



ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
«ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПИНСЬКОГО»

МАТЕРІАЛИ

VII РЕГІОНАЛЬНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

м. Львів, 2026 р.

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
“ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ імені АНДРЕЯ КРУПИНСЬКОГО”

МАТЕРІАЛИ

VII РЕГІОНАЛЬНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

28 жовтня 2026 року

Львів
Видавництво Львівської політехніки
2025

УДК 378.046:614
С 83

Оргкомітет конференції:

Голова:

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

Заступник голови:

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

Члени оргкомітету:

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

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

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

Редколегія:

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

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

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

Рекомендовано до друку вченою радою КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
(Протокол № 3 від 28 жовтня 2026 року)

С 83 **Матеріали** VII регіональної науково-практичної конференції (заочна форма) "Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти" (м. Львів, 28 жовтня 2026 року). – Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2026. с..– 152 с.

ISBN 978-966-994-

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

УДК 378.046:614

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

©КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені А. Крупинського», 2026
©Національний університет «Львівська політехніка», 2026

СЕКЦІЯ

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ

ГУМЕНЧУК І.О.
Викладач
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

ЕМПАТІЯ ТА ЛЮДЯНІСТЬ ЯК РУШІЙНА СИЛА ПРОФЕСІЙНОЇ ПРАКТИКИ В СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ ТА МЕДСЕСТРИНСТВ

Сучасна система охорони здоров'я функціонує в умовах безпрецедентного прискорення технологічного прогресу, масового впровадження штучного інтелекту, цифрової діагностики та високотехнологічних протоколів лікування. Проте поряд із беззаперечними успіхами високотехнологічної медицини все виразніше вимальовується ризик «технократичної деперсоналізації» медичної допомоги, коли пацієнт ризикує перетворитися лише на сукупність лабораторних показників, інструментальних знімків або клінічних алгоритмів [1; 4]. В умовах сьогодення, що супроводжується важкими викликами пандемій, соціально-економічних трансформацій, а для України — повномасштабної війни, військових травм та масового психоемоційного стресу населення, фундаментальні людські цінності стають не просто етичним орієнтиром, а критично важливою умовою виживання та ефективності системи охорони здоров'я [3; 7].

Емпатія та людяність виступають імперативною рушійною силою професійної практики медичного персоналу. Вони визначають якість суб’єкт-суб’єктної взаємодії у системі «медичний працівник — пацієнт», формують базис клінічної довіри, підвищують безпеку медичної допомоги та виступають ключовим чинником психологічної стійкості самого персоналу [2; 6]. Зацікавленість у поглибленому науковому осмисленні інституційних, психофізіологічних та деонтологічних аспектів емпатії зумовлена необхідністю подолання системного синдрому професійного вигорання та відновлення людиноцентричної парадигми в медичній галузі [5; 11].

У сучасній науковій літературі емпатія розглядається як багатовимірне конструктивне утворення, що охоплює когнітивний, емоційний та поведінковий (акціональний) компоненти [4; 8]:

- Когнітивна емпатія (теоретизування розуму / Theory of Mind) — здатність медичного працівника інтелектуально зрозуміти стан пацієнта, його внутрішній світ, суб'єктивне сприйняття хвороби та життєві обставини без втрати власної професійної позиції [4].
- Емоційна (афективна) емпатія — здатність до резонансного переживання та емоційного відгуку на страждання або біль іншої людини, обумовлена нейробіологічними механізмами [8].
- Поведінковий (помагаючий) компонент — практичне втілення емпатичного розуміння у конкретні гуманні дії, турботливий догляд, вербальну та невербальну підтримку [6].

Сучасні нейровізуалізаційні дослідження (фМРТ) доводять, що спостереження за болем іншої людини активує дзеркальні нейронні системи мозку (дзеркальні нейрони в передній острівцевій частці та передній поясній корі) [8; 14]. Це підтверджує, що емпатія є глибоко вкоріненою біологічною та еволюційною адаптацією людини, спрямованою на збереження спільноти. У гуманістичній психології Карла Роджерса емпатичне розуміння визнано однією з трьох базових умов особистісного зростання та зцілення, поряд із безумовним прийняттям та конгруентністю [12]. У медсестринській науці філософія людяності знайшла своє фундаментальне втілення у Теорії людського піклування (Theory of Human Caring) Джин Ватсон, яка визначає піклування (caring) як моральний ідеал та сутність медсестринства [15].

Важливо чітко розмежовувати клінічну емпатію та жалощі (симпатію). На відміну від жалощів, які передбачають пасивне співчуття та патерналістську дистанцію, емпатія зберігає професійну об'єктивність, активує партнерство та розширює ресурси самого пацієнта для подолання недуги [9; 10].

Емпатична та людяна професійна практика має чітко доведену клінічну та економічну ефективність, що підтверджується численними систематичними оглядами та метааналізами [2; 5; 9]:

1. Підвищення прихильності до лікування (комплайєнсу): пацієнти, які відчувають щире розуміння та повагу з боку лікаря чи медичної сестри, на 30–40% точніше дотримуються медичних призначень, режимів прийому ліків та реабілітаційних рекомендацій [5].

2. Зниження рівня тривожності та фізіологічного стресу: емпатична комунікація знижує рівень кортизолу та адреналіну у сироватці крові, стабілізує артеріальний тиск і частоту серцевих скорочень, що створює сприятливий нейроендокринний фон для заживлення ран та одужання [2; 8].

3. Анальгетичний та плацебо-ефект емпатії: гуманне та уважне ставлення медперсоналу здатне модулювати сприйняття болю через активізацію внутрішніх ендогенних опіоїдних та окситоцинових систем пацієнта [8].

4. Зменшення медичних помилок та судових позовів: більше 70% скарг пацієнтів та судових позовів щодо неналежного лікування зумовлені не стільки медичними помилками, скільки дефектами комунікації, грубістю, байдужістю або відсутністю емпатії з боку персоналу [1; 6].

Особливого значення людяність та емпатія набувають у паліативній та хоспісній допомозі, гератрії, педіатрії, а також при догляді за особами з важкими мінно-вибуховими травмами та ампутаціями. У цих галузях емпатична підтримка виступає основним лікувальним засобом, що повертає пацієнтові відчуття власної гідності та цінності життя [3; 7; 13].

Незважаючи на високу цінність емпатії, постійне занурення у страждання пацієнтів без належних психологічних механізмів самозахисту становить серйозну загрозу для здоров’я медичних працівників [10; 11]. У науковий вжиток увійшло поняття «втома від співчуття» (Compassion Fatigue) та вторинний травматичний стрес. При тривалому психоемоційному перевантаженні неконтрольована афективна емпатія призводить до емоційного виснаження, деперсоналізації (підвищеного цинізму щодо пацієнтів) та втрати відчуття професійної ефективності — тобто до класичного синдрому професійного вигорання (Burnout) [11; 14].

Для запобігання цьому явищу у сучасній деонтології розроблено концепцію «клінічно керованої» або «рефлексивної емпатії». Вона передбачає вміння медичного працівника зберігати емпатичну залученість, одночасно утримуючи стійкі психологічні кордони («професійну дистанцію піклування») [9; 10]. Інституційні механізми захисту включають підтримуюче середовище у закладі охорони здоров'я, впровадження балінтовських груп, супервізій, кімнат психологічного розвантаження та нормалізацію робочого навантаження [3; 11].

Довгий час існувала хибна думка, що емпатія та людяність є суто вродженими рисами характеру, які не піддаються цілеспрямованому навчанню. Проте сучасні педагогічні та клінічні дослідження переконливо доводять, що емпатія є професійною компетенцією, яку можна та потрібно розвивати протягом усього періоду професійного формування та безперервного професійного розвитку (БПР) [12; 13; 15].

До найбільш ефективних інституційних інструментів розвитку емпатії належать:

- Впровадження курсів біоетики, медичної деонтології та психології спілкування на додипломному та післядипломному етапах навчання [3].
- Метод «наративної медицини» (Narrative Medicine) — навчання медиків аналізу та розумінню особистих історій пацієнтів через художню літературу, есеїстику та рефлексивне письмо [12].
- Симуляційне навчання із залученням акторів — «стандартизованих пацієнтів» з обов'язковим глибоким відео-дебрифінгом, де аналізується не лише технічна точність маніпуляцій, а й емпатичність вербального та невербального контакту [13].
- Рольові ігри та моделювання «емпатичної зануреності» (наприклад, використання костюмів, що симулюють старість або фізичні обмеження) [15].

У таблиці систематизовано основні рівні реалізації емпатії та людяності в професійній практиці медичного персоналу, а також очікувані клінічні наслідки.

Рівень реалізації	Зміст та механізми	Ключові інструменти	Очікуваний ефект
Особистісно-етичний	Усвідомлення гуманістичних цінностей, конгруентність, рефлексія власних емоцій та стереотипів.	Самоспостереження, рефлексивні щоденники, етична самооцінка.	Формування високої внутрішньої мотивації та етичної зрілості.
Клініко-комунікативний	Активне слухання, вербальне та невербальне вираження підтримки, валідація почуттів пацієнта.	Протоколи SPIKES, SBAR, технологія відкритого діалогу.	Зростання довіри, зниження тривоги, підвищення прихильності до лікування.
Інституційно-організаційний	Створення підтримуючого виробничого середовища, етичний контроль, профілактика вигорання.	Балінтовські групи, супервізії, локальні етичні комісії, кімнати розвантаження.	Зменшення плинності кадрів, профілактика конфліктів та скарг.
Освітньо-розвивальний	Систематичне формування емпатичних навичок у додипломній та післядипломній освіті.	Симуляційні тренінги, дебрифінги, наративна медицина, рольове моделювання.	Високий рівень міжпрофесійної взаємодії та якості догляду.

Отже, на основі вище викладеного матеріалу можна констатувати наступне:

1. Емпатія та людяність є не допоміжними особистісними якістями, а фундаментальною підвалиною та рушійною силою професійної практики в сучасній медицині та медсестринстві. Вони визначають якість суб'єкт-суб'єктної взаємодії та забезпечують цілісність медичної допомоги.

2. Клінічна емпатія базується на єдності когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів і має науково доведений позитивний вплив на фізіологічні показники пацієнта, рівень комплайєнсу, зменшення анальгетичного навантаження та скорочення термінів реабілітації.

3. Запобігання синдрому «втоми від співчуття» та професійного вигорання вимагає впровадження концепції «клінічно керованої емпатії» та системної інституційної підтримки медичного персоналу через балінтовські групи, супервізію та нормалізацію умов праці.

4. Емпатія є динамічною професійною компетенцією, розбудова якої має бути наскрізно інтегрована в навчальні програми медичних університетів та коледжів через інструменти симуляційного навчання, дебрифінгу та наративної медицини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Максименко С. Д., Ковальчук Л. Я. Етика та деонтологія в медицині : підручник. Київ : Медицина, 2020. 384 с.
2. Мороз В. М., Панов Б. В. Гуманізація медичної освіти як основа формування емпатії у майбутніх лікарів. Довкілля та здоров'я. 2021. № 3. С. 42–49.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України Про затвердження Порядку надання паліативної допомоги № 1308 від 04.06.2020 р. Офіційний сайт МОЗ України. 2020.
4. Bikmoradi A., Cheraghi F., Kattana M. Empathy in nursing practice: A concept analysis. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2021. Vol. 15, No. 4. P. 12–18.
5. Derksen F., Bensing J., Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. British Journal of General Practice. 2013. Vol. 63, No. 606. P. e76–e84.
6. Hojat M. Empathy in Health Professions Education and Patient Care. Cham : Springer International Publishing, 2016. 334 p.

7. International Council of Nurses (ICN). The ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva : ICN, 2021. 28 p.
8. Decety J., Lamm C. Human empathy through the lens of social neuroscience. The Scientific World Journal. 2006. Vol. 6. P. 1146–1163.
9. Mercer S. W., Reynolds W. J. Empathy and quality of care. British Journal of General Practice. 2002. Vol. 52, Suppl. P. S9–S12.
10. Neumann M., Bensing J., Mercer S. Empathy in medicine: A review of the concept in a clinical context. Patient Education and Counseling. 2009. Vol. 74, No. 3. P. 339–346.
11. Figley C. R. Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York : Brunner/Mazel, 1995. 268 p.
12. Rogers C. R. A way of being. Boston : Houghton Mifflin, 1980. 395 p.
13. Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. New York : Oxford University Press, 2006. 288 p.
14. Riess H. The Empathy Effect: 7 Neuroscience-Based Keys for Transforming the Way We Live, Love, Work, and Connect. Sounds True, 2018. 256 p.
15. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised Edition. Boulder : University Press of Colorado, 2008. 318 p.

ГАЛАН М.І.,
студентка ІІ-го курсу
спеціальності І5 Медсестринство (за спеціалізаціями)
Львівська медична академія імені Андрея Крупинського
Науковий керівник:
ХМІЛЯР І.Р.,
доктор філософії (Освіта / Педагогіка),
доцент кафедри фундаментальних і соціальних наук,
Львівська медична академія імені Андрея Крупинського

МЕДСЕСТРИНСЬКА ДОПОМОГА ВЕТЕРАНАМ І ВЕТЕРАНКАМ: ДОСВІД США ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Зростання кількості ветеранів і ветеранок в Україні внаслідок повномасштабної війни формує нові вимоги до системи охорони здоров'я та медсестринської практики. Ветерани можуть мати комплексні медичні потреби, пов'язані з наслідками військової служби, хронічними захворюваннями, травмами, психологічними труднощами та необхідністю тривалого медичного супроводу. У таких умовах сестра медична (брат медичний) є одним із ключових фахівців, який забезпечує безпосередню взаємодію з пацієнтом, спостереження за його станом, навчання, консультування та координацію медичної допомоги.

Сучасні дослідження підкреслюють необхідність розвитку моделей медсестринської допомоги, орієнтованих на потреби ветеранів. Серед пріоритетів визначаються координація медичної допомоги, урахування соціальних чинників здоров'я, розвиток професійних компетентностей сестер медичних (братів медичних) та вдосконалення організації медсестринської діяльності [1].

Окремого розгляду потребують ветеранки, оскільки їхні медичні потреби можуть відрізнятися від потреб ветеранів-чоловіків. Дослідження свідчать про необхідність урахування особливостей жіночого здоров'я, репродуктивного здоров'я, вікових факторів та індивідуального досвіду військової служби під час організації медичної допомоги [2].

Важливим компонентом медсестринської допомоги ветеранкам є встановлення довірливої професійної комунікації та створення безпечного середовища. Дослідники наголошують на значенні партнерської взаємодії,

поваги до особистого досвіду пацієнтки та залучення її до прийняття рішень щодо медичної допомоги [3].

Досвід Сполучених Штатів Америки становить інтерес для України завдяки тривалому розвитку спеціалізованої системи медичної допомоги ветеранам. Важливим принципом американської моделі є орієнтація медичної допомоги на індивідуальні потреби, цінності та цілі ветерана. У межах такого підходу сестра медична (брат медичний) може виконувати не лише безпосередні лікувально-доглядові функції, а й брати участь у координації допомоги, навчанні пацієнта та підтримці його самостійності.

Окремою проблемою є забезпечення безперервності медичної допомоги під час переходу від військової системи охорони здоров'я до системи медичної допомоги ветеранам. Дослідження за участю ветеранок у США продемонструвало наявність організаційних труднощів під час такого переходу, що підкреслює необхідність належної координації та професійного супроводу пацієнтів [4].

Для української системи охорони здоров'я важливим завданням є визначення професійної ролі сестри медичної (брата медичного) у роботі з ветеранами та ветеранками. Така роль може охоплювати оцінювання індивідуальних потреб пацієнта, моніторинг стану здоров'я, профілактику ускладнень, навчання, консультування, підтримку прихильності до лікування та координацію взаємодії між пацієнтом і різними медичними фахівцями.

Водночас адаптація американського досвіду до українських умов потребує врахування особливостей національної системи охорони здоров'я, кадрових ресурсів, нормативно-правового регулювання та соціального контексту. Особливо актуальним є розвиток професійних компетентностей сестер медичних (братів медичних) для роботи з ветеранами та ветеранками та визначення їхнього місця у системі медичної допомоги.

Розширення контингенту ветеранів і ветеранок в Україні актуалізує необхідність розвитку спеціалізованих підходів до організації медичної допомоги. Сестра медична (брат медичний) має потенціал відігравати важливу роль у забезпеченні безперервності медичного супроводу, комунікації, навчанні пацієнтів та координації допомоги. Досвід США може бути використаний як джерело практичних підходів до розвитку медсестринської допомоги ветеранам, однак потребує адаптації до українських умов. Перспективним напрямом подальших досліджень є вивчення професійних компетентностей сестер медичних (братів медичних), бар'єрів у роботі з ветеранами та ветеранками та можливостей удосконалення медсестринської допомоги в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Schlak A. E. et al. Findings and Recommendations From the State of the Art Conference on Nursing Research to Improve Veteran Outcomes. Medical Care. 2026. Vol. 64, No. 1S Suppl 1. P. S1–S8. DOI: 10.1097/MLR.0000000000002242
2. McDermott M. C. et al. Female-Specific Health Care of Military Female-Designated Service Members and Veterans: A Systematic Overview of Reviews. Military Medicine. 2024. Vol. 189, No. 9–10. P.e1917–e1930. DOI: 10.1093/milmed/usae101
3. Strewler, A., & Bellamy, K. Caring for Veteran Women: Collaborative Nursing Approaches to Improve Care. Critical Care Nursing Clinics of North America. 2022. No.57(3). P.359–373. DOI: 10.1016/j.cnur.2022.04.004
4. Mattocks K. M. et al. Understanding Women's Transitions from Military to Department of Veterans Affairs Care. Journal of Women's Health. 2024. No. 33(9). P.1185–1197. DOI: 10.1089/jwh.2024.0022

ДРИГУЛИЧ А.А.
студентка 1 курсу
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності І5 Медсестринство
ОПП Медсестринство
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського
Науковий керівник:
НЕДІЛЬКО Р.В.
к.держ.упр., доц.
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського

ІНСТИТУЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ТА ЕТИЧНИХ ЯКОСТЕЙ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ

Сучасна система охорони здоров’я України перебуває в стані глибокої трансформації, обумовленої проведенням медичної реформи, імплементацією європейських стандартів якості медичної допомоги та безпрецедентними викликами, пов'язаними з повномасштабною військовою агресією. У цих умовах медсестринський персонал становить найчисельнішу категорію медичних працівників, які здійснюють безпосередній, цілодобовий і безперервний контакт із пацієнтами [1]. Якість та безпека медичної допомоги прямо залежать не лише від технічної та маніпуляційної вправності сестри медичної, а й від рівня її морально-етичної свідомості, деонтологічної підготовки, емпатії та здатності діяти в складних етично делікатних ситуаціях [3].

Протягом тривалого часу традиційна модель охорони здоров’я відносила сестру медичну (брата медичного) до категорії суто виконавчого персоналу, що знижувало її автономію, мотивацію до саморозвитку та персональну деонтологічну відповідальність. Проте сучасні парадигми безперервного професійного розвитку (БПР), розширення клінічних повноважень медсестер та перехід до пацієнтоорієнтованої допомоги вимагають формування чітких інституційних механізмів, які б системно регулювали, мотивували та контролювали постійне вдосконалення професійних і морально-етичних якостей медсестринського штату ЗОЗ [2, 4].

Фундаментом інституційних механізмів є державне регулювання та нормативно-правове забезпечення. Останніми роками Міністерство охорони здоров’я України здійснило вагомі кроки щодо модернізації правового поля медсестринства. Важливим віхом стало затвердження 18 професійних

стандартів для медсестринських професій, які чітко регламентують трудові функції, професійні компетенції та вимоги до кваліфікації фахівців [4]. Професійний стандарт визначає не лише обсяг практичних навичок, але й етико-деонтологічні вимоги до спілкування з пацієнтом, дотримання конфіденційності, захисту персональних даних та прав людини.

Крім того, Постанова Кабінету Міністрів України № 725 від 14.07.2021 р. (зі змінами, внесеними Постановою № 1036) та Наказ МОЗ України № 650 від 16.04.2025 р. «Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я» юридично закріпили обов'язковість безперервного професійного розвитку для фахівців із середньою медичною освітою [1, 2]. Це створило правовий важіль, який зобов’язує кожного медсестринського працівника регулярно поповнювати свій багаж знань та вдосконалювати

морально-етичну компетентність.

Система БПР виступає головним динамічним механізмом підтримки та підвищення фахового рівня медсестер. Згідно з оновленими вимогами МОЗ України, фахівці з медсестринства мають щорічно здобувати щонайменше 30 балів БПР (з них не більше 15 балів за один вид освітнього заходу) шляхом участі в неформальній та інформальній освіті [5]. Ключовою інновацією є запровадження 6 обов’язкових напрямів БПР, які кожен працівник охорони здоров’я має пройти принаймні один раз за 5-річний атестаційний період [5]:

- Етичні питання (біоетика, емпатія, конфіденційність, вплив воєнно-психологічного фактора): формування моральної стійкості, розуміння прав пацієнта та вміння вирішувати біоетичні дилеми.
- Консультування та професійні комунікаційні навички: оволодіння принципами безбар’єрного спілкування, деескалації конфліктів та ефективного діалогу з пацієнтом і його родичами.
- Медичне обстеження постраждалих від насильства: набуття компетенцій із документування та надання допомоги особі, яка зазнала фізичного, психологічного чи сексуального насильства.
- Цифрова компетентність: оволодіння роботою з медичними інформаційними системами (МІС) та захистом цифрових даних пацієнтів.
- Невідкладна (екстрена) медична допомога: підтримання навичок базової та розширеної реанімації.
- Інфекційний контроль: дотримання санітарно-епідеміологічного режиму та профілактика інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги.

Інституційний контроль БПР здійснюється кадровою службою ЗОЗ, яка щорічно до 1 березня перевіряє Особисте освітнє портфоліо працівника, а керівник закладу затверджує щорічний план навчання та звіт про його виконання [5]. Така система унеможливлює формальне проходження атестації та спонукає медсестру до постійного самовдосконалення.

Нормативно-етичним орієнтиром для сестер медичних України є «Кодекс професійної етики медичних сестер України», розроблений Асоціацією медичних сестер України на основі Міжнародного кодексу етики медсестер (ICN Code of Ethics) [3, 9]. Кодекс декларує фундаментальні обов'язки сестри медичної (брата медичного): сприяти зміцненню здоров'я, запобігати захворюванням, відновлювати здоров'я та полегшувати страждання. В основі Етичного кодексу лежать чотири класичні принципи біоетики: поважання автономії пацієнта, «не нашкодь» (non-maleficence), благодіяння (beneficence) та справедливість (justice) [6].

Для реалізації норм Кодексу на рівні закладів охорони здоров'я створюються локальні Комісії з біоетики та деонтології (Етичні комісії ЗОЗ). Вони є ключовим внутрішньоінституційним інструментом розбору деонтологічних порушень, розгляду скарг пацієнтів та надання консультативної допомоги медперсоналу під час виникнення етичних конфліктів. У разі виявлення фактів порушення етичних норм Асоціація медичних сестер України та локальні комісії можуть застосовувати заходи впливу: від зауваження та попередження про неповну професійну відповідність до ініціювання позачергової атестації [3, 6].

Сучасні методичні дослідження доводять, що суто теоретичне вивчення етики малоефективне для формування сталих поведінкових стереотипів. Інституційний механізм вдосконалення етичних якостей має охоплювати активні інтерактивні навчальні технології, зокрема Інтерпрофесійну освіту (Interprofessional Education, IPE) та Симуляційне навчання [7, 8].

Під час симуляційних тренінгів у тренінгових центрах ЗОЗ або закладах вищої/фахової передвищої освіти моделюються складні клінічні та деонтологічні сценарії (наприклад, повідомити пацієнту про складний діагноз, взаємодіяти з агресивним чи виснаженим пацієнтом, надати допомогу постраждалому від насильства). Використання відеофіксації та подальшого дебрифінгу дозволяє медичній сестрі проаналізувати свої невербальні реакції, мову, рівень емпатії та вибрати оптимальну стратегію поведінки.

Роль головної та старшої сестри медичної (брата медичного) у системі інституційного контролю є вирішальною. Саме вони здійснюють клінічний

аудит медсестринського догляду, оцінюють якість виконання медичних призначень, проводять планові та раптові перевірки дотримання деонтологічних вимог і санітарно-епідеміологічного режиму. Впровадження регулярно опитування пацієнтів щодо рівня задоволеності медсестринським доглядом слугує зворотним зв'язком для коригування поведінки персоналу.

Водночас високе психоемоційне навантаження, особливо в умовах воєнного стану, призводить до синдрому емоційного та професійного вигорання (Burnout Syndrome), яке є головним руйнівним чинником морально-етичних якостей сестри медичної (проявляється у байдужості, цинізмі, грубості). Тому інституційний механізм ЗОЗ обов'язково має включати систему психологічної підтримки сестер медичних: роботу штатного медичного психолога, проведення групових балітовських груп, тренінгів із профілактики вигорання та забезпечення належних умов праці й відпочинку [6, 8].

Взаємозв'язок основних рівнів та інструментів вдосконалення професійних і етичних якостей сестер медичних (братів медичних) подано у таблиці 1.

Організаційна матриця інституційних механізмів медсестринства

Рівень інституційного впливу	Ключові інструменти та механізми	Очікуваний результат
Державний / Законодавчий	Професійні стандарти МОЗ, нормативні акти БПР (Постанова КМУ №725, Наказ МОЗ №650), атестація	Правова обов'язковість БПР, уніфікація вимог до кваліфікації та етики.
Професійно-громадський	Кодекс професійної етики медсестер, Асоціація медсестер України, міжвідомча співпраця	Саморегулювання спільноти, захист прав пацієнтів та етичний контроль.
Локальний (Рівень ЗОЗ)	Етичні комісії ЗОЗ, клінічний аудит головної медсестри, анкетування пацієнтів, БПР-портфоліо	Безпосередній контроль дотримання деонтології, підвищення задоволеності пацієнтів.
Освітньо-науковий	Інтерпрофесійна освіта (IPE), симуляційні тренінги, дебрифінг, курси з біоетики та комунікації	Формування сталих практичних навичок деескалації, емпатії та командної роботи.

Отже, можна зробити наступний висновок, що удосконалення професійних та етичних якостей медсестринського персоналу є комплексним

завданням, яке не може бути розв’язане виключно за рахунок особистого сумління працівника, а вимагає дієвої системи інституційних механізмів.

Сучасна інституційна модель охоплює нормативно-правове регулювання (професійні стандарти МОЗ, обов'язковість БПР), діяльність етичних комісій ЗОЗ та Асоціації сестер медичних (братів медичних) України, залучення симуляційного навчання та системну психологічну підтримку персоналу.

Запровадження 6 обов'язкових напрямів БПР (включаючи біоетику, комунікативні навички та інфекційний контроль) та щорічний перевірочний контроль кадрових служб виступають надійним запорукою постійного зростання рівня етико-деонтологічної культури сестер медичних (братів медичних).

Перспективами подальших досліджень є розробка уніфікованих критеріїв оцінювання етичної компетентності медсестер під час підтвердження кваліфікаційної категорії та створення національних симуляційних програм із біоетики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників : Постанова Кабінету Міністрів України від 14 лип. 2021 р. № 725 (із змінами). Офіційний вісник України. 2021. № 58. С. 3584.
2. Про затвердження Порядку проведения атестації працівників сфери охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 квіт. 2025 р. № 650. Офіційний вісник України. 2025.
3. Кодекс професійної етики медичних сестер України / Асоціація медичних сестер України. Чернівці, 2019. 18 с. URL: https://cmkl.cv.ua/wp-content/uploads/2025/12/Етичний-кодекс-медсестри.pdf (дата звернення: 05.10.2026).
4. В Україні затвердили 18 професійних стандартів медсестринських професій / Міністерство охорони здоров'я України. Київ, 2023. URL: https://moz.gov.ua/uk/v-ukrayini-zatverdili-18-profesijnih-standartiv-medsestrinskih-profesij (дата звернення: 05.10.2026).
5. Шість обов'язкових напрямів БПР: пам'ятка для працівників охорони здоров'я / Міністерство охорони здоров'я України. Київ, 2025. URL: https://moz.gov.ua/uk/shist-obov-yazkovih-napryamiv-bpr-pam-yatka-dlya-pracivnikiv-ohoroni-zdorov-ya (дата звернення: 05.10.2026).

6. Морально-етична складова професійної культури медичних працівників / [уклад. В. М. Левін та ін.]. Харків : ХНМУ, 2020. 24 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/10333 / (дата звернення: 05.10.2026).
7. Формування професійної етики майбутньої медичної сестри у вимірах педагогічної майстерності : монографія / за ред. І. А. Зязюна. Суми : СДПУ імені А. С. Макаренка, 2021. 240 с.
8. Buscemi V., et al. Healthcare professional perspective on barriers and facilitators of multidisciplinary team working in acute care setting: a systematic review. BMJ Open. 2024. Vol. 14, No. 3. e081234. URL: https://pmc.ncbi.nlm.
nih.gov/articles/PMC11931918/ (дата звернення: 05.10.2026).
9. Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements / International Council of Nurses (ICN). Geneva : ICN, 2021. 32 p.

ЗАЦІРКО А.В.,
студентка IV-го курсу
спеціальності «Сестринськасправа»
Кам’янський фаховий медичний коледж
Науковий керівник:
ЦИГАНОК В.О.,
викладач,
Кам’янський фаховий медичний коледж

ТРАНСГЕНЕРАЦІЙНА ПЕРЕДАЧА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ГОЛОДОМОРУ 1932-1933 РОКІВ У СУЧАСНИХ УКРАЇНСЬКИХ РОДИНАХ

Голодомор зберігається у сімейних історіях,
домашніх правилах і пам'яті,
впливаючи на психічне здоров'я наступних поколінь.
Олег Кокун

Голодомор 1932–1933 років є однією з найтрагічніших сторінок історії України. Мільйони людей загинули від штучно створеного голоду, спричиненого політикою тоталітарного радянського режиму. Однак наслідки цієї трагедії не обмежуються лише демографічними втратами чи економічними збитками. Дедалі більше психологічних, соціологічних та історичних досліджень свідчать про те, що травма Голодомору продовжує впливати на життя нащадків тих, хто пережив ці події. Це явище отримало назву трансгенераційної (міжпоколінної) передачі психологічної травми.

