2,2 раза на 5–6 тижнях вагітності та у 2,5 раза — на 10–12 тижнях. Помірна депресія у них зустрічалася відповідно у 3,5 та 13,9 раза частіше, ніж у жінок із нормальним перебігом I триместру ($p < 0,05$).

Прояви депресії середнього ступеня у жінок із блюванням вагітних в анамнезі на 5–6 тижнях вагітності перевищували аналогічні показники у групі контролю у 11,8 раза ($p < 0,05$). У жінок із фізіологічним перебігом I триместру на терміні 10–12 тижнів випадків депресії середнього ступеня не виявлено, тоді як серед пацієток із блюванням вагітних в анамнезі такі порушення спостерігалися у 25,0 % випадків.

Тяжка депресія реєструвалася виключно у жінок із блюванням вагітних в анамнезі: на терміні 5–6 тижнів вагітності — у 12,5 % пацієток, а на 10–12 тижнях — у 13,9 %. У жінок із фізіологічним перебігом I триместру тяжкі депресивні розлади в аналогічні терміни гестації не спостерігалися.

Отже, у жінок із блюванням вагітних в анамнезі виявлено зниження рівня психоемоційної адаптації.

На етапі прегравідарної підготовки депресивні розлади легкого, помірного, середнього та тяжкого ступенів виявлялися лише у пацієток із блюванням вагітних в анамнезі. Упродовж вагітності у цих жінок відзначалося прогресуюче підвищення рівня депресії, особливо депресивних станів середнього та тяжкого ступеня.

Література

1. Гвоздецька ГС, Генік НІ. Особливості психоемоційного стану в жінок із ранніми гестозами. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2021;27(1):36-41 DOI: <https://doi.org/110.11603/24116-4944.2021.1.12352>
2. Задорожний ЯС, Остафійчук СО. Клінічні особливості вегетативної нервової системи та їх кореляційні взаємозв'язки з порушенням психоемоційного стану у жінок з гіпертензивними розладами під час вагітності. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2023;2(3):5-19.
3. Коренева Ю. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. Психологічні перспективи. 2018;32: 149-161.
4. Наказ МОЗ України № 667 від 17.04.2025 «Про затвердження стандарту медичної допомоги «Нудота і блювання під час вагітності. Надмірне блювання вагітних». <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-17-04-2025-667-pro-zatverdzhennya-standartu-medichnoyi-dopomogi-nudota-i-blyuvannya-pid-chas-vagitnosti-nadmirne-blyuvannya-vagitnih>.

5. Петренко ЄВ, Бондаренко ЛА. Нудота та блювання під час вагітності: огляд сучасних можливостей. Український журнал Здоров'я жінки. 2024;3(172):72-81. DOI: <https://doi.org/10.15574/HW.2024.172.72>
6. Фартушок ТВ, Фартушок НВ, Мільо ХЯ. Роль психоемоційної сфери вагітної жінки у перебігу гестаційного процесу. Grail of Science. 2021; 2:572-579.
7. Aksu E, Gencer Ö, Yaşar L, Çoban A, Aydın Aksoy E, Aydın Ş. Distinct temperament and character traits in patients with hyperemesis gravidarum. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2020;41(4):293-301. DOI: <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1639713>
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea and vomiting of pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;131(1):15-30. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002456>

Зелінська С. В. - студентка 2 курсу,
першого освітнього (бакалаврського) рівня вищої освіти
спеціальності 223 «Медсестринство»
ОПП «Медсестринство»
КЗВО «Рівненська медична академія»
Науковий керівник:
Коробко Л. Р.- к.мед.н., доц.
декан КЗВО «Рівненська медична академія»

ВПЛИВ СТАНДАРТИЗОВАНИХ СЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ НА ШВИДКІСТЬ ЗАГОЄННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАН: ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Післяопераційні рани залишаються однією з ключових проблем сучасної хірургічної практики, оскільки саме процес їх загоєння значною мірою визначає тривалість госпіталізації, ризик ускладнень та якість життя пацієнтів. Важлива роль у післяопераційному періоді належить медичній сестрі, яка забезпечує безперервний догляд, контроль стану рани та виконання профілактичних заходів. Останні дослідження свідчать, що впровадження стандартизованих сестринських втручань сприяє підвищенню якості медичної допомоги та зниженню частоти інфекційних ускладнень [1, 2]. Водночас вітчизняних експериментальних досліджень, які комплексно оцінюють вплив таких втручань саме на швидкість загоєння післяопераційних ран, залишається недостатньо, що й зумовлює актуальність даної роботи.

Метою роботи є оцінити вплив стандартизованих сестринських втручань на швидкість та якість загоєння післяопераційних ран у пацієнтів хірургічного профілю.

Дослідження мало проспективний експериментальний характер і проводилося на базі хірургічного відділення багатопрофільної лікарні протягом 2024-2025 років. У дослідження було включено 120 пацієнтів після планових абдомінальних оперативних втручань. Усі пацієнти були рандомізовані на дві групи: основна група ($n = 60$) – догляд за післяопераційними ранами здійснювався із застосуванням стандартизованих сестринських втручань; контрольна група ($n = 60$) – догляд проводився за традиційною схемою, прийнятою у відділенні.

Стандартизовані сестринські втручання включали: використання уніфікованих протоколів обробки ран, щоденну оцінку стану рани за шкалою ASEPSIS, контроль больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), дотримання єдиного алгоритму асептики та антисептики, а також навчання пацієнтів правилам догляду за раною [3, 4].

Статистичну обробку результатів проводили з використанням методів описової та інференційної статистики. Для порівняння кількісних показників застосовували t-критерій Стюдента, для якісних – χ^2 -критерій. Різницю вважали статистично значущою при $p < 0,05$. Дані наведені у вигляді середнього значення $\pm$ стандартне відхилення.

У ході дослідження встановлено, що середній термін первинного загоєння післяопераційних ран в основній групі становив $8,2 \pm 1,1$ доби, тоді як у контрольній групі – $10,6 \pm 1,4$ доби ($p < 0,001$). Уже на 5-ту післяопераційну добу ознаки активної грануляції спостерігалися у 78,3% пацієнтів основної групи проти 51,7% у контрольній. Частота інфекційних ускладнень у пацієнтів, які отримували стандартизований сестринський догляд, була достовірно нижчою – 6,7% порівняно з 18,3% у контрольній групі ($\chi^2 = 4,12$; $p = 0,042$). Також відзначено зменшення вираженості больового синдрому: середній показник за ВАШ на 3-тю добу після операції в основній групі становив $3,1 \pm 0,8$ бала, у контрольній – $4,5 \pm 1,0$ бала ($p < 0,01$). Аналіз динаміки місцевих ознак запалення (гіперемія, набряк, серозні виділення) показав, що в основній групі вони зникали в середньому на 2–3 доби раніше, ніж у контрольній. Зокрема, на 7-му добу після операції відсутність ексудації фіксувалася у 90,0% пацієнтів основної групи та лише у 68,3% контрольної. Крім того, тривалість госпіталізації у пацієнтів зі стандартизованими сестринськими втручаннями була меншою і становила $9,4 \pm 1,6$ доби проти $12,1 \pm 2,0$ доби у контрольній групі ($p < 0,001$). (Рис. 1.).

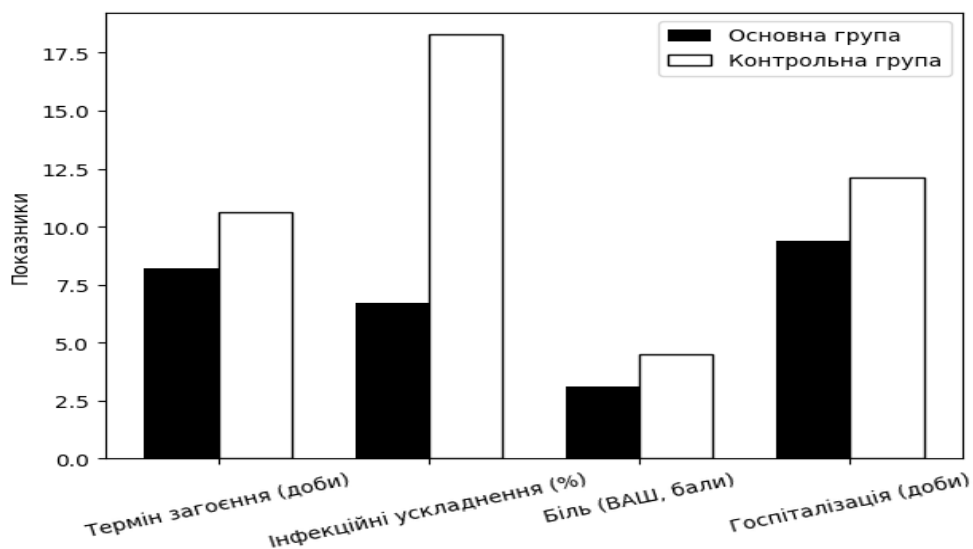


Рисунок 1. Порівняльна характеристика результатів загоєння післяопераційних ран у пацієнтів основної та контрольної груп.

Отримані дані свідчать про комплексний позитивний вплив стандартизації сестринського догляду не лише на локальний процес загоєння, а й на загальні клінічні результати лікування, що узгоджується з сучасними науковими даними [5, 6].

Отже, можна зробити наступні висновки:

1. Стандартизовані сестринські втручання достовірно прискорюють загоєння післяопераційних ран.
2. Застосування уніфікованих протоколів догляду знижує частоту інфекційних ускладнень та інтенсивність больового синдрому.

3. Впровадження стандартів сестринського догляду сприяє скороченню тривалості госпіталізації та підвищенню якості медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю.

Література

1. World Health Organization. Global guidelines on the prevention of surgical site infection. WHO Press, Geneva. 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475>
2. Smith J., Allen R. Nursing interventions and wound healing outcomes. *Journal of Clinical Nursing*. 2021. Vol. 30. № 15–16. P. 2234–2242. DOI:10.1111/jocn.15789.
3. Brown K., Taylor M., Hughes D., et al. Standardized wound care protocols in surgical nursing. *Nursing Practice Today*. 2022. Vol. 9. № 4. P. 278–285. DOI:10.18502/npt.v9i4.11021.
4. Lee M., Park S. Evidence-based nursing care for postoperative wounds. *International Nursing Review*. 2023. Vol. 70. № 2. P. 189–197. DOI:10.1111/inr.12815.
5. García L., Moreno J., Santos P., et al. Impact of nursing-led wound management on recovery time. *Healthcare*. 2024. Vol. 12. № 3. Article 412. DOI:10.3390/healthcare12030412. <https://www.mdpi.com/2227-9032/12/3/412>
6. Novak P., Dvorak J. Surgical wound healing and nursing standards. *Medical Care Research*. 2025. Vol. 62. № 1. P. 45–53. DOI:10.1177/0025708724123456.

Ілейко Анна-студентка ІІМСф-5 фаховий
молодший бакалавр спеціальність 223
Медсестринство ОПІ «Сестринська справа»
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського
Наукові керівники:
Малярська Н.В., к.мед.н., КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія імені Андрея
Крупинського»
Фітьо Н.Р., викладачка, КЗВО ЛОР «Львівська
медична академія імені Андрея Крупинського»

МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС ПРИ НЕЙРОБОРЕЛІОЗІ

Актуальність теми зумовлена значною поширеністю захворювання як в Європі, так і в Україні. Нейробореліоз — поліорганне інфекційне захворювання, збудником якого переважно є *Borrelia burgdorferi*, яка потрапляє до організму людини внаслідок укусу кліща. Борелії персистують у клітинах тривалий час, спричиняючи первинний афект у вигляді мігруючої еритеми, а згодом на пізніх стадіях — ураження центральної нервової системи. Різноманітність клінічних проявів захворювання ускладнює своєчасну діагностику, тому що клінічна картина може розвиватися як у ранній дисемінованій стадії (через кілька тижнів/місяців після укусу), так і в пізній хронічній стадії (через місяці або роки)[1].

Метою роботи є дослідження найбільш частих проявів нейробореліозу зважаючи на скарги пацієнта, збір анамнезу хвороби, способу життя та відпочинку пацієнтів та медсестринський процес при догляді за такими пацієнтами[1,3].

Нейробореліоз має «тисячу облич», але класична тріада включає: лімфоцитарний менінгіт, при якому скарги пацієнта на сильний, виснажливий головний біль, що посилюється вночі; при обстеженні виявляється помірна ригідність м'язів потилиці (пацієнт не може доторкнутися підборіддям до груднини), нудота, що не приносить полегшення, світлобоязнь (фотофобія). На всіх етапах допомоги пацієнтові медична сестра є компетентною особою щодо догляду та інтерпретації результатів обстеження.

У клінічній симптоматиці нейробореліозу може розвиватись симптоматика невриту лицьового нерва, де характерна асиметрія мимічних м'язів обличчя: опущений кутік рота, неможливість повністю заплющити око (лагофтальм), згладженість носогубної складки. Важливо пам'ятати, що для ураження лицьового нерва при бореліозі характерним є двобічність його ураження. Радиклопатія - ураження корінців периферійних нервів проявляється скаргами на: інтенсивний «стріляючий» або «пекучий» біль у спині, шії або кінцівках; біль різко посилюється в нічний час і погано знімається звичайними анальгетиками та супроводжується відчуттям оніміння, повзання мурашок (парестезії) або слабкістю у кінцівках[1,3,4].

Медсестринський процес включає: епідеміологічний анамнез, коли треба з'ясувати, чи був факт укусу кліща, відвідування лісу чи парку за останні кілька місяців, та чи спостерігалася на шкірі мігруюча еритема; при оцінці неврологічного статусу доцільно щоденно контролювати симетричність м'язів обличчя, перевірити наявність вираженості менінгеальних симптомів; моніторинг больової симптоматики – використати візуально-аналогову шкалу (ВАШ) від 0 до 10[1,2,3].

Практичні дії медсестринського процесу – це реалізація контролю проведення антибіотикотерапії (нейробореліоз лікується тривалими курсами 14–28 днів) внутрішньовенних антибіотиків; забезпечення ретельного догляду за периферійним катетером або центральним доступом; контроль швидкості введення препарату та обов'язково стежити за побічними ефектами (алергічні реакції, розлади травлення); догляд при парезі лицьового нерва, при лагофтальмі є імовірність розвитку пересихання рогівки. Медсестра за призначенням лікаря закапує зволожуючі краплі («штучна сльоза») протягом дня; накладає захисну пов'язку на око під час сну; рекомендує пацієнту жувати їжу на здоровому боці та допомагає з гігієною ротової порожнини після їжі.

Медсестринський догляд має позитивну динаміку, тому що вчасне та правильне надання допомоги приводить до зменшення інтенсивності болю голови та радикулоневриту, відновлення миміки обличчя, покращення якості сну, регрес менінгеальних симптомів[2,3].

При виписці пацієнта зі стаціонару медична сестра повинна провести санітарно-просвітницьку роботу пацієнтові та його родичам: бореліоз не передається від людини до людини: необхідно суворо дотримуватися графіку прийому антибіотиків вдома, якщо пацієнта виписують на амбулаторне лікування (не переривати курс навіть після зникнення симптомів); дотримуватись правил профілактики укусів кліщів у майбутньому (використання закритого одягу, самоогляд після прогулянок, тощо).

Оскільки, профілактична вакцинація для запобігання бореліозу не набула поширення, особиста профілактика полягає в дотриманні заходів індивідуального захисту від нападу кліщів. Ураження нервової системи при бореліозі – це вдосконалення методів ранньої діагностики, лікування і профілактики[2,3,4].

Література

1. Задорожна В. І. та ін. Лайм-бореліоз — особливо небезпечна інфекція. Загрози та ризики // Ветеринарна медицина. — 2017. — Вип. 103. — С. 30 — 32.
2. Копча В. С., Кородюк В. І. та ін. Перипетії діагностики нейробореліозу // Інфекційні хвороби. — 2018. — № 1. — С. 63 — 67.
3. Practice Guidelines for the Treatment of Lyme Diseases. Infectious Diseases Society of America // J. Clin. Infect. Dis. — 2006. — Vol. 43 — P. 1089 — 1134.
4. Tietz S. Clinical guide to laboratory tests. — 4-th ed. — W. B. Saunders Company, 2006. — 1798 p.

Борова В.І., Кобзак Х. – студентки II курсу
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
спеціальності 224 Технології медичної діагностики та лікування
ОПП Лабораторна діагностика
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»
Науковий керівник:
Любінська О.І. – к.пед.н., доц.
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ГЕМОПОЕТИЧНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН: РОЛЬ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин (ТГСК) є одним із найефективніших методів лікування онкогематологічних, імунологічних та деяких спадкових захворювань. Успішність проведення трансплантації значною мірою залежить від точності лабораторної діагностики на всіх етапах – від підбору донора до моніторингу стану пацієнта після трансплантації. Сучасні лабораторні дослідження дозволяють оцінити гістосумісність, контролювати приживлення трансплантата, виявляти мінімальну залишкову хворобу та своєчасно діагностувати можливі ускладнення, що визначає актуальність даної теми. Дані Українського центру трансплант-координації вказують на збільшення проведення трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин впродовж останніх декількох років [3].

На основі аналізу наукової літератури дослідити значення лабораторної діагностики у процесі ТГСК, охарактеризувати основні лабораторні методи, що застосовуються для підготовки, супроводу та контролю ефективності ТГСК.

ТГСК є високотехнологічний метод, що акумулював досягнення сучасної біології, імуногенетики та лабораторної інженерії [4]. ТГСК визначається як метод лікування, що дозволяє замінити патологічне кровотворення реципієнта здоровими стовбуровими клітинами (СК) [7]. Це медична процедура, яку ще називають трансплантацією кісткового мозку (ТКМ), дозволяє відновити нормальне кровотворення. В Україні проводять різні види ТКМ, а саме: аутологічну (використання власних клітин пацієнта, попередньо відібраних і кріоконсервованих); алогенну трансплантацію від сумісного родинного донора (донором виступає генетичний родич першої лінії: батьки, діти, рідні брати/сестри); алогенну трансплантацію від неродинного донора (пошук донора здійснюється через національні або світові реєстри у разі відсутності сумісних родичів); гаплоідентичну (пересадка проводиться від частково сумісного родинного донора); сингенну (рідкісний вид алогенної пересадки, якщо донором є однайцевий близнюк, що фактично нівелює ризик відторгнення) [2].

Перед ТГСК важливим є проведення комплексної лабораторної оцінки пацієнта, яка базується на таких основних напрямках: визначення статусу основного захворювання, аналіз імуногенетичної сумісності та імунологічного статусу,

контролю соматичної та інфекційної безпеки реципієнта.