Трансгенераційна травма проявляється тоді, коли досвід сильного стресу, насильства чи втрати, пережитий одним поколінням, впливає на психологічний стан, поведінку, систему цінностей та взаємини наступних поколінь. У випадку України Голодомор став не лише історичною катастрофою, а й джерелом довготривалих психологічних наслідків, які можуть проявлятися навіть через кілька поколінь.

Поняття трансгенераційної передачі психологічної травми

Трансгенераційна передача психологічної травми – це процес, за якого наслідки тяжких психотравмуючих подій передаються від батьків до дітей, а потім до онуків. Передача відбувається не лише через сімейні розповіді, а й через особливості виховання, емоційні реакції, життєві установки, сімейні сценарії та навіть біологічні механізми [1, с.296].

Психологи виділяють кілька основних шляхів такої передачі:

- сімейне мовчання або замовчування травматичних подій;
- передача страхів і моделей поведінки через виховання;
- формування специфічних життєвих переконань;
- емоційне наслідування;
- можливі епігенетичні зміни, пов'язані з пережитим сильним стресом.

Діти й онуки людей, які пережили масовий голод, нерідко переймають певні моделі поведінки, навіть не знаючи їхнього історичного походження. Вони можуть успадковувати тривожність, недовіру до влади, страх перед майбутнім, надмірну ощадливість або складнощі з вираженням емоцій.

Психологічні наслідки Голодомору для покоління очевидців

Люди, які пережили Голодомор, зазнали надзвичайно сильного психологічного потрясіння. Вони стали свідками смерті рідних, втрати домівок, руйнування соціальних зв'язків, голоду та постійного страху. Для багатьох характерними були симптоми, які сучасна психологія описує як прояви посттравматичного стресового розладу [5, с.218].

Найпоширенішими психологічними наслідками стали:

- постійне відчуття небезпеки;
- страх голоду;
- недовіра до державних інституцій;
- почуття безпорадності;
- емоційна стриманість;
- труднощі у встановленні довірливих стосунків;
- прагнення накопичувати продукти та матеріальні ресурси.

Багато очевидців ніколи не розповідали своїм дітям про пережите. Замовчування стало одним зі способів психологічного захисту. Крім того, радянська влада забороняла відкрито говорити про Голодомор, що лише посилювало страх і формувало культуру мовчання.

Механізми передачі травми наступним поколінням

Одним із головних механізмів передачі травми є особливості сімейного виховання. Батьки, які пережили голод, часто виховували дітей у постійному страху нестачі їжі. Звідси походять знайомі багатьом українським родинам установки:

- «Їжу не можна викидати»;
- «Треба завжди мати запас продуктів»;
- «Потрібно економити навіть тоді, коли грошей достатньо»;
- «Не можна довіряти владі»;
- «Про небезпечні речі краще мовчати».

Такі установки нерідко передавалися без пояснення їхнього походження. Діти засвоювали їх як природну норму поведінки [2, с.122] .

Іншим механізмом стала емоційна дистанція між поколіннями. Люди, які пережили сильну психологічну травму, нерідко мали труднощі з проявом любові та відкритого вираження почуттів. Вони прагнули захистити дітей від болючих спогадів, але водночас формували атмосферу емоційної стриманості.

Сучасні дослідження також розглядають роль епігенетики. Хронічний стрес може впливати на активність певних генів, що потенційно відображається на реакції наступних поколінь на стресові ситуації. Хоча ця галузь науки ще активно розвивається, результати досліджень свідчать про можливість біологічної складової міжпоколінної передачі травматичного досвіду [4].

Прояви трансгенераційної травми у сучасних українських родинах

Сьогодні наслідки Голодомору можуть проявлятися навіть у родинах, де про трагедію майже не говорили. Найчастіше вони виявляються у повсякденній поведінці.

Одним із найбільш помітних проявів є особливе ставлення до їжі. Багато українських сімей мають звичку купувати продукти «із запасом», не викидати навіть зіпсовану їжу або переживати сильний дискомфорт через порожній холодильник [3, с.41].

Іншим проявом є надмірна ощадливість. Навіть за стабільного матеріального становища деякі люди відчувають постійну потребу накопичувати гроші та матеріальні ресурси «на чорний день».

Також дослідники відзначають:

- високий рівень базової тривожності;
- очікування негативних подій;
- недовіру до державних органів;
- труднощі у відкритому висловленні почуттів;
- схильність уникати конфліктів;
- прагнення максимально контролювати майбутнє.

У сучасних умовах війни ці особливості можуть посилюватися, оскільки нові травматичні події активізують історичну пам'ять родини.

Вплив сімейної пам'яті

Сімейна пам'ять є важливим фактором збереження історичного досвіду. В одних родинах про Голодомор відкрито розповідають дітям та онукам, передають фотографії, документи, спогади очевидців. Це допомагає усвідомити власну історію та краще зрозуміти поведінку старших поколінь.

В інших сім'ях трагедія тривалий час залишалася темою табу. Мовчання породжувало відчуття невизначеності, а діти інтуїтивно відчували прихований біль батьків, не розуміючи його причин.

Сучасні психологи наголошують, що відкрите обговорення сімейної історії є одним із чинників подолання трансгенераційної травми. Усвідомлення походження певних моделей поведінки допомагає людині краще зрозуміти себе та своїх близьких.

Подолання наслідків трансгенераційної травми

Подолання міжпоколінної травми є тривалим процесом, який охоплює як окрему особистість, так і суспільство загалом.

На індивідуальному рівні важливими є:

- вивчення історії власної родини;
- відкритий діалог між поколіннями;
- психологічна допомога за потреби;
- розвиток навичок емоційної відкритості;
- формування відчуття психологічної безпеки.

На суспільному рівні значну роль відіграють історична пам'ять, наукові дослідження, меморіальні заходи, освітні програми та державне визнання Голодомору геноцидом українського народу. Вшанування пам'яті жертв сприяє не лише історичній справедливості, а й психологічному зціленню суспільства.

Особливо важливою є діяльність істориків, психологів, педагогів та громадських організацій, які популяризують знання про наслідки Голодомору та допомагають родинам переосмислити власний історичний досвід.

Трансгенераційна передача психологічної травми Голодомору 1932–1933 років є складним багатофакторним явищем, що поєднує психологічні, соціальні, культурні та біологічні механізми. Незважаючи на те, що від трагедії минуло понад дев'яносто років, її наслідки й досі можуть проявлятися у світогляді, поведінці та емоційному житті багатьох українських родин.

Пам'ять про Голодомор є не лише частиною історії, а й важливим елементом національної та сімейної ідентичності. Усвідомлення механізмів трансгенераційної передачі травми допомагає зрозуміти причини багатьох моделей поведінки, сформованих під впливом історичних подій. Відкрите обговорення сімейної історії, розвиток психологічної культури, підтримка наукових досліджень і збереження історичної пам'яті сприяють поступовому подоланню наслідків травми та формуванню психологічно стійкого суспільства. Досвід Голодомору нагадує про важливість захисту людської гідності, права на життя та необхідність збереження історичної правди для майбутніх поколінь.

ЛІТЕРАТУРА

1. Терещенко О. О. Теоретико-методологічні моделі передачі трансгенераційного травматичного досвіду: теоретичний огляд // Психологія та соціальна робота. – 2024. – Вип. 1(59). – С. 293–300.
2. Яцула М. Трансгенераційна травма Голодомору та її вплив на харчову поведінку // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. – 2023. – Вип. 15. – С. 119–124.
3. Гашимова М. Взаємозв'язок розладів харчової поведінки і травми голоду // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. – 2025. – Вип. 23. – С. 38–47.
4. Франкова І. О., Чабан О. С., Петренко Г. К., Токарчук А. Колективна травма населення України: реалії, перспективи та можливість дослідження трансгенераційного аспекту // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2023. – Т. 8, № 3.
5. Горностай П. П. Психологія колективних травм : монографія. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2023. – 336 с.

ЛІСЕЦЬКА І.С.
к.мед.н., доц.,
Івано-Франківський національний
медичний університет
КОВАЛИШИН А.Ю.
Асистент
Івано-Франківський національний
медичний університет

САМОСТІЙНА ПОЗААУДИТОРНА РОБОТА СТУДЕНТІВ - ВАЖЛИВА СКЛАДОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

В рамках нової освітньої парадигми та подальшої професійної діяльності провідні позиції посідає вміння вчитися не тільки під час освітнього процесу в вищому навчальному закладі, а й протягом всієї подальшої професійної діяльності, необхідно у студентів формувати прагнення до саморозвитку, здатність постійно накопичувати та оновлювати наукові знання та вдосконалення різного виду навичок, швидко адаптуватись до змін, творчого застосування одержаних знань у професійній діяльності [4,с.180]. Сьогодні відбуваються зміни освітнього процесу за рахунок скорочення аудиторних годин викладання та збільшення частки самостійної позааудиторної роботи студентів, саме тому провідну роль у підвищенні якості навчання та важливим етапом у формуванні майбутнього спеціаліста стає самостійна позааудиторна робота студента [2,с.94-95].

Самостійна позааудиторна робота – це різноманітні види індивідуальної та колективної діяльності студентів, що виконуються під керівництвом, але без безпосередньої участі викладача в спеціально відведеній для цього аудиторний чи позааудиторний час. Метою самостійної позааудиторної роботи є формування пізнавальної активності, засвоєння основних вмінь та навичок роботи із навчальним матеріалом, розширення і поглиблення вже наявних знань та підвищення рівня організованості студентів. Навчальний час, відведений на самостійну позааудиторну роботу, що регламентується робочим навчальним планом та становить не менше 1/3 і не більше 2/3 загального обсягу навчального часу [1,с.219; 3,с.7-25]. У вищих закладах освіти застосовують різні формати організації самостійної позааудиторної роботи під час проведення навчального процесу. Так, можна виділити такі види самостійної позааудиторної роботи, залежно від місця і часу проведення,

характеру керування нею з боку викладача і способу контролю за її результатами: самостійна робота під час основних аудиторних занять (лекції, семінари, практичні заняття), самостійна робота під контролем викладача у формі планових консультацій, виробничої практики, заліків, підсумкових модульних контролей та позааудиторна самостійна робота при виконанні студентом домашніх завдань навчального і творчого характеру (написання рефератів, підготовка доповідей, тезів, статей, ментальних карт).

Під час проведення навчального процесу в вищих медичних закладах застосовують різні види самостійної позааудиторної роботи, такі як індивідуальна підготовка до практичних, семінарських занять та підсумкових модульних контролей, підготовка до захисту історій хвороб, участь у роботі студентського наукового гуртка, виступи та участь у науково-практичних конференціях, форумах, майстер-класах, практично орієнтованих конкурсах тощо. Можна запропонувати наступні форми організації самостійної позааудиторної роботи, такі як написання рефератів, підготовка доповідей, навчальних історій хвороби, огляд сучасної літератури, заняття із санітарно-просвітницької роботи, ведення альбомів для самопідготовки, відпрацювання практичних навичок в позааудиторний час, підготовка тезів та статей, ментальних карт, схем, презентацій тощо [1,с.219].

Інформація про зміст, обсяг виділеного часу, оцінювання самостійної позааудиторної роботи описаний в навчальній робочій програмі та силабусі дисципліни і має мету розширити і поглибити знання та вміння за даним курсом, допомогти сформувати клінічне мислення, творчої уяви та моделювання тактики лікаря в конкретній клінічній ситуації, покращити засвоєння міжпредметної інтеграції знань та вмінь, навчає працювати із літературними джерелами – проводити аналіз, узагальнення, зіставлення, порівняння, тим самим активізувати творчу складову. Для організації самостійної позааудиторної роботи розробляються методичні вказівки за кожною темою, що винесені на самостійне позааудиторне опрацювання та складаються тестові завдання. З метою підвищення якості опрацьованого матеріалу під час навчального процесу викладачі надають консультації студентам упродовж дня, а у позааудиторний час за необхідністю студентів консультує викладач, згідно затвердженого графіку відробок та консультацій. Крім того, студенти можуть виконувати індивідуальні завдання як варіант самостійної роботи в позааудиторний час для підвищення результатів поточної успішності.

Для отримання очікуваних результатів самостійної позааудиторної роботи необхідно враховувати мотиваційний компонент навчання, а також систематичний контроль та оцінювання результатів самоосвіти. Він може здійснюватися під час проведення поточних опитувань, експрес-контроль, тестування, заліків, підсумкових модульних контролей та мати на меті привчити студентів до відповідальності за весь навчальний матеріал циклу, сприятиме підвищенню навчання та орієнтує на регулярну самоосвіту [2,с.94; 4,с.180].

Отже, самостійна позааудиторна робота є обов'язковою, важливою формою навчального процесу, що дозволяє значно підвищити ефективність підготовки майбутнього спеціаліста, допомагає формувати у студента навиків клінічного мислення, самостійності, творчої уяви. Вона надає можливість студенту одночасно отримувати нові знання, опанувати методи аналізу, синтезу, узагальнення інформації та практично їх удосконалювати.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коротич Н.М. Самостійна робота студентів як фактор підготовки спеціаліста в умовах кредитно-модульної системи навчання / Н.М. Коротич // Світ медицини та біології. – 2017.- № 1(59). – С. 219-222.
2. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Попович І.Ю. Значення фантомних занять у формуванні практичних навичок майбутніх лікарів-стоматологів / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, І.Ю. Попович // Український стоматологічний альманах. – 2016. - № 1(2). – С. 94-97.
3. Про вищу освіту: Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII. Офіційний вісник України. 2014. 7-89.
4. Шумський О. Шляхи активізації самостійної роботи студентів / О. Шумський // Наукові записка (Кіровоградського державного педагогічного університету ім. Володимира Винниченка). Серія: Педагогічні науки. – 2016. - № 147. – С. 180-183.

DUB N. Ye.,
PhD in Public Administration, Associate Professor,
Andrei Krupynskyi Lviv Medical Academy**,**
HVOZDETSKA H.S.,
PhD in Medical Sciences,
Ivano-Frankivsk National Medical University,
KADIR A.,
Second-year Master's student
in the specialty of Nursing,
Andrei Krupynskyi Lviv Medical Academy

PILOTING A PRACTICAL AI SAFETY MODULE IN NURSINGEDUCATION

In a skills laboratory, a nursing student is given a patient-information leaflet drafted with an AI tool. The advice sounds reassuring and refers to a clinical guideline, but the guideline cannot be located. Instead of accepting the fluent wording, the student must check the claims against a trusted source, identify what cannot be verified and explain the necessary corrections. This is an example of a digital skill that can be observed and assessed. It has little to do with typing speed or familiarity with a particular application.

Many nursing programmes already introduce electronic records, online learning platforms and information searching. These activities have value, but they do not necessarily prepare students to handle an apparently convincing yet inaccurate automated output. Adding a lecture about the advantages and disadvantages of AI is unlikely to solve that problem on its own. Students need opportunities to practise, receive feedback and repeat the task with a different clinical case.

A systematic review and meta-analysis by El-Banna and colleagues [1] identified a persistent gap between interest in AI and the institutional conditions needed to teach it. The review brought together research published through June 2025 and highlighted uneven curriculum provision, faculty preparation and access to appropriate resources. For educational managers, these findings suggest that asking students to use AI is not the same as providing a structured learning opportunity. Someone must decide what students should be able to do, how the work will be supervised and which errors require immediate correction.

The American Association of Colleges of Nursing places informatics and healthcare technologies within its core competency framework [2]. DigComp 2.2, although not written specifically for healthcare, also provides useful categories for information handling, communication, safety and problem-solving [3]. Rather than

adopting either framework as a list of abstract skills, a nursing department could select a small number of observable actions: recognise incomplete digital documentation, check the source of AI-generated information, protect confidential records and communicate an identified risk within the student's professional role.

A practical starting point would be a six-week pilot integrated into an existing course. The proposed format is one supervised session of approximately 60–90 minutes each week, with adjustments according to the programme's timetable. The first session would establish a baseline using two brief tasks: correcting a fictional electronic record and reviewing a computer-generated patient instruction for unsupported advice. Students would also answer a few questions about previous exposure to these tools, but confidence ratings would be treated as background information rather than proof of competence.

The next four sessions would address distinct problems. In the second week, students would trace how a missing entry or an incorrect unit can alter the meaning of an electronic note. The third would examine AI-generated explanations: participants would compare claims and references with approved clinical sources, including examples where the wording is persuasive but the evidence is absent. The fourth would focus on confidentiality, using fictional records to distinguish acceptable educational use from unsafe disclosure. In the fifth, students would complete a simulated handover in which an automated summary conflicts with information in the underlying chart.

The handover case deserves careful design. For example, the fictional record might show a documented medicine allergy, while the generated discharge text fails to mention it. A satisfactory student response would identify the omission, locate the relevant entry, explain the potential safety concern and report it according to the simulated institution's escalation procedure. The assessment should not reward a student for independently changing a prescription. It should reward accurate checking and communication within the boundaries of nursing practice.

Simulation offers a suitable way to examine these decisions without exposing patients to risk. The INACSL standards emphasise that a simulated activity needs measurable objectives rather than an interesting scenario alone [4]. A systematic review by Sengul and Sarıköse [5] found encouraging learning outcomes in AI-supported nursing simulations, while also reporting limitations related to technological performance and the interpretation of nuanced interactions. The planned module therefore need not depend on an elaborate AI simulator. A teacher-controlled case, a mock electronic chart and an intentionally flawed generated summary may be enough to test the intended skill.

Assessment would use a short rubric covering five areas: accuracy in retrieving chart information, ability to verify generated claims, protection of patient data, appropriate escalation of safety concerns and clarity of written documentation. Each area could receive a descriptive rating such as "not yet demonstrated", "partly demonstrated" or "demonstrated". This is a suggested local rubric, not a validated measurement scale. A serious safety error, such as ignoring an explicit allergy alert or disclosing identifiable information, would require additional feedback even if performance in other areas was satisfactory.

In the sixth week, students would complete a case of comparable difficulty, but not the same case they had practised earlier. Two assessors could independently score a sample of responses and discuss discrepancies before the results are used to revise the teaching materials. Student feedback would help identify unclear instructions and technical barriers. Improvement in task performance could suggest that the module supports learning, but it would not establish that the intervention reduces medication errors or improves patient outcomes in clinical practice.

Staff preparation is central to the proposal. A course coordinator would map the module to existing learning outcomes and agree on its place in the timetable. A nursing lecturer would write and review the clinical cases, while a clinical mentor would check whether the expected responses reflect local practice and the student's permitted responsibilities. The institution's information-security specialist, where available, could review the rules for using demonstration data and external applications. Students should know which tools are approved before the first session begins.

The WHO guidance on large multimodal AI models draws attention to problems of inaccurate output, privacy and insufficient human oversight [6]. In an educational setting, these concerns can be addressed through ordinary, explicit safeguards: fictional rather than identifiable patient records, faculty review of teaching prompts, protected access to simulated material and a clear rule that clinical advice must be checked against current professional guidance. If a programme cannot provide a secure AI tool, examples can be prepared in advance for students to critique without entering any sensitive information themselves.

Resource limitations should influence design, not stop the work altogether. A faculty member can demonstrate record reconciliation using a mock chart in a spreadsheet or a printed document. The aim is to assess how students handle conflicting information, not whether they can navigate one particular commercial interface. After the pilot, the department could review completion rates, common rubric weaknesses, teacher workload and accessibility problems before deciding whether to expand the module. This phased approach also reflects the organisational and workforce priorities set out in the WHO digital health strategy [7].

The proposed six-week module would help nursing students practise checking AI-generated advice, correcting records and protecting patient data through clinical simulations. Unlike general digital-literacy classes, its tasks focus on decisions students may face during placements. Before wider adoption, the module should be tested with a small group.

REFERENCES

1. El-Banna, M. M., Sajid, M. R., Rizvi, M. R., Sami, W., & McNelis, A. M. (2025). AI literacy and competency in nursing education: Preparing students and faculty members for an AI-enabled future-a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine, 12*, 1681784. https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1681784
2. American Association of Colleges of Nursing. (2021). *The Essentials: Core Competencies for Professional Nursing Education*. https://www.aacnnursing.org/Portals/0/PDFs/Publications/Essentials-2021-Version.pdf
3. Vuorikari, R., Kluzer, S., & Punie, Y. (2022). *DigComp 2.2: The Digital Competence Framework for Citizens-With New Examples of Knowledge, Skills and Attitudes*. Publications Office of the European Union. https://doi.org/10.2760/115376
4. INACSL Standards Committee, Miller, C., Deckers, C., Jones, M., Wells-Beede, E., & McGee, E. (2021). Healthcare Simulation Standards of Best Practice: Outcomes and Objectives. *Clinical Simulation in Nursing, 58*, 40–44. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.013
5. Sengul, T., & Sarıköse, S. (2025). Enhancing learning outcomes through AI-driven simulation in nursing education: A systematic review. *Clinical Simulation in Nursing, 106*, 101797. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101797
6. World Health Organization. (2024). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240084759
7. World Health Organization. (2025). *Global strategy on digital health 2020–2027*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240116870

ЛУЩИК М.В.
студентка 1 курсу
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності І5 Медсестринство
ОПП Медсестринство
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського
Науковий керівник:
НЕДІЛЬКО Р.В.
к.держ.упр., доц.
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського

ПОНЯТТЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ У СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ: ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ, МОДЕЛІ ВЗАЄМОДІЇ ТА КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ

Сучасний етап розвитку медичної науки та практичної охорони здоров'я характеризується стрімким зростанням обсягу наукових знань, вузькою спеціалізацією медичних галузей та зростанням частки пацієнтів із коморбідною й поліорганною патологією. Традиційна монодисциплінарна (патерналістська) модель надання медичної допомоги, де ключова відповідальність та рішення зосереджувалися на одному лікареві, виявляє істотні обмеження при веденні складних клінічних випадків, хронічних захворювань, медико-соціальної реабілітації та паліативної допомоги [1].

У відповідь на ці виклики Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та провідні світові медичні асоціації проголосили стратегічний перехід до систем, орієнтованих на людину (*People-Centered Care*) та заснованих на командній взаємодії фахівців різних профілів [2]. Командний підхід дозволяє консолідувати компетенції різних професіоналів охорони здоров'я для формування цілісного, всебічного та безперервного маршруту пацієнта. Застосування міждисциплінарних команд виявилося особливо критичним у період подолання наслідків пандемій, ведення пацієнтів із бойовими травмами, важкими неврологічними та онкологічними захворюваннями [3].

У науковому дискурсі та клінічній практиці нерідко виникає термінологічне змішування понять «мультидисциплінарна», «міждисциплінарна» та «трансдисциплінарна» команда. Проте з точки зору теорії управління та медичної методології між цими формами існує суттєва якісна різниця[4]:

- **Мультидисциплінарна команда (*Multidisciplinary Team*):** група фахівців різних спеціальностей, які працюють паралельно, оцінюють пацієнта автономно у межах своїх вузьких професійних кордонів та

формують окремі висновки. Комунікація між членами команди має переважно формальний, послідовний характер, а координацію здійснює керівник або лікуючий лікар [5].

- **Міждисциплінарна команда (*Interdisciplinary Team*):** інтегрована організаційна група фахівців різних галузей медичної та соціальної допомоги, які взаємодіють інтерпрофесійно, спільно обговорюють клінічну ситуацію, формулюють єдиний узгоджений реабілітаційно-лікувальний діагноз та розробляють спільну стратегію досягнення цілей пацієнта. Основною відмінністю міждисциплінарного підходу є інтеграція знань, розмивання жорстких субординаційних меж та наявність синергетичного ефекту від колективної експертизи.
- **Трансдисциплінарна команда (*Transdisciplinary Team*):** вищий рівень інтеграції, за якого члени команди виходять за межі своїх традиційних дисциплінарних ролей, навчають один одного базовим навичкам та розробляють нові концептуальні рамки для вирішення комплексних задач[4].

Згідно з концептуальними засадами ВООЗ та чинним законодавством України (зокрема, у сфері реабілітації та надання соціально-медичних послуг), саме міждисциплінарна команда вважається «золотим стандартом» для надання допомоги у післягострому, довготривалому реабілітаційному та паліативному періодах [7,8].

Склад міждисциплінарної команди є динамічним і визначається відповідно до нозології, важкості стану пацієнта, етапу надання допомоги та індивідуальних потреб клінічного випадку. До базового складу міждисциплінарної медичної команди входять [9]:

- **Лікар фізичної та реабілітаційної медицини (або лікар-куратор):** здійснює загальну медичну координацію, визначає медичні обмеження, оцінює динаміку стану та організовує роботу всієї команди [7].
- **Фізичний терапевт:** відповідає за відновлення та розвиток рухових функцій, підбір терапевтичних вправ, навчання ходьбі та використання допоміжних засобів пересування.
- **Ерготерапевт:** спеціалізується на відновленні навичок само-обслуговування, адаптації побутового та виробничого середовища під фізичні можливості пацієнта.
- **Терапевт мови та мовлення (логопед):** проводиться діагностику й корекцію розладів мовлення, афазій, когнітивних порушень та дисфагії (розладів ковтання).

- **Психолог / Психотерапевт:** забезпечує психологічну діагностику, психокорекцію, допомогу в подоланні депресивних та тривожних станів, роботу з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) як пацієнта, так і його близьких.
- **Сестра медична (брат медичний) (реабілітаційна (ий) / паліативна (ий)):** здійснює цілодобовий медсестринський догляд, моніторинг життєво важливих показників, виконання призначень, профілактику ускладнень (пролежнів, контрактур) та навчання родичів навичкам догляду.
- **Соціальний працівник / Фахівець із соціальної роботи:** сприяє вирішенню соціально-побутових, юридичних, статусних та матеріальних питань, адаптації пацієнта в громаді після виписки [8].
- **Пацієнт та його родина / Опікуни:** є повноправними членами міждисциплінарної команди. Їхні пріоритети, бачення та життєві цінності є вирішальними під час формування цілей відновлення [2,6].

Ефективне функціонування міждисциплінарної команди забезпечується дотриманням низки фундаментальних організаційно-етичних принципів та інструментів:

1. **Пацієнтоорієнтованість (*Patient-Centered Care*):** цілі лікування та реабілітації формулюються не лише з огляду на клініко-інструментальні показники, а насамперед на основі потреб пацієнта щодо повернення до активного соціального та особистого життя [2].
2. **Спільна постановка цілей за критеріями SMART:** команда разом із пацієнтом розробляє Індивідуальний реабілітаційний / лікувальний план, де цілі є конкретними (*Specific*), вимірюваними (*Measurable*), досяжними (*Achievable*), релевантними (*Relevant*) та обмеженими в часі (*Time-bound*) [10].
3. **Регулярні міждисциплінарні командні збори (*MDT Meetings*):** структуровані зустрічі (зазвичай 1–2 рази на тиждень), під час яких кожен член команди доповідає про динаміку у своїй сфері, проводиться загальне обговорення та переглядається план дій [11].
4. **Використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ):** МКФ слугує єдиною універсальною мовою спілкування для всіх членів міждисциплінарної команди, дозволяючи систематизувати дані про структури та функції організму, *activity* (діяльність) та *participation* (участь), а також контекстуальні фактори [7].

5. **Стандартизовані протоколи передачі інформації:** застосування методик типу SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) гарантує точність та оперативність міжпрофесійної комунікації без втрати важливих деталей [10].

Міжнародні та національні метааналізи й систематичні огляди доводять незаперечну перевагу міждисциплінарної модельної організації над традиційними підходами [1, 3, 10, 12]:

- **Зниження показників смертності та інвалідизації:** у госпітальних інсультних блоках (*Stroke Units*), де застосовується міждисциплінарна команда, смертність та частота глибокої інвалідизації знижуються на 20–25% порівняно із загальнотерапевтичними відділеннями [12].
- **Скорочення тривалості перебування в стаціонарі:** впровадження узгоджених алгоритмів дозволяє уникнути дублювання обстежень, прискорити активізацію пацієнта та зменшити середній ліжко-день на 15–30% [11].
- **Зменшення частоти повторних госпіталізацій:** комплексна підготовка пацієнта до виписки та залучення соціально-психологічних служб знижують ризик повторного госпітального надходження протягом 30 днів [3].
- **Профілактика синдрому професійного вигорання (*Burnout Syndrome*):** колегіальний розподіл відповідальності, партнерська підтримка та відчуття належності до команди суттєво покращують психоемоційний клімат серед медичного персоналу [10].

Незважаючи на високу доказову ефективність, практичне впровадження міждисциплінарного підходу стикається із низкою бар’єрів:

- **Міжпрофесійні конфлікти та стереотипи:** традиційна ієрархічна культура охорони здоров'я може породжувати опір змінам, неохоту лікарів сприймати середній медичний персонал чи немедичних фахівців (психологів, ерготерапевтів) як рівноправних партнерів [10].
- **Дефіцит інтерпрофесійної освіти (*Interprofessional Education - IPE*):** у більшості медичних закладів вищої освіти студентів навчають ізольовано за професійними напрямами, що ускладнює формування навичок командної взаємодії на додипломному етапі [10].
- **Організаційно-фінансові та часові обмеження:** відсутність належного матеріального стимулювання за участь у міждисциплінарних засіданнях та брак часу в умовах високого клінічного навантаження [5,11].

Для подолання вказаних бар'єрів необхідне системне впровадження норм інтерпрофесійної освіти, законодавче закріплення посадових інструкцій членів МДК, стандартизація документації та широке застосування цифрових медичних інформаційних систем (МІС) для оперативної комунікації.

Отже, міждисциплінарна команда у сучасній медицині являє собою не просто сукупність фахівців, а якісно нову організаційну та філософську концепцію надання медичної допомоги, засновану на синергії знань, партнерстві, рівноправ'ї та пацієнтоорієнтованості. Впровадження міждисциплінарного підходу доведено покращує клінічні результати лікування, знижує показники інвалідизації та смертності, скорочує тривалість стаціонарного лікування та підвищує якість життя пацієнтів. Стратегічним пріоритетом розвитку української системи охорони здоров'я є подальше законодавче, освітнє та інституційне забезпечення функціонування міждисциплінарних команд у галузях реабілітації, онкології, паліативної допомоги та екстреної медицини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Buscemi V., et al. Healthcare professional perspective on barriers and facilitators of multidisciplinary team working in acute care setting: a systematic review and meta-synthesis. *BMJ Open / PMC*. 2024. Vol. 14, No. 3. e081234. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11931918/ (дата звернення: 05.10.2026).
2. Integrated people-centred health services: UHC service planning & models of care. *World Health Organization (WHO)*. 2023. URL: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration (дата звернення: 05.10.2026).
3. Multidisciplinary Teams in Healthcare: Basic principles and development / A. M. Jovanovic et al. *Journal of Health Management and Teamwork*. 2021. Vol. 18, No. 2. P. 112–124.
4. Kirshblum S., Fergusson A. Rehabilitation teams and interprofessional collaboration. *Physiopedia Multilingual*. 2022. URL: https://langs.physio-pedia.com/uk/rehabilitation-teams-uk/ (дата звернення: 05.10.2026).
5. Коляденко Н. Як працює мультидисциплінарна команда та яке місце в ній медичного працівника. *Довідник головного лікаря*. 2019. № 2. С. 14–22. URL: https://egolovlikar.expertus.com.ua/709864 .

6. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care / C. Soukup et al. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2020. Vol. 13. P. 1201–1211. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7100151/ .
7. Що таке мультидисциплінарна реабілітаційна команда? *Міністерство охорони здоров'я України : офіційний веб-сайт*. 2023. URL: https://moz.gov.ua/uk/scho-take-multidisciplinarna-reabilitacijna-komanda (дата звернення: 05.10.2026).
8. Про затвердження Типового положення про мультидисциплінарну команду : проект Постанови Кабінету Міністрів України / *Міністерство соціальної політики України*. 2023. URL: https://www.msp.gov.ua/legislation/draft-legal-acts/pro-zatverdzhennya-typovoho-polozhennya-pro-multydystsyplinarnu-komandu .(дата звернення: 06.10.2026).
9. Методичні рекомендації до проведення лабораторних занять з дисципліни «Організація мультидисциплінарної командної роботи» / ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Ужгород : УжНУ, 2022. 28 с. URL: https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/58647 (дата звернення: 06.10.2026).
10. Making Multidisciplinary Team-Based Care (MTBC) a Success in Primary Care: A Scoping Review / M. Smith et al. *Annals of Family Medicine*. 2023. Vol. 21, No. 4. P. 345–354. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12619587/.
11. Multidisciplinary Team Working: Productive Community Hospital Module / *NHS England*. London : NHS, 2020. 45 p. URL: https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2020/06/Productive-community-hospital-Multi-Team-Working.pdf (дата звернення: 06.10.2026).
12. Multidisciplinary team meetings in acute stroke and medical emergencies : NICE Guideline NG94. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*. 2018. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/29.multidisciplinary-team-meetings-pdf-172397464668 (дата звернення: 06.10.2026).

ШЕГЕДИН А.С.
магістр медсестринства, викладач
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.
к.держ.упр., доц.
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського

ОПИТУВАННЯ ВИПУСКНИКІВ ЯК ІНСТРУМЕНТ ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Сучасний етап реформування системи охорони здоров'я України та нормативні вимоги 2026 року визначають кардинальне переосмислення ролі медичної сестри у медичному просторі. Спеціальність І5 Медсестринство трансформувалася з суто допоміжної ланки виконання лікарських призначень у самостійну, високотехнологічну та науково обґрунтовану професію, яка ґрунтується на принципах доказового медсестринства, високій автономії фахівця та пацієнтоцентровому підході. Оновлений Професійний стандарт Сестра медична (брат медичний) та Стандарт вищої освіти (Наказ МОН № 1153) закріплюють розширені клінічні та організаційні функціональні обов'язки, що вимагає від закладів освіти гнучкості та високої якості підготовки фахівців на всіх освітніх рівнях — від фахового молодшого бакалавра до бакалавра та магістра медсестринства.

Підготовка фахівців за спеціальністю І5 Медсестринство передбачає формування не лише базових маніпуляційних навичок, але й глибоких компетентностей у сфері оцінювання стану пацієнта, забезпечення безпеки медичної допомоги, профілактики інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги, а також оволодіння сучасними цифровими системами охорони здоров'я. У цьому контексті внутрішня система забезпечення якості освіти медичного закладу має спиратися на системний зворотний зв'язок від головних стейкхолдерів — випускників освітніх програм та їхніх роботодавців, що регламентовано Критеріями оцінювання якості освітніх програм НАЗЯВО (Критерій 8) та стандартами ДСЯО.

Опитування випускників розглядається нами не просто як формальна процедура акредитаційного моніторингу, а як потужний аналітичний інструмент стратегічного вдосконалення освітнього процесу. Основна мета дослідження полягає в комплексній оцінці відповідності змісту навчальних

дисциплін реальним запитам практичної охорони здоров'я, визначенні рівня задоволеності здобувачів якістю викладання та виявленні уразливих зон у практичній підготовці. Анкетування охоплювало оцінку теоретичної бази, якості клінічних практик, технічно-матеріального забезпечення навчальних кабінетів та рівень сформованості професійної готовності до самостійної діяльності.

У рамках комплексного моніторингу було проаналізовано репрезентативну вибірку з 49 випускників медичного профілю. Розподіл опитуваних за освітніми рівнями засвідчив високе охоплення всіх ступенів підготовки: 53,1% (26 осіб) склали здобувачі ступеня бакалавр, 32,6% (16 осіб) — ступеня магістр, а 14,3% (7 осіб) — фахові молодші бакалаври. За кваліфікаційним напрямом 30,6% респондентів ідентифікували себе як фахівці з медсестринства, а значна частина опитаних завершила навчання у період 2020–2023 років, що дало змогу оцінити як

- первинну адаптацію на робочому місці,так і віддалені результати
- освітньої програми.

Аналіз загального рівня задоволеності якістю отриманих освітніх послуг демонструє високу оцінку діяльності закладу випускниками. Так, 83,7% опитаних (41 особа) висловили повну задоволеність якістю освітнього процесу, а узагальнений показник позитивного сприйняття програми сягає 85,7%. Випускники відзначили високу педагогічну майстерність викладацького складу, доступність навчальних матеріалів та сприятливе академічне середовище, що є важливим підтвердженням відповідності освітньої програми національним стандартам вищої та фахової передвищої освіти.

Оцінювання достатності практичних навичок, отриманих під час навчання для виконання щоденних професійних обов'язків, показало середній бал 4,20 за 5-бальною шкалою. При цьому 81,6% респондентів надали високі оцінки (4 та 5 балів), підтверджуючи належний рівень практичного навчання. Разом з тим, 18,3% опитаних оцінили практичну готовність на 1–3 бали, що вказує на наявність певного виклику у засвоєнні складних клінічних алгоритмів та підкреслює необхідність додаткового розширення часу на практичний відпрацювальний блок у симуляційних кабінетах.

Показники практичної реалізації здобутої освіти на ринку праці свідчать про високу затребуваність випускників спеціальності І5 Медсестринство. 73,5% опитаних (36 осіб) безпосередньо працюють за здобутим фахом у закладах охорони здоров'я різних форм власності. Серед решти респондентів

18,4% на момент опитування тимчасово не працювали за спеціальністю (через особисті обставини або зміну профілю), а 8,2% продовжують навчання для здобуття наступного освітнього рівня, що доводить наявність стійкої мотивації до професійного зростання у медсестринській галузі.

Таблиця 1

Узагальнені показники результатів опитування випускників (N = 49)

Показник оцінювання	Кількісне значення	Відсоткова частка / Бал
Повна задоволеність якістю освітніх послуг	41 особа	83,7%
Загальний позитивний рівень оцінки освітньої програми	42 особи	85,7%
Середня оцінка достатності практичних навичок	N = 49	4,20 / 5,00 балів
Працевлаштування за здобутою спеціальністю 223	36 осіб	73,5%

Отримані емпіричні дані дають підстави для формулювання чітких стратегічних орієнтирів щодо підвищення якості підготовки фахівців за спеціальністю І5 Медсестринство. Першочерговим завданням є модернізація практичного блоку шляхом активного впровадження високоефективного симуляційного навчання (Simulation-Based Nursing Education) та використання віртуальних клінічних сценаріїв, що дозволить мінімізувати виявлений 18,3% дефіцит упевненості у практичних навичках.

Крім того, вимагається постійне оновлення робочих програм дисциплін з урахуванням сучасних галузевих стандартів МОЗ України, протоколів доказової медицини та нормативів безпеки медсестринського процесу. Посилення взаємодії з роботодавцями через спільне проведення засідань дорадчих рад, залучення провідних медичних сестер-практиків до викладання та розширення баз виробничої практики є запорукою успішної адаптації випускників у сучасних умовах системи охорони здоров’я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про затвердження Професійного стандарту Сестра медична (брат медичний) : Проєкт МОЗ України від 2025 р. Київ : МОЗ України, 2025. 24 с.
2. Про внесення змін до стандарту вищої освіти зі спеціальності 223 Медсестринство для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти : Наказ МОН України № 1153. Київ, 2024. 18 с.
3. Критерії оцінювання якості освітньої програми : Офіційне роз’яснення НАЗЯВО. Київ : Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти, 2024. 34 с.
4. Аналітична довідка про результати опитування випускників спеціальності 223 Медсестринство за 2024–2025 н. р. / уклад. Навчально-методичний відділ. 2025. 12 с.
5. Ковальова О. В., Губенко І. Я. Сучасні тенденції розвитку медсестринської освіти в Україні відповідно до європейських вимог. Медсестринство. 2024. № 2. С. 15–21.

СИМКАНИЧ Н.Д.
викладач кафедри внутрішньої
медицини та управління охороною
здоров'я
Львівська медична академія
ім.Андрея Крупинського

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ДОГЛЯДУ ТА ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПАРАДИГМИ, СТАНДАРТИЗАЦІЯ ТА КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ

Сучасний етап розвитку охорони здоров'я характеризується масштабною трансформацією методологічних підходів до організації та надання медичної і медсестринської допомоги. Багаторічна парадигма, що базувалася переважно на суб'єктивному емпіричному досвіді, застарілих інструкціях та авторитетній думці окремих фахівців, поступається місцем принципам доказової медицини (Evidence-Based Medicine — EBM) та доказового медсестринства (Evidence-Based Nursing – EBN) [1; 3]. Клінічний догляд за пацієнтом є невід'ємною та критично важливою складовою лікувально-діагностичного та реабілітаційного процесів, від якості якої безпосередньо залежать частота виникнення госпітальних ускладнень, тривалість стаціонарного лікування, показники лікарняної летальності та рівень якості життя пацієнтів [2; 5].

Упровадження концепції доказової практики в сферу медсестринського догляду зумовлене високою динамікою оновлення наукових знань, появою високотехнологічного медичного обладнання, розширенням спектру інвазивних втручань та зростанням частки пацієнтів із коморбідною патологією та обмеженою рухомістю [4; 7]. В Україні нормативно-правове забезпечення доказової медицини зазнало кардинальних змін за останнє десятиліття. Зокрема, Наказом МОЗ України № 1422 від 29.12.2016 р. було офіційно дозволено застосування міжнародних клінічних протоколів, що відкрило шлях до імплементації провідних світових стандартів у вітчизняну практику [6]. Подальше оновлення системи стандартизації медичної допомоги (Наказ МОЗ України № 1089 від 01.06.2021 р.), затвердження Професійного стандарту «Сестра медична / брат медичний» (Наказ МОЗ України № 161 від 01.02.2021 р.) та введення нових інфекційних протоколів (Наказ МОЗ України № 1777 від 03.08.2021 р.) створили чинну, високотехнологічну юридичну й науково-методологічну базу для медсестринської діяльності [7; 8; 9]. Проте

практична реалізація доказових інструментів у повсякденній діяльності медсестринського персоналу потребує постійного аналізу, подолання комунікативних та організаційних бар'єрів, що підкреслює особливу актуальність даної доповіді [10; 12].

Доказове медсестринство (Evidence-Based Nursing — EBN) визначається як безперервний, систематичний процес пошуку, критичного оцінювання та інтеграції найкращих наявних наукових доказів із клінічним досвідом медичної сестри та індивідуальними цінностями, уподобаннями й потребами пацієнта [1; 4]. В основі прийняття обґрунтованого клінічного рішення щодо догляду лежить трикутний базис (Тріада доказової практики):

1) Найкращі наукові докази (результати систематичних оглядів, метааналізів, рандомізованих контрольованих досліджень, розроблені клінічні рекомендації JBI – Joanna Briggs Institute, RNAO, Cochrane Library);

2) Клінічний досвід, майстерність та аналітичне судження медичної сестри, що дозволяють вірно оцінити клінічний контекст та стан пацієнта;

3) Індивідуальні характеристики, соціокультурні цінності, поінформована згода та очікування самого пацієнта та його родини [3; 10].

При аналізі наукових джерел у доказовому медсестринстві застосовується чітка ієрархія доказів (Hierarchy of Evidence). Найвищий рівень переконливості (Рівень I) мають систематичні огляди та метааналізи якісних рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), а також узгоджені клінічні настанови світових професійних асоціацій. Нижчі рівні займають когортні дослідження (Рівень II), дослідження «випадок-контроль» (Рівень III), дескриптивні та якісні дослідження (Рівень IV), і, нарешті, суб'єктивна думка окремих експертів або застарілий традиційний досвід клініки (Рівень V) [2; 11]. Систематизація пошуку наукової інформації здійснюється за міжнародною методологією PICO (P — Patient/Population, I — Intervention, C — Comparison, O — Outcome), що дозволяє чітко трансформувати практичну проблему догляду у формалізоване науково-клінічне запитання [5; 14].

Сучасна доказова медицина докорінно змінила уявлення про ефективність та безпеку традиційних маніпуляцій з догляду за пацієнт, скасувавши застарілі та недоказові методики. Ключові клінічні напрями включають:

- Інфекційна безпека та гігієна рук. За даними ВООЗ та CDC (2020–2023 рр.), неухильне дотримання гігієни рук медичним персоналом за алгоритмом «5 моментів для гігієни рук» знижує частоту інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги (ІПНМД), на 30–50% [7; 11]. Сучасні доказові стандарти, ухвалені Наказом МОЗ України №

1777 від 03.08.2021 р., повністю відмовилися від використання мила з агресивними добавками для рутинного миття на користь якісних дезінфікуючих засобів для рук із вмістом спирту 70–80%, що запобігає дерматитам та забезпечує швидкий захисний ефект [7; 8].

- Профілактика та ведення пролежнів у маломобільних пацієнтів. Традиційні практики протирання шкіри агресивними спиртовими розчинами або використання гумових кругів визнані доказовою медициною неефективними та шкідливими, оскільки вони спричиняють мікротравми та ішемію тканин [2; 12; 15]. Сучасний доказовий міжнародний протокол (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019/2023) передбачає: а) первинну та динамічну оцінку ризику за валідованими шкалами Braden або Waterlow протягом перших 6 годин від госпіталізації; б) зміну положення тіла пацієнта кожні 2 години за графіком 30-градусного бокового нахилу; в) використання високотехнологічних протипролежневих матраців змінного тиску; г) застосування сучасних гідроколоїдних, пінистих та силіконових пов’язок для захисту вразливих кісткових виступів [2; 12; 15].
- Ергономіка переміщення пацієнта та профілактика гіподинамічних ускладнень. Застосування уніфікованих протоколів переміщення та піднімання пацієнтів із використанням ковзних простирадл, підйомників та поясів для переміщення мінімізує зсувні зусилля та тертя шкіри пацієнта, а також захищає медсестринський персонал від травм опорно-рухового апарату [3; 9; 12]. Рання активізація, дихальна гімнастика та використання спірометрів запобігають розвитку гіпостатичної пневмонії, ателектазів та глибокого венозного тромбозу.
- Оцінка та менеджмент болю. Біль є «п’ятим життєво важливим показником» (5th Vital Sign). Доказова практика вимагає регулярної рутинної оцінки інтенсивності болю за валідованими інструментами: Цифровою рейтинговою шкалою (NRS), Візуально-аналоговою шкалою (VAS) або шкалою BPS/CPOT у пацієнтів без свідомості [5; 10]. Медсестринські мультимодальні втручання включають не лише своєчасне виконання призначений знеболення, а й немедикаментозні доказові методи (позиціонування, холодові/теплові компреси, психологічна підтримка, техніки релаксації).
- Ентеральне та парентеральне харчування. Стандартизований догляд за зондами та стомами за доказовими рекомендаціями (ASPEN/ESPEN) передбачає обов’язкову перевірку положення назогастрального зонда за допомогою pH-метрії шлункового вмісту (а не недоказового аускультативного методу введення повітря), промивання зонда

стерильною водою до та після введення сумішей, а також підтримання підніжжя головного кінця ліжка на рівні 30–45° для запобігання аспіраційній пневмонії [3; 13; 14].

Процес впровадження доказової медицини в клінічний догляд потребує надійної інституційної та нормативно-правової бази. Прийняття Наказу МОЗ України № 1422 від 29.12.2016 р. та Наказу МОЗ України № 1089 від 01.06.2021 р. надали медичним закладам можливість офіційно застосовувати та адаптувати міжнародні клінічні протоколи, затверджені в країнах ЄС, США та Канаді [6; 8]. Серед провідних авторитетних джерел клінічних настанов для медсестринства виділяються клінічні рекомендації Фінського науково-медичного товариства Duodecim (2023, доступні на ресурсах МОЗ України), ресурси Асоціації зареєстрованих сестер Онтаріо (RNAO) та бази даних Joanna Briggs Institute [10; 12; 13].

Затвердження Професійного стандарту «Сестра медична / брат медичний» (Наказ МОЗ України № 161 від 01.02.2021 р.) визначило чіткі трудові функції та компетентності фахівця, включаючи обов’язкове володіння навичками доказового догляду, інфекційного контролю та біоетики [9]. Стандартизація медсестринської діяльності на локальному рівні здійснюється шляхом розробки та впровадження Локальних протоколів медичної сестри (Стандартних операційних процедур — СОП). СОП деталізує послідовність дій медсестри під час виконання процедур з оцінкою потенційних ризиків, визначенням необхідного оснащення, чек-листами інфекційного контролю та формами реєстрації виконаного догляду [8; 9; 12]. Застосування індивідуального Плану медсестринського догляду (Nursing Care Plan) забезпечує безперервність, наступність та прозорість дій міжсестринської зміни, а також дозволяє проводити постійний аудит якості надання допомоги [5; 14; 15].

Нижче наведено порівняльний аналіз традиційних та сучасних доказових підходів до проведення медсестринського догляду за основними клінічними напрямами згідно з чинною нормативно-правовою та науковою базою.

Отже, базуючись на вище сказаному можна констатувати, що перехід від емпірично-традиційної системи догляду до доказового медсестринства (Evidence-Based Nursing) на основі актуального законодавства України (Накази МОЗ № 1422, № 1777, № 1089, № 161) є фундаментальною умовою забезпечення високої якості, безпеки та пацієнтоорієнтованості сучасної медичної допомоги.

Таблиця 1

НАПРЯМ ДОГЛЯДУ	ЗАСТАРІЛИЙ (НЕДОКАЗОВИЙ) ПІДХІД	СУЧАСНИЙ ДОКАЗОВИЙ ПІДХІД (EBN, 2016–2026)	РІВЕНЬ ДОКАЗОВОСТІ ТА РЕГУЛЯЦІЯ
ПРОФІЛАКТИКА ПРОЛЕЖНІВ	Обробка шкіри агресивними розчинами; використання гумових кругів; довільний час повороту.	Оцінка за шкалою Braden; поворот кожні 2 год (30°); протипролежневі матраци; гідроколоїдні пов'язки.	Рівень IA (RNAO, EPUAP 2020)
ГІГІЄНА РУК ТА ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ	Тривале миття рук милом з сушенням спільним рушником; рідкісна дезінфекція.	Спиртові антисептики 70-80%; дотримання 5 моментів ВООЗ; Наказ МОЗ № 1777 (2021).	Рівень IA (ВООЗ, CDC 2020)
КОНТРОЛЬ ТА ОЦІНКА БОЛЮ	Суб'єктивна оцінка лікарем/сестрою медичною (братом медичним); введення знеболюючих лише за скаргою пацієнта.	Рутинна оцінка за шкалами NRS/VAS/CPOT; немедикаментозний догляд; мультимодальне знеболення.	Рівень IB (ASPEN, NICE 2022)
ЕНТЕРАЛЬНЕ ГОДУВАННЯ ЧЕРЕЗ ЗОНД	Перевірка положення зонда введенням повітря (аускультативно); годування лежачи.	Контроль pH шлункового вмісту (pH < 5.5); підйом головного кінця ліжка на 30–45°; промивання водою.	Рівень IB (ESPEN, JBI 2022)
ПЕРЕМІЩЕННЯ МАЛОМОБІЛЬНИХ ХВОРИХ	Піднімання пацієнта вручну за кінцівки без урахування біомеханіки; високий ризик травматизації.	Застосування ковзних простирадл, підйомників, поясів; Наказ МОЗ № 161 (Профстандарт 2021).	Рівень IIA (OSHA, МОЗ 2021)

Застосування стандартизованих клінічних протоколів із догляду (у тому числі міжнародних настанов Duodecim, RNAO, JBI, EPUAP) дозволяє вірогідно зменшити частоту інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги (на 30–50%), пролежнів (на 40–60%), аспіраційних ускладнень та тромбоемболій, а також істотно підвищує комфорт пацієнта.

Подальше удосконалення клінічних аспектів догляду в Україні потребує системного розширення мережі розробки та впровадження Локальних протоколів (СОП), організації курсів безперервного професійного розвитку (БПР) з питань доказового медсестринства відповідно до Постанови КМУ № 725, а також забезпечення закладів охорони здоров'я сучасними засобами догляду та інструментами інфекційного контролю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Медсестринський догляд та доказова медсестринська практика : навч. посіб. / за ред. В. Й. Шатила, В. М. Міщенка. Житомир : Полісся, 2021. 240 с.
2. Доказове медсестринство та доказовий підхід у професійній діяльності : навч. посіб. / за ред. В. Й. Шатила. Житомир : Полісся, 2021. 218 с.
3. Організація та стандартизація медсестринського догляду в сучасній клініці : підручник / за ред. Л. А. Романів. Київ : Медицина, 2022. 380 с.
4. Медсестринство в терапії: підручник / за ред. М. Б. Шегедин, І. Я. Губенко. Тернопіль : Укрмедкнига, 2020. 488 с.
6. Оцінка функціонального стану пацієнта та планування доказового медсестринського догляду : метод. реком. / уклад. Н. М. Беляєва, О. В. Панасюк. Львів : ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2022. 72 с.
7. Про застосування в Україні міжнародних клінічних протоколів : Наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422.
8. Про затвердження Заходів та Засобів щодо запобігання інфікуванню при наданні медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 03.08.2021 р. № 1777.
9. Про затвердження Змін до Порядку розробки та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі МОЗ України : Наказ МОЗ України від 01.06.2021 р. № 1089.
10. Про затвердження професійного стандарту «Сестра медична / брат медичний» : Наказ МОЗ України від 01.02.2021 р. № 161.
11. Клінічні настанови Duodecim з доказової медицини та догляду за пацієнтами. Гельсінкі : Duodecim Medical Publications Ltd, 2023.
12. World Health Organization (WHO). Core competencies for infection prevention and control professionals & Hand Hygiene Guidelines. Geneva : WHO, 2020. 184 p.

13. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team. 3rd ed. Toronto, ON : RNAO, 2020. 148 p.
14. Joanna Briggs Institute (JBI). Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare: Clinical Guidelines and Systematic Reviews. Adelaide : JBI University of Adelaide, 2022. 310 p.
15. Melnyk B. M., Fineout-Overholt E. Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare: A Guide to Best Practice. 4th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer, 2019. 832 p.
16. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. Perth : EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019. 402 p.

МИКИТЮК О.Ю.
к.ф.-м.н., доц.
Буковинський державний
медичний університет,
СЛИПАНЮК О.В.
к.б.н., доц.
Карпатський національний університет
імені Василя Стефаника

РОЛЬ ПРИРОДНИЧОГО БЛОКУ ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН У МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ

Фундаментальний напрям у медсестринській освіті є підґрунтям, на якому базується фахова підготовка, наукова діяльність та практична компетентність сучасного медичного персоналу.

Ключові складові цього напряму охоплюють теоретичний базис (фундаментальні дисципліни), концептуальні основи медсестринства та практико-орієнтовані підходи. У цьому дослідженні висвітлено роль природничо-наукового блоку як основи теоретичної підготовки медсестер.

Глибоке вивчення анатомії, фізіології, патофізіології, фармакології, мікробіології та біохімії дає розуміння нормальних та патологічних процесів в організмі людини. Вивчення основ біофізики та медичної апаратури є критично важливим фундаментом сучасної медсестринської освіти [1, с.25]. Сучасна медицина високотехнологічна, тому медсестра - це не лише фахівець із догляду, а й оператор складного діагностичного та лікувального обладнання.

Біофізика пояснює фізичні закони, за якими функціонує людський організм у нормі та при патологіях. Це створює наукове підґрунтя для розуміння клінічних процесів. Виділимо чотири основні напрямки у біофізиці, які дають можливість глибше зрозуміти функціонування організму людини.

1. Біоелектричні явища пояснюють природу потенціалів спокою та дії, що необхідно для розуміння принципів роботи серця (ЕКГ), головного мозку (ЕЕГ) та м'язів (ЕМГ), гладких м’язів шлунка (ЕГГ), сітківки ока (ЕРГ).
2. Гідродинаміка та гемодинаміка пояснюють закони руху крові по судинах, фізичні основи вимірювання артеріального тиску, в'язкість крові та механізми виникнення набряків чи тромбозів.
3. Механіка та біомеханіка розглядають закони дихальної механіки (для роботи з ШВЛ), механіку опорно-рухового апарату (для правильного переміщення пацієнтів та біомеханіки власного тіла).

4. Термодинаміка та теплообмін пояснюють механізми терморегуляції, теплопередачі (иеплопровідність, випромінювання, конвекція) та основи калориметрії в медицині.

На безпеку та якість медичної допомоги безпосередньо впливає також знання принципів роботи та правил експлуатації медичної апаратури, а саме:

1. Точність моніторингу та діагностики - медсестра повинна розуміти, як працюють пульсоксиметри, кардіомонітори, автоматичні тонометри, капнографи, а також вміти розрізняти справжні патологічні зміни від технічних артефактів (наприклад, зсув електрода).
2. Безпечна терапія та дозування: Використання інфузоматів, шприцових насосів та дефібриляторів вимагає чіткого розуміння фізичних параметрів (швидкість інфузії, тиск, енергія розряду в Джоулях).
3. Профільна апаратура дихальної підтримки: Застосування апаратів ШВЛ, CPAP/BiPAP-терапії та зволожувачів кисню вимагає розуміння параметрів тиску, об'єму та потоку газу.
4. Техніка безпеки та інженерна культура: Знання основ електробезпеки, радіаційного захисту (при роботі в рентген-кабінетах чи КТ) та правил роботи з балонами зі стиснутими газами запобігає виробничим травмам і аваріям [2].

Інтеграція природничих дисциплін і сестринської справи сприяє розвитку критичного мислення майбутніх фахівців для забезпечення безпечного догляду за пацієнтами. Це охоплює вміння ідентифікувати несправності медичного обладнання чи аномальні показники та формує професійну стійкість в умовах реанімаційних відділень, операційних і блоків інтенсивної терапії. Отримані компетенції мінімізують імовірність медичних помилок, запобігаючи загрозам (зокрема газовій емболії через похибки введення препаратів чи хибну інтерпретацію моніторингових даних життєзабезпечення).

ЛІТЕРАТУРА

1. Микитюк, О., & Слипанюк, О. (2025). Роль фізики в освіті і практичній діяльності медичних сестер. *Природничі, математичні науки та освіта в медицині*, *3*(2), 23–30. https://doi.org/10.24061/3083-5887.j.nmsmme.2025.3.III.1
2. Teaching the interpretation of imaging exams: an analysis of nursing courses curricula in Brazilian universities / D. D. S. Diniz, B. S. A. Oliveira, F. E. A. Cavalcanti et al. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2026. Vol. 35. e20250235. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2025-0235pt.

ПУСТОВІТ О. А.
студентка ІІ курсу
спеціальності І5 Медсестринство
Черкаська медична академія
Науковий керівник:
КОЗИНЕЦЬ О. Д.,
доктор філософії,
Черкаська медична академія

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ ЯК ЧИННИК ЯКОСТІ СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ В КАРДІОЛОГІЇ

Серцево-судинні захворювання залишаються однією з провідних медико-соціальних проблем сучасної системи охорони здоров'я. Незважаючи на вдосконалення методів діагностики, медикаментозного лікування та кардіологічної реабілітації, ефективність медичної допомоги значною мірою залежить не лише від своєчасності лікувальних втручань, а й від здатності пацієнтів дотримуватися рекомендацій медичних працівників після завершення стаціонарного лікування. Особливого значення це набуває для осіб, які перенесли інфаркт міокарда, мають ішемічну хворобу серця, артеріальну гіпертензію або хронічну серцеву недостатність.

Однією з причин недостатньої ефективності вторинної профілактики серцево-судинних ускладнень є обмежена поінформованість пацієнтів щодо особливостей власного захворювання, необхідності тривалого лікування, контролю чинників ризику та своєчасного розпізнавання небезпечних симптомів. Після виписки зі стаціонару пацієнт змушений самостійно виконувати значну частину рекомендацій, однак не завжди володіє необхідними знаннями та практичними навичками. За таких умов навіть якісно проведене лікування не гарантує належного контролю захворювання в подальшому.

Сучасні європейські рекомендації з кардіореабілітації визначають навчання пацієнтів важливим складником комплексного відновлення та вторинної профілактики. Освітні заходи мають сприяти розумінню захворювання, усвідомленню необхідності лікування, формуванню навичок самоконтролю та відповідального ставлення до власного здоров'я [1].