Оцінка статусу основного захворювання включає верифікацію ремісії (підрахунок мієлограми та цитогенетичний аналіз і контроль МРХ (мінімальна резидуальна хвороба) для виявлення субмікроскопічного пухлинного навантаження, що є критичним для прогнозу рецидиву. Під МРХ розуміють незначну кількість лейкомічних клітин, що зберігаються в організмі після проведеного лікування та не визначаються за допомогою стандартного морфологічного дослідження. Ключовою умовою для проведення ТГСК є досягнення ремісії, котра передбачає наступні лабораторні критерії: вміст бластних клітин у КМ ($< 5\%$), відсутність бластів з паличками Ауера, стабільне відновлення показників периферичної крові (ПК) (нейтрофіли: $> 1.0 \times 10^9/\text{л}$; тромбоцити: $> 100 \times 10^9/\text{л}$) [7].

Оцінка імуногенетичної сумісності й імунологічного статусу передбачає проведення HLA-типування, скринінг на наявність специфічних HLA антитіл, що є ключовим етапом прогнозування успіху ТГСК. Дані таких досліджень дозволяють не лише запобігти відторгненню або затримці приживлення, а й мінімізувати ризики розвитку тяжкої реакції «трансплантат проти господаря» (РТПГ), що є критичним для пострасплантаційного виживання пацієнта». Хвороба виникає, коли імунокомпетентні лімфоцити донора атакують тканини реципієнта, імунна система якого не здатна їх знищити (характерно для пацієнтів з імунодефіцитом) [5]. HLA-типування – це дослідження HLA-антигенів для визначення гістосумісності органів і тканин двох осіб. Від сумісності між реципієнтом і донором залежить успіх трансплантації [1].

Контроль соматичної та інфекційної безпеки реципієнта включає: вірусологічний профіль (кількісне визначення ДНК ЦМВ, ЕБВ, вірусів герпесу, гепатитів, ВІЛ; серологічний статус (IgG/IgM)), оцінку функціонального резерву (моніторинг показників цитолізу (АЛТ, АСТ) холестазу (білірубін) та ниркової фільтрації (креатинін, цистатин С)), дослідження коагуляційного гомеостазу [7].

Відбір ГСК – це перший етап, що включає процедуру аферезу або забору КМ [6]. Можна використовувати власні СК пацієнта, які попередньо забираються від пацієнта та відправляються на зберігання або СК донора, які можуть бути зібрані з ПК, КМ або пуповинної крові. Лабораторія повинна підтвердити, що зібрана доза є достатньою для безпечного приживлення. СК вводяться пацієнту внутрішньовенно, подібно до переливання крові [1]. Контроль якості на цьому етапі базується на обов'язковому підрахунку клітин з антигеном CD34+, що є стандартом визначення кількості стовбурових клітин. Саме цей показник визначає повноту та швидкість гематологічної реконституції у пострасплантаційному періоді. Забраний трансплантаційний матеріал підлягає подальшій підготовці (видалення надлишку плазми або еритроцитів для запобігання АВ0-конфлікту, селекція конкретних популяцій клітин тощо) [6].

Завершальним етапом лабораторної підготовки є кріоконсервація – заморожування клітин у спеціальних захисних середовищах, для їхнього тривалого зберігання. [6]. Фінальний контроль якості базується на обов'язковій перевірці стерильності, життєздатності ядерних клітин ($>70\%$) та відповідності цільовим показникам концентрації еритроцитів і нуклеоцитів перед застосуванням стовбурових клітин для проведення трансплантації [8].

Лабораторна діагностика є невід’ємною складовою ТГСК та має вирішальне значення для прогнозу й результатів лікування пацієнтів. Ефективність ТГСК критично корелює з якістю лабораторної підготовки реципієнта та трансплантаційного матеріалу. Комплексне застосування імунологічних, гематологічних та молекулярно-генетичних методів забезпечує точний контроль перебігу трансплантації, сприяє зниженню ризику ускладнень і підвищенню виживаності пацієнтів. Зокрема, визначення CD34+ популяції є обов’язковою умовою прогнозованого відновлення гемопоєзу; HLA-типування є ключовим фактором підбору донора, що безпосередньо впливає на ризик розвитку реакції «трансплантат проти господаря» та виживаність пацієнтів. Сучасний лабораторний супровід трансплантаційного процесу є незалежним прогностичним фактором, що дозволяє мінімізувати імунологічні ризики та оптимізувати стратегію лікування онкогематологічних, імунологічних та деяких спадкових захворювань.

Література

1. Донорство кісткового мозку – другий шанс на життя для пацієнтів із раком крові. Global Ukrainian Medical Knowledge Alliance. URL: <https://gmka.org/uk/articles/donorstvo-kistkovogo-mozku-drugiy-shans-na-zhittya-dlya-patsiyentiv-iz-rakom-krovi/> (дата звернення: 08.05.2026)
2. Трансплантація кісткового мозку (ТКМ). Український центр трансплант-координації. URL: <https://utcc.gov.ua/transplantatsiya-kistkovogo-mozku-tkm/> (дата звернення: 08.05.2026)
3. Трансплантація: підсумки 2024-го року. Український центр трансплант-координації. URL: <https://utcc.gov.ua/transplantatsiya-pidsumky-2024-go-roku/> (дата звернення: 18.04.2026)
4. Хоменко В. І. Трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин: системно-історичний аспект // Клітинна та органна трансплантологія. 2018. Том 6, № 2. С.112-117. URL: https://transplantology.org/wp-content/uploads/2019/01/COT_2018-6-2_article-01_ua.pdf
5. MDS довідник для фахівців. Розділ: Ускладнення трансфузії. URL: <https://www.msmanuals.com/uk/professional/hematology-and-oncology/transfusion-medicine/complications-of-transfusion> (дата звернення: 05.05.2026)
6. FACT-JACIE Standards for Hematopoietic Cellular Therapy Ninth Edition – Version 9.1. 2025. 198 pp. URL: https://www.ebmt.org/sites/default/files/2025-12/FACT-JACIE%20HCT%20Standards%209th%20Ed_V9-1.pdf
7. Marshall A. Lichtman Et Al. Williams Manual of Hematology, 9th Edition, New York : McGraw-Hill Education. 2016. URL: <https://www.slideshare.net/slideshow/williams-hematologymcgrawhill-2015pdf/251785126>
8. Wuchter P. Processing, Cryopreserving, and Controlling the Quality of HSC. *The EBMT Handbook: Hematopoietic Cell Transplantation and Cellular Therapies*. 2024. pp. 179-182. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39437083/>

Літінхай О. О.- студентка 1 курсу
першого(бакалаврського) рівня вищої
освіти спеціальності І5 Медсестринство
ОПП Екстрена медицина/парамедик
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник:
Гальчун Н.П., PhD, доцент КЗВО
«Волинський медичний інститут»

АНАЛІЗ ОБІЗНАНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВОЛИНІ ІЗ ЗАСАДАМИ ТРАНСКУЛЬТУРНОГО МЕДСЕСТРИНСТВА

У сучасних умовах розвитку суспільства питання надання якісної медичної допомоги пацієнтам різного культурного, етнічного та релігійного походження набуває особливої актуальності. Глобалізаційні процеси, міграція населення, збільшення кількості внутрішньо переміщених осіб та іноземних громадян сприяють формуванню полікультурного середовища, у якому медичні працівники повинні демонструвати не лише професійні знання та навички, але й високий рівень культурної компетентності [1, с. 57].

Особливо важливою ця проблема є для працівників екстреної медичної допомоги, які першими контактують із пацієнтами у критичних станах. У процесі надання догоспітальної допомоги медичний працівник обмежений у часі, а тому повинен швидко встановити контакт із пацієнтом, враховуючи особливості його поведінки, культурні традиції, релігійні переконання та мовні бар'єри. Недостатня обізнаність у питаннях міжкультурної взаємодії може призводити до непорозумінь, порушення довіри між пацієнтом і медичним працівником та зниження ефективності медичної допомоги [2, с. 24].

Концепція транскультурного медсестринства, засновницею якої вважається Мадлен Лейнінгер, передбачає врахування культурних особливостей пацієнта під час надання допомоги та формування культурно компетентного підходу до догляду [3, с. 94]. Транскультурне медсестринство спрямоване на забезпечення поваги до індивідуальних особливостей пацієнта, уникнення дискримінації та покращення взаємодії між медичним персоналом і населенням.

Професійна діяльність парамедика належить до системи «людина-людина», тому особливого значення набувають емпатія, повага до культурного різноманіття та вміння запобігати міжкультурним конфліктам [4, с.214-215].

В умовах глобалізації та міграційних процесів сучасний парамедик повинен володіти навичками толерантної комунікації, культурної чутливості та здатністю адаптувати професійну поведінку до потреб пацієнта [4, с. 212].

Для Волинської області ця проблема є актуальною у зв'язку з активними міграційними процесами, прикордонним розташуванням регіону та зростанням культурного різноманіття населення. Саме тому виникає потреба у дослідженні рівня обізнаності працівників екстреної медичної допомоги Волині щодо

принципів транскультурного медсестринства та їхньої готовності використовувати ці знання у професійній діяльності.

Мета дослідження – проаналізувати рівень обізнаності працівників екстреної медичної допомоги Волинської області з питань транскультурного медсестринства, визначити основні труднощі міжкультурної комунікації та оцінити потребу в підвищенні рівня професійної підготовки у цій сфері.

Результати дослідження. Для дослідження рівня обізнаності працівників екстреної медичної допомоги Волинської області із основами транскультурного медсестринства було проведено анонімне онлайн-анкетування. В опитуванні взяли участь 71 респондентів. Анкета містила запитання, спрямовані на оцінку рівня культурної компетентності, особливостей міжкультурної комунікації та готовності медичних працівників враховувати культурні й релігійні особливості пацієнтів під час надання екстреної медичної допомоги.

Результати дослідження показали, що більшість опитаних демонструють позитивне ставлення до адаптації спілкування та поведінки відповідно до потреб пацієнта. Так, 46,5% респондентів зазначили, що враховують культурні особливості або адаптують підхід до пацієнта у випадку нетипової поведінки під час виїзду. У ситуації, коли пацієнт уникає зорового контакту або відповідає коротко, 49,3% опитаних шукають інший підхід, щоб пацієнт почувався безпечніше. Під час транспортування або процедур, 47,9% респондентів, спостерігаючи за поведінкою пацієнта активно змінюють підхід, залежно від стану постраждалого.

За потреби 31% учасників опитування відповіли, що обговорюють питання впливу культурних особливостей на надання екстреної допомоги. Якщо пацієнт, під час надання екстреної допомоги, виглядає напруженим або наляканим, 46,5 % з них адаптують своє спілкування, і пояснюють власні дії.

Під час виникнення конфлікту через культурні або релігійні розбіжності 26,8 % респондентів уникають втручання, стільки ж – активно втручаються у вирішення ситуації. Також 33,8 % опитаних зазначили, що у випадку виникнення мовного бар'єра використовують альтернативні способи комунікації, простіші слова, жести або шукають допомогу перекладача.

Разом із тим, результати дослідження свідчать про недостатню зацікавленість частини респондентів питаннями транскультурної взаємодії. Зокрема, 35,2 % опитаних майже не цікавляться культурними особливостями пацієнтів у професійній діяльності. Крім того, лише 35,2 % опитаних вважають кроскультурну компетентність важливою складовою професійної діяльності парамедика.

Отримані результати свідчать про недостатній рівень обізнаності частини працівників екстреної медичної допомоги щодо принципів транскультурного медсестринства та необхідність удосконалення професійної підготовки у сфері міжкультурної комунікації. Це підтверджує доцільність упровадження тематичних тренінгів, практичних занять й освітніх програм, спрямованих на розвиток культурної компетентності медичних працівників.

Висновки. Результати проведеного дослідження свідчать про те, що працівники екстреної медичної допомоги Волинської області загалом

усвідомлюють важливість толерантного ставлення та адаптації комунікації відповідно до потреб пацієнтів різного культурного походження. Більшість опитаних готові змінювати стиль спілкування, враховувати поведінкові особливості пацієнтів та використовувати альтернативні способи комунікації у випадку наявності мовного бар'єра.

Але, водночас, результати анкетування виявили недостатній рівень зацікавленості частини опитаних питаннями транскультурного медсестринства. Частина респондентів не вважає практичні тренінги із міжкультурної взаємодії необхідними.

Отримані результати підтверджують необхідність удосконалення професійної підготовки працівників екстреної медичної допомоги до міжкультурної комунікації. Доцільним є впровадження тематичних тренінгів, практичних занять і освітніх проєктів, спрямованих на розвиток культурної компетентності медичних працівників, що сприятиме покращенню якості медичної допомоги та формуванню ефективної взаємодії із пацієнтами різного культурного походження.

Література

1. Наталія Гальчун. Міжкультурна компетентність як складник професійної компетентності медичного працівника. Актуальні питання гуманітарних наук. *Міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка*. Вип. 43. 2021. Т. 1. С. 211-219. DOI <https://doi.org/10.24919/2308-4863/43-1-31>
2. Томків А. А., Прохоренко О. О. Методи подолання комунікативних бар'єрів у професійній медсестринській діяльності. *Медсестринство*. 2023. № 3-4. С. 56-61. DOI: 10.11603/2411-1597.2023.3-4.14289.
3. Сухий В. Р., Прохоренко О. О. Комунікативна взаємодія медсестер при виконанні протоколу первинного обстеження критичного пацієнта (ABCDE). *Медсестринство*. 2023. № 3-4. С. 23–28. DOI: 10.11603/2411-1597.2023.3-4.14336.
4. Leininger M. *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York : National League for Nursing Press, 2006. 432 p.

Лущик М.В. – студентка 1 курсу
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності І5 Медсестринство
ОПП Медсестринство
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»
Наукові керівники:
Неділько Р.В. – к.держ.упр., доц.
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»
Корчинський І.О., д. е. н., доц.
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

ТЕОРЕТИЧНІ МОДЕЛІ КОМАНДНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Актуальність теми полягає у тому, що сучасна охорона здоров'я функціонує у складних умовах, що потребують міжпрофесійної співпраці та швидкого прийняття рішень. Ефективність командної взаємодії визначає якість допомоги, безпеку пацієнтів та професійне задоволення персоналу. Доведено, що командна робота знижує ризик медичних помилок і сприяє розвитку культури безпеки [2]. У постпандемічний період актуальність дослідження моделей співпраці зростає, адже вони враховують психологічні, соціальні та організаційні чинники [3].

Попри наявність різних теоретичних моделей командної взаємодії, їх практичне застосування у сфері охорони здоров'я залишається обмеженим. До основних проблем належать:

- недостатня інтеграція психосоціальних та функціональних підходів у підготовці кадрів;
- домінування ієрархічних структур, що ускладнюють партнерські відносини між лікарями та медсестрами;
- відсутність єдиної концепції, яка б поєднувала різні моделі для забезпечення інтегрованої допомоги;
- обмежена кількість емпіричних досліджень ефективності моделей у клінічних умовах [4; 5].

Таким чином, постає наукова проблема полягає у тому, як адаптувати та інтегрувати існуючі моделі командної взаємодії для підвищення ефективності міжпрофесійної співпраці у сфері охорони здоров'я.

З огляду на це, доцільним є здійснити системний аналіз ключових теоретичних моделей командної взаємодії, що сформувалися у сучасній науковій літературі та практиці охорони здоров'я. Їх розгляд дозволяє не лише окреслити різні

підходи до організації командної роботи, але й визначити потенційні шляхи інтеграції цих моделей у професійну діяльність медичних працівників. Саме теоретичні моделі виступають методологічною основою для подальших емпіричних досліджень та практичних впроваджень, забезпечуючи цілісне розуміння процесів взаємодії у міжпрофесійних командах.

У цьому контексті доцільно виокремити та охарактеризувати найбільш поширені концептуальні підходи, які визначають структуру, динаміку та ефективність командної роботи у сфері охорони здоров'я. Їх систематизація дозволяє не лише продемонструвати багатовимірність феномену командної взаємодії, але й окреслити практичні орієнтири для розвитку міжпрофесійної співпраці. Нижче наводимо основні моделі, що становлять теоретичний фундамент сучасних досліджень та практики:

1. Значення командної взаємодії – ключовий чинник забезпечення якісної та безпечної допомоги пацієнтам [1; 2].
2. Психодинамічна модель – пояснює внутрішні мотивації та емоційні процеси членів команди.
3. Функціональна модель – акцентує на чіткому розподілі ролей та завдань.
4. Модель конфлікту, влади та статусу – аналізує ієрархію та розподіл влади у медичних колективах.
5. Темпоральна модель – враховує часові аспекти розвитку команди та прийняття рішень.
6. Соціально-ідентифікаційна модель – формує спільну ідентичність та цінності команди.
7. Інтердисциплінарна модель інтегрованої допомоги – розглядає команду як простір створення нових знань та соціальних відносин [3; 5].

Отже, теоретичні моделі командної взаємодії дозволяють комплексно аналізувати процеси у сфері охорони здоров'я. Їх застосування сприяє підвищенню ефективності командної роботи, розвитку емпатії та відповідальності, а також формуванню стійкої культури співпраці. Подальші дослідження мають бути спрямовані на інтеграцію різних моделей для створення єдиної концепції міжпрофесійної взаємодії.

Література

1. Tucker A.L., Edmondson A.C. Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*. 2003;45(2):55–72.
2. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2009;53(2):143–151.

3. Seelandt J.C., Boos M., Kolbe M., Kämmer J.E. How to enrich team research in healthcare by considering five theoretical perspectives. *Frontiers in Psychology*. 2023;14:1232331. DOI:10.3389/fpsyg.2023.1232331.
4. Theories of Team Working Relevant to Health and Social Systems. In: *Novel Health Interprofessional Education and Collaborative Practice Program: Strategy and Implementation*. Springer Nature; 2023.
5. Lennox-Chhugani N. Inter-Disciplinary Work in the Context of Integrated Care – a Theoretical and Methodological Framework. *International Journal of Integrated Care*. 2023;23:29. DOI:10.5334/ijic.7544.

Писанчин В.В. – студентка III курсу
першого бакалаврського рівня освіти,
ОПП «Сестринська справа»
спеціальність 223 Медсестринство
КЗВО ЛОР «Львівська медична
академія імені Андрея Крупинського»

Науковий керівник:
Кузьменко О.В. – магістр медсестринства,
викладач кафедри
внутрішньої медицини
та управління охороною здоров'я
КЗВО ЛОР «Львівська медична
академія імені Андрея Крупинського»

МЕДИЧНЕ ЛІДЕРСТВО: ВІД ОСОБИСТОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ДО СИЛЬНОЇ КОМАНДИ

Сучасна система охорони здоров'я функціонує в умовах високої складності: зростання потреб пацієнтів, кадрових викликів, цифровізації та воєнних і післявоєнних наслідків. У Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року одним із ключових напрямів визначено розвиток людського капіталу та інтеграцію медичної освіти з міжнародним контекстом [1]. Отже професійність сучасного медика вже не може обмежуватися лише знанням клінічних протоколів і технічним виконанням маніпуляцій.

Особливість сучасного медичного лідерства в тому, що воно починається не з керівної посади, а з особистої відповідальності фахівця за власні рішення, дотримання стандартів і безпеку пацієнта. Водночас результат лікування формується не окремою людиною, а злагодженою командою, тож ключовим є питання: як особиста відповідальність кожного перетворюється на спільну силу команди. МОЗ України у програмі «PRO лідерство» наголошує на розвитку відповідальних, ініціативних молодих лідерів, а освітній компонент програми охоплює лідерство, емоційний інтелект, ефективну комунікацію та цифрові інновації [2]. Відтак, формування лідерського потенціалу є необхідною умовою професійної готовності фахівця.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування шляху медичного лідерства від особистої відповідальності фахівця до формування сильної професійної команди, а також визначення основних напрямів розвитку відповідальності, лідерського потенціалу й уміння працювати в команді в контексті пріоритетів української медичної освіти та міжнародних компетентнісних підходів.

Медичне лідерство доцільно розуміти не лише як адміністративне управління закладом, а як здатність фахівця впливати на якість процесів, координувати взаємодію, брати відповідальність за рішення та підтримувати культуру безпеки. У моделі CanMEDS лікарська компетентність розглядається як інтеграція ролей медичного експерта, комунікатора, співпрацівника, лідера, захисника здоров'я,

науковця та професіонала [3, с. 16]. Такий підхід підкреслює, що клінічна майстерність реалізується повноцінно лише через комунікацію, співпрацю, професійну етику та управлінську відповідальність.

Першою сходинкою лідерства є особиста відповідальність. Вона включає доброчесність, дотримання професійних меж, конфіденційність, готовність до безперервного навчання та аналізу власних помилок. [3, с. 27].

Для української системи потреба в командній злагоді особливо гостро відчувається в умовах війни: військові медики часто змушені ухвалювати складні рішення просто на полі бою, потрібно робити це швидко, злагоджено й водночас якісно, адже ціна помилки надзвичайно висока. Саме завдяки чіткій взаємодії можна не лише своєчасно надати первинну допомогу пораненому, а й оперативно організувати його прицільну евакуацію — від стабілізаційного пункту до спеціалізованих реабілітаційних центрів. Кожен узгоджений крок команди безпосередньо впливає на шанси зберегти здоров'я й життя пацієнта.

Особиста відповідальність переходить у командну силу через soft skills - комунікацію, емпатію, етичність, критичне мислення, емоційну саморегуляцію та здатність до співпраці. Ці навички стають практичними інструментами безпеки пацієнта й ефективності команди: вони не суперечать професійним знанням, а є способом їх безпечного застосування. Комунікація в медицині має не лише інформаційну, а й етичну функцію — забезпечує довіру, узгодження очікувань і профілактику конфліктів, тоді як її недостатність призводить до помилок.

Ключовим механізмом перетворення індивідуальної відповідальності на спільний результат є командна взаємодія. У практиці результат лікування часто залежить від узгодженості дій лікарів, медичних сестер, фармацевтів, реабілітологів, психологів, пацієнта та його родини. CanMEDS визначає здатність працювати з колегами, узгоджувати відповідальність, брати участь у спільному прийнятті рішень і безпечно передавати пацієнта іншому фахівцю як ключові компетентності співпраці [3, с. 22). Це особливо актуально для української системи охорони здоров'я, де командна робота потрібна під час маршрутизації пацієнтів, реабілітації, надання невідкладної допомоги та роботи з ветеранами.

У сильній команді лідерський потенціал проявляється не в авторитарному контролі, а у здатності слухати, давати конструктивний зворотний зв'язок, визнавати межі власної компетентності й залучати інших спеціалістів. Це підтверджують і міжнародні документи: Глобальна рамка компетентностей ВООЗ для універсального охоплення послугами охорони здоров'я виокремлює такі домени, як людиноцентричність, прийняття рішень, комунікація, співпраця, доказово-інформована практика та особиста поведінка [4, с. 16].

Практичний розвиток лідерського потенціалу та командної спроможності має здійснюватися через симуляційне навчання, міжпрофесійні тренінги, клінічні розбори, наставництво та рефлексивні щоденники. Багатопрофільний посібник ВООЗ із безпеки пацієнта створений саме для навчання студентів і фахівців різних медичних професій [5]. Це підтверджує потребу в освітніх середовищах, де майбутні фахівці не лише засвоюють теорію, а й тренують реальні моделі поведінки.

З метою вивчення сприйняття майбутніх медичних фахівців до проблеми лідерства та командної роботи було проведено анонімне онлайн-опитування в якому взяло участь 156 респондентів ОПП «Сестринська справа », «Фізична терапія», «Психологія» та «Екстрена медицина» КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського». Результати засвідчили, що 78,2% респондентів вважають особисту відповідальність фундаментом професійної діяльності медичного працівника, тоді як лише 14,7 % пов'язують лідерство виключно з керівною посадою. Серед ключових soft skills, необхідних для ефективної командної взаємодії, студенти найчастіше називали комунікацію (83,3 %), емпатію (71,8 %) та критичне мислення (64,1 %). Водночас 61,5 % опитаних зазначили, що під час навчання їм недостатньо практичних тренінгів із командної роботи та міжпрофесійної взаємодії, що підтверджує необхідність посилення компетентнісного підходу в медичній освіті.

Отже, медичне лідерство розвивається як рух від особистої відповідальності медичного працівника, до сильної професійної команди. Особиста доброчесність, виконання стандартів і готовність аналізувати власні помилки створюють фундамент довіри, а soft skills і командна взаємодія перетворюють ці навички на спільний результат — якісну комунікацію з пацієнтом, результативну командну роботу, відповідальне прийняття рішень і культуру безпеки. У контексті стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року медичне лідерство потребує оновлення робочих навчальних програм з освітніх компонент, де забезпечується компетенції між професійною взаємодії, де в пріоритеті будуть емоційний інтелект, етична поведінка, відповідальність, вміння співпраці та доказове мислення.

На нашу думку сучасний медичний працівник має бути не лише виконавцем дій, а й відповідальним членом команди, здатним бути лідером через компетентність, повагу, доказовість і орієнтованість на потреби пацієнта. Опитування 156 респондентів ОПП «Медсестринство», «Фізична терапія », «Психологія» та «Екстрена медицина» показало, що більшість із них розуміє важливість особистої відповідальності у професії та вважає комунікацію, емпатію і критичне мислення найважливішими навичками для роботи в команді.

Це підтверджує необхідність активніше впроваджувати в медичну освіту симуляційні та міжпрофесійні тренінги, які допоможуть студентам ще під час навчання набувати реального досвіду командної роботи .

Література

1. Кабінет Міністрів України. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року : розпорядження від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80> (дата звернення: 17.05.2026).
2. Міністерство охорони здоров'я України. Програма «PRO лідерство» повертається — стартує відбір молодих лікарів. URL: <https://moz.gov.ua/uk/programa-pro-liderstvo-povertayetsya-startuye-vidbir-molodih-likariv> (дата звернення: 17.05.2026).
3. Frank J. R., Snell L., Sherbino J. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa : Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015. 35

- p. URL: <https://www.royalcollege.ca/content/dam/document/standards-and-accreditation/canmeds-full-framework-e.pdf> (дата звернення: 17.05.2026).
4. World Health Organization. Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage. Geneva : World Health Organization, 2022. 116 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034662> (дата звернення: 17.05.2026).
5. World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. Geneva : World Health Organization, 2011. 272 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958> (дата звернення: 17.05.2026).

Попович В. І., студентка 3 курсу
освітньо-професійного ступеня
фаховий молодший бакалавр
спеціальності 223 Медсестринство
ОПП Лікувальна справа
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник:
Подольак І.В., викладач неврології,
психіатрії та наркології
КЗВО «Волинський медичний інститут»

РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ ЯК АКТУАЛЬНА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Розсіяний склероз (РС) є хронічним автоімунним демієлінізуючим захворюванням центральної нервової системи, що характеризується прогресуючим ураженням мієліну та розвитком стійкого неврологічного дефіциту. Захворювання посідає одне з провідних місць серед причин нетравматичної інвалідизації осіб молодого та працездатного віку. Найчастіше дебют РС припадає на вік 20–40 років, що зумовлює значні соціально-економічні наслідки для суспільства.

Для Волинської області проблема розсіяного склерозу має особливу актуальність у зв'язку зі зростанням поширеності захворювання та несприятливим впливом низки регіональних чинників. Північно-західне географічне розташування області асоціюється з недостатнім рівнем інсоляції та високою частотою дефіциту вітаміну D серед населення.

Додатковим негативним фактором є тривале психоемоційне навантаження, пов'язане з воєнними подіями в Україні, що може сприяти загостренню перебігу захворювання та прискоренню прогресування неврологічних порушень. У зв'язку з цим рання діагностика, своєчасне призначення патогенетичної терапії та комплексний підхід до ведення пацієнтів набувають особливого значення.

Метою дослідження є проаналізувати сучасні тенденції поширення розсіяного склерозу у Волинській області та оцінити вплив дефіциту вітаміну D і хронічного психоемоційного стресу на перебіг захворювання та рівень інвалідизації пацієнтів молодого віку.

Патогенетично розсіяний склероз характеризується розвитком автоімунного запального процесу, внаслідок якого імунокомпетентні клітини ушкоджують мієлінову оболонку нервових волокон. Це призводить до порушення проведення нервових імпульсів та формування різноманітної неврологічної симптоматики.

Клінічні прояви РС залежать від локалізації демієлінізуючих вогнищ і можуть включати порушення зору, м'язову слабкість, розлади координації, порушення чутливості, підвищену втомлюваність, когнітивні зміни та парези. Виділяють рецидивуюче-ремітуючу, вторинно-прогресуючу, первинно-прогресуючу

та прогресуюче-рецидивуючу форми перебігу захворювання. За даними сучасних досліджень, через 10 років від початку хвороби у значної частини пацієнтів формуються ознаки стійкої інвалідизації.

Сучасні наукові дані підтверджують багатофакторний характер розвитку РС, у якому важливу роль відіграють генетичні, екологічні та імунологічні чинники. Одним із найбільш обговорюваних факторів ризику є дефіцит вітаміну D. Встановлено, що низький рівень цього вітаміну асоціюється зі збільшенням активності автоімунного процесу, підвищенням частоти загострень та швидшим прогресуванням неврологічного дефіциту.

Вітамін D бере участь у регуляції імунної відповіді, знижує активність прозапальних цитокінів та сприяє підтриманню процесів ремієлінізації. За даними фахівців Інституту геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України, недостатність або дефіцит вітаміну D виявляють у більшості населення України [11].

Для жителів Волинської області ця проблема є особливо актуальною через недостатню інсоляцію та обмежений період ефективного синтезу вітаміну D під впливом сонячного випромінювання.

Важливим фактором, що впливає на перебіг РС, є хронічний психоемоційний стрес. Тривале перебування в умовах воєнного стану, постійна тривога, психоемоційне виснаження та соціальна нестабільність негативно позначаються на функціонуванні нервової та імунної систем. Хронічний стрес супроводжується активацією нейроендокринних механізмів, підвищенням рівня кортизолу, розвитком оксидативного стресу та порушенням проникності гематоенцефалічного бар'єра, що може сприяти активації автоімунного процесу.

Додатковим негативним аспектом є зниження рівня фізичної активності та тривале перебування в закритих приміщеннях, що супроводжується ще більшим дефіцитом вітаміну D. Окрему увагу привертають випадки дебюту або прогресування захворювання у військовослужбовців після значного фізичного та психоемоційного навантаження.

Аналіз даних Волинської обласної клінічної лікарні свідчить про зростання кількості пацієнтів із розсіяним склерозом, які потребували стаціонарного лікування у 2021–2025 роках. Кількість дорослих пацієнтів збільшилася з 178 у 2021 році до 424 у 2025 році, а серед дитячого населення кількість випадків зросла з 6 у 2023 році до 14 у 2025 році. Отримані дані можуть бути пов'язані як із покращенням діагностики захворювання, так і з впливом несприятливих психосоціальних чинників та ускладненим доступом до безперервної терапії в умовах війни.

Отже можна зробити наступні висновки, що розсіяний склероз залишається однією з основних причин нетравматичної інвалідизації осіб молодого віку та становить важливу медико-соціальну проблему для Волинської області. Дефіцит вітаміну D є поширеним серед населення України та може розглядатися як один із чинників, що впливає на активність і прогресування розсіяного склерозу. Хронічний психоемоційний стрес, пов'язаний з умовами воєнного стану, здатний погіршувати перебіг захворювання та сприяти збільшенню частоти рецидивів. Перспективними напрямками покращення медичної допомоги пацієнтам із РС є рання діагностика, своєчасне призначення імуномодуючої терапії, корекція дефіциту вітаміну D та впровадження психологічної підтримки.

Література

1. Волошина Н. П., Василовський В. В. Розсіяний склероз в Україні: сучасний стан проблеми // Міжнародний неврологічний журнал. 2020. № 4(110). С. 9–15.
2. Волошина Н. П., Негреба Т. В. Розсіяний склероз: сучасні погляди на патогенез, діагностику та лікування // Український неврологічний журнал. 2021. № 2. С. 5–14.
3. Волошина Н. П., Тайцлін В. І. Нейроімунологічні аспекти розвитку розсіяного склерозу // Український медичний часопис. 2019. № 1. С. 23–27.
4. Герасимчук Р. Д., Климчук О. О. Медико-соціальні аспекти інвалідизації пацієнтів із розсіяним склерозом в Україні // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2023. № 1. С. 88–93.
5. Гриб В. А., Геряк С. М. Особливості імунопатогенезу розсіяного склерозу // Практична медицина. 2020. Т. 26, № 5. С. 34–39.
6. Зозуля І. С., Волошин П. В. Неврологія : підручник. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 784 с.
7. Міністерство охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги «Розсіяний склероз». Київ : МОЗ України.
8. Міщенко Т. С., Шестопалова Л. Ф. Вплив хронічного стресу на перебіг неврологічних захворювань // Міжнародний неврологічний журнал. 2021. № 7. С. 41–46.
9. Поліщук М. Є., Слободін Т. М. Сучасні підходи до лікування розсіяного склерозу // Ліки України. 2022. № 6. С. 24–30.
10. Поворознюк В. В. Вітамін D та його роль у функціонуванні нервової системи // Біль. Суглоби. Хребет. 2020. № 10(1). С. 5–10.
11. Поворознюк В. В., Балацька Н. І. Дефіцит та недостатність вітаміну D серед населення України // Біль. Суглоби. Хребет. 2021. № 11(2). С. 12–18.
12. Шкробот С. І., Масик Н. П. Клінічні особливості перебігу розсіяного склерозу у пацієнтів молодого віку // Вісник наукових досліджень. 2022. № 3. С. 45–49.

Приведенець Ірина Вікторівна – здобувач II курсу першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності І5 Медсестринство спеціалізації І5.01 Медсестринство ОПП Сестринська справа КЗВО «Волинський медичний інститут»
Новак-Мазепа Х. О. – доктор філософії з медсестринства, старший викладач кафедри медсестринства та екстреної медицини КЗВО «Волинський медичний інститут»

Шкали оцінки ризику розвитку ран тиску: порівняльний аналіз скринінгових інструментів у медсестринській практиці

Постановка проблеми. Рани тиску залишаються однією з актуальних проблем сучасної системи охорони здоров'я, особливо серед пацієнтів із обмеженою рухливістю, тяжкими хронічними захворюваннями та тривалим перебуванням у стаціонарі. Їх виникнення асоціюється зі збільшенням тривалості лікування, ризиком інфекційних ускладнень, хронічним больовим синдромом і погіршенням якості життя пацієнтів [1, с. 12–15]. Сучасні міжнародні рекомендації наголошують, що значна частина ран тиску може бути попереджена за умови своєчасного виявлення факторів ризику та раннього впровадження профілактичних заходів [1, с. 35–40]. У зв'язку з цим важливе місце у медсестринській практиці займають стандартизовані шкали оцінки ризику, які дозволяють систематизувати клінічне спостереження та своєчасно визначати пацієнтів групи підвищеного ризику.

Мета дослідження. Здійснити порівняльний аналіз основних шкал оцінки ризику розвитку ран тиску та визначити їх значення як скринінгових інструментів у медсестринській практиці.

Результати дослідження. Оцінка ризику розвитку ран тиску є важливим компонентом сучасної профілактики та дозволяє своєчасно виявити пацієнтів, які потребують посиленого догляду. У клінічній практиці найчастіше використовуються шкали Norton, Braden та Waterlow, а у педіатричній практиці — Braden Q і Glamorgan [2].

Шкала Norton є однією з перших систем оцінювання ризику розвитку ран тиску [3, с. 21–24]. Вона базується на оцінці фізичного стану пацієнта, рівня активності, рухливості, психічного стану та наявності нетримання. Основними перевагами шкали є простота й швидкість використання, однак невелика кількість критеріїв може обмежувати точність оцінювання ризику [3, с. 35–38].

Шкала Braden належить до найбільш поширених інструментів оцінки ризику розвитку ран тиску. Вона враховує сенсорне сприйняття, вологість шкіри, фізичну активність, мобільність, харчування, а також вплив тертя і зсуву. За даними сучасних досліджень, саме шкала Braden демонструє високу чутливість і достатню прогностичну цінність у визначенні пацієнтів групи ризику [4, с. 322–324].

Шкала Waterlow є більш деталізованою та включає додаткові фактори ризику, зокрема вік, індекс маси тіла, апетит, супутні захворювання й медикаментозну терапію. Перевагою цієї шкали є комплексність оцінювання, однак значна кількість критеріїв може ускладнювати її використання у щоденній клінічній практиці [2, с. 447–450].

У педіатричній практиці застосування шкал для дорослих є недостатньо ефективним, тому використовуються адаптовані інструменти — Braden Q та Glamorgan. Вони враховують вікові особливості, рівень тканинної перфузії, оксигенацію та тяжкість стану дитини [5, с. 2-3].

Порівняльний аналіз показує, що універсальної шкали оцінки ризику розвитку ран тиску не існує. Кожен інструмент має власні переваги й обмеження, а ефективність їх використання значною мірою залежить від клінічного контексту та професійного судження медичної сестри. Використання шкал дозволяє стандартизувати оцінювання ризику, однак не може повністю замінити клінічне мислення та комплексну оцінку стану пацієнта. [2, с. 442–444]

Висновки. Шкали оцінки ризику розвитку ран тиску є важливими скринінговими інструментами у медсестринській практиці та сприяють ранньому виявленню пацієнтів групи ризику. Найбільш поширеними у клінічній практиці залишаються шкали Norton, Braden і Waterlow, а в педіатрії — Braden Q та Glamorgan. Використання стандартизованих шкал у поєднанні з клінічним мисленням медичної сестри сприяє підвищенню ефективності профілактики ран тиску, покращенню якості догляду та безпеки пацієнтів.