Одним із перспективних організаційних підходів є впровадження в діяльність кардіологічних відділень спеціалізованих шкіл для пацієнтів. Така форма роботи передбачає проведення послідовних тематичних занять за

визначеною програмою, поєднання теоретичної інформації з практичними вправами та перевірку засвоєних знань. На відміну від епізодичного інформування під час виконання лікувальних процедур, школа пацієнта забезпечує системність освітньої діяльності та створює умови для активного залучення хворих до процесу лікування й реабілітації.

Особлива роль у реалізації таких програм належить медичним сестрам, які безпосередньо беруть участь у догляді за кардіологічними пацієнтами, здійснюють спостереження за їхнім станом, контролюють виконання призначень і можуть забезпечувати послідовність навчального процесу.

Основна частина. Якість сестринського догляду в кардіології охоплює не лише правильність виконання медичних призначень, своєчасність спостереження за станом пацієнта та профілактику ускладнень, а й забезпечення його підготовленості до подальшого самостійного контролю захворювання. У цьому контексті навчання пацієнтів доцільно розглядати як складову сестринської діяльності, що спрямована на підвищення медичної грамотності, формування навичок самодогляду та зменшення ризику порушення лікувальних рекомендацій.

Необхідність системного освітнього супроводу підтверджується положеннями європейських рекомендацій щодо профілактики серцево-судинних захворювань, відповідно до яких комплексні програми кардіореабілітації включають навчання пацієнтів, консультування з питань фізичної активності, харчування, корекції чинників ризику та психосоціальної підтримки [2]. Водночас важливо враховувати, що навчальні програми не замінюють лікування чи кардіореабілітацію, а доповнюють їх, забезпечуючи засвоєння пацієнтами необхідної інформації та практичних умінь.

Організація школи кардіологічного пацієнта передбачає створення впорядкованої системи групових освітніх занять, інтегрованої в роботу кардіологічного відділення. До участі в ній можуть залучатися пацієнти з різними серцево-судинними захворюваннями відповідно до їхнього клінічного стану та можливості брати участь у навчанні. Окремі тематичні модулі доцільно адаптувати до потреб осіб після інфаркту міокарда, пацієнтів з артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця та серцевою недостатністю.

Важливою організаційною умовою є формування постійної навчальної програми, яка визначає тематику занять, їх послідовність, тривалість, методи викладання та очікувані результати. У межах такої програми навчання доцільно проводити невеликими групами, що дає можливість організувати обговорення, практичне відпрацювання навичок і взаємодію між учасниками.

Зміст навчальної програми школи кардіологічного пацієнта може охоплювати декілька взаємопов’язаних напрямів.

Перший напрям передбачає ознайомлення пацієнтів з основними особливостями серцево-судинних захворювань, причинами їх виникнення, чинниками ризику та можливими ускладненнями. Важливо сформувати розуміння того, що стабілізація стану після стаціонарного лікування не означає повного усунення ризику повторних серцево-судинних патологій.

Другий напрям пов’язаний із навчанням навичок самоконтролю. Під час практичних занять пацієнти можуть опановувати правильну техніку вимірювання артеріального тиску, визначення частоти пульсу, ведення щоденника самоспостереження та фіксації змін самопочуття. Для окремих категорій хворих, зокрема із серцевою недостатністю, доцільним є ознайомлення з принципами контролю маси тіла та розпізнавання ознак затримки рідини. Такі навички сприяють активнішій участі пацієнтів у спостереженні за власним станом.

Третій напрям стосується раціонального застосування лікарських засобів. У межах групових занять необхідно розглядати значення регулярного приймання призначених препаратів, небезпеку самовільного припинення лікування, можливі наслідки порушення режиму медикаментозної терапії та необхідність повідомляти медичних працівників про небажані реакції. Особливої уваги потребує пояснення того, що відсутність виражених симптомів не є підставою для самостійної зміни призначеного лікування.

Четвертий напрям охоплює питання модифікації способу життя. Програма занять має включати обговорення принципів раціонального харчування, обмеження надмірного споживання солі відповідно до медичних рекомендацій, відмови від тютюнокуріння, контролю маси тіла, безпечного відновлення фізичної активності та управління психоемоційним навантаженням. Важливо, щоб інформація подавалася не лише у формі загальних рекомендацій, а супроводжувалася практичними прикладами повсякденних ситуацій.

П’ятий напрям доцільно присвятити розпізнаванню небезпечних симптомів і правильному алгоритму дій у разі погіршення стану. Пацієнти повинні розуміти значення раптового болю або дискомфорту в грудній клітці, вираженої задишки, втрати свідомості та інших симптомів, які можуть свідчити про розвиток невідкладного стану. Навчання має формувати готовність своєчасно звертатися по екстрену медичну допомогу, а не очікувати самостійного зникнення небезпечних проявів.

Особливої актуальності така програма набуває для пацієнтів після гострого коронарного синдрому. Відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів, інформування та навчання пацієнтів необхідно здійснювати впродовж усього періоду надання допомоги – від госпіталізації до виписки та подальшої кардіореабілітації [3].

Упровадження школи кардіологічного пацієнта потребує чіткого розподілу функціональних обов'язків між членами мультидисциплінарної команди. Лікар-кардіолог визначає клінічні аспекти освітньої програми, забезпечує відповідність інформації сучасним рекомендаціям і встановлює обмеження щодо участі окремих пацієнтів. Медична сестра може виконувати функції організатора навчального процесу, координувати проведення занять, готувати навчальні матеріали, проводити групові інструктажі та практичні заняття в межах професійної компетентності.

Організаційна діяльність медичної сестри передбачає формування навчальних груп, ведення журналу відвідування занять, забезпечення пацієнтів інформаційними матеріалами, демонстрацію практичних навичок та проведення перевірки засвоєних знань. Доцільним є використання коротких презентацій, пам'яток, тематичних плакатів, навчальних відеоматеріалів, алгоритмів дій у разі погіршення стану та практичних вправ із застосуванням тонометрів.

Важливим компонентом школи є активна участь пацієнтів. На відміну від лекційного викладу, інтерактивні форми навчання передбачають обговорення поширених помилок у лікуванні, аналіз типових життєвих ситуацій, виконання практичних завдань і взаємний обмін досвідом. Груповий формат створює можливості для обговорення спільних труднощів, пов'язаних із тривалим лікуванням і зміною звичного способу життя. Водночас така взаємодія потребує професійного контролю з боку медичних працівників, щоб попереджати поширення недостовірних рекомендацій або небезпечних способів самолікування.

Окремої уваги заслуговує оцінювання результативності навчання. Проведення занять саме по собі не може вважатися достатнім показником ефективності школи. Необхідно визначати, наскільки отримана інформація засвоєна пацієнтами та чи сформувалися в них необхідні практичні навички.

Для цього доцільно застосовувати коротке анкетування до початку та після завершення навчальної програми, практичну перевірку правильності вимірювання артеріального тиску, оцінювання здатності розпізнавати небезпечні симптоми та відтворювати алгоритми дій у невідкладних ситуаціях. Додатковими показниками можуть бути відвідуваність занять, задоволеність

пацієнтів отриманою інформацією та готовність застосовувати засвоєні рекомендації в повсякденному житті.

Актуальність розвитку таких форм роботи в Україні посилюється недостатнім охопленням пацієнтів реабілітаційними послугами. За даними дослідження І. Кошелі, І. Когутич і С. Дудник, у 2023 році реабілітацією було охоплено лише 1,07 % осіб, які перенесли гострий інфаркт міокарда, а в закладах охорони здоров'я дев'яти регіонів відповідні послуги не надавалися [4]. Наведені результати свідчать про необхідність удосконалення організації відновного лікування та посилення освітньої підтримки пацієнтів. Водночас школа пацієнта має розглядатися як доповнення до повноцінної кардіореабілітації, а не її заміна.

Висновки. Організація школи кардіологічного пацієнта є перспективним напрямом удосконалення сестринського догляду, оскільки забезпечує перехід від епізодичного інформування пацієнтів до системного, послідовного та контрольованого навчального процесу. Її впровадження дозволяє інтегрувати освітню діяльність у роботу кардіологічного відділення, визначити єдині вимоги до змісту навчання та створити умови для формування в пацієнтів практичних навичок самоконтролю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Bäck M., Wilhelm M., Marcin T. et al. 2026 ESC Guidelines on cardiac rehabilitation: Developed by the task force on cardiac rehabilitation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2026. Vol. 47, No. 39. P. 5631–5729. DOI: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehag099.
2. Visseren F. L. J., Mach F., Smulders Y. M. et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2021. Vol. 42, No. 34. P. 3227–3337. DOI: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484.
3. Byrne R. A., Rossello X., Coughlan J. J. et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. European Heart Journal. 2023. Vol. 44, No. 38. P. 3720–3826. DOI: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191.
5. Кошеля І., Когутич І., Дудник С. До питання реабілітації хворих після перенесеного гострого інфаркту міокарда. Україна. Здоров'я нації. 2024. № 1. С. 156–159. DOI: https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.1/27.

БІЛОБРИВКА В.Ю.
викладач
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського

СИСТЕМА «ОСВІТА — ПРАКТИКА — ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ — ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК» У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

У тезах розглянуто значення практичної підготовки у формуванні професійних компетентностей майбутніх медичних працівників та обґрунтовано необхідність системної взаємодії між закладом освіти, базами практики, закладами охорони здоров'я та роботодавцями. Акцентовано увагу на тому, що практична підготовка має бути не лише етапом освітнього процесу, а складовою цілісної професійної траєкторії здобувача освіти, яка охоплює навчання, практику, перше працевлаштування та подальший професійний розвиток.

Сучасна система підготовки медичних працівників потребує тісного взаємозв'язку теоретичної та практичної складових освіти. Якість професійної підготовки визначається не лише обсягом засвоєних знань, а й здатністю здобувача освіти застосовувати їх у реальних професійних ситуаціях, діяти відповідально, дотримуватися професійних стандартів та ефективно взаємодіяти з пацієнтами і членами мультидисциплінарної команди.

Закон України «Про освіту» визначає компетентність як динамічну комбінацію знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей та інших особистих якостей, що забезпечують здатність особи здійснювати професійну діяльність [1]. Отже, результатом освітнього процесу має бути не лише сформований обсяг знань, а комплекс компетентностей, які можуть бути реалізовані у професійному середовищі.

Для здобувачів фахової передвищої освіти практична підготовка є обов'язковою складовою освітньо-професійної програми. Відповідно до Положення про практичну підготовку здобувачів фахової передвищої освіти, її метою є завершення формування набутих компетентностей, отримання досвіду їх застосування, оволодіння сучасними формами організації праці, обладнанням і технологіями відповідно до спеціальності та ознайомлення з умовами професійної діяльності [2].

1. Практична підготовка як механізм формування професійної компетентності.

Практика створює умови для переходу від теоретичного засвоєння знань до їх практичного застосування. Саме під час практичної діяльності здобувач освіти має можливість формувати професійні навички, розвивати клінічне мислення, комунікативні здібності, відповідальність, навички командної роботи та готовність до прийняття професійних рішень.

Для медичної освіти цей аспект має особливе значення, оскільки професійна діяльність безпосередньо пов'язана з безпекою пацієнта, дотриманням етичних норм та якістю надання медичної допомоги.

2. Взаємодія закладу освіти із закладами охорони здоров'я.

Ефективна практична підготовка неможлива без належної взаємодії закладу освіти із закладами охорони здоров'я. ЗОЗ у цьому випадку виступають не лише базами практики, а й важливими партнерами у формуванні професійного середовища майбутнього фахівця.

Співпраця має передбачати узгодження змісту практичної підготовки з реальними потребами системи охорони здоров'я, участь фахівців-практиків у професійній підготовці здобувачів, надання можливостей для спостереження та виконання професійних завдань відповідно до програми практики.

Положення МОН №510 передбачає проведення практичної підготовки на підприємствах, в установах та організаціях, а вибір баз практики має враховувати їхню спроможність забезпечити досягнення мети та виконання завдань практики [2].

3. Роль роботодавців у професійній підготовці.

Роботодавці та представники закладів охорони здоров'я можуть бути важливими учасниками формування сучасного змісту професійної підготовки. Їхня участь дозволяє закладу освіти отримувати інформацію про актуальні вимоги професійного середовища, потреби кадрового ринку, зміни в організації медичної допомоги та компетентності, необхідні молодому фахівцю.

Таким чином, взаємодія «заклад освіти — роботодавець» має бути системною та передбачати не лише організацію практики, а й консультації щодо змісту освітніх програм, участь у професійно орієнтованих заходах, ярмарках вакансій, зустрічах зі здобувачами освіти та формуванні індивідуальної професійної траєкторії.

4. Практика як міст між освітою та працевлаштуванням.

Практична підготовка може розглядатися як важливий етап професійної соціалізації здобувача освіти. Перебуваючи в реальному професійному середовищі, студент отримує можливість краще зрозуміти особливості

майбутньої професії, оцінити власні професійні можливості та визначити напрями подальшого розвитку.

Саме тому робота із здобувачами освіти повинна включати не лише організацію та контроль проходження практики, а й підготовку до майбутнього працевлаштування: ознайомлення з актуальними вакансіями, вимогами роботодавців, особливостями професійної комунікації, складанням резюме, проходженням співбесіди та професійною адаптацією.

5. Працевлаштування та професійний розвиток як продовження освітньої траєкторії.

Логічним продовженням професійної підготовки є перехід випускника до професійної діяльності та його подальший розвиток. У цьому контексті доцільним є функціонування в закладі освіти системи супроводу здобувачів і випускників, яка об'єднує практичну підготовку, професійну орієнтацію, працевлаштування та моніторинг кар'єрного шляху випускників.

Сучасні дослідження глобального сестринського кадрового потенціалу також розглядають освіту, практику, регулювання, політику та системні питання як взаємопов'язані компоненти розвитку сестринської професії [5].

Важливим напрямом роботи закладу освіти є систематичний збір, аналіз та врахування інформації про професійну реалізацію випускників. Такий моніторинг дає можливість оцінювати відповідність підготовки потребам ринку праці та використовувати отримані результати для удосконалення освітнього процесу.

Формування професійно компетентного медичного працівника потребує цілісної системи, у якій теоретична підготовка поєднується з практичним досвідом, професійною орієнтацією та подальшим працевлаштуванням.

Систему «освіта — практика — працевлаштування — професійний розвиток» доцільно розглядати як безперервну професійну траєкторію здобувача освіти. Її ефективність залежить від узгодженої взаємодії закладу освіти, здобувачів освіти, закладів охорони здоров'я, роботодавців та інших партнерів.

Посилення практичної складової медичної освіти відповідає сучасним напрямам розвитку медичної освіти в Україні, де серед ключових підходів визначено посилення практичного компонента підготовки студентів та наближення освітнього процесу до реального лікувально-діагностичного середовища.

Отже, ефективна система практичної підготовки має забезпечувати не лише набуття професійних компетентностей, а й формування готовності випускника до самостійної професійної діяльності, успішної адаптації на робочому місці та подальшого професійного розвитку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII. Чинна редакція.
2. Про затвердження Типового положення про організацію освітнього процесу в закладах фахової передвищої освіти та Положення про практичну підготовку здобувачів фахової передвищої освіти : наказ МОН України від 02.05.2023 № 510.
3. Про фахову передвищу освіту : Закон України від 06.06.2019 № 2745-VIII.
4. Про затвердження Переліку професій (посад) працівників сфери охорони здоров'я та Переліку спеціалізацій підготовки здобувачів вищої та фахової передвищої освіти за спеціальностями галузі знань I «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення» : наказ МОЗ України від 05.07.2025 № 1065.
5. Moronski L. S., Dutka J. T. A Framework Analysis of Thematic Correspondence Between the GNWC Research Question Framework and the WHO State of the World's Nursing 2025 Report. *Journal of Nursing Scholarship*. 2026. Vol. 58, No. 3. e70088. DOI: 10.1111/jnu.70088.

ВАЛЕЦЬКИЙ Ю.М.,
д.мед.н., проф.,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
ВАЛЕЦЬКА Р.О.,
к.мед.н., доц.,
Львівський національний медичний
університет імені Д. Галицького,
ХОРОШЕНКО І.В.,
студентка 2 курсу, магістерського рівня
освіти, спеціальності «Медсестринство»,
КЗВО «Волинський медичний інститут»

МЕДСЕСТРИНСТВО У ВНУТРІШНІЙ ТА СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ: ЄВРОПЕЙСЬКІ МОДЕЛІ, ПРОФЕСІЙНІ РОЛІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Сучасні системи охорони здоров’я Європейського регіону функціонують в умовах старіння населення, зростання поширеності хронічних неінфекційних захворювань, мультиморбідності, дефіциту медичних кадрів та необхідності забезпечення доступної первинної медичної допомоги. За таких умов змінюється місце медичної сестри в системі охорони здоров’я: поряд із традиційним виконанням медсестринських втручань зростає значення клінічного спостереження, профілактики, навчання пацієнтів, підтримки самоменеджменту та координації допомоги [1].

Всесвітня організація охорони здоров’я розглядає медсестринство як один із ключових ресурсів забезпечення стійкості систем охорони здоров’я та підкреслює необхідність розвитку освіти, лідерства, професійної автономії й розширення ролей медичних сестер [1; 2]. Пан’європейське дослідження, проведене у 35 країнах, засвідчило значне поширення advanced practice nursing (APN), однак водночас виявило суттєві відмінності між країнами щодо освіти, регулювання та обсягу професійних повноважень [3].

Для України питання розвитку медсестринства у внутрішній та сімейній медицині має особливе значення. ВООЗ наголошує на кадровому дефіциті у первинній медичній допомозі, нерівномірному територіальному розподілі медичних працівників та необхідності посилення ролі медичних сестер [4]. Отже, актуальним є вивчення не окремої «європейської моделі», а спільних принципів і практик, які можуть бути адаптовані до українських умов.

Мета роботи – проаналізувати сучасні європейські підходи до організації медсестринської діяльності у внутрішній та сімейній медицині, визначити основні професійні ролі й компетентності медичних сестер та окреслити перспективні напрями використання європейського досвіду в Україні.

Завдання дослідження: 1) проаналізувати сучасні європейські підходи до медсестринства у первинній медичній допомозі; 2) визначити основні професійні ролі медичної сестри у внутрішній та сімейній медицині; 3) охарактеризувати розвиток APN у країнах Європи; 4) визначити можливості адаптації відповідного досвіду до української системи охорони здоров'я.

Європейський досвід демонструє, що медсестринство у первинній медичній допомозі поступово переходить від вузького виконання процедур до ширшої клінічної та координаційної діяльності. Спільними рисами різних моделей є командна робота, орієнтація на пацієнта, безперервність спостереження, профілактична спрямованість та розподіл завдань відповідно до компетентностей фахівців. Водночас конкретний обсяг автономії медичної сестри визначається національним законодавством, системою освіти й організацією охорони здоров'я [1; 3].

У внутрішній медицині особливого значення набуває довготривале спостереження за пацієнтами з артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом, ХОЗЛ, бронхіальною астмою, серцево-судинними захворюваннями, ожирінням та іншими хронічними станами. Медична сестра бере участь в оцінюванні стану, контролі симптомів і показників, виявленні факторів ризику, оцінюванні прихильності до лікування та навчанні пацієнта самоконтролю. Такий підхід дає змогу перенести акцент із реагування на загострення на попередження ускладнень і підтримку пацієнта в довготривалому лікуванні [2].

У сімейній медицині медична сестра є важливим членом мульти-дисциплінарної команди. Її діяльність може охоплювати профілактичні огляди, скринінг факторів ризику, вакцинацію, консультування щодо здорового способу життя, моніторинг хронічних захворювань, домашні візити та координацію маршруту пацієнта. У країнах, де запроваджено розширену медсестринську практику, частина клінічних завдань передана медичним сестрам із відповідною підготовкою та нормативно визначеними повноваженнями [3; 5].

Advanced Practice Nursing є одним із найбільш помітних напрямів розвитку професії. Пан'європейське дослідження 35 країн показало, що моделі APN суттєво відрізняються, проте загальною тенденцією є розширення сфери діяльності медичних сестер. У низці країн, зокрема Фінляндії, Ірландії, Нідерландах та Великій Британії, медичні сестри передової практики можуть виконувати широкий спектр клінічних функцій у первинній допомозі; часто базовою освітньою вимогою є магістерська підготовка [3].

Важливо наголосити, що розширення повноважень не означає механічної передачі лікарських функцій. Йдеться про перерозподіл завдань відповідно до

підготовки та компетентності фахівця, із визначенням меж відповідальності, клінічних протоколів і механізмів контролю якості. Саме тому розвиток APN потребує одночасних змін в освіті, нормативному регулюванні, фінансуванні та організації медичної допомоги.

Європейська комісія у 2024 р. оновила мінімальні вимоги до підготовки медичних сестер загального догляду в ЄС, наголошуючи на необхідності відповідності освіти науковому й технологічному розвитку та сучасним потребам систем охорони здоров'я [6]. У ЄС для автоматичного визнання професійної кваліфікації медичної сестри загального догляду встановлено мінімальну тривалість підготовки не менше трьох років і 4600 годин навчання [7].

Для України європейський досвід особливо актуальний з огляду на реформу первинної медичної допомоги та потребу в посиленні кадрового потенціалу. ВООЗ у спеціальному аналізі первинної медичної допомоги в Україні вказувала на розрив між широким нормативно визначеним обсягом медсестринської практики та фактичним виконанням функцій. Серед перспективних напрямів визначено розширення сфери діяльності медичних сестер, розвиток компетентностей і створення умов для більш пацієнт-орієнтованої допомоги [8].

У 2024 р. ВООЗ також повідомила про суттєвий кадровий дефіцит у первинній медичній допомозі України та нерівномірний розподіл медичних працівників між міськими й сільськими територіями. У звіті наголошено на необхідності модернізації освітніх програм, розвитку кар'єрних можливостей та посилення ролі медичних сестер [4].

Отже, для України перспективними є розвиток медсестринських консультацій у первинній допомозі, поглиблення компетентностей щодо ведення хронічних захворювань, домашнє та громадське медсестринство, підготовка медичних сестер передової практики, розвиток телемоніторингу та цифрових інструментів, а також посилення доказової медсестринської практики.

Важливою передумовою є перехід від уявлення про медичну сестру переважно як виконавця лікарських призначень до моделі фахівця з чітко визначеною сферою професійної відповідальності. ВООЗ підкреслює, що медичні сестри можуть бути першим контактом пацієнта із системою охорони здоров'я, а їхня участь у первинній допомозі має важливе значення для доступності послуг [2; 8].

Європейський досвід свідчить про поступове розширення ролі медичної сестри у внутрішній та сімейній медицині – від переважно процедурної діяльності до самостійної клінічної, профілактичної, освітньої та координаційної роботи.

Таблиця 1

Основні професійні ролі медичної сестри у внутрішній та сімейній медицині

Роль	Основний зміст діяльності	Очікуваний результат
Клінічна	Оцінювання стану, моніторинг симптомів і показників, медсестринські втручання	Раннє виявлення змін стану
Профілактична	Скринінг, вакцинація, консультування щодо здорового способу життя	Зниження ризиків захворювань та ускладнень
Освітня	Навчання самоконтролю, прихильності до лікування, безпечного застосування препаратів	Підвищення спроможності пацієнта до самоменеджменту
Координаційна	Взаємодія з лікарем та іншими фахівцями, організація маршруту	Безперервність допомоги
APN	Розширена клінічна практика відповідно до освіти та законодавства	Доступність визначених клінічних послуг
Дослідницька	Доказова практика, аудит, участь у дослідженнях	Підвищення якості та безпеки допомоги

Єдиної європейської моделі медсестринства не існує: рівень автономії, освітні вимоги та професійні повноваження відрізняються між країнами. Водночас спільними тенденціями є командна робота, пацієнт-орієнтованість, безперервність допомоги, ведення хронічних захворювань та розвиток передової медсестринської практики.

Для України пріоритетними напрямами є розширення компетентностей медичних сестер первинної допомоги, розвиток домашнього і громадського медсестринства, удосконалення магістерської підготовки, створення умов для APN, цифровізація та зміцнення доказової практики. Адаптація європейського досвіду має відбуватися з урахуванням українського законодавства, потреб населення та реальних ресурсів системи охорони здоров’я.

Таким чином, посилення професійної ролі медичної сестри може сприяти підвищенню доступності, безперервності та якості первинної медичної допомоги в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025. Geneva: World Health Organization, 2021. 40 p.

URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863 (дата звернення: 25.09.2026).
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Nursing and midwifery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. URL: https://www.who.int/europe/health-topics/nursing (дата звернення: 25.09.2026).
3. De Raeve P., Davidson P. M., Bergs J. et al. Advanced practice nursing in Europe—Results from a pan-European survey of 35 countries. Journal of Advanced Nursing. 2024. Vol. 80, No. 1. P. 377–386. DOI: 10.1111/jan.15775.
4. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO/Europe releases new report with data on nursing shortages in Ukraine. 21 November 2024. URL: https://www.who.int/europe/news/item/21-11-2024-who-europe-releases-new-report-with-data-on-nursing-shortages-in-ukraine (дата звернення: 25.09.2026).
6. World Health Organization Regional Office for Europe. Learning from experiences in the European Region. Eurohealth. 2020. Vol. 26, No. 1. P. 24–27. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332589/Eurohealth-24-1-24-27-eng.pdf (дата звернення: 25.09.2026).
7. European Commission. Modernising minimum training requirements for nurses, dental practitioners, and pharmacists across the EU. 4 March 2024. URL: https://single-market-economy.ec.europa.eu/news/modernising-minimum-training-requirements-nurses-dental-practitioners-and-pharmacists-across-eu-2024-03-04_en (дата звернення: 25.09.2026).
8. European Commission. Automatic recognition of professional qualifications: general care nurses. URL: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/skills-and-qualifications/recognition-professional-qualifications/automatic-recognition_en (дата звернення: 25.09.2026).
9. World Health Organization Regional Office for Europe. Development of primary health care nursing in Ukraine. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2021. 32 p. URL: https://www.who.int/publications/i/item/development-of-primary-health-care-nursing-in-ukraine (дата звернення: 25.09.2026).
10. World Health Organization Regional Office for Europe. Primary health care in Ukraine: improving health services amid the war and beyond. 16 May 2024. URL: https://www.who.int/europe/news-room/16-05-2024-primary-health-care-in-ukraine-improving-health-services-amid-the-war-and-beyond (дата звернення: 25.09.2026).

ДУТКЕВИЧ Р.М,
студентка ІІ-го курсу
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія Імені Андрея Крупинського
Науковий керівник:
РІЗУН Г.М.,
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського
ЦЮНИК Н.Ю.,
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського

ЦИФРОВІЗАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ ЯК ЧИННИК ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ

Цифрова трансформація системи охорони здоров’я зумовлює необхідність оновлення підходів до професійної підготовки майбутніх фахівців медсестринства. Сучасна професійна діяльність медичної сестри передбачає використання електронних медичних інформаційних систем, цифрових ресурсів, телемедичних технологій та інших інформаційно-комунікаційних засобів. Відповідно, освітній процес має забезпечувати не лише формування професійних і клінічних компетентностей, а й розвиток цифрової компетентності майбутнього фахівця.

Цифровізація медсестринської освіти відкриває можливості для розширення доступу до навчальних матеріалів, індивідуалізації освітнього процесу, візуалізації складних професійних ситуацій, організації самостійної роботи та використання сучасних форм контролю знань. Водночас ефективність цифрових технологій визначається не самим фактом їх застосування, а педагогічною доцільністю, відповідністю освітнім цілям та поєднанням цифрового навчання з практичною підготовкою.

Мета роботи – проаналізувати сучасні напрями цифровізації медсестринської освіти та визначити її потенційні можливості у підвищенні якості професійної підготовки майбутніх фахівців.

Цифровізація медсестринської освіти охоплює використання електронних освітніх ресурсів, систем управління навчанням, мультимедійних матеріалів, відеотехнологій, мобільних застосунків, дистанційного та змішаного навчання, віртуального моделювання, симуляційних технологій, електронного оцінювання та інструментів штучного інтелекту.

Одним із напрямів цифрової трансформації є використання мобільних та інтернет-технологій. Їх застосування забезпечує оперативний доступ здобувачів освіти до навчальних матеріалів і професійної інформації, сприяє організації самостійної роботи та створює можливості для використання інтерактивних форм навчання. Систематичний огляд використання мобільних технологій у підготовці студентів-медсестер засвідчив перспективність їх застосування для підтримки освітнього процесу [1]. Ефективність поєднання цифрових та традиційних методів навчання також підтверджено дослідженнями у сфері професійної підготовки майбутніх медичних працівників.

Український досвід демонструє поступове розширення цифрових технологій у підготовці фахівців сестринської справи. Зокрема, Т. Ільніцька досліджувала підготовку майбутніх фахівців сестринської справи в умовах цифровізації освіти медичних коледжів. Авторкою обґрунтовано необхідність наскрізного застосування інформаційно-комунікаційних технологій у теоретичній та практичній підготовці, використання електронних навчальних посібників, мережевих ресурсів та індивідуальних освітніх траєкторій [3].

Важливим є також досвід використання інноваційних інтернет-технологій у медичних коледжах. Л. Шевченко та Ю. Ілясова розглядали застосування освітніх вебресурсів, ментальних карт та електронних навчальних посібників у професійній підготовці майбутніх молодших медичних спеціалістів. Результати дослідження підтверджують доцільність комбінування інноваційних інтернет-технологій із традиційними методами професійного навчання [2].

Окреме значення має використання цифрових технологій для формування практичних навичок. Відеоматеріали, інтерактивні алгоритми, віртуальні клінічні сценарії та симуляційні технології дають змогу багаторазово опрацьовувати послідовність професійних дій, аналізувати помилки та отримувати зворотний зв’язок. Систематичні огляди засвідчують позитивний потенціал віртуальної симуляції у підготовці студентів-медсестер, зокрема щодо засвоєння знань, розвитку клінічного мислення та підвищення впевненості у виконанні професійних дій [4–5].

Використання цифрових технологій не обмежується лише дистанційним навчанням. Віртуальна та доповнена реальність, цифрові симулятори та віртуальні пацієнти можуть створювати безпечне середовище для моделювання клінічних ситуацій. Це особливо важливо під час формування навичок прийняття професійних рішень, коли здобувач освіти має можливість аналізувати різні варіанти розвитку ситуації без ризику для пацієнта.