Література

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline* / ed. E. Haesler. Prague : EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019. 400 p. URL: [956e02196892d7140b9bb3cdf116d13b.pdf](https://www.eupap.org/956e02196892d7140b9bb3cdf116d13b.pdf)
2. Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention // *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008. URL: [Chapter 12. Pressure Ulcers: A Patient Safety Issue](https://www.aahr.org/patient-safety/2008/01/patient-safety-quality-a-handbook-for-nurses/chapter-12-pressure-ulcers-a-patient-safety-issue/)
3. Norton D., McLaren R., Exton-Smith A. *An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital*. Edinburgh : Churchill Livingstone, 1962. 238 p. URL: https://archive.org/details/investigationofg0000nort?utm_source=chatgpt.com
4. Comparing the accuracy of the Braden and the Waterlow scale in pressure injury risk assessment // *Nursing Administration Quarterly*. 2022. Vol. 46, № 4. P. 320–327. URL: https://journals.lww.com/nams/fulltext/2022/11020/comparing_the_accuracy_of_the_braden_and_the.13.aspx?utm_source=chatgpt.com
5. Vocci M. C., Miot H. A., Fontes C. M. B., Abbade L. P. F. Pressure Injury Risk Assessment in Pediatric Intensive Care: A Prospective Validation Study of the Glamorgan Scale and Predictive Comparison with the Braden Q Scale // *Advances in*

Skin & Wound Care. 2023. Vol. 36, № 3. P. 1–7. URL: https://www.researchgate.net/publication/368886526_Pressure_Injury_Risk_Assessment_in_Pediatric_Intensive_Care_A_Pro prospective_Validation_Study_of_the_Glamorgan_Scale_and_Predictive_Comparison_with_the_Braden_Q_Scale

Рудковська А.А., студентка III курсу
спеціальності 223 Медсестринство
ОПП «Сестринська справа»
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»
Наукові керівники:
Малярська Н.В., к.мед.н
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»
Борщ І.С., викладач ЦК
клінічних та природничих дисциплін
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»

ЩО ТАКЕ БІЛЬ? ЯК БОРОТИСЬ З БОЛЕМ? ЕМПАТІЯ – ЯК ЗНЕБОЛЮЮЧИЙ ФАКТОР?

*«Біль легше попередити, ніж лікувати.
Ефективне знеболення — це не розкіш,
а базове право пацієнта та запорука його
швидкого одужання».*

Біль — складне, багатовимірне поняття, це міждисциплінарна проблема на межі медицини, психології, соціології та економіки. Масштаби цієї проблеми продовжують збільшуватися внаслідок старіння населення, зростання частоти хронічних захворювань, нездорового способу життя. 20% дорослого населення відмічають хронічний біль, 35% з них відчують біль щодня, 16% вказують, що постійний біль іноді викликає бажання померти, 40% не можуть самотійно контролювати біль. Тільки 2% респондентів отримували адекватне лікування з приводу больового синдрому[1,4].

Мета роботи - надати розширене поняття болю, його класифікацію, патогенетичні механізми виникнення, підходи до лікування з урахуванням сучасних наукових досліджень[1,2,3].

Біль — це п'ятий вітальний показник організації (поруч із температурою, тиском, частотою серцевих скорочень та частотою дихальних рухів). Біль завжди є суб'єктивним відчуттям, і його кінцева оцінка визначається місцем і характером пошкодження, природою шкідливого чинника, психологічним станом людини, індивідуальним життєвим досвідом та попереднім досвідом болю.

Класифікація больового синдрому за перебігом: *гострий біль*: має чітку захисну функцію (сигнал про пошкодження), супроводжується вегетативними реакціями (тахікардія, підвищення тиску, пітливість); *хронічний біль*: триває понад 3–6 місяців, втрачає захисну функцію, виснажує нервову систему, веде до депресії та ізоляції[1,3,4].

Сьогодні наявні прості та ефективні інструменти скринінгу у формі опитувальників. Об'єктивізація болю — головне завдання медичної сестри при первинній зустрічі з пацієнтом. Необхідно оцінити біль за алгоритмом PQRST:

- P (Provokes/Palliates) — Що провокує або полегшує біль?
 - Q (Quality) — Який характер болю? (пекучий, ниючий, стріляючий, пульсуючий).
 - R (Radiates) — Куди біль поширюється (іррадіює)?
 - S (Severity) — Яка інтенсивність?
 - T (Time) — Коли виникає і скільки триває? (постійний, нічний, при рухах).
- Інструменти оцінки больової симптоматики: візуально-аналогова (ВАШ): від 0 (немає болю) до 10 (найгірший біль). Використовується для дорослих при збереженій свідомості. Шкала обличчя Вонга-Бейкера (Wong-Baker): використовується для дітей або пацієнтів із мовними або когнітивними порушеннями (інсульт, черепна травма, деменція, тощо)[1,2,3,4].

Серед психологічних чинників виникнення хронічного болю виділяють психосоціальне перенавантаження, психологічні травми, дефіцит навичок та поведінки, емоційні порушення (депресія, страх), неадекватна внутрішня картина хвороби, вторинна вигода від захворювання та ін.

Принцип «триступеневої анальгезії» ВООЗ:

- *Ступінь 1 (слабкий біль)*: неопіїдні анальгетики (парацетамол, НПЗЗ — ібупрофен, кеторолак).
- *Ступінь 2 (помірний біль)*: слабкі опіїди (трамадол, кодеїн) + неопіїдні.
- *Ступінь 3 (сильний біль)*: сильні опіїди (морфін, фентаніл).

Медсестра повинна вводити знеболювальні за чітким графіком (по годинах), не чекаючи, поки біль знову стане нестерпним; немедикаментозні втручання (незалежні дії медсестри); позиціонування: надання тілу фізіологічного, максимально розслабленого положення за допомогою подушок та валиків[2,3].

Фізичні методи: прикладання холоду (при гострих травмах, перші 24–48 годин) або сухого тепла (при хронічних м'язових спазмах), якщо немає протипоказів.

Емпатична, позитивна комунікація між клініцистом та пацієнтом покращує результати лікування. Тому перед початком терапії необхідно виділити час для

спілкування з пацієнтом для кращого розуміння його стану, ознайомити його з метою та очікуваннями від лікування. Навчання пацієнта розумінню болю, його сприйняття через призму зменшення страху за своє здоров'я є вирішальним компонентом ефективного лікування та контролю болю самим пацієнтом[3,4].

Отже, біль – це складна багатовимірна проблема, яка потребує мультидисциплінарного підходу до діагностики та лікування з урахуванням індивідуальних характеристик сприйняття болю пацієнтом, його психоемоційного профілю, індивідуального життєвого досвіду та попереднього досвіду переживання болю. Просвітні заходи та психотерапевтичні методики дозволяють покращити ефективність лікування та підвищити якість життя пацієнта[1,2,3,4].

Література

1. Finnerup N.B., Kuner R., Jensen T.S. (2021) Neuropathic Pain: From Mechanismsto Treatment. *Physiol. Rev.*, 101(1): 259–301.
2. Baron R., Binder A., Attal N. et al. (2016) Neuropathic low back pain in clinical practice. *Eur. J. Pain*, 20(6): 861–873. doi: 10.1002/ejp.838.
3. Arnold B., Brinkschmidt T., Casser H.R. et al. (2009) Multimodal pain therapy: principles and indications. *Schmerz.*, 23(2): 112–120. doi: 10.1007/s00482-008-0741-x
4. Шаттенбург Л., Кульчинський Я. (2019) Психодинаміка болю. *НЕЙРОNEWS*, 4(105): 34–37.

Сіжук Олена, студентка IV курсу,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник: **Держай В.А.**

Порівняльна характеристика пропофолу та севофлурану в сучасній медицині

Анестезія - це стан контрольованої, тимчасової втрати відчуття або свідомості, викликаний у медичних цілях. Попри високу безпеку сучасних анестетиків, загальна анестезія залишається фактором ризику розвитку інтраопераційної артеріальної гіпотензії, депресії дихання та післяопераційної когнітивної дисфункції. Особливу увагу при роботі з соматично здоровими пацієнтами слід приділяти профілактиці післяопераційної нудоти та блювання, а також забезпеченню швидкої реверсії анестезії для мінімізації часу перебування у відділенні інтенсивної терапії. Порівняння пропофолу та севофлурану дозволяє визначити оптимальний протокол, який поєднує стабільність гемодинаміки з комфортним виходом із наркозу.

Ретроспективний аналіз клінічної діяльності Медичного об'єднання Луцької міської територіальної громади за період з 2007 по 2025 роки продемонстрував масштабне впровадження сучасних технологій знечулення: за цей час було проведено загалом близько 42 000 загальних анестезій, з яких понад 28 500 втручань виконано за методикою інгаляційної анестезії севораном, що підтверджує його статус пріоритетного анестетика, тоді як використання внутрішньовенного пропофолу склало приблизно 13 500 випадків, демонструючи тенденцію до поступового обмеження його застосування у великій хірургії на користь більш керованих методів.

Дослідити переваги використання севофлурану над пропофолом у дорослих пацієнтів з низьким анестезіологічним ризиком на основі аналізу досвіду роботи Медичного об'єднання Луцької міської територіальної громади. Обґрунтувати особливості проведення інгаляційної анестезії севофлураном для забезпечення стабільної гемодинаміки та високої керованості глибиною сну. Оцінити підтримання анестезії та післяопераційного періоду, зокрема швидкість і якість відновлення когнітивних функцій пацієнта.

Для проведення дослідження нами була взята за основу клінічна база відділення анестезіології та інтенсивної терапії Медичного об'єднання Луцької міської територіальної громади. Методом вибірки під нашим спостереженням перебувало 43 пацієнти віком від 18 до 65 років. Серед хворих жінок було 24 (56%), чоловіків — 19 (44%). Для забезпечення достовірності результатів усі оперативні

втручання були плановими та проводилися з приводу хірургічної патології органів черевної порожнини або нижніх кінцівок (операції на м'язах та м'яких тканинах).

Критерії виключення з дослідження:

- наявність у пацієнтів важкої супутньої патології серцево-судинної, дихальної та ендокринної систем;
- алергічні реакції на препарати для наркозу в анамнезі;
- вагітність та період лактації;
- наявність психічних розладів;
- епілепсія та інші судомні стани в анамнезі.

Тривалість оперативних втручань у досліджуваних групах варіювала від 45 до 90 хвилин (що в середньому становить 1-1,5 години).

Пацієнтів було розподілено на дві клінічні групи. Пацієнтам першої групи проводили інгаляційну анестезію севофлураном, а другій групі — тотальну внутрішньовенну анестезію пропофолом. Пропофол переважно використовували для забезпечення короткочасних маніпуляцій, адже при тривалих і складних операціях він має здатність до накопичення у жировій тканині, що призводить до значного пригнічення дихальної системи та свідомості.

У групі пацієнтів, яким застосовували севофлуран, відновлення після операції проходило швидше: вже через 5 хвилин пацієнти відкривали очі, а через 7 хвилин виконували прості команди анестезіолога. Показники гемодинаміки залишалися стабільними, а нудота та бронхоспазм виникали рідко. Пацієнтів переводили у відділення через 30–40 хвилин після операції.

У групі, де використовували пропофол, пробудження було повільнішим: спостерігалися залишкова седація, дезорієнтація, а команди пацієнти починали виконувати лише через 15 хвилин. Також частіше виникали головний біль і післяопераційна нудота. Переведення у профільне відділення проводили через 1,5–2 години після операції.

На основі цього дослідження ми зробили висновок, що інгаляційна анестезія севофлураном є кращим та набагато ефективнішим методом забезпечення операцій, оскільки вона гарантує швидкий та безпечний вихід із наркозу.

Загальна анестезія є невід'ємною складовою сучасного хірургічного лікування, оскільки від її ефективності залежать безпека пацієнта, стабільність життєво важливих функцій та швидкість післяопераційного відновлення. Вибір анестетика потребує комплексного підходу: препарат має забезпечувати достатню

глибину наркозу, ефективне знеболення, швидке пробудження та мінімальну кількість побічних реакцій. Одне з провідних місць у сучасній анестезіології посідає інгаляційна анестезія севофлураном, яка дозволяє точно контролювати стан пацієнта під час операції та сприяє кращому перебігу післяопераційного періоду.

Севофлуран (Севоран) — сучасний інгаляційний анестетик, який за своїми властивостями наближається до «ідеального» препарату для наркозу. Це негорюча, хімічно стабільна та невибухонебезпечна рідина, що вводиться шляхом інгаляції через спеціальний випаровувач. Севофлуран характеризується низькою токсичністю, не подразнює слизові оболонки дихальних шляхів та добре переноситься пацієнтами. Завдяки слабкій розчинності у крові препарат забезпечує швидке введення в наркоз і швидке пробудження після операції, швидко виводячись через легені. Це сприяє ефективному захисту організму від операційного стресу та покращує перебіг післяопераційного періоду.

Окрім використання севофлурану, існують інші методи забезпечення анестезії, кожен із яких має свої особливості. Найбільш розповсюдженим альтернативним методом є тотальна внутрішньовенна анестезія на основі пропофолу. Вона включає регулярне болюсне або інфузійне введення препарату у венозне русло. Проте, на відміну від інгаляційного методу, пропофол при тривалих операціях схильний до накопичення, що може сповільнювати пробудження та пригнічувати дихальний центр.

Інгаляційна анестезія севофлураном є найбільш ефективною при проведенні планових операцій середньої та великої тривалості, коли необхідно забезпечити стабільність життєво важливих функцій. Цей підхід передбачає повний контроль глибини седації та можливість миттєво змінити концентрацію препарату у разі зміни травматичності етапу операції. Така «керованість» має низку переваг порівняно з внутрішньовенними способами введення анестетиків.

Проведення анестезії севофлураном вимагає ретельної підготовки та виконання важливих етапів. Насамперед, необхідно налаштувати анестезіологічну станцію та випаровувач. Наступним кроком є подача анестетика за методикою низького потоку (low-flow), що дозволяє підтримувати стабільну концентрацію препарату в дихальному контурі. Інший важливий аспект — постійний газоаналіз на вдиху та видиху, що виступає хірургічним «інструментом» анестезіолога для підтримання цільового рівня седації (40–55 одиниць за шкалою моніторингу). Після завершення операції подача газу припиняється, і завдяки швидкій елімінації пацієнт починає дихати самостійно вже в перші хвилини.

Одна з головних переваг севофлурану — низька токсичність та мінімальний вплив на когнітивні функції. Оскільки препарат майже не метаболізується печінкою, організм сприймає його інертно, що виключає тривалу «післянаркозну депресію». Дослідження показують, що рівень успішного та комфортного пробудження при використанні севофлурану сягає 98-99%, що значно вище, ніж при використанні пропофолу, де частіше зустрічаються випадки дезорієнтації та нудоти. Завдяки повній керованості, севофлуран інтегрується в процес лікування, забезпечуючи надійне та безпечне знечулення. Процес відновлення свідомості

відбувається значно швидше, а пацієнти здатні виконувати команди (відкривати очі, розмовляти) вже на 5–10 хвилині після операції.

Реабілітація пацієнтів після анестезії севофлураном є значно коротшою. Цей процес спрямований на швидке відновлення фізичних та психологічних функцій. На початковому етапі особлива увага приділяється моніторингу дихання та стабільності тиску в палаті інтенсивної терапії. Важливим аспектом є психологічний комфорт: відсутність «важкого» виходу з наркозу зменшує ризик розвитку післяопераційного стресу та тривожності, що часто супроводжують внутрішньовенні методи анестезії.

1. Під час дослідження встановлено, що севофлуран забезпечує більш керований та стабільний перебіг анестезії порівняно з пропофолом. Завдяки низькій розчинності у крові препарат дозволяє швидко змінювати глибину наркозу та ефективно захищає організм пацієнта від операційного стресу.

2. Доведено, що після застосування севофлурану відновлення свідомості відбувається значно швидше: пацієнти починали виконувати прості команди анестезіолога приблизно через 7 хвилин після операції, тоді як після пропофолу — близько 15 хвилин.

3. Використання севофлурану сприяє швидшому післяопераційному відновленню та зменшує ризик побічних реакцій, зокрема залишкової седації, нудоти й дезорієнтації. Також скорочується час перебування пацієнтів у палаті пробудження, що підвищує ефективність ранньої післяопераційної реабілітації.

4. Отже, застосування севофлурану при планових оперативних втручаннях є більш ефективним методом анестезіологічного забезпечення, оскільки препарат сприяє підтриманню стабільних показників гемодинаміки, забезпечує швидке пробудження та характеризується високим рівнем безпеки для пацієнта.

Література

1. РУДЬ, О. А.; НАУМЕНКО, О. В. Порівняння частоти виникнення нудоти та блювання після черезшкірної нефролітотрипсії: севофлуран чи пропофол. *Клінічна хірургія*, 2015, 5: 68–69-68–69.
2. ЛІСНИЙ, І. І.; ЗАКАЛЬСЬКА, Х. А.; СТРЕПЕТОВА, О. В. Економічні складові різних видів анестезії. *Хірургія України*, 2016, 1: 103-108.
3. ЛІСНИЙ, І. І. Власний клінічний досвід використання севофлурану (Хемотека).

Сушко А.С. II курс
фаховий молодший бакалавр
223 Медсестринство ОПП “Лікувальна справа”
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник:
Ліщук Н.Л. – викладач
української мови та літератури
КЗВО «Волинський медичний інститут»

ОБРАЗ ЛЮДСЬКОГО ТІЛА В УКРАЇНСЬКІЙ НАРОДНІЙ МУДРОСТІ

В сучасному світі криза національної ідентичності є однією з найактуальніших проблем. Найгостріше це питання постає в пострадянських країнах, оскільки в середовищі постійного тиску на власну культуру та спробах її знищити, захист власних інтересів, є найважливішим завданням.

Український народ протягом не одного століття потерпав від імперських втручань сусідніх держав, що спричинило значний негативний вплив на розвиток культурної спадщини, намагаючись його призупинити. Однак національний опір не дозволив повністю занедбати та ліквідувати власні надбання. Патріотично налаштовані громадяни нашої країни не лише не дали стерти межу між українською й іншими культурами, чітко розмежовуючи традиції та цінності різних етносів, а й піднесли її на високий рівень, зіставний із світовою моделлю..

Завдяки цьому є можливість дізнатися про походження та суть образів в українській народній мудрості. Людина, її духовний світ і тіло відіграли ключову роль у теперішньому уявленні про епоху формування та консолідації нації. Ці образи залишили відбиток у багатьох сферах нашого життя й мистецьких жанрах: літературі, музиці й навіть у звичайному щоденному побуті.