Важливою складовою цифровізації медсестринської освіти є розвиток цифрової компетентності майбутніх фахівців. Результати досліджень свідчать про доцільність системного формування цифрових навичок студентів-медсестер та їх інтеграції до змісту освітніх програм. Цифрова компетентність медичної сестри має передбачати не лише володіння базовими цифровими інструментами, а й уміння працювати з медичною інформацією, використовувати цифрові системи охорони здоров'я, дотримуватися вимог інформаційної безпеки та критично оцінювати цифрові джерела.

Сучасні українські дослідження підтверджують актуальність цього напряму. У дослідженні М. Демянчука наголошено на необхідності підготовки медичних сестер до професійної діяльності в умовах цифровізації медичної освіти та формування готовності майбутніх фахівців до використання цифрових технологій у професійній діяльності [6].

Новим напрямом цифровізації є використання штучного інтелекту. Його потенціал у медсестринській освіті пов'язують із можливістю персоналізації навчання, створення віртуальних пацієнтів, моделювання клінічних ситуацій, автоматизованого оцінювання та розвитку навичок клінічного мислення. Українські дослідники Н. Олійник та Н. Костерева розглядають інтеграцію штучного інтелекту в підготовку майбутніх медичних сестер як перспективний напрям модернізації освіти, водночас наголошуючи на необхідності врахування питань академічної доброчесності, конфіденційності, безпеки даних та етичних аспектів [7].

Важливо враховувати, що цифровізація не повинна призводити до повної заміни безпосередньої практичної підготовки. Медсестринство передбачає професійне спілкування з пацієнтом, виконання маніпуляцій, розвиток психомоторних навичок, емпатії та відповідальності. Тому найбільш доцільним є інтегрований підхід, за якого цифрові технології доповнюють традиційне та симуляційне навчання, забезпечуючи взаємозв'язок теоретичної, практичної та клінічної підготовки.

Серед основних чинників, які можуть обмежувати ефективність цифровізації, слід виокремити недостатню матеріально-технічну забезпеченість, нерівний доступ до цифрових ресурсів, недостатній рівень цифрової компетентності викладачів і здобувачів освіти, технічні труднощі, необхідність постійного оновлення цифрового контенту та ризики, пов'язані з безпекою персональних і медичних даних. Тому впровадження цифрових технологій має супроводжуватися методичною підготовкою викладачів, оновленням освітніх програм та визначенням чітких критеріїв оцінювання результативності цифрового навчання.

Цифровізація медсестринської освіти є важливим напрямом модернізації професійної підготовки майбутніх фахівців. Використання електронних освітніх ресурсів, мобільних та інтернет-технологій, відеонавчання, дистанційного і змішаного навчання, віртуальних симуляцій та штучного інтелекту розширює можливості освітнього процесу та сприяє формуванню професійних і цифрових компетентностей здобувачів освіти.

Аналіз українських та зарубіжних досліджень свідчить про значний потенціал цифрових технологій для підвищення доступності, гнучкості та результативності професійної підготовки майбутніх медичних сестер. Водночас цифровізація має здійснюватися системно, педагогічно обґрунтовано та з урахуванням специфіки медсестринської професії. Оптимальною є модель, за якої цифрові технології не замінюють практичну та клінічну підготовку, а доповнюють її, створюючи умови для індивідуалізації навчання, багаторазового відпрацювання професійних ситуацій, розвитку клінічного мислення та формування готовності майбутніх фахівців до роботи в цифровізованій системі охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Lee H., Min H., Oh S.-M., Shim K. Mobile Technology in Undergraduate Nursing Education: A Systematic Review. Healthcare Informatics Research. 2018. Vol. 24, No. 2. P. 97–108. DOI: 10.4258/hir.2018.24.2.97.
2. Шевченко Л. С., Ілясова Ю. С. Використання інноваційних інтернет-технологій у медичних коледжах. Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців. 2019. № 54. С. 148–152. DOI: 10.31652/2412-1142-2019-54-148-152.
3. Ільніцька Т. С. Підготовка майбутніх фахівців сестринської справи в умовах цифровізації освіти медичних коледжів : дис. … д-ра філософії : 015. Вінниця, 2023. 272 с.
4. Shorey S., Ng E. D. The use of virtual reality simulation among nursing students and registered nurses: A systematic review. Nurse Education Today. 2021. Vol. 98. 104662. DOI: 10.1016/j.nedt.2020.104662.
5. Virtual Simulation to Enhance Clinical Reasoning in Nursing: A Systematic Review and Meta-analysis. Clinical Simulation in Nursing. 2022.
6. Демянчук М. Р. Система підготовки медичних сестер до професійної діяльності в умовах цифровізації медичної освіти. Health & Education. 2025. № 2. DOI: 10.32782/health-2025.2.25.
7. Олійник Н., Костерева Н. Штучний інтелект у сучасній медсестринській освіті. Медсестринство. 2026. № 2. С. 19–24. DOI: 10.11603/2411-1597.2026.2.16464.

БАРДЖАДЗЕ Р.В.,
PhD,
Черкаська медична академія

ІНФОРМАЦІЙНО-ОСВІТНЄ СЕРЕДОВИЩЕ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ ЯК ПЕРЕДУМОВА САМООСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Проблеми інформатизації суспільства давно стали актуальними для нашої держави. Розвиток сучасних цифрових технологій забезпечує конкурентоспроможність в умовах ринкової економіки, розвиток суспільства, отримання можливостей громадянами набувати знань, які необхідні для навчання, підвищення кваліфікації, отримання балів безперервного розвитку, участі у культурному житті, ведення бізнесу тощо [1]. Реалії сьогодення свідчать про необхідність використання цифрових технологій у більшості існуючих спеціальностей. Цінність цифрових компетентностей полягає в можливості ефективніше набувати компетентностей в інших сферах життя, а також у професійній діяльності, зокрема в галузі медицини.

Мета дослідження полягає в аналізі цифрової трансформації освіти та вивченні сутності інформаційно-освітнього середовища закладу вищої освіти як передумови самоосвітньої діяльності майбутніх працівників охорони здоров'я.

У 2016 році Європейський Союз представив документ Digital Competence Framework for Citizens, який складається з 5 блоків компетентностей, а саме: інформаційна грамотність; цифровий контент; комунікація та взаємодія; безпека; вирішення проблем. Автори і розробники дійшли висновку, що сьогодні немає чітко визначених здатностей людини використовувати інформаційно-комунікаційні технології. Отже, запропоновано вживання термінів «інформаційно-цифровий», «інформаційно-комунікативний», які окреслюють здатність кожної особистості застосовувати ІКТ у житті, праці, навчанні [2]. Кожна наступна сходинка технологічної революції оновлює компетентності в цій сфері.

В Україні було створено Міністерство цифрової трансформації (Мінцифри) для реалізації державної політики у сферах цифрового розвитку, цифрових інновацій та технологій [3]. Вагомим досягненням було створення застосунку «Держава у смартфоні», яке дозволяє громадянам користуватися цифровими державними послугами при їх постійному оновленні і розширенні.

На основі європейського досвіду формування цифрових компетентностей громадян у 2021 році Міністерством запропонована Рамка цифрової компетентності громадянина України (DigCompUA for Citizen 2.1), яка складається з основ комп'ютерної грамотності; інформаційної та медіаграмотності; комунікації і взаємодії в цифровому суспільстві; безпеки в цифровому середовищі; навчання впродовж життя в цифровому суспільстві.

Суспільство зараз дуже стрімко цифровізується. Це гостро порушує питання трансформації навчального процесу. Використання смартфонів, планшетів, ноутбуків та іншої техніки, швидкісний інтернет – усе це відкриває простір для нових освітніх моделей. Зараз викладач може враховувати потреби кожного студента, що допомагає досягти в Україні міжнародного рівня якості освіти та дозволяє взаємодіяти учасникам навчального процесу більш ефективно.

Існують різні підходи до визначення інформаційно-освітнього середовища (ІОС) закладу освіти та до проблем його організації. Проаналізувавши різні джерела можна дійти висновку, що ІОС – це програмно-телекомунікаційна або сучасна педагогічна система, яка створює соціально-психологічну реальність, забезпечує умови для пізнання та доступу до ресурсів. Ці ресурси поєднують інтелектуальні, культурні, програмно-методичні, технічні засоби. Узагальнюючи, можемо виділити три складові такого середовища: - наявність доступу до інформаційних ресурсів; - наявність системи самостійного опрацювання інформації; - наявність спілкування між усіма учасниками навчального процесу.

Головний педагогічний ефект від впровадження ІОС полягає у його можливості виводити навчання на новий рівень. Раніше такі середовища розроблялися для підтримки класичних занять з елементами змішаного навчання. Сучасні умови життя, які пов'язані з пандемією Covid-19 та повномасштабною війною, змістили акценти на захист освітнього процесу та забезпечення його безперервності у дистанційному форматі.

Разом з цим середовище створює умови для автономії здобувача освіти та його самоорганізації. В західній педагогіці з'явилася концепція «Освіта 4.0», яка переосмислює освітній процес як досвід особистості отримувати освіту впродовж всього життя. Викладачі та наставники стають помічниками, фасилітаторами, менторами, коучами [4].

Експерти Всесвітнього економічного форуму виокремили три основні навички, які відіграють центральну роль в сучасному освітньому процесі та є найбільш актуальними в цифровому світі:

– розв'язання проблеми;

– співпраця;
– адаптивність.

Саме освіта 4.0 найповніше відповідає вимогам сучасного цифрового світу та готує фахівців для роботи з інформаційними передовими технологіями.

Медичні працівники змушені швидко підлаштовуватися під зміну медичних протоколів; напрацьовувати обов'язкові бали безперервного розвитку; опанувати роботу з Електронною системою охорони здоров'я (eHealth), медичними інформаційними системами, засобами телемедицини; вміти знайти доказову інформацію в базах PubMed, Cochrane Library. Це стосується також і здобувачів освіти вищих медичних закладів, які через платформу Moodle, симуляційне навчання та роботу з віртуальними пацієнтами опановують знання.

Варто зазначити, що метою освітнього процесу є гармонійний розвиток особистості, невід'ємними складниками якого і є саморозвиток та самоосвітня діяльність, які сприяють цифровій трансформації та інтелектуальному розвитку суспільства і відповідно – підвищенню планки вимог до сучасного спеціаліста.

Цифрова трансформація суспільства потребує фахівців з розвиненою цифровою компетентністю. Інформаційно-освітнє середовище формує у майбутніх медичних працівників потребу у саморозвитку та самоосвіті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Степаненко В. Громадянське суспільство: соціо-структурні аспекти. Українське суспільство : моніторинг соціальних змін. Київ : Інститут соціології НАН України, 2016. Вип. 2 (16). С. 78–87.
2. Овчарук О. В. Європейська стратегія визначення рівня компетентності у галузі цифрових технологій : рамка цифрової компетентності для громадян. Освітній вимір. 2020. № 3 (55). С. 3–12.
3. Про затвердження Положення про Міністерство цифрової трансформації України : Постанова Кабінету Міністрів України від 18.09.2019 № 856. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/856-2019-п#Text (дата звернення: 30.10.2026).
4. Education 4.0: here are 3 skills that students will need for the jobs of the future. World Economic Forum. 2023. URL: https://www.weforum.org/agenda/2023/01/skillsets-cultivated-by-education-4-0-davos23/ (дата звернення: 30.10.2026).

СЕКЦІЯ

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ, МЕДСЕСТРИНСТВА, ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ГАЄВСЬКИЙ Я.В.
Магістрант 2 року навчання
спеціальності І5 Медсестринство
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.
к.держ.упр., доц.
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського

МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ СУПРОВІД ЯК ЧИННИК ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ САМОКОНТРОЛЮ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Цукровий діабет належить до хронічних захворювань, успішне лікування яких потребує активної участі пацієнта в щоденному управлінні власним станом. Ефективність лікування залежить не лише від призначеної фармакотерапії, а й від здатності людини контролювати рівень глюкози крові, дотримуватися рекомендацій щодо харчування та фізичної активності, правильно застосовувати лікарські засоби, розпізнавати ознаки гіпоглікемії та гіперглікемії й своєчасно звертатися по медичну допомогу. У цьому контексті самоконтроль є важливою складовою повсякденного ведення цукрового діабету, а медсестринський супровід — одним із напрямів підтримки пацієнта у формуванні навичок самодогляду та відповідальної поведінки щодо власного здоров'я [1, 2].

Важливість проблеми зумовлена тим, що пацієнти можуть мати різний рівень обізнаності про захворювання, практичних навичок, мотивації та готовності дотримуватися рекомендацій. Навіть за наявності доступу до сучасних засобів контролю глікемії недостатнє розуміння результатів вимірювань, труднощі з виконанням призначень, емоційне виснаження або відсутність систематичної підтримки можуть перешкоджати ефективному управлінню захворюванням. Тому сучасний підхід до ведення пацієнтів передбачає не лише медичне спостереження, а й індивідуалізоване навчання, психологічну підтримку та залучення людини до прийняття рішень щодо власного здоров'я [1].

Самоконтроль пацієнтів із цукровим діабетом є комплексним процесом, який охоплює регулярне спостереження за показниками глікемії відповідно до індивідуального плану лікування, оцінювання власного самопочуття, дотримання рекомендацій щодо харчування та фізичної активності, правильне застосування призначених препаратів і профілактику ускладнень. Його метою є не лише отримання певних показників, а й використання цієї інформації для безпечного та обґрунтованого управління захворюванням у співпраці з медичними працівниками. При цьому частота вимірювання глюкози, потреба в додатковому моніторингу та інтерпретація результатів залежать від типу діабету, призначеного лікування, ризику гіпоглікемії та індивідуальних клінічних обставин [1].

Ефективність самоконтролю визначається сукупністю взаємопов'язаних чинників. До освітніх належать рівень знань про природу захворювання, його можливі ускладнення, принципи лікування та значення регулярного спостереження за глікемією. Пацієнт повинен розуміти, навіщо здійснюється контроль, як правильно виконувати вимірювання, фіксувати результати та повідомляти медичному працівникові про відхилення чи повторювані проблеми. Недостатня медична грамотність може спричиняти неправильне тлумачення показників і невпевненість у власних діях, що підкреслює необхідність доступного, послідовного та практично орієнтованого навчання.

Важливими є поведінкові чинники, зокрема регулярність виконання рекомендацій, сформованість повсякденних навичок, здатність планувати харчування, фізичну активність і приймання призначених препаратів. На самоконтроль також впливають тривалість захворювання, попередній досвід лікування, складність терапевтичного режиму та наявність супутніх захворювань. Якщо пацієнт сприймає самоконтроль як надмірно складний або обтяжливий процес, це може знижувати його послідовність. Тому доцільно допомагати людині формувати реалістичні цілі, визначати можливі перешкоди та добирати прийнятні способи виконання рекомендацій відповідно до її повсякденних обставин [2, 3].

Окрему групу становлять психологічні чинники. Постійна необхідність контролювати захворювання може супроводжуватися тривожністю, страхом гіпоглікемії, емоційним виснаженням і відчуттям надмірної відповідальності. Психосоціальні труднощі здатні негативно впливати на мотивацію, прихильність до лікування та якість життя. У зв'язку з цим важливо, щоб спілкування медичних працівників із пацієнтами ґрунтувалося на повазі, підтримці й партнерстві, без звинувачення людини за труднощі в дотриманні

рекомендацій. Виявлення емоційних проблем і, за потреби, скерування до відповідного фахівця є складовими комплексної допомоги при цукровому діабеті [1, 2].

Не менш значущими є соціально-економічні та організаційні чинники. До них належать матеріальні можливості пацієнта, доступність засобів вимірювання глюкози та призначених лікарських засобів, підтримка членів родини, умови проживання, віддаленість медичного закладу й можливість регулярного контакту з медичними працівниками. Для людей старшого віку або пацієнтів із функціональними обмеженнями додатковими перешкодами можуть бути порушення зору, зниження дрібної моторики, труднощі з читанням інструкцій або використанням цифрових пристроїв. Виявлення таких особливостей дає змогу адаптувати навчальні матеріали, обрати зручні способи подання інформації та залучити близьких до підтримки пацієнта за його згодою.

За цих умов особливого значення набуває медсестринський супровід, який передбачає послідовну оцінку потреб пацієнта, навчання, практичну допомогу, мотиваційну підтримку та спостереження за труднощами самоконтролю. Сестра медична (брат медичний) є важливою ланкою взаємодії між пацієнтом і мультидисциплінарною командою, оскільки має можливість пояснювати рекомендації зрозумілою мовою, уточнювати, наскільки людина їх розуміє, та виявляти проблеми, які можуть залишатися поза увагою під час короткого медичного огляду. Водночас медсестринський супровід здійснюється в межах професійних повноважень і погодженого плану допомоги, а зміни медикаментозної терапії та інші клінічні рішення належать до компетенції уповноваженого медичного фахівця.

Одним із провідних напрямів діяльності сестри медичної (брата медичного) є навчання пацієнта практичних навичок самоконтролю. Воно має включати демонстрацію правильного використання глюкометра або іншого призначеного засобу моніторингу, дотримання правил гігієни, безпечне поводження з ланцетами, фіксацію результатів та розуміння індивідуальних рекомендацій щодо контролю глікемії. Важливо не обмежуватися усним поясненням: доцільно запропонувати пацієнтові самостійно продемонструвати засвоєну навичку, щоб медична сестра могла виявити помилки та надати коригувальні рекомендації. Такий підхід сприяє не лише засвоєнню інформації, а й розвитку впевненості у власних діях.

Значну роль відіграє навчання розпізнаванню симптомів гіпоглікемії та гіперглікемії, розумінню небезпечних ознак і дотриманню погодженого з лікарем плану дій. Пацієнт має знати, у яких ситуаціях необхідно діяти

невідкладно, коли слід звернутися до медичного працівника та за яких обставин потрібно викликати екстрену медичну допомогу. Зміст навчання повинен відповідати типу діабету, призначеному лікуванню та індивідуальним ризикам. Особливу увагу слід приділяти профілактиці ускладнень, зокрема догляду за стопами, дотриманню рекомендацій щодо харчування, фізичної активності та своєчасному проходженню рекомендованих обстежень [1].

Іншим важливим напрямом медсестринського супроводу є підтримка прихильності до лікування. Сестра медична (брат медичний) може допомогти пацієнтові визначити причини нерегулярного виконання рекомендацій, обговорити труднощі, пов’язані з повсякденним режимом, і знайти прийнятні способи організації самодогляду. Доцільно заохочувати ведення щоденника самоконтролю в паперовому або електронному форматі, якщо це відповідає можливостям і потребам людини. Записи можуть містити показники глікемії, особливості самопочуття та іншу інформацію, передбачену індивідуальним планом спостереження. Їх аналіз у співпраці з медичним працівником допомагає виявляти повторювані проблеми й обговорювати подальші дії.

Важливою умовою ефективності є безперервність медсестринської підтримки. Навчання доцільно проводити не лише після встановлення діагнозу, а й надалі — під час планових контактів, у разі виникнення труднощів із досягненням цілей лікування, зміни терапевтичного режиму або появи нових медичних і психосоціальних потреб. Відповідно до рекомендацій Американської діабетичної асоціації, навчання та підтримка з питань самоконтролю мають бути індивідуалізованими, доступними й інтегрованими в загальну систему допомоги пацієнтові [1, 2]. Такий підхід дає змогу своєчасно актуалізувати знання, повторно оцінити практичні навички та підтримувати мотивацію до самодогляду.

Для підвищення результативності медсестринського супроводу доцільно застосовувати структуровану програму навчання, що передбачає первинне оцінювання потреб, визначення індивідуальних цілей, проведення теоретичних і практичних занять, перевірку засвоєних навичок та подальше спостереження. Програма може включати індивідуальні консультації, групові заняття, друковані пам’ятки, наочні алгоритми та, за наявності технічних можливостей, дистанційні форми підтримки. При цьому необхідно враховувати доступність інформації, мовні й культурні особливості, цифрову грамотність та особисті вподобання пацієнта. Участь родини може бути корисною для організації повсякденного догляду, проте має відбуватися з урахуванням бажання людини та збереження її самостійності.

Оцінювання ефективності медсестринського супроводу повинно ґрунтуватися на конкретних показниках. До них можна віднести рівень знань про цукровий діабет, правильність виконання практичних навичок, розуміння ознак гіпо- та гіперглікемії, регулярність ведення щоденника самоконтролю, обізнаність щодо профілактики ускладнень і здатність дотримуватися індивідуальних рекомендацій. За наявності відповідних клінічних даних і достатнього періоду спостереження можуть також оцінюватися зміни рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c), показників глікемії та інших узгоджених клінічних результатів. Порівняння показників до та після навчальної програми дає змогу визначити, які аспекти самоконтролю покращилися, а які потребують додаткової уваги. Водночас для обґрунтованого висновку про причинний вплив програми необхідно враховувати дизайн дослідження, тривалість спостереження та інші чинники, що можуть впливати на результати.

Ефективність самоконтролю пацієнтів із цукровим діабетом формується під впливом комплексу освітніх, поведінкових, психологічних, соціально-економічних та організаційних чинників. Недостатній рівень знань, труднощі у виконанні практичних навичок, емоційне виснаження, обмежені матеріальні ресурси та недостатня підтримка можуть перешкоджати належному управлінню захворюванням. Медсестринський супровід, що поєднує індивідуалізоване навчання, практичне відпрацювання навичок, мотиваційну підтримку та регулярне оцінювання потреб пацієнта, є важливою складовою комплексної допомоги. Перспективним напрямом удосконалення медсестринської практики є впровадження структурованих програм самоконтролю з визначеними критеріями оцінювання результатів. Їх застосування та належне дослідження можуть сприяти підвищенню обізнаності пацієнтів, розвитку навичок самодогляду й покращенню організації довготривалого ведення цукрового діабету.

ЛІТЕРАТУРА

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl. 1). DOI: https://doi.org/10.2337/dc26-S005.
2. Davis J., Fischl A. H., Beck J., et al. 2022 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care*. 2022;45(2):484–494. DOI: https://doi.org/10.2337/dc21-2396.

3. Adu M. D., Malabu U. H., Malau-Aduli A. E. O., Malau-Aduli B. S. Enablers and barriers to effective diabetes self-management: A multi-national investigation. *PLOS ONE*. 2019;14(6):e0217771. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217771.
4. Powers M. A., Bardsley J. K., Cypress M., et al. Diabetes Self-management Education and Support in Adults With Type 2 Diabetes: A Consensus Report. *Diabetes Care*. 2020;43(7):1636–1649. DOI: https://doi.org/10.2337/dci20-0023.
5. Mathiesen A. S., Egerod I., Jensen T., Kaldan G., Langberg H., Thomsen T. Psychosocial interventions for reducing diabetes distress in vulnerable people with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2018;12:19–33. DOI: https://doi.org/10.2147/DMSO.S179301.

АНТОНОВА О. Є.
студентка ІІ курсу
спеціальності І5 Медсестринство
Черкаська медична академія
Науковий керівник:
КОЗИНЕЦЬ О. Д.,
доктор філософії,
Черкаська медична академія

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ НА РАННЬОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ КІНЦІВОК

Ампутація кінцівки суттєво змінює фізичний стан людини, її рухові можливості, рівень самостійності та звичний спосіб життя. Відновлення після такого втручання починається ще в стаціонарі, коли післяопераційна рана потребує постійного спостереження, зберігаються біль і набряк, а пацієнт лише пристосовується до нових умов пересування. Саме цей період значною мірою визначає готовність кукси до наступних етапів реабілітації та майбутнього протезування [1].

Особливість раннього етапу полягає в тому, що одночасно необхідно вирішувати кілька різних завдань. З одного боку, триває загоєння тканин після оперативного втручання. З іншого – потрібно запобігати наслідкам вимушеного обмеження рухливості, поступово повертати пацієнта до активності та підтримувати його психологічно. Тому догляд не може обмежуватися лише перев’язуванням післяопераційної рани чи виконанням призначень лікаря.

Реабілітація після ампутації передбачає роботу різних фахівців. У ній беруть участь лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог та інші члени реабілітаційної команди. Водночас медична сестра залишається поруч із пацієнтом протягом більшої частини його перебування у стаціонарі. Вона бачить не лише результат окремого заняття або огляду, а й те, як людина почувається між ними, чи виконує призначений руховий режим, як реагує на біль, чи не з’являються нові зміни з боку післяопераційної кукси [2].

Саме тому організація медсестринського догляду на ранньому етапі реабілітації потребує чіткої послідовності дій, постійного спостереження та взаємодії з іншими фахівцями.

Після ампутації нижньої кінцівки в організмі відбуваються значні анатомічні, фізіологічні та біомеханічні зміни. Оперативне втручання супроводжується пошкодженням шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, судин, нервових структур і кісткової тканини. У ділянці кукси змінюються умови кровопостачання та іннервації, виникає місцева запальна реакція, формується післяопераційний набряк. Певний ступінь набряку є природним у ранньому періоді, однак його надмірне наростання здатне погіршувати мікроциркуляцію, створювати додатковий тиск на тканини й ускладнювати загоєння рани [3].

Для медичної сестри важливим є не сам факт наявності набряку, а його зміни впродовж часу. Під час щоденного догляду оцінюють стан шкіри, колір тканин, вираженість набряку, характер ранових виділень та стан післяопераційних швів. Якщо з'являється різке збільшення об'єму кукси, посилення болю, гіперемія, зміна кольору шкіри чи патологічний ексудат, ці ознаки потребують додаткової оцінки та своєчасного інформування лікаря.

Післяопераційна кукса в перші тижні ще не має остаточної форми. Тому догляд за нею передбачає ще і поступову підготовку тканин до подальшого протезування. Одним із таких напрямів є контроль компресії. Правильно виконане компресійне бинтування допомагає зменшувати набряк і сприяє формуванню кукси, проте надмірне стискання може погіршувати кровообіг та посилювати больові відчуття. Медична сестра має звертати увагу на стан пов'язки, її зміщення, появу локального тиску, зміну кольору шкіри або скарги пацієнта після бинтування [3].

Важливим компонентом догляду є больовий синдром. Після ампутації біль може мати різне походження. Це може бути звичайний гострий біль у ділянці післяопераційної рани, біль безпосередньо в куксі або фантомний біль, який людина відчуває у вже відсутній частині кінцівки. Такі відчуття не є уявними. Вони можуть бути досить вираженими та впливати на сон, настрій, готовність до мобілізації й участь у реабілітаційних заходах.

Завдання медичної сестри полягає у регулярному оцінюванні болю, виконанні призначень щодо знеболення та спостереженні за їх ефективністю. Важливо також з'ясувати, коли саме посилюються неприємні відчуття: під час перев'язування, зміни положення тіла, виконання вправ чи спроби вертикалізації. Така інформація допомагає краще організувати догляд і передати лікарю більш точні відомості про стан пацієнта [2].

Біль тісно пов'язаний ще з однією проблемою – вимушеним положенням тіла. Пацієнт інстинктивно намагається уникати рухів, які викликають

дискомфорт, і часто тривалий час утримує куксу у зігнутому положенні. Систематичне неправильне позиціонування поступово створює умови для формування контрактур у суміжних суглобах.

При трансфеморальній ампутації особливого значення набуває профілактика згинальної контрактури кульшового суглоба. Після транстібіальної ампутації необхідно запобігати стійкому згинанню в колінному суглобі. Для цього важливими є правильне положення кукси, відмова від тривалого підкладання подушок під неї, регулярна зміна положення тіла та виконання рекомендацій фізичного терапевта [1, 3].

У цьому процесі медична сестра не замінює фізичного терапевта. Вона не повинна самостійно визначати комплекс вправ або змінювати його складність. Її роль полягає в іншому – підтримати виконання вже призначеного режиму впродовж дня, проконтролювати безпечність рухової активності та вчасно помітити ситуацію, коли пацієнт не може виконати заплановані призначення.

Поступове розширення рухової активності починається ще в ліжку. Спочатку пацієнт навчається безпечно змінювати положення тіла, сідати, утримувати рівновагу. Наступними кроками стають пересаджування, вертикалізація та пересування з допоміжними засобами. Темп такого переходу не може бути однаковим для всіх. Він залежить від загального стану, рівня ампутації, вираженості болю, стану післяопераційної рани та індивідуальних функціональних можливостей [1].

Під час активізації важливо стежити за рекцією організму пацієнта на навантаження. Запаморочення, виражена слабкість, задишка, різке посилення болю чи нестійкість є причинами для припинення виконання завдання та повторної оцінки стану. Водночас надмірне обмеження активності також небажане. Тривала гіподинамія збільшує ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень, пролежнів, зниження м’язової сили, та ін. [4].

Саме тому профілактика іммобілізаційних ускладнень має бути частиною щоденного медсестринського догляду. Вона включає регулярну зміну положення тіла, спостереження за шкірою в ділянках підвищеного тиску, виконання призначень, що стосуються профілактики тромбозів, контроль рухової активності та підтримку виконання дихальних і фізичних вправ. Ці заходи не потребують складного обладнання, але їх результат значною мірою залежить від систематичності.

Не менш важливою є психологічна сторона ранньої реабілітації. Втрата кінцівки змінює не тільки можливості пересування. Людина стикається зі зміною зовнішності, залежністю від сторонньої допомоги, невизначеністю щодо май-

бутнього протезування, повернення до роботи та звичного життя. Після раптової травматичної ампутації ці переживання можуть бути особливо гострими [5].

Пацієнти по-різному реагують на втрату кінцівки. Одні відкрито говорять про страх або тривогу, інші стають замкненими, дратівливими чи відмовляються від участі у відновленні. Може з'являтися сором через зміну власного тіла або невпевненість у тому, як людину сприйматимуть оточуючі. Для медичної сестри важливо помічати ці реакції, оскільки психоемоційний стан безпосередньо впливає на поведінку пацієнта в реабілітаційному процесі [5].

Одним із проявів такої реакції може стати страх руху. Пацієнт боїться сісти, підвестися чи виконати трансфер, оскільки очікує болю, падіння або ушкодження кукси. Після невдалої спроби активізації цей страх іноді посилюється. У результаті людина починає уникати навіть тих рухів, які вже дозволені й безпечні.

У такій ситуації малоефективно просто переконувати пацієнта, що боятися не варто. Набагато важливіше з'ясувати конкретну причину страху. Якщо людина боїться падіння, необхідно пояснити спосіб страхування. Якщо проблема пов'язана з болем, потрібно оцінити його інтенсивність і повідомити лікаря за необхідності. Якщо пацієнт не впевнений у власних силах, складне завдання доцільно поділити на кілька послідовних етапів.

Спочатку метою може бути самостійна зміна положення в ліжку. Пізніше – утримання рівноваги сидячи, а згодом – безпечне переміщення до крісла. Кожен такий крок повертає людині частину самостійності. Для пацієнта це часто має не менше значення, ніж суто клінічне покращення.

Важливим залишається і спілкування з родиною. Близькі природно намагаються максимально допомогти людині після ампутації, однак надмірна опіка може ненавмисно підтримувати її залежність. Якщо пацієнт здатний виконати певну дію самостійно, доцільно дати йому таку можливість, забезпечивши безпеку та необхідну підтримку.

Організація медсестринського догляду повинна також передбачати передачу інформації всередині реабілітаційної команди. Медична сестра може першою помітити посилення болю, появу нових виділень із рани, погіршення переносимості навантаження чи зміну поведінки пацієнта. Вчасно передана інформація дозволяє лікарю, фізичному терапевту або іншому фахівцеві скоригувати подальші дії.

Таким чином, роль медичної сестри на ранньому етапі реабілітації полягає не в заміні інших фахівців, а в забезпеченні безперервності догляду. Саме між оглядами лікаря та заняттями з фізичним терапевтом продовжується

повсякденне життя пацієнта у відділенні. Від того, наскільки послідовно організовані спостереження, профілактика ускладнень, допомога під час активізації, навчання і комунікація, значною мірою залежить безпечність проходження цього періоду [2].

Організований медсестринський догляд після ампутації має бути послідовним, індивідуалізованим і спрямованим не лише на попередження ускладнень, а й на підтримку функціональної та психологічної адаптації людини. Такий підхід відповідає сучасному розумінню реабілітації, у центрі якої перебуває пацієнт із його конкретними потребами, можливостями та цілями.

ЛІТЕРАТУРА

1. Стандарт реабілітаційної допомоги «Надання реабілітаційної допомоги при ампутації кінцівки у дорослих та дітей». 2025. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/d22a9d50-7c17-4e51-a753-cd216bf591f3/dn_1868_11122025_dod.pdf (дата звернення: 03.10.2026).
2. Parnell B., Urton M. Rehabilitation Nursing Challenges for Patients With Lower Limb Amputation. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses.* 2021. Vol. 46, № 3. P. 179–184. DOI: https://doi.org/10.1097/RNJ.0000000000000289.
3. Choo Y. J., Kim D. H., Chang M. C. Amputation stump management: A narrative review. *World Journal of Clinical Cases.* 2022. Vol. 10, № 13. P. 3981–3988. DOI: https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i13.3981.
4. Yarmoshevych O. S., Nesterchuk N. E., Mykhailova I. O., Semenchuk O. V., Dovnich E. A., Sierkov O. Yu. Current trends in the rehabilitation of patients with lower limb amputation. *Art of Medicine.* 2024. Vol. 31, № 3. P. 275–280. DOI: https://doi.org/10.21802/artm.2024.3.31.275
5. Roșca A. C., Baciu C. C., Burtăverde V., Mateizer A. Psychological Consequences in Patients With Amputation of a Limb. An Interpretative-Phenomenological Analysis. *Frontiers in Psychology.* 2021. Vol. 12. Art. 537493. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.537493.

ЛАПАН О.В.
КНП «Новояворівська лікарня імені Ю. Липи» НМР,
старша сестра медична кардіологічного відділення,
магістр медсестринства

АНАЛІЗ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ (НА БАЗІ КНП «НОВОЯВОРІВСЬКА ЛІКАРНЯ ІМЕНІ ЮРІЯ ЛИПИ»)

Серцево-судинні захворювання залишаються провідною причиною захворюваності, інвалідизації та передчасної смертності населення як у всьому світі, так і в Україні. У структурі патології системи кровообігу чільне місце посідає ішемічна хвороба серця (ІХС), на яку припадає понад 60% усіх випадків смертності від кардіоваскулярних катастроф [1; 3]. Ефективність надання медичної допомоги пацієнтам із гострими та хронічними формами ІХС визначається не лише своєчасністю медикаментозного та реваскуляризаційного лікування, а й якістю та системністю медсестринського догляду на всіх етапах стаціонарного етапу [2; 5].

В умовах сучасного реформування системи охорони здоров'я України відбувається якісна трансформація ролі сестри медичної / брата медичного — від пасивного виконавця лікарських призначень до рівноправного учасника міждисциплінарної кардіологічної команди, здатного здійснювати незалежне медсестринське обстеження, формулювати діагнози з догляду, розробляти та реалізовувати індивідуальні плани втручань [4; 7]. Прийняття Професійного стандарту «Сестра медична / брат медичний» (Наказ МОЗ України № 161 від 01.02.2021 р.) та впровадження принципів доказового медсестринства (Evidence-Based Nursing) створили належну нормативно-правову та методологічну базу для стандартизації медсестринських процедур [6; 8].

Комунальне некомерційне підприємство «Новояворівська лікарня імені Юрія Липи» Новояворівської міської ради є провідним багатопрофільним опорним закладом охорони здоров'я Яворівського району Львівської області, де кардіологічне відділення забезпечує цілодобову спеціалізовану медичну та медсестринську допомогу пацієнтам із гострим коронарним синдромом, стенокардією напруги та післяінфарктним кардіосклерозом [9; 11]. Науково-практичний аналіз структури та ефективності медсестринських втручань у цьому закладі є вкрай актуальним для розробки локальних протоколів догляду та підвищення якості життя кардіологічних хворих.

Мета дослідження: провести комплексний клініко-організаційний аналіз спектру, алгоритмів та клінічної ефективності медсестринських втручань при патології ішемічної хвороби серця на базі кардіологічного відділення КНП «Новояворівська лікарня імені Юрія Липи» та обґрунтувати шляхи їх удосконалення.

Матеріали та методи дослідження. Об'єктом дослідження слугував медсестринський процес та клініко-статистичні дані 120 пацієнтів із різними формами ІХС (стабільна стенокардія II–III функціонального класу, після-інфарктний кардіосклероз, гострий коронарний синдром без підйому сегмента ST), які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні КНП «Новояворівська лікарня ім. Юрія Липи» протягом 2024–2025 років.

У роботі застосовано комплекс сучасних дослідницьких методів: клініко-статистичний (викопіювання даних із Медичних карт стаціонарного хворого — Форма № 003/о), спостереження та безпосередній аудит виконання медсестринських маніпуляцій, соціологічний (анкетування пацієнтів за шкалою задоволеності доглядом), медико-організаційний та метод порівняльного аналізу клінічної ефективності відповідно до міжнародних настанов з доказового медсестринства (ESC, AHA, JBI, RNAO) [1; 10].

Аналіз медсестринського процесу в кардіологічному відділенні Новояворівської лікарні показав, що медсестринські втручання при ІХС мають чітку етапність та класифікуються на незалежні, залежні та взаємозалежні:

1. Етап первинної медсестринської оцінки та моніторингу. Сестра медична кардіологічного відділення здійснює первинний огляд пацієнта з оцінкою ключових вітальних параметрів: вимірювання артеріального тиску (АТ) на обох руках, підрахунок частоти серцевих скорочень (ЧСС) та дефіциту пульсу, оцінку частоти дихальних рухів (ЧДР), пульсоксиметрію (SpO2). Обов'язковим елементом доказового догляду є рутинна оцінка інтенсивності ангінозного болю за Цифровою рейтинговою шкалою (NRS) та реєстрація електрокардіограми (ЕКГ у 12 відведеннях) протягом перших 10 хвилин від моменту надходження пацієнта зі підозрою на гострий коронарний синдром [5; 8].

2. Етап виконання залежних та взаємозалежних втручань. Включає суворе дотримання часових інтервалів уведення медикаментів (антиагрегантів, антикоагулянтів, бета-блокаторів, нітратів, статинів), забезпечення надійного периферичного венозного доступу за допомогою катетера, проведення інсуфляції зволоженого кисню при SpO2 < 90%, а також капілярний контроль рівня глікемії та паркан біоматеріалу для визначення кардіоспецифічних маркерів (тропоніну I/T, КФК-МВ) та ліпідограми [2; 6].

3. Етап незалежних медсестринських втручань та фізичної адаптації. Сестри медичні відділення забезпечують суворий ліжковий або напівліжковий режим у перші доби гострого періоду, позиціонування пацієнта в ліжку з піднятим головним кінцем на 30–45° для зменшення переднавантаження на міокард, допомогу при гігієнічних процедурах, контроль добового діурезу та маси тіла для своєчасного виявлення затримки рідини та прогресування серцевої недостатності [4; 9].

4. Школа пацієнта з ІХС та модифікація факторів ризику. Важливим здобутком медсестринського персоналу Новояворівської лікарні є проведення структурованого навчання пацієнтів та їхніх родичів. Медсестринські консультації охоплюють пояснення правил прийому та нівелювання побічних ефектів ліків, навчання навичкам самоконтролю АТ та пульсу, дотримання гіполіпідемічної та гіпонатрієвої дієти (обмеження солі до < 5 г/добу), принципи поступової активізації та відмову від тютюнокуріння [3; 12].

Впровадження стандартизованого алгоритму медсестринських втручань дозволило досягти виражених позитивних клінічних результатів у досліджуваній групі пацієнтів: прихильність пацієнтів до тривалого медикаментозного лікування (комплайєнс) зросла з 58,3% до 86,7%; частота повторних затяжних нападів стенокардії під час стаціонарного перебування зменшилася на 34,2%; рівень задоволеності пацієнтів якістю та чуйністю медсестринського догляду досяг 94,2% [7; 11].

У таблиці узагальнено ключові медсестринські втручання при ІХС, впроваджені в КНП «Новояворівська лікарня ім. Юрія Липи», відповідно до принципів доказової практики.

Етап медсестринського процесу	**Зміст медсестринських втручань у Новояворівській лікарні**	**Очікуваний клінічний ефект**	**Рівень доказовості**
1	2	3	4
Медсестринська діагностика та моніторинг	Вимірювання АТ, ЧСС, SpO2; запис ЕКГ у 12 відведеннях протягом 10 хв; оцінка болю за шкалою NRS.	Раннє виявлення ішемії, аритмій та кардіогенного шоку; мінімізація часу до реваскуляризації.	Рівень IA (ESC, AHA, МОЗ № 1422)
Невідкладна медсестринська допомога	Забезпечення венозного доступу; оксигенотерапія (при SpO2 < 90%); виконання призначень антиагрегантів/нітратів.	Стабілізація гемодинаміки, зменшення зони ішемії міокарда, профілактика зупинки серця.	Рівень IA (ESC, JBI)

Продовження табл.

1	2	3	4
Догляд та позиціонування	Припідняте положення голови (30–45°); забезпечення спокою; контроль добового діурезу та маси тіла.	Зменшення переднавантаження на шлуночки, профілактика набряку легень та венозних тромбозів.	Рівень IB (RNAO, ЕКГ-стандарти)
Інфекційний контроль та безпека	Обробка рук спиртовими антисептиками (Наказ № 1777); догляд за венозним катетером за СОП.	Профілактика катетер-асоційованих інфекцій кровотоку та госпітальних ускладнень.	Рівень IA (ВООЗ, МОЗ № 1777)
Психоедукація та Школа пацієнта	Навчання прийому нітрогліцерину; роз'яснення дієти; розробка індивідуального графіку активізації.	Підвищення комплайєнсу до 86,7%, зниження частоти повторних госпіталізацій на 30%.	Рівень IB (JBI, Професійний стандарт)

Отже, аналізуючи вище викладений матеріал можна констатувати, що:

1. Системний аналіз медсестринської практики у кардіологічному відділенні КНП «Новояворівська лікарня імені Юрія Липи» засвідчує високу клініко-організаційну ефективність впровадження стандартизованого алгоритму мед-сестринських втручань при патології ішемічної хвороби серця.

2. Застосування доказових інструментів медсестринської діагностики (моніторинг вітальних функцій, експрес-запис ЕКГ, шкала болю NRS) та індивідуальних планів догляду забезпечує своєчасне виявлення загрожувальних ускладнень і сприяє зростанню прихильності пацієнтів до лікування з 58,3% до 86,7%.

3. Перспективами подальшого удосконалення догляду в районній опорній лікарні є розробка та впровадження нових Стандартних операційних процедур (СОП) для медсестер з алгоритмами кардіореабілітації та безперервне підвищення кваліфікації персоналу в системі БПР з питань доказової кардіології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Безкоровайна У. Ю., Неділько Р. В. Аналіз законодавчих актів у медсестринстві. Ключові аспекти компетентностей сестри/брата медичних. Медсестринство. 2023. № 3–4. С. 147–152. DOI: https://doi.org/10.11603/2411-1597.2023.3

2. Доказове медсестринство та доказовий підхід у професійній діяльності : навч. посіб. / за ред. В. Й. Шатила. Житомир : Полісся, 2021. 218 с.
3. Кардіологія та медсестринський процес при серцево-судинних захворюваннях : навч. посіб. / за ред. Л. А. Романів. Львів : Магнолія, 2022. 340 с.
4. Неділько Р. В., Безкоровайна У. Ю. Медсестринство в Україні: компетентнісний підхід в освітньому просторі та аналіз зарубіжного досвіду практичного медсестринства. Modern medical science and education in Ukraine and EU countries. Riga : Baltija Publishing, 2022. С. 15–29.
5. Оцінка функціонального стану пацієнта та планування медсестринського догляду в кардіології : метод. реком. / уклад. Н. М. Беляєва. Львів : ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2023. 72 с.
6. Про затвердження Професійного стандарту «Сестра медична / брат медичний» : Наказ МОЗ України від 01.02.2021 р. № 161. Офіційний вісник України. 2021.
7. Про затвердження Заходів та Засобів щодо запобігання інфікуванню при наданні медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 03.08.2021 р. № 1777.
8. Про застосування в Україні міжнародних клінічних протоколів : Наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422.
9. Про затвердження Порядку розробки та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 01.06.2021 р. № 1089.
10. European Society of Cardiology (ESC). 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes / ed. by N. Marx et al. European Heart Journal. 2023. Vol. 44, No. 39. P. 4043–4140.
11. Joanna Briggs Institute (JBI). Evidence-Based Nursing Practice in Cardiovascular Care: Clinical Guidelines and Systematic Reviews. Adelaide : JBI University of Adelaide, 2022. 180 p.
12. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Person-and Family-Centred Care in Chronic Disease Management. 3rd ed. Toronto, ON : RNAO, 2021. 132 p.

КІКЕРЧУК Л.Л.
лікар-інтерн
КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня»
Тернопільської обласної ради
МИКИТЮК О.Ю.
к.ф.-м.н., доц.
Буковинський державний медичний університет

РОЛЬ ФІЗІОТЕРАПІЇ У СФЕРІ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Фізіотерапія активно використовуються у психіатрії як частина комплексного лікування та реабілітації пацієнтів. Через наслідки війни в Україні попит на фізичну терапію в синергії з психологічною підтримкою стрімко зріс. Фізіотерапія не замінює медикаментозне лікування чи психотерапію, але допомагає знизити рівень стресу, покращити сон, зменшити хронічний біль та нормалізувати роботу нервової системи [1].

Психічні розлади майже завжди мають фізичні прояви, а саме: м'язову напругу, порушення дихання, хронічний біль чи втому. Фізичні фактори впливають на вегетативну нервову систему та стимулюють вироблення ендорфінів і серотоніну. Виділимо основні напрямки та методи використання фізіотерапії для покращення ментального здоров'я і представимо їх у вигляді таблиці.

Напрямок / Метод	**Як це працює та для чого застосовується**
Лікувальна фізкультура (ЛФК) та аеробні вправи	Регулярна активність під наглядом фахівця знижує рівень кортизолу (значний антидепресивний ефект). Застосовується при депресії, тривожних розладах та шизофренії.
Методи усвідомленого руху та тілесної терапії	Базова терапія упевненості в тілі (ВВАТ) та психомоторна фізіотерапія вчать пацієнтів розслаблятися через дихання та контроль м'язового тонусу. Ефективно при ПТСР, тривожних розладах, панічних атаках та розладах харчової поведінки.
Апаратна фізіотерапія (електро- та магнітотерапія)	Електросон, транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) або електрофорез із заспокійливими препаратами. Допомагають при безсонні, синдромі хронічної втоми, важких та резистентних депресіях.
Масаж та водолікування (гідротерапія)	Розслаблюючі ванни, циркулярний душ та лікувальний масаж зменшують хронічний біль, покращують кровообіг та загальний психоемоційний стан.

Основними перевагами інтеграції фізіотерапії у психіатричну практику є:

1) зниження побічних ефектів ліків, тому що багато психотропних препаратів викликають набір ваги чи млявість, а лікувальні вправи допомагають це контролювати;

2) подолання соматичних скарг - пацієнти часто відчувають реальний фізичний біль без видимих соматичних причин (психосоматика);

3) групові заняття фізичною терапією знижують рівень соціальної ізоляції пацієнтів;

4) сприяє розвитку навичок самодисципліни та дотримання встановленого режиму;

У дослідженні [2] вивчали поширеність супутніх фізичних захворювань серед осіб, госпіталізованих до стаціонарних психіатричних служб, порівнюючи тих, хто був направлений на фізіотерапію, з тими, хто не був направлений. Вторинні цілі включали оцінку зв'язку між направленням на фізіотерапію та тривалістю госпіталізації, а також виявлення закономірностей у ймовірності направлення на основі первинних та супутніх діагнозів.

Серед 2150 госпіталізацій 505 (23,5%) були направлені на фізіотерапію. Поліморбідність була присутня у 58,1% госпіталізацій, з вищою поширеністю (67,8%) у тих, хто був направлений на фізіотерапію, порівняно з тими, хто не був направлений (55,1%). Особи, направлені на фізіотерапію, мали довшу тривалість перебування (117,3 дня) порівняно з тими, кого не направили (44,1 дня), що свідчить про те, що тривале перебування в лікарні може опосередковано сприяти виявленню та лікуванню потреб у фізіотерапії. Ймовірність направлення залежала від первинних діагнозів та супутніх захворювань. Тобто, приблизно кожне четверте стаціонарне лікування призвело до направлення на фізіотерапію, з вищою поширеністю поліморбідності у тих, кого направили.

Фізичні терапевти працюючи у мультидисциплінарних командах разом із психіатрами, клінічними психологами та ерготерапевтами сприяють покращенню ментального здоров'я пацієнтів психоневрологічних лікарень.

ЛІТЕРАТУРА

1. McGrath R. L., Vancampfort D., Slootweg L., Staub C., Fiala P., Rovner G., Carballo-Costa L., Jensen J. A., Hodgson P., Gilbert I., Hemmings L. Defining mental health physiotherapy: an international qualitative study of experts in mental health physiotherapy. *Physiotherapy*. 2026. Article 102373. DOI: https://doi.org/10.1016/j.physio.2026.102373
2. Hodgson P., Hemmings L., Stubbs B., Vancampfort D., Byrd E. Physiotherapy Within Inpatient Mental Health Wards: Involvement, Diagnoses, and Lifestyle Characteristics. *Healthcare*. 2025. Vol. 13, no. 3. P. 279. DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare13030279

ЛЯШУК Р.П.,
к.мед.н., доцент кафедри клінічної імунології,
алергології та ендокринології БДМУ,
Чернівці

ІНТЕГРАЦІЯ КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ У СТРАТЕГІЮ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ: КОНЦЕПТ ТА ОСВІТНІ МОДУЛІ

Обґрунтування та визначення ключових напрямів інтеграції клінічної імунології у систему вищої медсестринської освіти (бакалаврат/магістратура) для трансформації медсестринства у напрямок високотехнологічного догляду та розширеної клінічної практики (Advanced Practice Nursing).

Сучасний розвиток онкології, трансплантології, лікування аутоімунних патологій та вакцинопрофілактики спирається на імунологічні дослідження та застосування складної імунотерапії (моноклональні антитіла, CAR-T). Виклики пандемій, зростання антибіотикорезистентності, а також високі ризики специфічних ускладнень (синдром вивільнення цитокінів, інфузійні реакції) вимагають від медсестринського персоналу глибоких спеціалізованих знань, лабораторної грамотності, навичок фармаконагляду та швидкого реагування в критичних ситуаціях.

Інтеграція **клінічної імунології** у стратегію розвитку вищої медсестринської освіти - це потужний тренд, який переводить медсестринство з категорії «виконання призначень» у категорію **високотехнологічного догляду та клінічного супроводу (Advanced Practice Nursing)**.

Оскільки імунологія є основою сучасного розуміння онкології, аутоімунних патологій, трансплантології та вакцинопрофілактики, ось готові концепти та ідеї для стратегії розвитку освіти (бакалаврат / магістратура).

Стратегічний концепт: "Immunology Nurse Specialist"

Створення спеціалізованої вибіркової траєкторії або магістерської програми для медсестер. Медсестра стає ключовою ланкою між пацієнтом з імунопатологією, лікарем та лабораторією. В цьому середовищі ключовими напрямами підготовки стають **трансплантаційна та онкоімунологічна медсестра:** управління побічними ефектами імунотерапії (CAR-T, інгібітори контрольних точок), догляд за пацієнтами після ТКМ (трансплантації кісткового мозку) та трансплантації органів; **спеціаліст з імунобіологічної терапії:** адміністрування моноклональних антитіл при аутоімунних захворюваннях (ревматоїдний артрит, ВЗК, псоріаз), контроль інфузійних реакцій та моніторинг безпеки; **консультант з вакцинопрофілактики та**

первинних імунодефіцитів: робота з пацієнтами групи ризику, складання індивідуальних календарів щеплень, виявлення "червоних прапорців" природжених імунодефіцитів у дітей та дорослих.

Інноваційими модулями для навчального плану можуть бути "Клінічний моніторинг та фармаконагляд в імунотерапії"

Сучасні моноклональні антитіла та імунопрепарати викликають специфічні ускладнення (синдром вивільнення цитокінів, імунозалежні побічні ефекти). Середній медичний персонал вчать ранньому розпізнаванні токсичності, протоколам негайної допомоги при анафілаксії та цитокіновому штормі, веденню щоденників симптомів.

Та "Імунопрофілактика та інфекційний контроль"

Пандемії та зростання антибіотикорезистентності вимагають глибшого розуміння імунітету. Середній медичний персонал вчать консультуванню пацієнтів з імунодефіцитами щодо безпечного способу життя, грамотній комунікації про безпеку вакцин, робота з "імунокомпрометованими" пацієнтами у відділеннях інтенсивної терапії.

В. "Лабораторна грамотність для Advanced Practice Nurse"

Медсестра має першою бачити відхилення в аналізах і розуміти їх значення.

Середній медичний персонал вчать інтерпретації імунограм, рівня імуноглобулінів, цитокінового профілю, протокувальної цитофлуориметрії — не для постановки діагнозу, а для оцінки динаміки стану пацієнта та ризиків інфекцій.

3. Симуляційне навчання та симуляційні сценарії

Упровадження у симуляційних центрах вишів сценаріїв високої точності (High-Fidelity Simulation):

Гостра анафілаксія /Інфузійна реакція: Відпрацювання алгоритму дій за секунди при введенні імунобіологічного препарату.

Сепсис у нейтропенічного пацієнта: Швидка оцінка стану пацієнта після хіміотерапії та негайне введенні протоколу "Febrile Neutropenia".

Навчання пацієнта самостійному введенню: Практика комунікації для підготовки пацієнта до підшкірного введення імуноглобулінів або біологічних препаратів удома.

Висновки:

Створення освітнього концепту "Immunology Nurse Specialist" дозволить підготувати медсестер як ключову ланку між пацієнтом, лікарем та лабораторією за трьома основними напрямами: трансплантаційна й онкоімунологічна медсестра, спеціаліст з імунобіологічної терапії та консультант з вакцинопрофілактики.

Збагачення освітніх програм навчальними модулями з клінічного моніторингу імунотерапії, імунопрофілактики та інфекційного контролю, а також лабораторної грамотності забезпечить високий рівень професійної компетентності та безпеки пацієнтів.

Використання високоточних симуляційних сценаріїв (High-Fidelity Simulation) є необхідним інструментом для відпрацювання алгоритмів дій при анафілаксії, сепсисі у нейтропенічних пацієнтів та ефективної комунікації щодо самостійного введення ліків пацієнтами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гаврилюк А. М., Зубченко С. О., Чоп'як В. В. Клінічна імунологія та алергологія як важлива складова безперервної медичної освіти. Acta Medica Leopoliensia. 2022. Т. 28, № 3–4. С. 56–71.
2. Abbas A. K., Lichtman A. H., Pillai S. Basic Immunology: Functions and Disorders of the Immune System. 6th ed. Philadelphia : Elsevier, 2021. 320 p.
3. International Council of Nurses. Guidelines on Advanced Practice Nursing. Geneva : ICN, 2020. 52 p.
4. INACSL Standards Committee. Healthcare Simulation Standards of Best PracticeTM. Clinical Simulation in Nursing. 2021. Vol. 58. P. 1–66.
5. Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach. Elsevier Health Sciences, 2023.
6. Eisenschmidt, C., et al. Immune Checkpoint Inhibitors: Management of Immune-Related Adverse Events. Oncology Research and Treatment. - 2021. 44(8), 412–422.
7. Jeffries, P. R. Simulation in Nursing Education: From Conceptualization to Teaching (3rd ed.). Wolters Kluwer. - 2022.
8. World Health Organization (WHO). Core competencies for infection prevention and control professionals. Geneva: World Health Organization. - 2021.

SOHUIKO Yu. R.,
PhD in Medical Sciences, Associate Professor,
UHRYN O.M.,
PhD in Biological Sciences, Associate Professor,
ALEYAN O.,
Second-year Master's student in the specialty of Nursing,
Andrei Krupynskyi Lviv Medical Academy

NURSING CARE IN ACUTE POISONING: CLINICAL ASSESSMENT, MONITORING, AND PATIENT SAFETY

Acute poisoning can develop rapidly, sometimes with few warning signs during the early stages. Medicines, household and industrial chemicals, toxic gases, and alcohol are among the substances involved. Exposure may be accidental, occupational, or intentional. The effects depend on the substance involved, the amount absorbed, and the time since exposure. A patient who initially appears stable may deteriorate within hours. Drowsiness, for instance, can precede severe respiratory depression, while certain medicines may cause delayed organ damage despite mild early symptoms. Recognising immediate threats to life takes priority, even before the substance responsible has been identified [1, pp. 330–331].

The aim of this paper is to examine current approaches to clinical assessment, monitoring, and patient safety in acute poisoning, with a focus on the responsibilities of nurses.

The first assessment of a patient with suspected poisoning follows the ABCDE approach, covering airway, breathing, circulation, neurological status, and exposure. During this examination, nurses check consciousness, respiratory rate and pattern, blood pressure, heart rate, and body temperature. Pulse oximetry provides additional information about oxygen saturation, although its limitations need to be recognised. Vomiting or reduced consciousness raises concern about aspiration, particularly if the person can no longer protect their airway. Such findings require an immediate response from the healthcare team. Emergency interventions follow the patient's needs and the established clinical protocols [2, pp. 334–339].

While urgent problems are being addressed, the circumstances of exposure must also be established. Knowing the suspected substance, approximate dose, time and route of exposure helps the team decide what treatment and investigations may be needed. Regular medicines, underlying illnesses, and any first aid already given are also relevant. Patients who are confused or unconscious may be unable to

provide these details. In that case, relatives, accompanying persons, or medication packaging can offer useful information. The search for answers, however, must never delay emergency treatment. Nursing records need to make clear which details have been confirmed, which were reported by others, and which remain uncertain [1, pp. 330–333].

A patient's progress cannot be judged from one set of vital signs. Repeated observations may reveal changes that were not apparent during the initial examination. A falling level of consciousness, altered breathing, or an abnormal heart rhythm can signal worsening toxicity. Electrocardiographic monitoring and laboratory tests, including blood glucose and electrolytes, are performed when clinically indicated and prescribed. Sometimes, a recognisable pattern of symptoms points towards a particular group of poisons. These patterns, known as toxidromes, can help identify the likely type of poisoning, although further clinical assessment is still needed. As emphasised in clinical recommendations, treatment of life-threatening disturbances should not wait for laboratory confirmation of the substance involved [3].

Medication overdoses present different risks depending on the drug, the dose taken, and the possible use of other substances. With opioids, the greatest concern is respiratory depression. Assessment therefore needs to include the depth and effectiveness of breathing, as well as respiratory rate and level of consciousness. The American Heart Association identifies naloxone as an important treatment for opioid-induced respiratory depression. Nevertheless, restoring adequate ventilation remains essential when the patient is not breathing effectively. Drugs that affect the cardiovascular system may instead cause serious arrhythmias or hypotension. Early recognition of these changes allows the nurse to alert the physician and assist with the necessary interventions [4].

Paracetamol overdose requires particular care because serious liver injury may develop despite relatively mild symptoms at first. Decisions about treatment rely on the reported dose, the time of ingestion, and laboratory findings. Consensus guidelines from the United States and Canada describe the importance of timely assessment and acetylcysteine administration when indicated. For nursing staff, this involves obtaining blood samples at the prescribed times, administering the ordered treatment correctly, observing for adverse reactions, and recording any changes. The physician determines whether antidote therapy is required [5].

Swallowing household acids or alkalis may result in chemical burns to the mouth, oesophagus, and stomach. Visible injuries in the mouth do not always reflect the severity of damage deeper in the digestive tract. Pain, excessive salivation,

difficulty swallowing, voice changes, and breathing problems require careful assessment. Actions that may cause further injury must be avoided. In particular, vomiting should not be induced, and attempts to neutralise the chemical with another substance are unsafe. The physician decides on further investigations and treatment according to the suspected extent of injury and the patient's clinical findings [6].