Отже, людське тіло – це особливий природний об’єкт, що привертав увагу для створення численних досліджень та описів. Проаналізувавши найяскравіші образи, можна дійти до висновку, що вміння українців чітко описувати організм людини, порівнювати його з художніми засобами, дозволяє створити якісне відображення того, що відбувалося в той час.

Вивчення символіки людського тіла в народній мудрості, а також збереження історичної пам’яті про образи, створені українським народом, що підкреслюють унікальність та автентичність його мови та культури.

Аналіз опрацьованих матеріалів дав змогу встановити, що в усній поезії відбито найдавніші язичницькі міфічні уявлення про світобудову та віру в обожнювані сили природи, до яких пізніше долучилися християнські постулати, осмислені в дусі народної традиції [2 ст. 36]. Такий синтез поглядів дав змогу сформувати особливе бачення людського тіла, створити значну кількість прислів’їв та

приказок щодо нього. Найвагоміше значення в описі серед його частин мали голова, ноги та руки, оскільки саме завдяки ним характеризувалися якості, що український народ вважав найважливішими, адже підкреслювали цінність праці, інтелекту й краси слова.

Висновки: узагальнюючи проведені дослідження, можна стверджувати, що образи тіла в народній мудрості не лише відіграють роль чинника, що виконує описову функцію, а й мають глибоке символічне значення. Завдяки цьому є можливість дізнатися значну кількість важливої інформації про уявлення тогочасних людей щодо їхнього місця у світі, духовні та моральні цінності, ставлення до праці й стосунки у суспільстві.

Народні прислів'я та приказки, сформовані поглядами та переконаннями нації, є однією з ознак, що позитивно впливають на становлення самосвідомості етносу.

Українська народна мудрість – це складова фольклору, що формує невичерпне джерело інформації про світогляд нації, поданої в прислів'ях та приказках. Вона побудована на уявленні людей про явища та події, що відбуваються навколо них. Особливе місце в ній займає образ людського тіла, що описувався найрізноманітнішим чином, оскільки відображені не лише анатомоморфологічні ознаки, а й духовно–моральний світ, в якому важливу роль відіграють релігія й частково міфологія.

Важливо, що перша Людина була чоловіком. Отже, першим творилося саме чоловіче тіло. Жінка «дороблюється» пізніше і, за легендами, є лише продовженням чоловіка, його доповненням та створена для чоловічої розради й задоволення його духовних потреб.

Витоки уявлень, що жінка зроблена з частини чоловічого тіла, ведуть до Біблії, Старого Заповіту, де написано, що Бог створив жінку саме з чоловічого ребра. На цьому переказі ґрунтуються й українські легенди: «Бачить Бог, що Адам усе ж нудьгує, і говорить Сам до Себе: «Не добре бути чоловікові одному, створю йому жінку за образом його. З чого лиш її створити? З глини — не любитимуть одне одного. Ні, візьму частину в Адама і створю з неї жінку, щоб вони приліпилися одне до одного, були одне тіло. З чого ж узяти? З голови? Буде дуже розумна, стане главою чоловіка. З руки? Візьме чоловіка в руки. З ноги? Буде бігати від чоловіка. Візьму ребро з лівого боку від самого серця, з-під руки, щоб сердечно любила чоловіка й була в нього під рукою»»! [4 ст.14].

Походження людини загалом і її тіла зокрема є одним із центральних міфологічних мотивів. Українська міфологія сповіщає про творення людини з восьми частин, восьми елементів макрокосму. Народна анатомія представляє родину і людину як конструктор не тільки фізичний – поряд з тілом, кістками, очима і

кров'ю як рівноцінні складові згадуються також «нематеріальні» елементи – думки, дихання і тепло. Так, у людини тіло – від «персти», думка – від хмари, кості – від каменю, кров – від моря, очі – від сонця, дихання – від вітру, теплота – від вогню, а душу наостанок вдихнув сам Бог [1 ст.7].

В народній мудрості найдетальніше розглядаються образи голови, рук та ніг, які вважалися найважливішими частинами тіла. А серединою між нижньою частиною організму – ногами і «верхом» – головою визнавався пупок, який був своєрідною межею по вертикальній осі.

Таким чином, голова виступала «сховищем», де містився найважливіший орган – головний мозок, що дозволяв людині пізнавати навколишнє середовище, наповнюючи його інформацією та зберігати здобутий життєвий досвід. Беручи до уваги рівень інтелектуальних здібностей людини, її характеризували по-різному: «Вітер в голові», «Голова є, а розуму немає» – такий опис стосувався тих, хто не мав схильності до глибокого мислення. На протигагу цьому, кмітливих особистостей відображали таким чином: «Не в тім'я битий», «Має голову на плечах».

Нижні кінцівки досить часто у народній мудрості мали негативне значення, оскільки відображали або втечу, тобто безвихідь, або підтвердження класової нерівності. Це відтворювалося у прислів'ях та приказках, як-от: «Накивати п'ятами», «Пнутися на ноги». Також висвітлювалась і перевтома, яскравим прикладом є: «Ноги не тримають», або вислови, пов'язані з кривою: «Не давати собі на ногу наступити», тобто заборонити комусь завдати шкоду.

Руки в українських прислів'ях підносяться на надзвичайно високий рівень, адже відігравали ключову роль у підкресленні значення працьовитості та старанності. Наприклад, «Коли є до чого жагота, то кипить в руках робота», «Де руки й охота, там скоро робота».

Минуле сублімується у теперішнє і створює умови для майбутнього розвитку. Етнос має можливість самоідентифікуватися завдяки сформованій самосвідомості, зіставивши себе з іншими народами та їх минулим, може усвідомити своє місце у світі. Самосвідомість займає особливу роль серед психологічних характеристик народу [2 ст.86]. Доволі потужний вплив на неї здійснила українська народна мудрість, саме вона відмежувала нашу культуру від інших.

Література

1. Боряк О., Маєрчик М. Тіло в контексті культурно-антропологічних студій: ретроспекція та модерні підходи // Тіло в текстах культур / Під ред. О. Боряк, М. Маєрчик. – Київ, 2003.
2. Куєвда В., Ковтунович Т. Психологічні ретроспекції української етнокультурної моделі : монографія / за ред. М.-Л. А. Чепи. Київ : Логос, 2013. 104 с.

3. «Найдавніші слова-фауносимволи в міфопоетичній картині світу української народної пісні». Лінгвостилістичні студії, вип. 14, Червень 2021, с. 34-45, <https://doi.org/10.29038/2413-0923-2021-14-34-45>
4. Чоловіче тіло у традиційній культурі українців / Ірина Ігнатенко. – Харків : Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2016. – 224 с. : іл.

Ткачук С. П. – студентка II курсу
спеціальності 223 Медсестринство
ОПП Медсестринство
Фаховий медичний коледж ІФНМУ
Грушецька А. Я. – спеціаліст вищої категорії,
викладач-методист
Фаховий медичний коледж ІФНМУ

МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Артеріальна гіпертензія є одним із найпоширеніших хронічних захворювань та основною причиною розвитку серцево-судинних ускладнень, зокрема інфаркту міокарда, інсульту, серцевої та ниркової недостатності [1]. Ефективний контроль артеріального тиску залежить не лише від медикаментозної терапії, а й від активної участі медичної сестри у спостереженні за пацієнтом, проведенні санітарно-освітньої роботи, психологічної підтримки та формуванні прихильності до лікування [2]. Медсестринський супровід сприяє підвищенню ефективності терапії, покращенню якості життя пацієнтів і профілактиці ускладнень.

Метою дослідження є вивчення ролі медсестринського супроводу у веденні пацієнтів з артеріальною гіпертензією, оцінка його впливу на рівень контролю артеріального тиску, прихильність до лікування та підвищення обізнаності пацієнтів щодо свого захворювання, а також визначення ефективності сестринських втручань у покращенні якості життя пацієнтів.

У дослідженні брали участь 18 пацієнтів (11 жінок і 7 чоловіків) віком від 54 до 76 років, у яких була діагностована артеріальна гіпертензія II–III стадії. Тривалість спостереження становила три тижні. Учасників поділили на дві групи: до першої увійшли 9 осіб з ізольованою гіпертонічною хворобою, до другої — 9 пацієнтів із супутньою патологією серцево-судинної системи.

Медсестринський супровід передбачав щоденне вимірювання артеріального тиску та частоти серцевих скорочень, контроль за регулярністю прийому медикаментів, оцінювання загального стану пацієнтів, проведення індивідуальних консультацій щодо самоконтролю артеріального тиску, надання порад стосовно корекції способу життя, а також підтримання постійної комунікації з пацієнтами та їхніми родичами.

Аналіз отриманих даних показав, що в обох групах пацієнтів спостерігалася позитивна тенденція до покращення контролю артеріального тиску. У більшості хворих першої групи стабілізація показників досягалася вже наприкінці другого тижня спостереження. У другій групі також відзначалося зниження рівня артеріального тиску, однак досягнення оптимальних значень вимагало тривалішого часу та більш інтенсивної корекції способу життя.

Поряд із цим, у пацієнтів обох груп підвищився рівень обізнаності щодо перебігу захворювання та методів самоконтролю артеріального тиску. Покращилася прихильність до лікування, що проявлялося у регулярнішому прийомі лікар-

ських засобів і дотриманні наданих рекомендацій. Найкращі результати відзначалися у пацієнтів, які активно взаємодіяли з медичною сестрою та систематично отримували роз'яснення і підтримку [3].

Медсестринський супровід є одним із провідних чинників ефективного ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Постійний моніторинг артеріального тиску та частоти серцевих скорочень дає змогу своєчасно виявляти відхилення та вносити необхідні зміни у лікування. Проведення освітніх заходів підвищує рівень поінформованості пацієнтів щодо їхнього захворювання і сприяє формуванню відповідального ставлення до терапії. У випадках поєднання гіпертензії з іншими серцево-судинними патологіями досягнення стабільних показників артеріального тиску потребує більш тривалого та комплексного медсестринського втручання. Водночас налагоджена комунікація між медичною сестрою, пацієнтом і його родиною підвищує ефективність лікування та допомагає запобігати розвитку ускладнень.

Література

1. Амосова К. М., Руденко Ю. В. Діагностична цінність домашнього визначення артеріального тиску для контролю ефективності антигіпертензивної терапії у порівнянні з даними амбулаторного моніторингу у реальній клінічній практиці. Український терапевтичний журнал. 2016. № 3. С. 7–18.
2. Вербіцька Л. Я., Ястремська С. О. Роль медичної сестри в профілактиці артеріальної гіпертензії. Медсестринство. 2015. № 2. С. 5–7.
3. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії : Наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384.

Фастрига І. студентка 1ФТ-23
КЗВО ЛОР Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського
Науковий керівник:
Малярська Н.В., к.мед.н.
КЗВО ЛОР Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ДОГЛЯД ПРИ СПАСТИЧНОСТІ – МОЖЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Спастичність – стійке патологічне підвищення м'язового тону, що включає м'язову слабкість, втрату рухів, підвищення м'язового тону, м'язові спазми, підвищення рефлексів. Спастичність є проявом багатьох поширених неврологічних розладів, таких як мозковий інсульт, черепно-мозкова травма, розсіяний склероз, дитячий церебральний параліч та інші, що впливає на функціональну самостійність, активність у побуті і визначає прогноз працездатності та якість життя пацієнта. Спастичність є основним гальмівним чинником при виконанні реабілітаційної програми. При відсутності терапії призводить до формування контрактур (незворотного вкорочення м'язів) та анкілозів суглобів [1,2,4].

Метою роботи є розгляд сучасних підходів до діагностики та лікування спастичності та ролі медичної сестри у реабілітаційному процесі в структурі мультидисциплінарної команди, які дозволяють зменшити негативний вплив спастичності та її наслідків на життєдіяльність пацієнтів. На сьогоднішній день особлива увага приділяється міждисциплінарним підходам до діагностики, реабілітації пацієнтів зі спастичністю [1,4].

Під час роботи з пацієнтом на етапах його відновлення можна використовувати модифіковану шкалу Ешворта (Modified Ashworth Scale), яка є поширеним інструментом оцінки спастичності при захворюваннях, що супроводжуються підвищенням м'язового тону, що є зручною у дослідженні м'язового тону у пацієнта для динамічного спостереження медичною сестрою [3].

При проведенні фізичної терапії та реабілітаційного догляду медична сестра, яка є головним інструктором для родичів, може демонструвати та навчати родичів правильному позиціонуванню кінцівок в горизонтальному положенні та під час переміщення. Медична сестра у мультидисциплінарній команді виконує і психологічну підтримку пацієнтам та їх родичам, котрі приймають активну участь у боротьбі зі спастичністю та її наслідками. Спастичність часто супроводжується хронічним болем, тому важливо пояснювати пацієнту та його родичам,

що принципи фізичної терапії — це спосіб зберегти можливість самообслуговування. Медична сестра розпочинає ранню мобілізацію, яка починається з перших днів стабілізації стану пацієнта, тому що нерухомість є головним ворогом спастичних м'язів. Пасивна гімнастика: рухи мають бути повільними та плавними. Різкі рухи провокують «спастичний вибух» (різке скорочення м'яза). Вправи виконуються до межі легкого болю, але не через сильний біль. В команді медична сестра проводить і активну гімнастику – стимулює пацієнта до виконання самостійних рухів навіть з мінімальною амплітудою. Серед постуральної терапії треба пам'ятати про антиспастичні укладки: використання валиків, подушок та лонгет для фіксації кінцівки у положенні, протилежному до спастичної пози; це може бути розгинання пальців кисті, випрямлення ліктя, тощо. Зміна положення пацієнта кожні 2 години для запобігання не лише пролежням, а й фіксації патологічних поз. Вертикалізація - поступове переведення пацієнта у сидяче та стояче положення з використанням вертикалізаторів, допомагає знизити тонус м'язовий тонус з нижніх кінцівок [1,2,4].

До комплексу заходів боротьби зі спастичністю зазвичай вносять фізіотерапію, гідропроцедури, лікування позицією, спеціальні лікувально-гімнастичні прийоми, спрямовані на розслаблення, біологічний зворотний зв'язок, вибірко-вий масаж, голкорексфлексотерапію. Сенсорна стимуляція та температурний вплив на спастичність за участю медичної сестри передбачає використання: теплих парафінових аплікацій або теплих ванночок (37-38 С) перед гімнастикою допомагають розслабити м'язи; кріотерапія - короточасний вплив холодом іноді використовується для зниження збудливості рецепторів, але тривалий холод може посилити спазм, тому використовувати треба з обережністю; стимуляція антагоністів - легке погладжування м'язів-розгиначів та глибоке повільне розтирання спастичних м'язів-згиначів [3].

Отже, успішна реабілітація залежить від всеосяжної, але динамічної програми, з відповідними цілями, які встановлюються та оцінюються у визначені періоди часу на всьому етапі допомоги пацієнтові. Це може охоплювати стаціонарну допомогу, лікування у денному реабілітаційному відділенні лікарні чи амбулаторії, або реабілітацію на паліативному етапі. Потрібні цілеспрямовані індивідуальні втручання медичної сестри та всієї мультидисциплінарної команди, які розроблені відповідно до того, чи спричинений спастичний парез інсультом, травмою, розсіяним склерозом чи церебральним паралічем. Успішна реабілітація пацієнтів є запорукою правильного відновлення, а отже і реінтеграція в суспільство.[2,3,4].

ЛІТЕРАТУРА

1. Ada L, O'Dwyer N, O'Neill E. Relation between spasticity, weakness and contracture of the elbow flexors and upper limb activity after stroke: an observational study. *Disabil Rehabil.* 2006; 28 (13-14): 891-7. doi: 10.1080/09638280500535165.

2. Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther.* 1987; 67 (2): 206-7. doi: 10.1093/ptj/67.2.206.
3. Toro B, Nester C, Farren P. A review of observational gait assessment in clinical practice. *Physiotherapy Theory and Practice.* 2003; 19 (3): 137-149, doi: 10.1080/09593980307964
4. .Zeng H, Chen J, Guo Y, Tan S. Prevalence and Risk Factors for Spasticity After Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurol.* 2021; 11: 616097. doi: 10.3389/fneur.2020.616097.

Хазова А.К. студентка 3 курсу спеціальності 223
Медсестринство, ОПП «Сестринська справа»,
КЗВО «Волинський медичний інститут».
Марченко А.І. Циклова комісія хімічних,
фармацевтичних та стоматологічних дисциплін,
КЗВО «Волинський медичний інститут».

ФАРМАЦЕВТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ: ОЦІНКА ПОТРЕБ, РІВНЯ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ТА БАР'ЄРІВ У ПАЦІЄНТІВ

Сучасний стан фармацевтичної галузі в Україні характеризується фундаментальним зміщенням акцентів з товарно-орієнтованої моделі на пацієнтоцентровану парадигму. Протягом останнього десятиліття професійна ідентичність фармацевта зазнала суттєвої еволюції, що зумовлено як внутрішніми реформами системи охорони здоров'я, так і глобальними тенденціями, закладеними Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) та Міжнародною фармацевтичною федерацією (FIP) [1]. Основна теза цієї трансформації полягає в тому, що фармацевти повинні вийти за межі традиційного «прилавку» і стати активними учасниками лікувального процесу, надаючи пацієнтам не просто лікарські засоби, а комплексні медичні послуги та професійну опіку [2].

Якісна фармацевтична опіка є важливою складовою сучасної системи охорони здоров'я. Ефективне консультування пацієнтів під час відпуску рецептурних препаратів сприяє безпечному та раціональному застосуванню лікарських засобів, підвищує прихильність до лікування та допомагає уникнути небажаних реакцій. Водночас недостатня комунікація між фармацевтом і пацієнтом може негативно впливати на результати терапії [3]. У зв'язку з цим актуальним є вивчення реальних очікувань споживачів фармацевтичних послуг і причин, що перешкоджають отриманню повноцінної консультації.

Визначити основні інформаційні потреби пацієнтів щодо рецептурних лікарських засобів, оцінити рівень їхньої задоволеності фармацевтичним консультуванням та встановити чинники, які ускладнюють ефективну взаємодію між фармацевтом і споживачем.

Дослідження проведено методом анонімного онлайн-анкетування за допомогою Google Forms. У ньому взяли участь 130 відвідувачів аптек віком від 18 років. Опитувальник включав питання щодо соціально-демографічних характеристик, особливостей прийому рецептурних лікарських засобів, а також оцінки інформаційних потреб і рівня задоволеності консультуванням за 5-бальною шкалою Лайкерта. Для аналізу результатів застосовано методи описової статистики із визначенням середніх показників та медіани.

Серед опитаних переважали жінки (82,3%) та особи віком 18–39 років (92,3%). Більшість респондентів (76,9%) приймали лише один рецептурний препарат, а у 75,4% випадків тривалість лікування становила менше трьох місяців.