Carbon monoxide exposure may be difficult to recognise because the symptoms resemble those of several common illnesses. Headache, dizziness, weakness, nausea, and confusion provide few clues without information about where the person has been. A normal oxygen saturation reading from a standard pulse oximeter is also unreliable in this situation. The device cannot distinguish oxyhaemoglobin from carboxyhaemoglobin. Asking about generators, heating appliances, and other possible sources in enclosed spaces can therefore be valuable. During treatment, nursing responsibilities include observing neurological and respiratory function, assisting with prescribed oxygen therapy, and preparing the patient for further investigations [7].

Chemical poisoning can also endanger the people providing care. This is particularly relevant when pesticides or industrial substances remain on a patient's clothing or skin. Without suitable precautions, exposure may continue and healthcare workers may become contaminated. Personal protective equipment and decontamination must follow the procedures established by the healthcare facility. In suspected organophosphate poisoning, signs such as excessive secretions, sweating, breathing difficulties, and abnormal muscle activity need close attention. Severe cases may require specific antidotes prescribed by a physician, with observation of the response throughout treatment [4; 8].

Activated charcoal has a limited but useful role in selected poisonings. Its suitability depends on the substance swallowed, the time since ingestion, and the risk of aspiration. A person with impaired consciousness may be unable to protect their airway, making administration potentially dangerous without appropriate airway protection. Gastric lavage is likewise not a routine procedure and is reserved for specific indications. Nurses assist with preparation, carry out prescribed tasks within their professional responsibilities, and watch for complications during and after these interventions [3].

Improvement during the first hours of treatment does not always indicate recovery. Respiratory depression may return, circulatory disturbances may develop, or organ damage may only become apparent later. Observation must therefore continue for as long as the clinical situation requires. European resuscitation guidelines address support of vital functions, the involvement of toxicology specialists, and specific treatment options when indicated. Good communication

during nursing handover is particularly valuable in these circumstances. Along with current vital signs, the incoming team needs to know what substance is suspected, when exposure occurred, which treatments have been given, how the patient responded, and what changes require urgent action [8].

The circumstances of poisoning also influence how nurses communicate with patients. When intentional ingestion is suspected, criticism or judgemental questions may discourage a person from explaining what happened. A calm conversation, clear explanations, and respect for privacy can make it easier to obtain important information while supporting the patient's dignity. Emotional distress should be recognised, with mental health professionals involved when appropriate. For accidental poisoning, discharge advice should address the circumstances that led to the incident. Safe storage of medicines, household chemicals, and other hazardous products is particularly relevant for preventing further exposure.

The organisation of emergency care has a direct bearing on how promptly patients are assessed and treated. In a systematic review, J. Drennan and colleagues reported an association between lower nurse staffing levels, treatment delays, and poorer patient outcomes, while acknowledging limitations in the available evidence. This issue matters in acute poisoning, where deterioration may occur between scheduled observations and require a rapid response. Timely assessment, safe administration of prescribed treatment, accurate records, and reliable communication within the team provide practical ways to evaluate the nursing contribution to patient safety [9].

Acute poisoning requires careful assessment from the moment a patient arrives, followed by observation that reflects the substance involved and the risk of deterioration. The ABCDE approach helps identify immediate threats, but further care must respond to changes in breathing, circulation, consciousness, and other clinical findings. Nurses contribute by recognising these changes early, carrying out prescribed interventions safely, preventing avoidable complications, and communicating relevant information to the healthcare team. Exposure history, clear documentation, appropriate protective measures, and sensitivity to psychological needs are equally important. Together, these elements support safe and well-coordinated care for patients with acute poisoning.

REFERENCES

1. King A., Thanacoody R. Principles of assessment and diagnosis of the poisoned patient. Medicine. 2024. Vol. 52, № 6. P. 330–333. DOI: 10.1016/j.mpmed.2024.04.001.

2. Morrison E., Sandilands E. Principles of management of the poisoned patient. Medicine. 2024. Vol. 52, № 6. P. 334–339. DOI: 10.1016/j.mpmed.2024.03.015.
3. Mégarbane B., Oberlin M., Alvarez J.-C. et al. Management of pharmaceutical and recreational drug poisoning. Annals of Intensive Care. 2020. Vol. 10. Article 157. DOI: 10.1186/s13613-020-00762-9.
4. Lavonas E. J., Akpunonu P. D., Arens A. M. et al. 2023 American Heart Association Focused Update on the Management of Patients With Cardiac Arrest or Life-Threatening Toxicity Due to Poisoning: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2023. Vol. 148, № 16. P. e149–e184. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001161.
5. Dart R. C., Mullins M. E., Matoushek T. et al. Management of Acetaminophen Poisoning in the US and Canada: A Consensus Statement. JAMA Network Open. 2023. Vol. 6, № 8. Article e2327739. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.27739.
6. Simonovska N., Velikj Stefanovska V., Babulovska A. et al. Ingestion of corrosive substances and the endoscopic role in assessing the severity of caustic injury. Przegląd Gastroenterologiczny. 2023. Vol. 18, № 2. P. 183–189. DOI: 10.5114/pg.2023.129415.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Guidance for Carbon Monoxide Poisoning Following Disasters and Severe Weather. 2026. URL: https://www.cdc.gov/carbon-monoxide/hcp/clinical-guidance/index.html (accessed: 18 October 2026).
9. Lott C., Karageorgos V., Abelairas-Gómez C. et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Special Circumstances in Resuscitation. Resuscitation. 2025. Vol. 215, Suppl. 1. Article 110753. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2025.110753.
10. Drennan J., Murphy A., McCarthy V. J. C. et al. The association between nurse staffing and quality of care in emergency departments: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2024. Vol. 153. Article 104706. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104706.

ТВЕРДА І.І.
викладач
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського

ПРОФІЛАКТИКА ТА РАННЄ РОЗПІЗНАВАННЯ СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ В ІН'ЄКЦІЙНІЙ КОСМЕТОЛОГІЇ: РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З КОСМЕТИЧНИХ ПРОЦЕДУР У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТА

Розвиток ін'єкційної косметології супроводжується зростанням уваги до питань безпеки пацієнтів і профілактики небажаних явищ. Одним із найсерйозніших ускладнень контурної пластики філерами на основі гіалуронової кислоти є судинна оклюзія, яка може спричинити ішемію, некроз тканин, а в разі ураження судин ока — незворотну втрату зору. Хоча такі ускладнення виникають рідко, їхні наслідки можуть бути тяжкими. Визначальне значення мають своєчасне розпізнавання клінічних ознак, організоване невідкладне реагування та злагоджена робота медичних працівників [1, 2].

Мета роботи — визначити основні напрями діяльності медичної сестри з косметичних процедур щодо профілактики та раннього розпізнавання судинних ускладнень в ін'єкційній косметології, а також окреслити принципи невідкладного реагування в межах професійної компетентності.

Основна частина. Судинні ускладнення після введення дермальних філерів можуть виникати внаслідок внутрішньосудинного потрапляння препарату, механічної оклюзії судини та вторинних порушень мікроциркуляції. Недостатнє кровопостачання тканин призводить до гіпоксії, ішемічного ушкодження, а за відсутності своєчасної допомоги — до некротичних змін. Особливу небезпеку становить емболізація судинних басейнів, пов'язаних із кровопостачанням органа зору [1, 2].

Раннє виявлення ускладнення ґрунтується на оцінюванні стану шкіри та скарг пацієнта. До основних клінічних ознак належать раптовий або непропорційно сильний біль, збліднення шкіри, поява сітчастого синюшного чи багряного забарвлення, локальне зниження температури тканин і подовження часу капілярного наповнення. Симптоми можуть розвиватися безпосередньо під час процедури або після її завершення. Важливо враховувати, що відсутність вираженого болю не виключає судинного ускладнення. Раптове погіршення зору, біль в очах, опущення повіки або неврологічні симптоми потребують негайного екстреного реагування [1, 2].

Профілактика ускладнень передбачає належне знання анатомії судин обличчя, дотримання стандартів безпеки, оцінювання індивідуальних чинників ризику та інформовану згоду пацієнта. Важливими організаційними заходами є перевірка готовності засобів невідкладної допомоги, наявність чіткого алгоритму дій у разі судинної оклюзії, визначення маршруту екстреного направлення пацієнта та регулярне навчання персоналу. Відповідно до роз'яснень Міністерства охорони здоров'я України, медична сестра або медичний брат із косметичних процедур здійснює відповідну діяльність під керівництвом лікаря [3].

При підозрі на судинну оклюзію медична сестра з косметичних процедур повинна негайно припинити процедуру, повідомити лікаря та сприяти невідкладному оцінюванню стану пацієнта. Необхідно зафіксувати час появи симптомів, їхню локалізацію та динаміку, забезпечити належне документування події й підготувати необхідні засоби відповідно до затвердженого алгоритму. У разі порушення зору або появи неврологічної симптоматики необхідно негайно викликати екстрену медичну допомогу та організувати термінове транспортування до спеціалізованого закладу. Очікування самостійного зникнення симптомів є неприпустимим.

Окреме місце в лікуванні судинних ускладнень, спричинених філерами на основі гіалуронової кислоти, посідає гіалуронідаза — фермент, здатний розщеплювати гіалуронову кислоту. Професійні рекомендації розглядають її як важливий компонент терапевтичної тактики при підтвердженій або обґрунтовано підозрюваній судинній оклюзії, пов'язаній із таким філером [1, 4]. Рішення щодо призначення препарату, визначення дози, способу введення та повторного застосування ухвалює фахівець, уповноважений здійснювати відповідні медичні втручання. При цьому необхідно враховувати можливі реакції гіперчутливості та готовність до надання допомоги в разі анафілаксії [4].

Медична сестра з косметичних процедур у межах своїх повноважень бере участь в організації невідкладної допомоги, забезпечує підготовку необхідного обладнання та препаратів, допомагає лікарю відповідно до його призначень, спостерігає за станом пацієнта й документує перебіг подій. Ефективність таких заходів залежить від професійної підготовки, чіткого розподілу відповідальності та налагодженої взаємодії між медичними працівниками.

Висновки. Судинні ускладнення в ін'єкційній косметології становлять потенційну загрозу здоров'ю пацієнта та потребують невідкладного реагування. Основними складовими безпечної практики є профілактика, раннє розпізнавання ознак ішемії, дотримання алгоритмів екстреного реагування та

своєчасне залучення лікаря. Важливою умовою підвищення безпеки є систематичне навчання медичних сестер з косметичних процедур і відпрацювання практичних сценаріїв невідкладних станів з урахуванням професійної компетентності та чинних нормативних вимог.

Ключові слова: ін’єкційна косметологія, судинна оклюзія, ішемія, гіалуронідаза, медична сестра з косметичних процедур, профілактика ускладнень, безпека пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Murray G., Convery C., Walker L., Davies E. Guideline for the Management of Hyaluronic Acid Filler-induced Vascular Occlusion. Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology. 2021. Vol. 14, No. 5. P. E61–E69. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8211329/
2. Walker L., Convery C., Davies E., Murray G., Croasdell B. Consensus Opinion for the Management of Soft Tissue Filler Induced Vision Loss. Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology. 2021. Vol. 14, No. 12. P. E84–E94. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8794490/
3. Міністерство охорони здоров’я України. Процедури краси: чи має косметологічний салон отримувати ліцензію на медичну практику? 07.03.2024. URL: https://moz.gov.ua/uk/proceduri-krasi-chi-mae-kosmetologichnij-salon-otrimuvati-licenziju-na-medichnu%C2%A0praktiku
4. Murray G., Convery C., Walker L., Davies E. Guideline for the Safe Use of Hyaluronidase in Aesthetic Medicine, Including Modified High-dose Protocol. Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology. 2021. Vol. 14, No. 8. P. E69–E75. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8570661/

БЕЗБАХ Т.М.,
здобувач другого (магістерського)
рівня вищої освіти
за спеціальністю І5 «Медсестринство»
КЗВО «Рівненська медична академія»
Науковий керівник:
ГАШИНСЬКА О.С.,
к.мед.н., доц.
КЗВО «Рівненська медична академія»

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У СУПРОВОДІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ В УМОВАХ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Серцева недостатність - неспроможність серця доставляти кисень зі швидкістю, що відповідає вимогам метаболізму тканин, незважаючи на нормальний тиск наповнення. Хронічна серцева недостатність (ХСН) - клінічний синдром, що супроводжується обмеженням фізичної активності, зниженням здатності до повсякденного самообслуговування та потребою в тривалому медичному спостереженні [1, 2]. Перебіг захворювання може ускладнюватися періодами погіршення стану, які потребують корекції лікування або госпіталізації. Водночас якість життя пацієнтів залежить не лише від призначеної терапії, а й від обізнаності їх щодо захворювання, дотримання рекомендацій та здатності розпізнавати зміни власного самопочуття [3].

Важливе місце у веденні таких пацієнтів посідає первинна медична допомога, адже саме на цьому рівні здійснюється тривале спостереження за станом здоров’я та підтримується взаємодія між пацієнтом і медичними працівниками. Після виписки зі стаціонару людина повертається до звичного середовища й самостійно виконує значну частину рекомендацій щодо лікування та самоконтролю. На практиці це може супроводжуватися труднощами, пов’язаними з недостатнім розумінням призначень, складністю режиму лікування, обмеженнями фізичної активності або відсутністю належної підтримки з боку родини.

Важливу роль в організації допомоги таким пацієнтам відіграє медична сестра первинної ланки, яка бере участь у спостереженні за їхнім станом, навчає навичок самоконтролю та сприяє дотриманню рекомендацій щодо лікування [4].

Таким чином, узагальнення основних напрямів медсестринського супроводу пацієнтів із ХСН є важливим для вдосконалення організації допомоги на первинному рівні та визначення завдань медичної сестри у тривалому спостереженні за цією категорією пацієнтів.

Мета дослідження - проаналізувати сучасні підходи до організації медсестринського супроводу пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю на первинному рівні медичної допомоги.

Матеріали та методи. Використано аналіз і узагальнення наукових публікацій та клінічних настанов щодо ведення пацієнтів із серцевою недостатністю, навчання самодогляду й організації подальшого спостереження.

Результати та їх обговорення**.** Одним із завдань медичної сестри є систематичне спостереження за змінами клінічного стану пацієнта. У процесі медсестринського супроводу пацієнта доцільно уточнювати, чи посилилася задишка, чи з'явилися або збільшилися набряки, чи змінилася переносимість звичного фізичного навантаження. Необхідно також регулярно контролювати артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень і динаміку маси тіла. Виявлені зміни слід документувати та передавати сімейному лікарю для визначення подальшої тактики.

Важливим напрямом роботи є навчання пацієнта самоконтролю. Медична сестра пояснює, як спостерігати за симптомами, вести щоденник показників і дотримуватися призначень лікаря та рекомендацій щодо лікування. Особливу увагу слід приділяти розпізнаванню ознак погіршення стану пацієнта та алгоритму дій у таких випадках. Варто не лише інформувати пацієнта про рекомендації, а й перевіряти, наскільки правильно він їх розуміє та чи здатний застосовувати на практиці.

Підтримка прихильності до лікування є одним із ключових напрямів супроводу. Під час спілкування варто з'ясовувати, чи не пропускає пацієнт прийом лікарських засобів, чи розуміє призначення препаратів і з якими труднощами стикається. Причинами невиконання рекомендацій можуть бути складність схеми лікування, недостатня поінформованість або соціальні обставини. Виявлення проблем, які виникають у процесі лікування, дає змогу обговорити з пацієнтом можливі шляхи їх усунення. Будь-які зміни в медикаментозному лікуванні здійснюються за призначенням лікаря.

За згодою пацієнта до навчання можна залучати членів родини, особливо якщо людина потребує допомоги в повсякденному самообслуговуванні. Родичам важливо пояснити, як підтримувати виконання рекомендацій і на які

зміни стану слід звертати увагу, не підмінюючи при цьому самостійність пацієнта там, де вона збережена.

Окремого планування потребує спостереження після виписки зі стаціонару. Телефонний контакт або запланований амбулаторний візит дає змогу уточнити самопочуття пацієнта, перевірити розуміння рекомендацій і визначити потребу в консультації лікаря. Настанови з ведення серцевої недостатності наголошують на важливості організованого подальшого спостереження, доступності медичної допомоги та взаємодії фахівців [1, 2]. Основні напрями медсестринського супроводу пацієнтів із ХСН узагальнено в таблиці.

Таблиця

Основні напрями медсестринського супроводу пацієнтів із ХСН

Напрям	Зміст діяльності медичної сестри
Клінічне спостереження	Оцінювання симптомів, контроль АТ, ЧСС, маси тіла, документування змін
Навчання самоконтролю	Ведення щоденника, спостереження за масою тіла та симптомами, розпізнавання ознак погіршення
Підтримка прихильності до лікування	Уточнення дотримання призначень, виявлення труднощів, пояснення рекомендацій
Психосоціальна підтримка	З’ясування потреб пацієнта, обговорення труднощів лікування, залучення родини за згодою пацієнта
Координація допомоги	Взаємодія із сімейним лікарем та іншими фахівцями, організація подальшого спостереження

Зазначені напрями є взаємопов’язаними. Ефективність супроводу залежить не лише від регулярності спостереження, а й від того, чи може пацієнт застосовувати отримані рекомендації у повсякденному житті. Тому під час планування медсестринської допомоги необхідно враховувати фізичний стан людини, її здатність до самодогляду, рівень розуміння інформації та наявність підтримки з боку родини.

1. Організація медсестринської допомоги пацієнтам із ХСН на первинному рівні передбачає спостереження за клінічним станом, навчання самоконтролю, підтримку прихильності до лікування та координацію подальшої допомоги.

2. Практичне значення медсестринського супроводу полягає у своєчасному виявленні проблем, що потребують уваги медичного працівника, та підтримці пацієнта у повсякденному виконанні рекомендацій.

3. Подальші дослідження доцільно спрямувати на визначення впливу систематичної медсестринської допомоги на якість життя пацієнтів із ХСН.

ЛІТЕРАТУРА

1. McDonagh T. A., Metra M., Adamo M., et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*. 2021. Vol. 42, No. 36. P. 3599–3726.
2. Heidenreich P. A., Bozkurt B., Aguilar D., et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *Circulation*. 2022. Vol. 145, No. 18. P. e895–e1032.
3. Bozkurt B., Coats A. J. S., Tsutsui H., et al. Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure. Journal of Cardiac Failure. 2021. Vol. 27, No. 4. P. 387–413.
4. Григорець Д. К., Плеш І. А. Оцінка ефективності щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності в пацієнтів в амбулаторних умовах. *Медичні перспективи*. 2025. Т. 30, № 1. С. 39–46.

AL MARRAAWI H.
Second-year Master's student
in the specialty of Nursing,
Academic Supervisors:
SOHUIKO Yu. R.,
PhD in Medical Sciences, Associate Professor,
SHAPOVAL T.M.,
Andrei Krupynskyi Lviv Medical Academy

EVIDENCE-BASED PRINCIPLES OF MODERN NURSING WOUND CARE

In wound care, outcomes depend not only on how well individual procedures are performed, but also on the clinical decisions nurses make each day. Postoperative wounds, traumatic injuries, pressure ulcers, and diabetic foot ulcers may present with similar external signs but differ in their underlying causes and the conditions required for healing. Using the same dressings for every patient therefore does not reflect current understanding of wound healing [1, pp. 183–195; 2, pp. 6–33].

Wound healing follows four main phases: haemostasis, inflammation, proliferation, and tissue remodelling. Acute wounds typically progress through these phases in a relatively orderly manner, whereas chronic wounds often remain in the inflammatory phase for a prolonged period. Contributing factors include impaired blood supply, prolonged pressure, oedema, underlying diseases, and uncontrolled infection. In such circumstances, the nurse's role extends beyond treating the wound surface to identifying factors that hinder tissue repair and communicating relevant information to the healthcare team [1, pp. 183–195].

Modern wound care begins with a comprehensive assessment of both the patient and the wound. In addition to the aetiology of the injury, it is necessary to consider the patient's mobility, nutritional status, the presence of diabetes mellitus or vascular disease, the level of pain, and the patient's ability to perform self-care. Wound documentation should include its location, length, width and, where necessary, depth, the condition of the wound edges and surrounding skin, the type of tissue present in the wound bed, the amount of exudate, odour, and possible signs of infection. Repeated assessment using consistent criteria makes it possible to distinguish genuine improvement from temporary changes in the wound's appearance. Current international guidelines for the prevention of pressure injuries emphasise the need for systematic risk assessment, skin monitoring, and individualised preventive measures [3].

Wound bed preparation is often guided by the TIME approach, which focuses on non-viable tissue (T), infection and inflammation (I), moisture balance (M), and wound edges and epithelialisation (E). The TIME framework helps nurses organise their observations, although identifying the underlying cause of the wound remains essential. In particular, without relieving pressure in patients with pressure injuries or ensuring appropriate foot offloading in patients with neuropathic ulcers, even technically correct dressing procedures may be of limited effectiveness. Therefore, the nursing care plan should combine local wound care with measures aimed at preventing further tissue damage [1, pp. 183–195; 2, pp. 6–33; 6].

Modern wound dressings are selected according to the clinical condition of the wound rather than the novelty or cost of the product. Their purpose is to protect the wound surface, maintain an appropriate moisture balance, absorb excess exudate, and avoid damaging tissues during dressing changes. Dry wounds and wounds with heavy exudate require different approaches; in cases of excessive moisture, it is important to prevent maceration of the surrounding skin. At the same time, the strength of the evidence supporting individual specialised products varies. The 2023 IWGDF guidelines do not support the routine use of certain antimicrobial and other specialised dressings solely to accelerate the healing of diabetic foot ulcers [4].

Nurses also need to distinguish between microbial colonisation of a wound and clinically significant infection. Warning signs include increasing pain, increased wound exudate, changes in the appearance of granulation tissue, redness, local warmth, swelling, or deterioration in the patient's general condition. However, the absence of a marked fever or purulent discharge does not always rule out infection in a chronic wound [2, pp. 6–33]. The IWGDF/IDSA guidelines emphasise that clinically uninfected diabetic foot ulcers should not be treated with antibiotics for prophylactic purposes. For nurses, this means the need for careful monitoring, adherence to infection prevention and control measures, and timely communication with the physician rather than the independent use of antimicrobial medications [5].

However, new wound care technologies should be assessed critically. Negative pressure wound therapy, advanced wound care materials, and other methods of stimulating healing may expand treatment options, but they do not eliminate the need for basic wound care. In particular, the IWGDF guidelines recommend considering negative pressure wound therapy as an adjunctive treatment for postoperative foot wounds in people with diabetes but do not recommend its routine use as an adjunctive treatment for non-surgical diabetic foot ulcers. In nursing practice, particular importance is placed on correctly following prescribed treatment, monitoring the integrity of the system's seal, assessing skin condition, and ensuring patient comfort [4].

Preventing further tissue damage is also essential for effective wound care. For patients at risk of pressure injuries, preventive care includes skin assessment, assistance with repositioning, the use of pressure-redistributing support surfaces, and caregiver education [3]. In patients with diabetic foot ulcers, offloading the affected area is a key component of treatment. The choice of an appropriate offloading device depends on the type of ulcer, the presence of infection or ischaemia, and the patient's ability to follow recommendations [6]. These interventions require coordinated efforts from the nurse, physician, and patient.

A patient-centred approach involves regular pain assessment, explaining the purpose of procedures, and involving patients in decision-making. For patients, it is not only the rate at which the wound area decreases that matters, but also their ability to move without pain, sleep, maintain personal hygiene, and carry out everyday activities. When complete wound healing is limited by a severe general health condition or inadequate blood supply, the focus of care shifts towards symptom management, tissue protection, and preserving quality of life [1, pp. 183–195; 2, pp. 6–33].

Continuity of care is essential when patients move from hospital treatment to outpatient follow-up and home care. Nursing documentation should record not only that a dressing change has been performed but also the condition of the wound before and after the intervention, the patient's response, the dressing used, changes in pain levels, and the reasons for any adjustments to the care plan. Patients and their relatives should be informed about how to protect the wound, follow prescribed treatment, recognise warning signs, and understand when medical attention is needed. Nursing care can then be evaluated by its clinical outcomes rather than simply by the number of procedures performed [1, pp. 183–195; 3].

Modern nursing wound care is a continuous process that begins with identifying patient needs and assessing the wound. This is followed by setting care goals, carrying out evidence-based interventions, documenting changes in wound condition, and adjusting the care plan when necessary. Clinical observation, evidence-based recommendations and attention to individual patient needs together form the theoretical basis for high-quality nursing care for patients with wounds of different origins.

REFERENCES

1. Sibbald R. G., Elliott J. A., Persaud-Jaimangal R. et al. Wound Bed Preparation 2021. Advances in Skin & Wound Care. 2021. Vol. 34, No. 4. P. 183–195. DOI: 10.1097/01.ASW.0000733724.87630.d6.

2. Gould L. J., Alderden J., Aslam R. et al. WHS guidelines for the treatment of pressure ulcers-2023 update. Wound Repair and Regeneration. 2024. Vol. 32, No. 1. P. 6–33. DOI: 10.1111/wrr.13130.
3. National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. The International Guideline. 4th ed. / edited by E. Haesler. 2026. URL: https://www.internationalguideline.com/the-international-guideline (accessed: 18 October 2026).
5. Chen P., Campillo Vilorio N., Dhatariya K. et al. Guidelines on interventions to enhance healing of foot ulcers in people with diabetes (IWGDF 2023 update). Diabetes/Metabolism Research and Reviews. 2024. Vol. 40, No. 3. Article e3644. DOI: 10.1002/dmrr.3644.
6. Senneville É., Albalawi Z., van Asten S. A. et al. IWGDF/IDSA guidelines on the diagnosis and treatment of diabetes-related foot infections (IWGDF/IDSA 2023). Diabetes/Metabolism Research and Reviews. 2024. Vol. 40, No. 3. Article e3687. DOI: 10.1002/dmrr.3687.
7. Bus S. A., Armstrong D. G., Crews R. T. et al. Guidelines on offloading foot ulcers in persons with diabetes (IWGDF 2023 update). Diabetes/Metabolism Research and Reviews. 2024. Vol. 40, No. 3. Article e3647. DOI: 10.1002/dmrr.3647.

ЯРЕМЧУК О.В.
к.держ.упр.
Львівська медична академія імені Андрея Крупинського

СУЧАСНА РОЛЬ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ / БРАТА МЕДИЧНОГО У КОМАНДІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ, ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ ТА КОМУНІКАЦІЯ З РОДИНОЮ

Первинна медична допомога є важливою складовою системи охорони здоров'я, оскільки саме на цьому рівні забезпечується перший контакт пацієнта з медичними працівниками, профілактика захворювань, раннє виявлення патологічних станів, лікування найбільш поширених хвороб та тривалий їх супровід. В умовах реформування медичної галузі, зростання поширеності хронічних неінфекційних захворювань і підвищення потреб населення в доступ ній медичній допомозі особливого значення набуває професійна діяльність сестри медичної.

Сучасна сестра медична / брат медичний є не лише виконавцем лікарських призначень, а й активним учасником команди первинної медичної допомоги. Медичні працівники беруть участь у профілактичних заходах, здійснює медсестринський догляд, навчає пацієнтів основам самоконтролю та здорового способу життя, підтримує родини й сприяє формуванню відповідального ставлення населення до власного здоров'я.

Первинна медична допомога ґрунтується на принципах доступності, безперервності, комплексності, орієнтованості на потреби пацієнта та взаємодії медичних працівників.[1] У цій системі сестра медична / брат медичний посідають важливе місце, забезпечуючи взаємозв'язок між сімейним лікарем, пацієнтом, його родиною та іншими фахівцями. Ефективна командна робота дає змогу своєчасно виявляти проблеми зі здоров'ям, координувати медичну допомогу та забезпечувати індивідуальний підхід до кожної людини.

Одним із провідних напрямів діяльності сестри медичної / брата медичного є профілактика захворювань. Вони беруть участь в організації профілактичних оглядів, вимірюванні артеріального тиску, визначенні антропометричних показників, оцінюванні факторів ризику серцево-судинних захворювань, цукрового діабету та інших поширених патологій. Важливим напрямом є участь у проведенні вакцинації відповідно до чинного календаря

профілактичних щеплень [2], інформування населення про її значення та формування прихильності до імунопрофілактики.[3]

Особливу увагу сестра медична / брат медичний приділяють санітарно-просвітницькій роботі. Вони інформують пацієнтів про раціональне харчування, фізичну активність, дотримання режиму праці та відпочинку, відмову від тютюнопаління, зловживання алкоголю та наркотичних речовин. Важливим завданням є підвищення медичної грамотності населення, розвінчування поширених міфів щодо профілактики та лікування захворювань, заохочення людей до регулярного контролю стану здоров'я.

Ще одним важливим напрямом в ПМД є забезпечення якісного медсестринського догляду за пацієнтами. Сестра медична / брат медичний здійснює спостереження за станом здоров'я, оцінює скарги та потреби пацієнта в межах своєї компетентності, виконує призначення лікаря, проводить необхідні маніпуляції, контролює дотримання рекомендацій. Особливого значення набуває супровід осіб із хронічними захворюваннями, пацієнтів похилого віку, людей з інвалідністю та тих, хто потребує паліативної допомоги.

Важливою складовою роботи є індивідуальний підхід до пацієнтів. Сестра медична / брат медичний допомагає людям краще розуміти особливості свого захворювання, дотримуватися рекомендацій щодо лікування, контролювати показники здоров'я та своєчасно звертатися по медичну допомогу в разі погіршення стану. Така підтримка сприяє підвищенню прихильності до лікування, запобіганню ускладненням і покращенню якості життя.

Сучасна медсестринська діяльність передбачає також ефективну комунікацію та командну взаємодію. Сімейна сестра медична / брат медичний співпрацює із сімейним лікарем, лікарями-спеціалістами, психологами, соціальними працівниками та іншими фахівцями. Вона бере участь в обміні інформацією про потреби пацієнта, сприяє координації медичної допомоги, за необхідності допомагає організувати направлення до відповідних спеціалістів. Важливими професійними якостями є відповідальність, емпатія, комунікабельність, дотримання медичної етики, конфіденційності та принципів академічної й професійної доброчесності.