Протягом останнього місяця рецептурні лікарські засоби отримували 28,5% учасників опитування, відповіді яких були використані для подальшого аналізу.

Середній рівень важливості отримання додаткової інформації від фармацевта становив 3,76 бала, що свідчить про позитивне ставлення пацієнтів до професійного консультування. Найбільш значущими для респондентів були відомості про побічні реакції лікарських засобів, особливості режиму прийому, можливі взаємодії препаратів та надання письмових рекомендацій. Найменшу зацікавленість викликали дистанційні консультації та поради щодо немедикаментозних методів лікування.

Аналіз практики фармацевтичного консультування показав, що лише у 56,7% випадків пацієнти отримували активне інформування з боку фармацевта. Частина опитаних отримувала відповіді лише після власних запитань, а 13,5% респондентів взагалі не отримували необхідної інформації під час придбання рецептурних препаратів.

Актуалізація належної комунікації між фармацевтом та споживачем зумовлена тим, що фармацевт, згідно з концепцією ВООЗ, відіграє роль ключової ланки між пацієнтом та лікарем у сучасній системі охорони здоров'я. Ефективний діалог набуває особливої ваги саме під час відпуску рецептурних лікарських засобів, оскільки їхнє безпечне застосування вимагає від споживача суворого дотримання режиму та чіткого розуміння можливих побічних ефектів. На тлі явища зростання поліпрагмазії (одночасного прийому багатьох препаратів) якісна комунікація стає життєво необхідною для підвищення безпеки лікування та оптимізації фармацевтичної практики. Оскільки недостатня обізнаність споживачів про режими прийому ліків та побічні дії несе прямий ризик зниження прихильності до терапії, проактивне інформування з боку фармацевта є не просто аптечним сервісом, а невід'ємною частиною успішного лікувального процесу.

Порівняння рівня очікувань і фактичної задоволеності продемонструвало наявність суттєвого розриву. Найнижчі показники задоволеності стосувалися саме тих аспектів, які пацієнти вважали найважливішими, а саме пояснення побічних ефектів та режиму застосування лікарських засобів - виявлено критичний розрив між очікуваннями пацієнтів (які оцінюються у 3,35–3,41 бала) та фактичним рівнем їхньої задоволеності отриманими роз'ясненнями (лише 2,92 бала).. Це свідчить про недостатній рівень комунікації та може негативно впливати на дотримання пацієнтами рекомендацій щодо лікування.

Основними бар'єрами для ефективної фармацевтичної опіки стали переконання пацієнтів у тому, що всю необхідну інформацію вже надав лікар (48,6%), відповідно низька усвідомленість споживачами самотійної ролі фармацевта — пацієнти недооцінюють його експертність, а також значне навантаження та черги в аптеках (40,5%). Окремі респонденти також відзначали зайнятість або недостатню компетентність фармацевтичних працівників.

Результати дослідження свідчать, що споживачі мають помірні, але стабільні інформаційні потреби з беззаперечним пріоритетом щодо питань безпеки медикаментів (побічні реакції) та режиму їх застосування. Проте, сучасна практика фармацевтичного консультування є недостатньо активною, відповідно фактичний рівень задоволеності отриманою інформацією залишається недостатнім

та не відповідає очікуванням споживачів. Виявлені організаційні та комунікаційні бар'єри підтверджують необхідність удосконалення системи фармацевтичної опіки.: Отримані дані обґрунтовують необхідність модернізації аптечної практики. Для усунення комунікаційних бар'єрів потрібне впровадження стандартизованих протоколів фармацевтичної опіки та цілеспрямоване покращення комунікаційних навичок фармацевтів. Не менш важливою є масштабна просвітницька робота для підвищення обізнаності населення щодо важливої ролі фармацевта у забезпеченні безпечного й ефективного лікування як незалежного, авторитетного джерела життєво важливої медичної інформації.

Перспективними напрямками є впровадження стандартизованих алгоритмів консультування, розвиток комунікативних навичок фармацевтів та.

Література

1. Спільні настанови FIP/WHO щодо належної аптечної практики: стандарти якості аптечних послуг [Електронний ресурс]. // WHO Technical Report Series. – № 961. – Додаток 8. – Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, 2011. – 20 с. – URL: <https://www.fip.org/file/5593> (дата звернення: 12.05.2026).
2. Medicines and patient safety through pharmacy practice: Chapter 7 [Електронний ресурс] / International Pharmaceutical Federation (FIP); автори: Zuzana Kusynová та ін. – Гаага: FIP, 2025. – 27 с. – URL: https://www.fip.org/files/content/publications/2025/FINAL_VF-CH7_Medicines_and_patient_safety.pdf (дата звернення: 12.05.2026).
3. Паламар А. Роль фармацевтичної опіки при відпуску ліків [Електронний ресурс] / Аліна Паламар, доц. кафедри фармації, к. фарм. н., Буковинський державний медичний університет. – 26.04.2023. – URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/rol-farmaczevtychnoyi-opiky-pry-vidpusku-likiv/>.

ХОРОШЕНКО І.В.

студентка першого курсу
другого (магістерського) рівня вищої освіти

ОПП «Сестринська справа»

Комунальний заклад вищої освіти
«Волинський медичний інститут»

Волинської обласної ради

ВАЛЕЦЬКИЙ Ю. М.

доктор медичних наук, професор,
Комунальний заклад вищої освіти

«Волинський медичний інститут»

Волинської обласної ради

ШЛЯХИ РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИ-МАГІСТРА В АПАРАТНІЙ ТА ЕСТЕТИЧНІЙ КОСМЕТОЛОГІЇ

Естетична медицина та косметологія набирають значних темпів розвитку в Україні та світі. І це пов'язано не лише з бажанням зберегти молодість, а й з актуальністю вирішення набутих естетичних вад, отриманих внаслідок бойових дій, автокатастроф, побутових травм, оперативних втручань. В умовах сьогодення медична сестра-магістр стає невід'ємною частиною у лікуванні, просвітницькій роботі та реабілітації пацієнтів з естетичними проблемами.

Проаналізувати дані літератури щодо можливостей розвитку медсестри-магістра в апаратній та естетичній косметології, визначити її роль у лікуванні пацієнтів з естетичними проблемами та дослідити актуальність сучасних технологій для вирішення косметологічних проблем.

Сучасна естетична медицина та апаратна косметологія є одними з найбільш динамічних напрямів охорони здоров'я. У цих умовах суттєво змінюється роль медичної сестри-магістра, яка виконує не лише допоміжну, але й консультативну, клінічну та освітню функції.

У багатьох європейських та американських клініках медичні сестри вже виконують самостійні функції у сфері естетичної медицини: проводять первинні консультації, оцінюють стан шкіри та супроводжують пацієнта на всіх етапах лікування [1].

Важливою сферою діяльності медичної сестри магістра є реабілітація пацієнтів [4]. При цьому медична сестра забезпечує не лише фізичне відновлення пацієнта, але й психологічну підтримку та соціальну адаптацію. Розвиток регенеративної медицини, цифрових технологій та доказової косметології сприяє розширенню професійних функцій медичної сестри та формує нову модель міждисциплінарної співпраці у сучасній медицині [6].

У медичних публікаціях зазначається, що розширена медсестринська практика потребує безперервної освіти та постійного оновлення клінічних знань на

основі доказової медицини [2]. Важливе значення має також формування технічної компетентності.

Робота з лазерними платформами, радіочастотними системами, ультразвуковими технологіями та іншими енергозалежними методиками потребує глибокого розуміння фізичних принципів їх дії. Медична сестра повинна не лише володіти практичними навичками, але й розуміти механізми впливу апаратних технологій на тканини, можливі ускладнення та методи їх профілактики [9].

У сучасній естетичній медицині все більшого значення набуває мультидисциплінарний підхід, у якому медична сестра виступає повноцінним учасником клінічної команди. Наукові джерела підкреслюють, що критичне мислення, оцінка стану пацієнта є ключовими механізмами для досягнення позитивних результатів та покращення естетичних недоліків людини в медичній практиці [14].

Естетична медицина безпосередньо пов'язана з психоемоційним сприйняттям зовнішності, самооцінкою та очікуваннями людини. Тому формування довіри між пацієнтом і медичним працівником значною мірою впливає на задоволеність результатами лікування [11].

Таким чином, професійний розвиток медичної сестри-магістра в естетичній медицині є комплексним процесом, який включає: безперервне навчання, вдосконалення технічних навичок, розвиток клінічного мислення та комунікативної компетентності.

Окремим напрямком розвитку косметології є інтеграція штучного інтелекту у естетичну практику [13]. Такі новітні технології використовуються, як у професійних дерматоскопічних системах, так і в цифрових косметологічних платформах для індивідуального моніторингу стану шкіри [15].

Крім цього, штучний інтелект допомагає формувати індивідуальні протоколи догляду з урахуванням віку пацієнта, типу шкіри, рівня чутливості та супутніх дерматологічних проблем [7]. У наукових публікаціях також зазначається, що використання алгоритмів штучного інтелекту може сприяти ранньому виявленню патологічних змін шкіри та оптимізації клінічної маршрутизації пацієнтів [5].

Разом із перевагами існують і певні обмеження використання штучного інтелекту у косметології. До прикладу, ефективність алгоритмів значною мірою залежить від якості баз даних, на основі яких здійснюється навчання систем штучного інтелекту. У сучасних дослідженнях наголошується на ризиках недостатнього представлення різних фототипів шкіри, що може впливати на точність результатів [3].

Однією з головних тенденцій сучасної косметології є перехід від агресивної корекції зовнішності до концепції «натуральна естетика» та покращення якості шкіри. Центральним стає поняття «сяюча шкіра», що включає: еластичність, пружність, текстуру шкіри та відсутність запальних процесів. Однією із таких сучасних тенденцій є застосування екзосом. Як зазначають Hernán Pinto та Elena Sánchez Vizcaíno Mengual: «Екзосоми мають значний регенеративний потенціал і здатні впливати на процеси омолодження шкіри» [8]. Адже екзосомальна терапія, базується на міжклітинній передачі біологічно активних молекул та зда-

тності впливати на процеси клітинного відновлення. У науковій літературі підкреслюється, що регенеративні технології формують нову модель персоналізованої відновлювальної медицини [12].

Використання екзосом, полінуклеотидів, факторів росту та інших біостимуляторів формує новий напрям регенеративної естетики. За даними систематичного огляду Rahman E. та співавторів, сучасна естетична медицина потребує суворой доказової бази та контролю безпеки процедур [10].

Також слід наголосити на ефективності фракційних лазерних систем, які стимулюють процеси неоклагенезу та сприяють ремоделюванню тканин. У сучасних наукових публікаціях зазначається, що лазерна терапія є одним із найбільш ефективних методів лікування патологічних рубців та постопікових змін [14].

Важливе місце у відновлювальній медицині займають голкова RF-терапія, методи біостимуляції тканин, плазмотерапія, які сприяють активації синтезу колагену, покращують мікроциркуляцію та стимулюють процеси регенерації. Таким чином, сучасна естетична медицина є важливою складовою комплексної реабілітації пацієнтів. Поєднання сучасних методик у лікуванні зовнішніх недоліків людини, дає змогу досягати позитивних результатів.

Проаналізувавши дані літератури щодо можливостей розвитку медсестринського в апаратній та естетичній косметології, можемо зробити висновки, що ними можуть бути:

- 1) володіння високим рівнем знань у різних галузях медицини;
- 2) удосконалення практичних навичок;
- 3) освоєння інноваційних технологій;
- 4) дотримання медичних протоколів для безпечного ведення пацієнтів;
- 5) відвідування різних медичних конференцій та наукових заходів;
- 6) піклування про свій психоемоційний стан для ефективної роботи з пацієнтами;
- 7) супровід пацієнтів на всіх етапах лікування та реабілітації.

Література

1. Aesthetic Medicine and Professional Nursing Competence: International Clinical Perspectives // Journal of Cosmetic Dermatology. 2025. Vol. 24, № 2. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocd.16542>.
2. Advanced Practice Nursing in Aesthetic Medicine: Current Perspectives and Educational Standards // Journal of Aesthetic Nursing. 2024. Vol. 13, № 4. DOI: <https://doi.org/10.12968/joan.2024.13.4.156>.
3. Artificial Intelligence in Dermatology: Addressing Gaps in Pediatric and Skin-of-Color Populations — A Focused Literature Review // Journal of Investigative Dermatology. 2026. Vol. 146, Issue 3. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0022-202X\(26\)00597-X](https://doi.org/10.1016/S0022-202X(26)00597-X).
4. Gold M. H. Radiofrequency Technologies in Scar Remodeling and Skin Rehabilitation // Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology. 2024. Vol. 17, № 3. URL: <https://jcadonline.com>.
5. Goktas P., Grzybowski A. Assessing the Impact of ChatGPT in

Dermatology: A Comprehensive Rapid Review // Journal of Clinical Medicine. 2024. Vol. 13, № 19. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm13195909>.

6. Kumar N. et al. Exosomes: Revolutionising Aesthetic and Cosmetic Therapeutics // Journal of Cosmetic Dermatology and Therapeutics. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1177/30499240251384372>.

7. Martínez-Vargas E. et al. The Emerging Role of Artificial Intelligence in Dermatology: A Systematic Review of Its Clinical Applications // Dermato. 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/dermato5020009>.

8. Pinto H., Sánchez-Vizcaíno Mengual E. Exosomes in the Real World of Medical Aesthetics: A Review // Aesthetic Plastic Surgery. 2024. Vol. 48, № 13. P. 2513–2527. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-023-03844-8>.

9. Platelet-Rich Plasma in Regenerative and Aesthetic Medicine // Dermatologic Surgery. 2024. Vol. 50, № 5. DOI: <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000004021>.

10. Rahman E. et al. Regenerative Aesthetics: A Genuine Frontier or Just a Facet of Regenerative Medicine: A Systematic Review // Aesthetic Plastic Surgery. 2025. Vol. 49, № 1. P. 341–355. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-024-04287-5>.

11. Ramos-e-Silva M., Celem L. F. Role of Nurses in Cosmetic Dermatology and Aesthetic Procedures // Clinics in Dermatology. 2023. Vol. 41, № 6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2023.08.004>.

12. Regenerative Aesthetic Medicine and Exosome Therapy: Emerging Perspectives in Tissue Repair // Journal of Cosmetic Dermatology. 2025. Vol. 24, № 1. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocd.16402>.

13. Shah M. et al. Exosomes for Aesthetic Dermatology: A Comprehensive Literature Review and Update // Journal of Cosmetic Dermatology. 2025. Vol. 24, № 1. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocd.16766>.

14. Waibel J. S., Wulkan A. J. Laser Treatment of Traumatic and Burn Scars // Clinics in Plastic Surgery. 2023. Vol. 50, № 2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2022.11.004>.

15. Zbrzezny A. M., Krzywicki T. Artificial Intelligence in Dermatology: A Review of Methods, Clinical Applications, and Perspectives // Applied Sciences. 2025. Vol. 15, № 14. DOI: <https://doi.org/10.3390/app15147856>.

Яцків М.– студентка III курсу
бакалавр, ОПП «Сестринська справа»
спеціальність 223 Медсестринство
КЗВО ЛОР «Львівська медична
академія імені Андрея Крупинського»
Науковий керівник:
Кузьменко О.- викладачка кафедри
внутрішньої медицини
та управління охороною здоров'я
КЗВО ЛОР «Львівська медична
академія імені Андрея Крупинського»

ЦИФРОВА ТРАНСФОРМАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСТВА: ВІД ПАПЕРОВИХ ЖУРНАЛІВ ДО СМАРТ-КЛІНІК

В сьогоденній медицині досі панує таке поняття, як паперова системи. І враховуючи це, сестра медична (брат медичний) виконують низку паперових, документальних завдань, що супроводжується фізичною втомою та розумою виснаженістю, що в подальшому призведе до професійного вигорання. Візьмемо до уваги сучасний метод оптимізації медсестринських обов'язків-«смайт-клініка». Це мобільні додатки, смайт-ліжка, електронні медичні картки. Перехід на цифрові технології часто ускладнюється через брак ІТ навичок та психологічного супротиву. Вирішенням даної проблеми є системне підвищення цифрової грамотності та адаптації до нововведень. Тимчасовий дискомфорт повністю компенсує суттєву оптимізацію часу.

Основне завдання дослідити ефективність цифрових технологій та визначити їх специфічні бар'єри з якими може стикнутися сучасна українська медична сестра(медичний брат) та знайти методи їх вирішення .

- Визначити здатність пристосування плану терапії під індивідуальні особливості кожного, окрем пацієнта.
- Спільно з інженер-програмістами розробити алгоритм автоматичного заповнення документації, створення копій та розподіл відповідно до кожного пацієнта та окремих патологій.

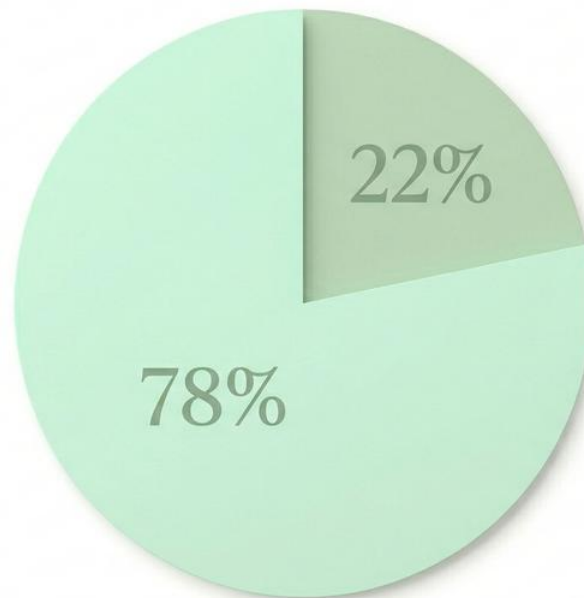
Оптимізувати затрату часу медичних працівників для ведення документації та передачі паперової рутини на штучний інтелект, тим самим збільшити кі-

лькість часу на прямий догляд за пацієнтами. Таким чином це зменшить професійне вигорання працівників та збільшить точність виконання плану лікування. Ми провели опитування серед здобувачів освіти, факультету медсестринства, на різних рівнях навчання: участь брали студенти фмб, бакалаври та магістри. Кількість опитуваних студентів становить: ФМБ 79 студентів, бакалаври 55 студент та магістри 12 студентів. Сумарна кількість-146 осіб. В цьому опитуванні ми звернули увагу на основні питання стосовно роботи з ІІІ, а саме:

1. Чи мали досвід роботи в ІТ технологіях на робочому місці ?

78%- був досвід

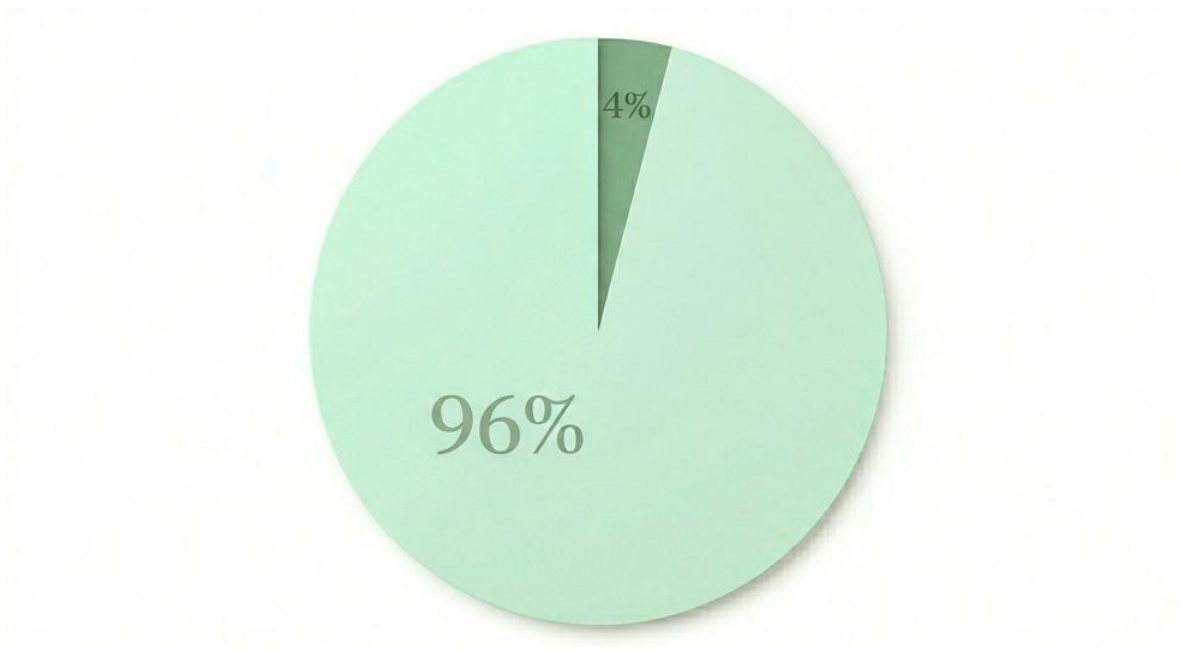
22%-не було досвіду



- Як ви вважаєте, чи потрібна цифровізація документообігу в медсестринстві?

96%-за

4%-проти

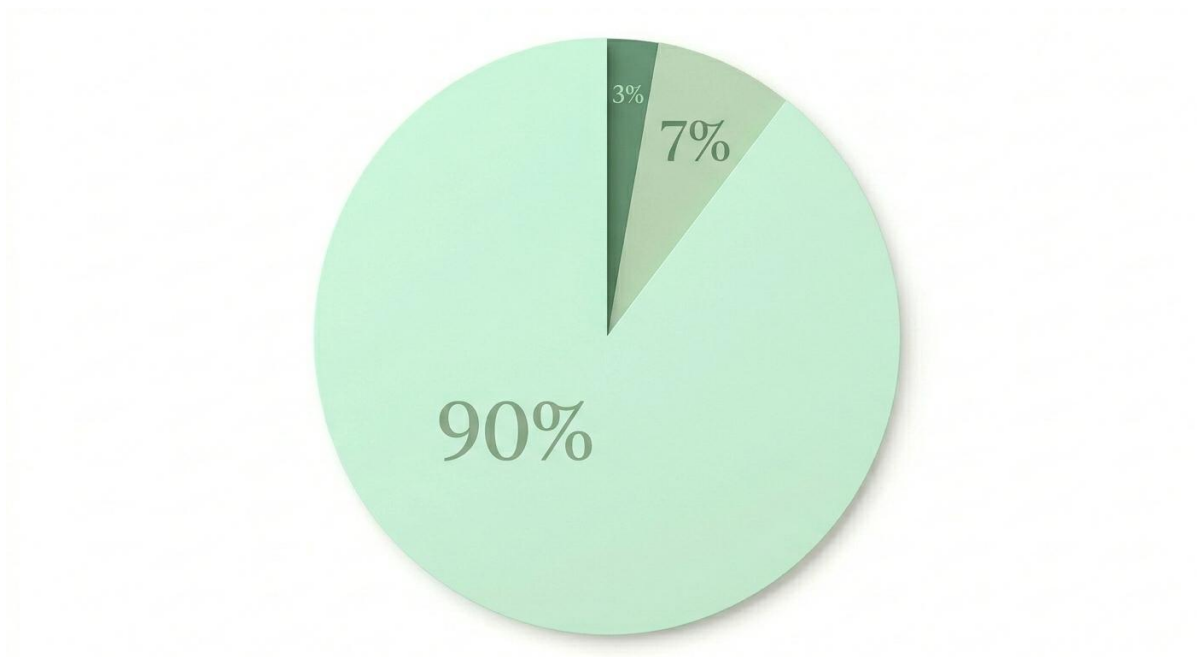


8. Як часто ви використовує ІІІ під час навчання ?

90%-часто

7%-інколи

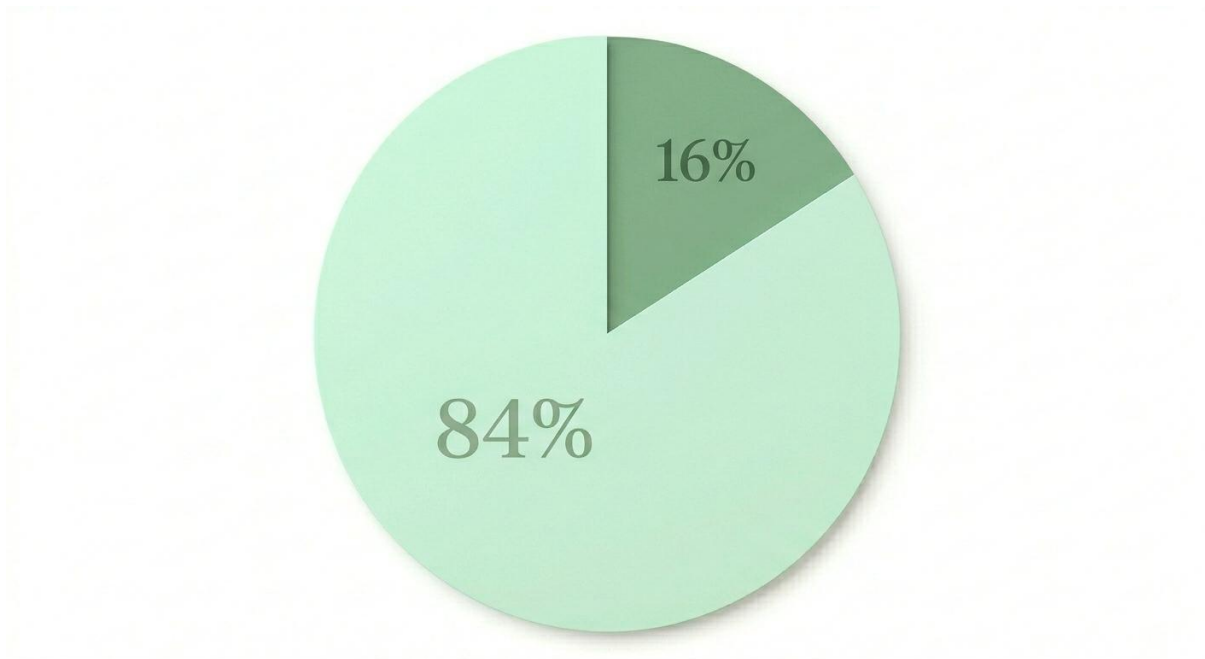
3%- рідко, майже ніколи



4. Чи стикалися ви з бар'єрами під час використання ІІІ?

84%- не стикалися

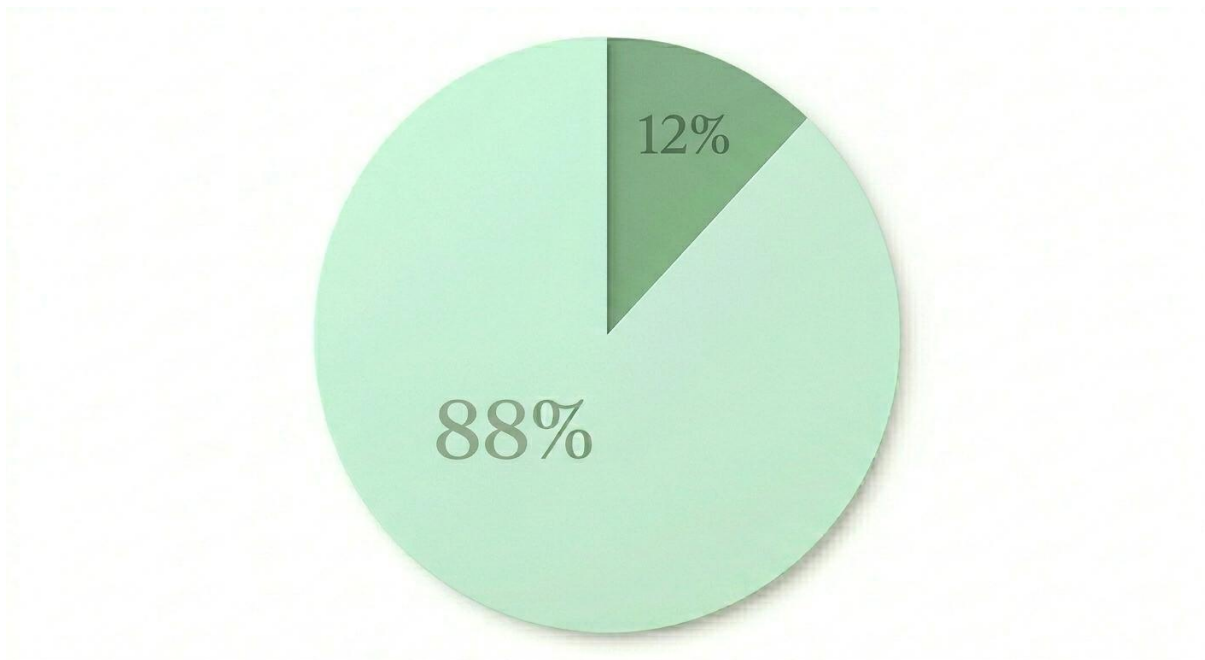
16% стикалися



5. Як ви вважаєте, чи зможе ІІІ працювати самостійно?

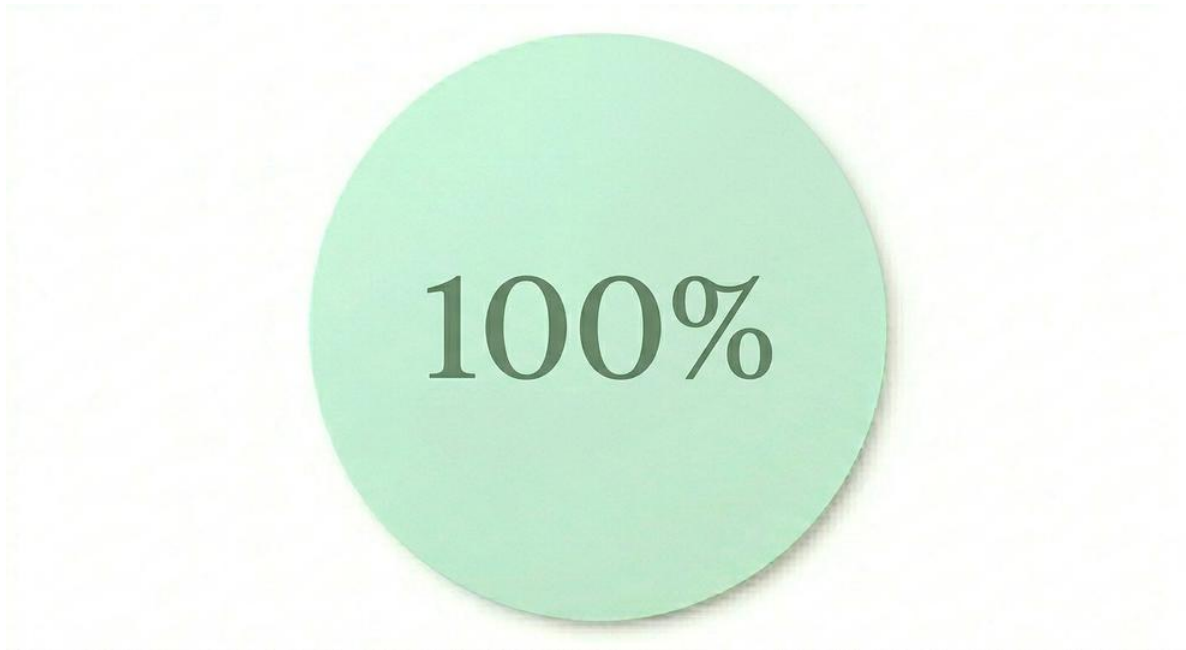
88%-вважають, що не може

12%-вважають, що може



6. Чи потрібно розширити програму з освітнього компоненту «цифрова грамотність в медсестринстві»? ^[1]_[59]

100%-за



Отже, можемо зробити наступний висновок, що ІТ технології потрібно грамотно та структуровано інтегрувати в практичне медсестринство. Дослідження показало, що 96% респондентів вважають, що потрібно запровадити документообіг в практичній цифровій діяльності. А також для того щоб ефективно працювати в ЗОЗ потрібно оновлювати РКП з ОК «Цифрова грамотність в медсестринстві» відповідно до вимог сьогодення.

Література:

1. Телегузова О. Медицина 2025: LB.ua, Грудень 2025. Режим доступу: [LB.ua \(2025\)](https://lb.ua).
2. Підсумки та ключові досягнення 2024 рік в Україні: <https://moz.gov.ua>
3. Цифровізація в охороні здоров'я: за результатами eHealth Summit 2024: <https://umj.com.ua>
4. Цифрова трансформація охорони здоров'я у ЦСЄ - Prism UA <https://prismua.org/03456789-2/>

Гаєвський Я.В. – студент 1 курсу
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності І5 Медсестринство
ОПП Медсестринство
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»
Науковий керівник:
Безкоровайна У.Ю. – к. держ.н., доц.
Корчинський І.О.-д.е.н., професор
КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»

ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ: ВПЛИВ НА ЗНИЖЕННЯ ВИ- ТРАТ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Цукровий діабет є одним із найпоширеніших хронічних захворювань сучасності та належить до основних причин інвалідизації населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність цукрового діабету продовжує зростати, що супроводжується збільшенням витрат на медичне обслуговування, лікування ускладнень та соціальне забезпечення пацієнтів. У зв'язку з цим особливого значення набуває впровадження ефективних моделей медсестринського супроводу, спрямованих на покращення самоконтролю захворювання та профілактику ускладнень.

Ми перед собою поставили завдання обґрунтувати економічну доцільність медсестринського супроводу пацієнтів із цукровим діабетом як інструменту підвищення ефективності самоконтролю та зниження витрат системи охорони здоров'я.

Цукровий діабет належить до хронічних неінфекційних захворювань, лікування яких потребує активної участі самого пацієнта. Ефективність терапії значною мірою залежить від рівня обізнаності пацієнта щодо особливостей захворювання, дотримання рекомендацій щодо медикаментозного лікування, харчування, фізичної активності та регулярного самоконтролю рівня глюкози крові[1]. У зв'язку з цим важлива роль відводиться сестрі медичній (брату медичному), які забезпечують безперервний медсестринський супровід пацієнта на всіх етапах лікування та профілактики ускладнень.

Медсестринський супровід включає проведення індивідуальних та групових освітніх заходів, консультування щодо використання глюкометрів, ведення щоденників самоконтролю, навчання правилам інсулінотерапії, профілактиці гіпо- та гіперглікемічних станів, догляду за стопами та дотриманню принципів здорового способу життя. Завдяки постійній взаємодії між сестрою медичною

(братом медичним) та пацієнтом підвищується рівень прихильності до лікування, формується відповідальне ставлення до власного здоров'я та покращується здатність пацієнта самостійно контролювати перебіг захворювання.

Важливим результатом медсестринського супроводу є зменшення частоти декомпенсації цукрового діабету та розвитку його ускладнень. Відомо, що найбільші витрати системи охорони здоров'я пов'язані не з безпосереднім лікуванням діабету, а з лікуванням його наслідків, таких як діабетична нефропатія, ретинопатія, синдром діабетичної стопи, серцево-судинні захворювання, інсульт та інфаркти.

Значна частина фінансових ресурсів витрачається на госпіталізацію пацієнтів, проведення складних діагностичних процедур, хірургічних втручань та реабілітаційних заходів [2]. З економічної точки зору медсестринський супровід можна розглядати як ефективний профілактичний інструмент, що дозволяє скоротити прямі та непрямі витрати на лікування. Прямі витрати включають витрати на медикаменти, стаціонарне лікування, лабораторні та інструментальні обстеження, тоді як непрямі пов'язані зі зниженням працездатності, тимчасовою або стійкою втратою працездатності, інвалідизацією та передчасною смертністю пацієнтів. Покращення рівня самоконтролю сприяє зменшенню кількості госпіталізацій, повторних звернень за невідкладною допомогою та тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі, що позитивно впливає на економічну ефективність функціонування системи охорони здоров'я [3].

Крім того, сучасні підходи до медсестринського супроводу передбачають використання цифрових технологій, мобільних застосунків, телемедичних консультацій та дистанційного моніторингу показників здоров'я. Такі інструменти дозволяють забезпечити постійний зв'язок між медичним працівником та пацієнтом, оперативно виявляти проблеми у процесі лікування та своєчасно коригувати поведінкові фактори ризику. Використання цифрових технологій сприяє підвищенню доступності медичної допомоги та більш раціональному використанню ресурсів закладів охорони здоров'я.

Таким чином, медсестринський супровід пацієнтів із цукровим діабетом має не лише клінічне, але й вагоме соціально-економічне значення. Інвестування в освітні програми, консультування та підтримку пацієнтів дозволяє досягти кращих результатів лікування, підвищити якість життя хворих та знизити фінансове навантаження на систему охорони здоров'я. Саме тому розвиток медсестринських програм самоконтролю доцільно розглядати як один із перспективних напрямів підвищення ефективності медичної допомоги пацієнтам із цукровим діабетом.

Література

1. World Health Organization. Diabetes. Geneva: WHO; 2025.

2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels: IDF; 2024.
3. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes – 2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl.1)–S350.

Оніщук В. А., Моргун К. А.

1 курс, фаховий молодший бакалавр, ОПП Сестринська справа,

Луцький базовий фаховий медичний коледж

Комунального закладу вищої освіти

«Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради

Патута Б. В., магістр психології, здобувачка PhD,

викладач циклової комісії дисциплін загального циклу підготовки

ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОГО ПЕРЕЖИВАННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЕКСТРЕНОЇ ТА ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Реалії професійної діяльності медичних працівників беззаперечно характеризуються високим рівнем психоемоційного навантаження. Сукупність наслідків й викликів воєнного стану не лише трансформують особливості професії медиків, але й значно підвищують ризик виникнення емоційного вигорання. Сучасні наукові погляди на феномен емоційного вигорання серед медичних працівників різняться в силу конкретних особливостей їх напряду професійної діяльності. Власне, основою нашого дослідження є вивчення особливостей емоційного вигорання серед представників екстреної та паліативної допомоги. Актуальність вивчення особливостей вигорання серед зазначених сфер допомоги зумовлена одночасно полярними й специфічними детермінантами його виникнення.

Мета дослідження: проаналізувати теоретично та емпірично дослідити особливості суб'єктивного переживання емоційного вигорання у медичних працівників екстреної та паліативної допомоги.

Порівнюючи особливості професійної діяльності представників екстреної та паліативної допомоги, варто зазначити, що спільними для обох є критично складне навантаження, а різницею – безпосередньо специфіка їх роботи. Для перших характерними є швидкість надання допомоги у складних, часто небезпечних умовах. Натомість медики паліативної сфери мають справу з тривалим й хронічним стресом, котрі поглиблюються загальним відчуттям безнадії, горюванням пацієнтів та дефіцитом ресурсів для забезпечення гідної якості життя паліативних пацієнтів [1, с. 4-9; 6].

У сучасній науковій літературі емоційне вигорання визначається як одна з форм професійної деформації працівників сфери «людина – людина». Специфічними проявами емоційного виснаження є психофізична втома, деперсоналізація й зниження особистісних досягнень [2]. Емоційне вигорання як стан фізичного і психічного виснаження, виникає як наслідок довготривалого перебування в емоційно складних й напружених ситуаціях. Його негативний вплив помітний у відгуках про роботу, зниженні самооцінки власних можливостей, зниженні емпатії до пацієнтів й колег. При цьому до ознак емоційного вигорання відносяться постійна втома, порушення психічних пізнавальних та емоційно-вольових процесів [3].

Враховуючи індивідуальні психологічні особливості, більш вразливими до вигорання працівники, що схильні до гіперспівчуття, ідеалісти, максималісти,

для кого характерний низький рівень психічної стійкості [6]. Синдром емоційного вигорання у працівників екстреної допомоги зумовлений втратою від дефіциту часу, швидкістю реагування й виснаженням, що визначає швидкість його розвитку. А у працівників паліативної допомоги виникнення емоційного вигорання відбувається за рахунок накопичувального ефекту: постійне співпереживання та залученість у біль пацієнтів, їх постійний супровід викликають втому від співчуття й апатію. Отож, в обох випадках емоційне вигорання є своєрідним механізмом захисту, де у випадку працівників екстреної допомоги – через відсторонення, а у випадку паліативної допомоги – апатії й втоми [4, с. 301-305; 5, с. 90-102].

На основі теоретичного аналізу, нами було сформовано опитувальник, який є цілісним діагностичним інструментарієм, що дозволяє провести глибокий порівняльний аналіз суб'єктивного досвіду емоційного вигорання серед працівників екстреної та паліативної допомоги. Основою запитань опитувальника є статистичні та динамічні показники прояву емоційного вигорання. Респондентами є відповідні фахівці – 32 осіб. Нами використано відкриті й закриті запитання, що дозволяють з'ясувати чинники стресу, особливості професійного навантаження, а також індивідуальний досвід подолання кризових станів та ідентифікувати ресурсні стратегії копіngu. Ці дані дозволяють виокремити особливості емоційного вигорання серед зазначених фахівців.

Якісна інтерпретація кількісних показників свідчить, що особливості суб'єктивного переживання емоційного вигорання у медичних працівників екстреної та паліативної допомоги характеризується: у сфері паліативної допомоги емоційне вигорання тісно пов'язане з тривалим емоційним залученням, співпереживанням пацієнтам і постійним контактом із втратою. Тоді як в екстреній медицині ключовими чинниками виступають високий рівень стресу, швидкість прийняття рішень і хронічне перевантаження.

Підсумовуючи теоретичний аналіз та емпіричне вивчення проблеми суб'єктивного переживання емоційного вигорання серед медичних працівників екстреної та паліативної допомоги, можна стверджувати, що емоційне вигорання серед медичних працівників є складним багатокомпонентним явищем, яке проявляється через емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження відчуття професійної ефективності. Отримані емпіричні результати підтверджують, що специфіка професійної діяльності медичних працівників суттєво впливає на характер і прояви емоційного вигорання, що вимагає комбінований підхід до його профілактики. Перспективи подальших досліджень вбачаємо у більш глибокому вивченні ефективних стратегій запобігання та подолання емоційного вигорання.

Література

1. Голованова І. А., Хорош М. В., Ляхова Н. О. Сучасні погляди на виникнення синдрому емоційного вигорання в медичних працівників: огляд літератури. *Public Health Journal*. 2023. № 4. С. 4–9.

2. Завацька Н., Крошка К. Емоційне вигорання та презентеїзм: шляхи подолання в професійному середовищі. *Наукові перспективи*. 2025. № 12 (54). URL: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-12\(54\)-1555-1567](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-12(54)-1555-1567)
3. Наумова В. Ю. Феномен емоційного вигорання. *Освіта дорослих: енциклопедичний словник* / за ред. В. Г. Кременя, Ю. В. Ковбасюка. Київ : Основа, 2014. С. 443.
4. Пастрик Т. В., Патута Б. В. Теоретичний аналіз поняття «втома від співчуття» у контексті психічного здоров'я медичних сестер. *Abstracts of XI International Scientific and Practical Conference (Florence, Italy)*. Рр. 301–305.
5. Чорна В. В., Хлестова С. С., Гудзевич Л. С. Предиктори професійної мотивації на формування синдрому емоційного вигорання в медичних працівників світу та України. *Україна. Здоров'я нації*. 2025. № 4. С. 90–102.
6. Shkrabiuk V., Bilyk D. Emotional burning of personality: psychological analysis of the problem. *Young scientist*. 2020. Vol. 10, no. 86. URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-10-86-60>

Анна Марія Новак,
3 курс, фаховий молодший бакалавр, ОПП Сестринська справа,
Луцький базовий фаховий медичний коледж
Комунального закладу вищої освіти
«Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради
Патуга Б. В., магістр психології, здобувачка PhD,
викладач циклової комісії дисциплін загального циклу підготовки

СУБ'ЄКТИВНІ УЯВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПРО КОНФЛІКТ У ПРОФЕСІЙНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Трансформація сфери охорони здоров'я передбачає не лише зміни у якості надання допомоги, але й покращення взаємодії у медичних колективах. Професійна ефективність медичних працівників безпосередньо залежить від соціально-психологічного клімату у колективі. Ефективна командна робота забезпечує якісне надання медичної допомоги, проте несприятливі умови професійної діяльності нівелюють успішну комунікацію та є основою міжособистісних, професійних конфліктів.

Аналіз суб'єктивного уявлення майбутніх фахівців про конфлікт у професійному середовищі важливий для формування їх професійної майстерності та стресостійкості до специфічних умов діяльності. Оскільки, професійний шлях фахівців реально може різнитися від їх очікувань, розуміння рівня їх конфліктогенності, деструктивних установок та стратегій поведінки у конфлікті – критично важливо для формування професійної готовності.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості сприйняття конфліктних ситуацій здобувачами фахової перед вищої освіти спеціальності «Медсестринство», з'ясувати їхні уявлення про типи, причини та рівні конфліктів у майбутньому професійному середовищі.

Сучасна наука інтерпретує «конфлікт» як зіткнення позицій, цілей, інтересів чи поглядів окремих людей або груп. З огляду на це у системі охорони здоров'я конфлікти є частиною професійної діяльності фахівців. Виникнення конфліктів у медичному середовищі передбачається міжособистісною взаємодією, соціально-психологічним кліматом колективу, емоційним навантаженням, відповідальністю за здоров'я пацієнтів [4, с. 94-100].

Щодо причин їх виникнення, то однією з основних є відмінність поглядів на способи й цілі виконання професійних обов'язків. В силу індивідуальних психологічних особливостей медичні працівники у колективі можуть конфліктувати через розподіл обов'язків, надмірне навантаження, порушення етичних норм та принципів, а також різноманітні погляди на ту чи іншу конфліктну ситуацію [2, с. 204-214]. Також бар'єри міжособистісного спілкування суттєво впливають на розвиток конфліктів. До таких можемо віднести комунікативні та смислові бар'єри, соціальні стереотипи, розбіжності у потребах, невміння чути співрозмовника. В силу таких умов соціально-психологічний клімат колективу не сприятливий, відсутність довіри та підтримки серед працівників [1, с. 1-14].

На основі причин та індивідуальних особливостей сам конфлікт характеризується ступенем розвитку. На початковому етапі конфлікт проявляється у вигляді непорозуміння і коли його не вирішувати, то відбувається протистояння сторін із претензіями котрі знижують довіру та мотивацію до діяльності. Тоді настає етап кризи, де сторони конфлікту у спілкуванні використовують деструктивні елементи комунікації, котрі спотворюють міжособистісні й професійні обов'язки [3, 193-200; 4, с. 94-100].

Таким чином конфлікт за ступенем розвитку виникає на будь-якому соціальному рівні. Конфлікт макрорівня – це конфлікт між системою охорони здоров'я та суспільством як наслідок незадоволення суспільства послугами охорони здоров'я. Для конфлікту мезорівня звичним є суперечності між персоналом та одмінстрацією закладу охорони здоров'я, котрі переважно виникають як наслідок не ефективних управлінських рішень. Найчастіше зустрічаються конфлікти мікрорівня – міжособистісні та міжгрупові конфлікти серед медичних працівників, а також між медичними працівниками й пацієнтами [2, с. 204-214].

Аналізуючи наукові дослідження щодо конфліктів у медсестринстві ми з'ясували, що до чинників таких конфліктів відносяться: недостатній рівень комунікації у колективі, проблеми із забезпеченням матеріалами для якісної роботи, прагнення до влади й лідерства, розбіжності у поглядах на медсестринський процес [5, с. 43-48].

Теоретичний аналіз проблеми конфлікту у медичному середовищі є основою анкетування випускних курсів спеціальності «Медсестринство» (40 респондентів) для з'ясування їх суб'єктивних поглядів на окреслену проблему. Проведене анкетування дозволило нам вийти за межі простого опису конфліктів і проаналізувати трансформацію уявлень студента: від пасивного спостерігача ситуацій під час практики до активного суб'єкта, який шукає конструктивні способи їх вирішення та усвідомлює власні зони росту в комунікації. Загалом опитування дозволяє комплексно з'ясувати рівень усвідомлення студентами неминучості конфліктів у медицині та їхнього впливу на якість допомоги, паралельно діагностуючи розрив між теоретичною підготовкою та реальною впевненістю майбутніх фахівців. Це дало змогу визначити домінуючі стратегії поведінки та виокремити перелік дефіцитних навичок, необхідних для запобігання деструктивним кризам у майбутньому колективі.

Аналіз отриманих відповідей респондентів доводить, що вони усвідомлюють значущість конфліктів у медичному середовищі та їхній вплив на якість допомоги. Водночас переважає нейтральна позиція щодо власної готовності до їх вирішення, що свідчить про недостатню сформованість практичних навичок. Студенти мають досвід спостереження конфліктів під час практики, однак він є несистемним. Їхнє розуміння конфлікту має переважно інтуїтивний характер, без глибокого аналізу причин і механізмів. Разом з тим, вони правильно визначають важливість комунікації, емоційного інтелекту та етики у запобіганні конфліктам.

Дослідження суб'єктивних уявлень студентів-медиків про конфлікт у професійному середовищі підтверджує, що конфлікти є частиною медичного середовища, котра впливає на якість допомоги та соціально-психологічний клімат у колективі. Емпіричні дані свідчать, що існує розрив між інтуїтивним розумінням важливості комунікації та реальною практичною готовністю до подолання суперечностей серед майбутніх фахівців.

Література

1. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори / Д. Асонов // *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. № 2. С. 1–14.
2. Кожанов П. Ю. Стратегії поведінки в конфліктних ситуаціях / П. Ю. Кожанов // *Філософія спілкування*. 2025. № 11. С. 204–214.
3. Моральний дистрес у медичних сестер гастроентерологічних і проктологічних відділень: психологічні особливості та шляхи подолання / Т. В. Пастрик [та ін.] // *Україна. Здоров'я нації*. 2025. № 4. С. 193–200.
4. Орап М. О. Теоретичний аналіз понять «конфлікт» та «конфліктна поведінка особистості» / М. О. Орап, С. І. Вершигора // *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2025. № 1. С. 94–100.
5. Шульгай О. М. Фактори, що сприяють професійному вигоранню медичних сестер на сучасному етапі, та практичні підходи до його подолання / О. М. Шульгай, Т. Г. Радченко // *Медсестринство*. 2025. № 3-4. С. 43–48.

ЗМІСТ

Мультисекторальна науково-практична студентська конференція		
1.	БИБИК В. Р., ГРУШЕЦЬКА А. Я. ВПЛИВ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НА КОРЕКЦІЮ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ	4
2.	ДЕЙНЕКА В. В., ГАЛЬЧУН Н. П. ШЛЯХИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД ТРАНСКУЛЬТУРНОГО МЕДСЕСТРИНСТВА В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС	6
3.	ДРИГУЛИЧ А. А., ЯРЕМЧУК О. В., КОРЧИНСЬКИЙ І. О. ФОРМУВАННЯ ДОВІРИ, ЕМПАТІЇ ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ У МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ: ПРАКТИЧНІ ПРИКЛАДИ	10
4.	ЗАПОТОЧНА С. В., ПЕТРАШКО Р. О., ГВОЗДЕЦЬКА Г. С. БЛЮВАННЯ ВАГІТНИХ І ДЕПРЕСІЯ: ЧИ ІСНУЄ ЗВ'ЯЗОК?	13
5.	ЗЕЛІНСЬКА С. В., КОРОБКО Л. Р. ВПЛИВ СТАНДАРТИЗОВАНИХ СЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ НА ШВИДКІСТЬ ЗАГОЄННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАН: ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	17
6.	ІЛЕЙКО АННА, МАЛЯРСЬКА Н. В., ФІТЬО Н. Р. МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС ПРИ НЕЙРОБОРЕЛІОЗІ	20
7.	БОРОВА В. І., КОБЗЯК Х., ЛЮБІНСЬКА О. І. ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ГЕМОПОЕТИЧНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН: РОЛЬ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ	22
8.	ЛІТІНХАЙ О. О., ГАЛЬЧУН Н. П. АНАЛІЗ ОБІЗНАНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВОЛИНІ ІЗ ЗАСАДАМИ ТРАНСКУЛЬТУРНОГО МЕДСЕСТРИНСТВА	25
9.	ЛУЩИК М. В., НЕДІЛЬКО Р. В., КОРЧИНСЬКИЙ І. О. ТЕОРЕТИЧНІ МОДЕЛІ КОМАНДНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	28
10.	ПИСАНЧИН В. В., КУЗЬМЕНКО О. В. МЕДИЧНЕ ЛІДЕРСТВО: ВІД ОСОБИСТОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ДО СИЛЬНОЇ КОМАНДИ	31
11.	ПОПОВИЧ В. І., ПОДОЛЯК І. В. РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ ЯК АКТУАЛЬНА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ	35
12.	ПРИВЕДЕНЕЦЬ І. В., НОВАК-МАЗЕПА Х. О. ШКАЛИ ОЦІНКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАН ТИСКУ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СКРИНІНГОВИХ ІНСТРУМЕНТІВ У МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ	38

13.	РУДКОВСЬКА А. А., МАЛЯРСЬКА Н. В., БОРЩ І. С. ЩО ТАКЕ БІЛЬ? ЯК БОРОТИСЬ З БОЛЕМ? ЕМПАТІЯ – ЯК ЗНЕБОЛЮЮЧИЙ ФАКТОР?	41
14.	СІЖУК ОЛЕНА, ДЕРЖАЙ В. А. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОПОФОЛУ ТА СЕВО- ФЛУРАНУ В СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ	44
15.	СУШКО А. С., ЛІЩУК Н.Л. ОБРАЗ ЛЮДСЬКОГО ТІЛА В УКРАЇНСЬКІЙ НАРОДНІЙ МУД- РОСТІ	48
16.	ТКАЧУК С. П., ГРУШЕЦЬКА А. Я. МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬ- НОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	52
17.	ФАСТРИГА І., МАЛЯРСЬКА Н. В. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ДОГЛЯД ПРИ СПАСТИЧНОСТІ – МОЖЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ	54
18.	ХАЗОВА А. К., МАРЧЕНКО А. І. ФАРМАЦЕВТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ: ОЦІНКА ПОТРЕБ, РІВНЯ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ТА БАР'ЄРІВ У ПАЦІЄНТІВ	57
19.	ХОРОШЕНКО І. В., ВАЛЕЦЬКИЙ Ю. М. ШЛЯХИ РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИ-МАГІСТРА В АПАРАТНІЙ ТА ЕСТЕТИЧНІЙ КОСМЕТОЛОГІЇ	60
20.	ЯЦКІВ М., КУЗЬМЕНКО О. ЦИФРОВА ТРАНСФОРМАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСТВА: ВІД ПА- ПЕРОВИХ ЖУРНАЛІВ ДО СМАРТ-КЛІНІК	64
21.	ГАСЬВСЬКИЙ Я. В., БЕЗКОРОВАЙНА У. Ю., КОРЧИНСЬ- КИЙ І. О. ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО СУ- ПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ: ВПЛИВ НА ЗНИЖЕННЯ ВИТРАТ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	69
22.	ОНІЩУК В. А., МОРГУН К. А., ПАТУТА Б. В. ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОГО ПЕРЕЖИВАННЯ ЕМОЦІЙ- НОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЕКСТ- РЕНОЇ ТА ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ	72
23.	АННА-МАРІЯ НОВАК, ПАТУТА Б. В. СУБ'ЄКТИВНІ УЯВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПРО КОН- ФЛІКТ У ПРОФЕСІЙНОМУ СЕРЕДОВИЩІ	75

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

МАТЕРІАЛИ

**II МОЛОДІЖНОГО МЕДИЧНОГО
ФОРУМУ – 2026**

Мультисекторальна науково-практична студентська конференція

28-29 травня 2026 рік

Підготовлений збірник до електронного видання
оргкомітетом II молодіжного медичного
форуму – 2026

Відповідальна: Неділько Р.В.

Ум.-друк. арк. 9,24 КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»
79000 м.Львів, вул. П.Дорошенка, 70
Тел: (032) 244-57-52, 261-50-48