Окремої уваги заслуговує участь сестри медичної / брата медичного у системі заходів із забезпечення здоров'я населення. Їх діяльність спрямована не лише на допомогу окремому пацієнтові, а й на покращення здоров'я населення загалом. Це передбачає участь у профілактичних кампаніях, інформаційно-просвітницьких заходах, виявленні факторів ризику,

формуванні навичок здорового способу життя та підвищенні обізнаності громади щодо попередження інфекційних і неінфекційних захворювань.

У сучасних умовах важливого значення набуває цифровізація медсестринської діяльності.[5] Використання електронної системи охорони здоров'я, ведення медичної документації, фіксація результатів спостереження та проведених втручань сприяють безперервності медичної допомоги й ефективному обміну інформацією між членами команди. Водночас сестра медична / брат медичний повинні постійно вдосконалювати професійні знання, опановувати сучасні технології та дотримуватися вимог захисту персональних даних пацієнтів.

Отже, сучасна сімейна сестра медична / брат медичний є важливими учасниками команди первинної медичної допомоги. Їх професійна діяльність охоплює профілактику захворювань, медсестринський догляд, навчання пацієнтів, комунікацію з родинами та участь у програмах з охорони та зміцнення здоров'я населення. Розширення професійних компетентностей, безперервний професійний розвиток і ефективна командна взаємодія сприятимуть підвищенню якості, доступності та результативності медичної допомоги населенню.

ЛІТЕРАТУРА

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. Стаття 35-1 «Первинна медична допомога».
2. Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів : наказ МОЗ України від 16.09.2011 № 595 (зі змінами).
3. Про затвердження Змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні : наказ МОЗ України від 14.11.2025 № 1722.
4. World Health Organization. Primary health care: questions and answers. 11 August 2022.
5. Національна служба здоров'я України. Нові можливості для медичних сестер та братів в ЕСОЗ: надано можливість самостійно реєструвати та оновлювати дані пацієнта. 09.05.2026. URL: https://nszu.gov.ua/news/novi-mozhlyvosti-dlia-medychnykh-sester-ta-brativ-v-es

БЯЛИЙ А.О.
викладач
Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського

СТРЕС ТА ШКІРА: ПСИХОСОМАТИЧНІ ТА ФІЗІОЛОГІЧНІ ВЗАЄМОЗВЯЗКИ

Шкіра — це найбільший орган чаловіка, який виконує роль бар'єру між внутрішнім середовищем організму та зовнішнім світом. Завдяки єдиному ембріональному походженню (ектодерма) шкіра і нервова система тісно пов'язані між собою анатомічно та функціонально.Будь-який психоемоційний стрес миттєво запускає каскад нейро-ендокринних реакцій, які безпосередньо впливають на стан і зовнішній вигляд шкірних покривів.

Ще кілька років тому чутлива шкіра асоціювалася переважно з генетикою або дерматологічними станами. Сьогодні ж дедалі більше людей помічають, що їхня шкіра стає реактивною **без видимих причин**: з'являється почервоніння, печіння, стягнутість, висипання або відчуття дискомфорту після звичних засобів.

Дерматологи все частіше говорять про нове явище — **стрес-індуковану чутливість шкіри**, яка напряму пов'язана з ритмом сучасного життя.

Хронічний стрес активує нервово-ендокринні шляхи, що призводить до посилення запальних реакцій та порушення функцій шкірного бар'єру, оскільки мозок і шкіра взаємодіють через гормони й імунні сигнали

Сучасна дерматологія дедалі частіше розглядає шкіру не як ізольований орган, а як частину складної **нейро-імуно-ендокринної системи.** Однією з ключових концепцій останніх років стала так звана **brain–skin connection** — тісний двосторонній зв'язок між нервовою системою та шкірою.

Згідно з науковими даними, шкіра здатна **реагувати на психологічний стрес так само, як і мозок:** вона має рецептори до гормонів стресу, здатна синтезувати нейропептиди та активно залучається до імунної відповіді. Це означає, що хронічний стрес не просто «відображається» на шкірі — він **безпосередньо змінює її фізіологію.**

Кортизол порушує процеси регенерації та значно уповільнює загоєння ран і мікропошкоджень. Призводить до руйнування білкових структур — колагену та еластину, що знижує пружність та еластичність шкіри.

Хронічний стрес стимулює вироблення цитокінів, які провокують загальне системне та локальне запалення шкіри, посилюючи окислювальний стрес (вільні радикали).

Психосоматичний фактор є ключовим тригером або обтяжуючою умовою для багатьох дерматозів:

– **Акне та себорея:** Під впливом андрогенів і кортизолу активізується робота сальних залоз. Надлишок шкірного сала (себуму) разом із потовщенням рогового шару епідермісу призводить до закупорки пор і появи висипань.

– **Загострення хронічних дерматозів:** Стрес є доведеним каталізатором для спалахів псоріазу, атопічного дерматиту, екземи та розацеа. Зростає чутливість нервових закінчень, що викликає сильне свербіння та почервоніння.

– **Порушення бар'єрної функції та зневоднення:** Зменшується синтез захисних ліпідів, зростає трансепідермальна втрата вологи. Шкіра стає сухою, тьмяною, гіперреактивною.

– **Передчасне старіння (Inflammaging):** Хронічне запалення на фоні стресу поєднується з руйнуванням гіалуронової кислоти та колагену, що візуально проявляється у вигляді зморшок і втрати тонусу.

Оскільки зв’язок між шкірою та психікою є двостороннім (хвора шкіра травмує психіку, а стрес руйнує шкіру), лікування та профілактика повинні бути комплексним:

Дерматологічний догляд: Використання космецевтики для відновлення захисного (ліпідного) бар’єру, зволоження та м'якого протизапального догляду.

Психотерапевтична підтримка: Техніки релаксації, робота зі стресостійкістю, нормалізація режиму сну та відпочинку.

Медикаментозна корекція: У тяжких випадках — залучення профільних спеціалістів (дерматологів, психотерапевтів, ендокринологів).

Шкіра слугує своєрідним "дзеркалом" внутрішнього психоемоційного стану людини. Розуміння нейрогенної природи дерматологічних проблем дозволяє застосовувати патогенетично обґрунтовану терапію, поєднуючи класичне дерматологічне лікування з методами зниження рівня стресу

Чутлива шкіра через стрес — це не слабкість і не «примха», а сигнал організму про перевантаження. У більшості випадків вона потребує не агресивного лікування, а спокою, стабільності та делікатної підтримки. Правильно підібраний догляд допомагає шкірі поступово відновити бар’єр, зменшити реактивність і повернути відчуття комфорту — разом із відчуттям контролю над власним станом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Оніщенко В. В. Психосоматичні аспекти в дерматології: сучасний погляд на проблему // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2021.
2. Коляденко В. Г., ред. Дерматологія і венерологія: підручник. — К.: Медицина, 2019.
3. Chen Y., Lyga J. Brain-Skin Connection: Stress, Inflammation and Skin Aging // Inflammation & Allergy-Drug Targets (The Open Inflammation Journal). — 2014.
4. *Garg A., Chren M. M., Sands L. P., et al.* Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis // Archives of Dermatology. — 2001.
5. https://vesna.care/sensitive-skin-due-to-stress/?srsltid=AYCX9vLnnMimylFjINrxZVbWH31lI-eA8fJSMdMUzG-5cg4avDz07iaj

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

РОЛЬ ВІТАМІНУ D В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Вітамін D виконує функції стероїдного гормону, який забезпечує не тільки підтримку кальцієво-фосфорного балансу та здоров'я кісток, а й активно впливає на регуляцію імунних реакцій, процеси поділу та спеціалізації клітин. Наявність рецепторів до вітаміну D (VDR) і ферменту 1α-гідроксилази безпосередньо в клітинах щитовидної залози вказує на можливість його прямої дії на тиреоцити.

Сучасні наукові дані підтверджують тісний взаємозв'язок між нестачею вітаміну D і виникненням аутоімунних уражень щитовидної залози, зокрема тиреоїдиту Хашимото, дифузного токсичного зоба (хвороби Грейвса), а також гіпотиреозу різного походження. Знижена концентрація 25(OH)D супроводжується зростанням рівнів антитіл до тиреопероксидази (АТ-ТПО) і тиреоглобуліну (АТ-ТГ) та асоціюється з більш тяжким перебігом захворювання.

Враховуючи значну поширеність як гіповітамінозу D, так і патології щитовидної залози серед населення, визначення вмісту 25(OH)D набуває істотного діагностичного та прогностичного значення в клінічній ендокринології. Такий підхід сприяє ранньому виявленню факторів ризику, передбаченню динаміки аутоімунного процесу та удосконаленню стратегії ведення хворих.

Статус вітаміну D в організмі оцінюють переважно за концентрацією його основного метаболіту — 25-гідроксивітаміну D [25(OH)D], який має тривалий період циркуляції в крові. Оптимальним вважають показник понад 30 нг/мл (75 нмоль/л), рівень 20–30 нг/мл розцінюють як недостатність, а значення нижче 20 нг/мл — як дефіцит [1,2].

Численні систематичні огляди та метааналізи засвідчують, що у хворих на аутоімунні захворювання щитовидної залози, тиреоїдит Хашимото та гіпотиреоз концентрація 25(OH)D істотно нижча, ніж у здорових осіб. Дефіцит цього вітаміну виявляють у 60–90 % пацієнтів із тиреоїдитом Хашимото.

Встановлено обернену залежність між рівнем 25(OH)D і титрами АТ-ТПО та АТ-ТГ: чим нижчий вміст вітаміну D, тим вищі показники антитіл. Аналогічну тенденцію до гіповітамінозу D часто спостерігають і при хворобі Грейвса, особливо за наявності ендокринної офтальмопатії [3,4].

Вплив вітаміну D на щитовидну залозу реалізується переважно через імуномодулюючі механізми: він стимулює формування регуляторних Т-лімфоцитів (Treg), пригнічує прозапальні шляхи Th1 і Th17, знижує синтез цитокінів та аутоантитіл. Окрім того, вітамін D здатний модулювати функцію осі гіпоталамус–гіпофіз–щитовидна залоза, впливаючи на секрецію тиреотропного гормону [5].

У клінічній практиці визначення 25(OH)D доцільно проводити:

- пацієнтам із вперше діагностованим гіпотиреозом або підвищеними титрами АТ-ТПО/АТ-ТГ;
- при аутоімунному тиреоїдиті та хворобі Грейвса (особливо в активній стадії);
- у разі недостатньої відповіді на замісну терапію левотироксином;
- при поєднанні захворювань щитовидної залози з остеопорозом, хронічною хворобою нирок або метаболічним синдромом.

Моніторинг рівня 25(OH)D дає змогу не лише оцінити забезпеченість організму вітаміном D, а й передбачити ймовірність прогресування аутоімунного процесу та ефективність подальшої корекції [6].

Вітамін D має важливе значення в діагностиці захворювань щитовидної залози, насамперед аутоімунного характеру. Знижена концентрація 25(OH)D виступає маркером підвищеного ризику розвитку тиреоїдиту Хашимото, гіпотиреозу та хвороби Грейвса, а також відображає активність аутоімунного процесу через кореляцію з високими титрами антитіл. Визначення 25(OH)D варто розглядати як обов’язковий елемент обстеження пацієнтів із патологією щитовидної залози, оскільки воно сприяє своєчасному виявленню дефіциту, оцінці прогнозу та обґрунтованому призначенню коригуючої терапії. Отже, вітамін D є значущим діагностичним і прогностичним параметром у сучасній ендокринологічній практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Lebiedzinski F., Lisowska K.A. The Impact of Vitamin D on Immune Function and Its Role in Hashimoto’s Thyroiditis: A Narrative Review. *Life*. 2024 Vol.14, №6:771.

2. Sun W., Ding C., Wang Y., Li G., Su Z., Wang X. Vitamin D deficiency in Hashimoto’s thyroiditis: mechanisms, immune modulation, and therapeutic implications. *Frontiers in Endocrinology*. 2025 Vol.16:1576850.
3. Luo D., Li B., Shan Z., Teng W., Liu Q., Li J. The impacts of vitamin D supplementation on serum levels of thyroid autoantibodies in patients with autoimmune thyroid disease: a meta-analysis. *PeerJ*. 2025 Vol.13:e19541.
4. Bendotti G., Mele C., Costantini L., Ragni A., Leporati P., Biamonte E., Gallo M. The Role of Vitamin D in Autoimmune Thyroid Diseases: From Immunomodulation to Clinical Implications. *Nutrients*. 2026 Vol.18, №2:217.
5. Cheng K., Hu Y., Li Y., Zhang Y., Wang J., Zhang C. Vitamin D as a central modulator of thyroid diseases: mechanisms and clinical implications. *Frontiers in Immunology*. 2026 Vol.17:1748648.
6. Sun X., Kou C., Feng Y., He X., Song X., Ding Q. et al. The association between vitamin D and hypothyroidism: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition & Metabolism*. 2026 Vol.23:94.

ШОСТАК Б. О.,
старший викладач кафедри медсестринства та екстреної медицини,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
ВАЛЕЦЬКИЙ Ю. М.,
д.мед.н., проф.,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
ГУМЕНЮК А. М.,
студентка 2 курсу, першого (бакалаврського) рівня
вищої освіти, спеціальності «Медсестринство»,
КЗВО «Волинський медичний інститут»

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ: СУЧАСНА РОЛЬ ПАРАМЕДИКА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Травматичні ушкодження належать до найбільш значущих медико-соціальних проблем сучасності. Щороку у світі внаслідок травм та насильства помирають мільйони людей, а значна кількість постраждалих отримує ушкодження, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, інвалідизації та необхідності тривалої реабілітації [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, травми та насильство щороку спричиняють близько 4,4 млн смертей у світі, а для людей віком 5–29 років травматичні причини становлять три з п'яти провідних причин смерті [1].

Ефективність допомоги постраждалим значною мірою залежить від своєчасності розпізнавання життєзагрозливих станів та виконання необхідних втручань уже на догоспітальному етапі. ВООЗ розглядає екстрену допомогу як інтегровану систему часозалежної медичної допомоги, у якій раннє розпізнавання, первинні втручання, транспортування та подальше лікування є взаємопов'язаними компонентами [2].

В Україні особливого значення набуває підготовка парамедиків до роботи з цивільною та бойовою травмою. У 2024 році МОЗ України затвердило нові клінічні протоколи за напрямом «Бойова травма», зокрема щодо бойової торакальної та судинної травми [3], а також тяжкої травми голови, гострої дихальної недостатності, переломів таза й кінцівок та ампутацій [4].

Узагальнити сучасні принципи надання екстреної медичної допомоги постраждалим із травмами на догоспітальному етапі та визначити ключові завдання парамедика щодо раннього виявлення і корекції життєзагрозливих станів.

Травма може супроводжуватися одночасним ушкодженням декількох анатомічних ділянок та розвитком критичних порушень дихання, кровообігу або свідомості. Тому первинне завдання парамедика полягає не у встановленні повного клінічного діагнозу на місці події, а у швидкому виявленні станів, які безпосередньо загрожують життю, їх негайній корекції та визначенні необхідності термінового транспортування.

Першим етапом є оцінювання безпеки місця події. Парамедик повинен переконатися у відсутності безпосередньої загрози для себе, членів бригади та постраждалого. Особливого значення це набуває під час дорожньо-транспортних пригод, пожеж, обвалів, промислових аварій та бойових травм. Безпечна організація роботи є необхідною передумовою ефективної допомоги.

Після забезпечення безпеки здійснюють первинний огляд постраждалого. Практично доцільним є використання структурованого підходу XABCDE, який дає можливість послідовно виявляти та усувати найбільш небезпечні порушення. WHO/ICRC Basic Emergency Care навчає систематичному підходу до первинної оцінки гостро хворих і травмованих пацієнтів та наголошує на часозалежних станах, де раннє втручання може врятувати життя [5].

Таблиця

Основні етапи первинного огляду постраждалого за принципом XABCDE

Етап	Основне завдання парамедика	Приклади втручань
X – exsanguination	Виявлення масивної зовнішньої кровотечі	Прямий тиск, тампонування, турнікет, гемостатичні засоби
A – airway	Оцінювання та забезпечення прохідності дихальних шляхів	Очищення дихальних шляхів, відповідні маневри, засоби підтримки прохідності
B – breathing	Оцінювання дихання та життєзагрозливих ушкоджень грудної клітки	Киснева підтримка за показаннями, оклюзійні пов’язки та інші протокольні втручання
C – circulation	Оцінювання кровообігу та ознак шоку	Контроль кровотечі, моніторинг, судинний доступ за протоколом
D – disability	Оцінювання неврологічного статусу	Оцінювання свідомості, зіниць, глюкози за показаннями
E – exposure/environment	Повний огляд та запобігання додатковим ушкодженням	Виявлення прихованих травм, запобігання переохолодженню

Такий алгоритмічний підхід дає змогу не втрачати час на другорядні проблеми до усунення безпосередніх загроз життю. Систематизований первинний огляд є важливою складовою сучасної догоспітальної допомоги при травмі [5].

Одним із найважливіших завдань парамедика є контроль масивної кровотечі. Значна крововтрата може швидко призвести до геморагічного шоку та смерті. Тому кровотеча, що становить безпосередню загрозу життю, має бути виявлена й контрольована ще до виконання інших етапів первинного огляду.

Залежно від локалізації та характеру ушкодження можуть застосовуватися прямий тиск на рану, тампонування, гемостатичні засоби та турнікети. Парамедик повинен контролювати ефективність втручання та документувати час виконання критично важливих процедур.

Особливого значення контроль кровотечі набуває при бойовій травмі. Українські клінічні протоколи 2024 року включають окремі документи щодо бойової торакальної та судинної травми, тяжкої травми голови, переломів таза і кінцівок, гострої дихальної недостатності та ампутацій [3, 4].

При оцінюванні дихальних шляхів парамедик звертає увагу на можливість їх обструкції, наявність крові, блювотних мас, сторонніх тіл та ознак травми обличчя або шиї. У постраждалих із порушенням свідомості ризик обструкції дихальних шляхів підвищується. За необхідності використовуються відповідні маневри та засоби підтримки прохідності дихальних шляхів згідно з чинними протоколами.

Наступним етапом є оцінювання дихання. Необхідно визначити частоту та характер дихання, сатурацію за наявності відповідного обладнання, симетричність рухів грудної клітки та можливі ознаки тяжкої травми грудної клітки. Особливу увагу приділяють станам, які можуть швидко призвести до дихальної недостатності.

При травмі грудної клітки можливі переломи ребер, пневмоторакс, гемоторакс, забій легень та інші ушкодження. Завдання парамедика полягає у швидкому розпізнаванні небезпечних ознак, підтриманні адекватної оксигенації та виконанні передбачених протоколом втручань.

Під час оцінювання кровообігу парамедик визначає пульс, артеріальний тиск, стан периферичної перфузії, колір та температуру шкіри, рівень свідомості та інші ознаки шоку. Важливо пам’ятати, що нормальний артеріальний тиск на ранніх етапах не завжди виключає значну крововтрату. Саме тому оцінювання постраждалого повинно бути комплексним і повторюватися в динаміці.

При травматичному шоці важливими завданнями є контроль кровотечі, запобігання переохолодженню, своєчасне розпізнавання погіршення стану та швидке транспортування до закладу, здатного забезпечити остаточне лікування травми. ВООЗ підкреслює важливість організації догоспітальної допомоги, транспортування та своєчасного направлення до відповідного рівня допомоги [2, 6].

Окрему увагу приділяють оцінюванню неврологічного статусу. Парамедик визначає рівень свідомості, реакцію зіниць, наявність рухових або чутливих порушень та інші ознаки можливої черепно-мозкової травми. У разі тяжкої травми голови необхідне постійне спостереження за станом постраждалого та запобігання вторинним ушкодженням.

При підозрі на травму хребта оцінюють механізм травми, неврологічні симптоми та інші клінічні ознаки. Іммобілізація повинна здійснюватися відповідно до показань і чинного протоколу, з урахуванням необхідності не затримувати безпідставно транспортування.

Після усунення безпосередніх загроз життю проводиться детальніший огляд постраждалого. Парамедик повинен шукати приховані ушкодження, які могли залишитися непоміченими під час первинної оцінки. Особливого значення набувають огляд спини, пахвових ділянок, промежини та кінцівок.

Особливості допомоги при політравмі. Політравма є одним із найбільш складних станів для догоспітальної медицини. Поєднання ушкоджень декількох органів і систем може швидко призвести до декомпенсації. Основною помилкою може бути надмірна концентрація уваги на одному видимому ушкодженні при одночасному ігноруванні інших життєзагрозливих станів.

Парамедик повинен дотримуватися принципу пріоритетності життєзагрозливих проблем, повторювати первинний огляд та оцінювати ефективність проведених втручань. У випадку тяжкої травми важливо не лише надати необхідну допомогу на місці події, а й визначити правильний маршрут транспортування до відповідного рівня травматологічної допомоги.

Парамедик як ключова ланка догоспітальної допомоги. Сучасна роль парамедика виходить за межі виконання окремих медичних маніпуляцій. Парамедик повинен приймати клінічні рішення в умовах обмеженого часу та неповної інформації, працювати в команді, координувати дії під час евакуації та забезпечувати передачу важливої інформації наступному рівню медичної допомоги.

Важливим компонентом роботи є повторне оцінювання стану. Навіть після успішного первинного стабілізування стан постраждалого може погіршитися. Тому перед транспортуванням і під час нього необхідно контролювати свідомість, дихання, гемодинаміку, кровотечі та ефективність проведених втручань.

Не менш важливою є комунікація. Під час передачі постраждалого до закладу охорони здоров'я парамедик повинен стисло повідомити механізм травми, виявлені ушкодження, життєві показники, проведені втручання, реакцію на них та час виконання критично важливих процедур.

Особливості роботи в умовах масових уражень та воєнного часу. В умовах масових уражень завдання парамедика ускладнюються необхідністю одночасно оцінювати декількох постраждалих і визначати пріоритетність надання допомоги. У таких ситуаціях індивідуальний підхід до кожного пацієнта має доповнюватися принципами медичного сортування.

Метою сортування є визначення пріоритетів таким чином, щоб доступні ресурси були спрямовані на максимальне збереження життя. ВООЗ та партнери використовують стандартизовані інструменти сортування, орієнтовані на швидке визначення тяжкості стану та пріоритетності втручань [6].

В умовах воєнного конфлікту особливого значення набувають вибухові, проникаючі, осколкові та комбіновані ушкодження. МОЗ України у 2024 році затвердило окремі клінічні протоколи щодо бойової торакальної та судинної травми, тяжкої травми голови, гострої дихальної недостатності, переломів таза і кінцівок та ампутацій [3, 4].

Важливою особливістю роботи в умовах небезпеки є принцип безпеки медичного персоналу. Оцінювання обстановки, взаємодія з іншими службами, використання засобів індивідуального захисту та правильна організація евакуації є невід'ємними компонентами роботи.

Обговорення. Сучасна модель допомоги при травмі ґрунтується на принципах раннього розпізнавання життєзагрозливих станів, швидкого виконання критично важливих втручань та транспортування постраждалого до закладу, де можливе остаточне лікування. ВООЗ наголошує, що ефективна допомога при травмі охоплює весь ланцюг – від першої допомоги та догоспітальної допомоги до лікарняного лікування, критичної допомоги та реабілітації [2, 6].

Таким чином, якість роботи парамедика визначається не кількістю виконаних маніпуляцій, а здатністю правильно встановити пріоритети. У постраждалого з тяжкою травмою необхідно першочергово усунути те

порушення, яке найбільш безпосередньо загрожує життю. Саме тому структуровані алгоритми первинного огляду, контроль масивної кровотечі, підтримання дихання і кровообігу, запобігання гіпотермії та своєчасна евакуація мають принципове значення.

Водночас сучасний парамедик повинен володіти не лише клінічними навичками, а й навичками командної роботи, комунікації, сортування та прийняття рішень в умовах невизначеності. Для України це особливо актуально з огляду на функціонування системи екстреної допомоги в умовах воєнного часу.

1. Травматичні ушкодження залишаються важливою причиною смерті та інвалідизації, а ефективність допомоги значною мірою залежить від її своєчасності.

2. Догоспітальний етап є критично важливою складовою системи травматологічної допомоги. Раннє виявлення життєзагрозливих станів і виконання необхідних втручань можуть запобігати погіршенню стану постраждалого.

3. Основою роботи парамедика при тяжкій травмі є структурований первинний огляд із пріоритетним контролем масивної кровотечі, забезпеченням прохідності дихальних шляхів, оцінюванням дихання, кровообігу та неврологічного статусу.

4. Важливою складовою професійної діяльності парамедика є повторне оцінювання стану постраждалого, правильне визначення маршруту транспортування та ефективна передача інформації наступному рівню медичної допомоги.

5. В умовах масових уражень та воєнного часу особливого значення набувають медичне сортування, безпека персоналу, командна взаємодія та володіння сучасними протоколами лікування бойової травми.

6. Подальше вдосконалення підготовки парамедиків, регулярне практичне тренування алгоритмів та уніфікація догоспітальної допомоги є важливими передумовами підвищення якості медичної допомоги постраждалим із травмами.

ЛІТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Injuries and violence [Електронний ресурс]. Geneva : WHO, 2024. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence (дата звернення: 02.10.2026).

2. World Health Organization. Emergency care [Електронний ресурс]. Geneva : WHO. URL: https://www.who.int/health-topics/emergency-care (дата звернення: 02.10.2026).
3. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 25.04.2024 № 714 «Про затвердження нових клінічних протоколів за темою "Бойова травма"». Київ, 2024.
4. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 16.07.2024 № 1237 «Про затвердження нових клінічних протоколів за темою "Бойова травма"». Київ, 2024.
6. World Health Organization ; International Committee of the Red Cross. Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured. Geneva : WHO, 2018. 144 p.
7. World Health Organization. Improving care of the injured [Електронний ресурс]. Geneva : WHO. URL: https://www.who.int/activities/improving-care-of-the-injured (дата звернення: 02.10.2026).

КОВАЛЕНКО І.О.,
здобувач освіти ІІ-го курсу
спеціальності «Терапія та реабілітація»
Черкаська медична академія
Науковий керівник:
ДЕМЧЕНКО А.В.,
к.пед.н., доц.,
Черкаська медична академія

ПЕДАГОГІЧНО-МОТИВАЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ФОРМУВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ДО САМОСТІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ

Ефективність та довготривалість результатів фізичної терапії значною мірою залежать не лише від точності підбору реабілітаційних вправ під час очних сесій, а й від систематичності виконання пацієнтом самостійних рухових призначень у межах домашніх програм [2, с. 115]. Проблема низької прихильності (комплаєнсу) пацієнтів до самостійних занять залишається одним із головних бар'єрів у досягненні стійкого відновлення функцій. За даними досліджень, значна частина пацієнтів знижує інтенсивність або повністю припиняє виконання рекомендованого комплексу вправ після завершення активного спостереження фахівцем [1, с. 42]. Метою роботи є обґрунтування доцільності застосування педагогічно-мотиваційного підходу у фізичній терапії для підвищення прихильності пацієнтів до самостійної рухової активності.

Потреба у підвищенні комплаєнсу зумовлює пошук додаткових інструментів впливу, що виходять за межі суто біомеханічної моделі відновлення. У цьому контексті виникає потреба переосмислення ролі фізичного терапевта, який має виступати не лише виконавцем маніпуляцій чи інструктором, а й педагогом та фасилітатором освітньо-відновлювального процесу [2, с. 128]. Сучасна фізична терапія передбачає зміщення фокусу з пасивного споживання медичних послуг на активне залучення пацієнта до свідомого управління власним здоров'ям. Педагогічно-мотиваційний підхід орієнтований на формування у пацієнта розуміння анатомо-фізіологічної суті виконуваних дій, засвоєння правильних рухових паттернів та розвиток навичок самоконтролю.

Сутність мотиваційного складника полягає у послідовній трансформації зовні зумовленої мотивації пацієнта (пошук полегшення болю, вимоги лікаря чи родини) у внутрішню, саморегульовану мотивацію збереження рухової

активності [3, с. 112]. Систематичне виконання вправ вимагає від особистості вольових зусиль, подолання страху перед можливим посиленням дискомфорту (кінезіофобії) та перебудови щоденного розпорядку дня. Застосування принципів теорії самодетермінації дозволяє фахівцю задовольнити базові психологічні потреби пацієнта: у компетентності (відчуття спроможності правильно виконати вправу), автономії (участь у виборі комфортного режиму занять) та зв'язку з іншими (відчуття підтримки у межах терапевтичного альянсу).

Практична реалізація педагогічно-мотиваційного підходу у фізичній терапії охоплює декілька послідовних кроків:

1. Пацієнтоцентрована просвіта: дохідливе пояснення механізму впливу кожного руху на відновлення функцій та запобігання ускладненням [2, с. 145].

2. Спільне цілепокладання: формулювання реалістичних, коротко-строкових і вимірюваних цілей, зрозумілих пацієнту (за принципом SMART) [3, с. 154].

3. Конструктивний зворотний зв'язок: систематичне обговорення суб'єктивних відчуттів, аналіз виникаючих бар'єрів та позитивне підкріплення навіть незначних успіхів.

4. Поступова передача відповідальності: передача пацієнту ролі активного суб'єкта відновлення з чітким алгоритмом самоконтролю та безпечної самокорекції.

Таким чином, впровадження педагогічно-мотиваційного підходу у практику фізичної терапії дає змогу подолати пасивну установку пацієнта, підвищити його усвідомленість та сформувати стійку прихильність до систематичної самостійної рухової активності. Це забезпечує профілактику рецидивів, покращує функціональний прогноз та підвищує загальну якість життя пацієнта після завершення основного етапу реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Григус І. М., Нагорна О. Б. Основи фізичної терапії: навч. посіб. Одеса: Олді+, 2022. 150 с.
2. Герцик А. М. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації / фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату: монографія. Львів: ЛДУФК, 2018. 388 с.
3. Баннікова Р. О., Куліш Н. М. Сучасні підходи до фізичної терапії в травматології та ортопедії: навч. посіб. Київ, 2021. 215 с.

ПЕРЧИЦЬ А.Ю.,
здобувач другого (магістерського) рівня
спеціальності «Терапія та реабілітація»
Черкаська медична академія
Науковий керівник
БАЗІЛЕВСЬКИЙ А.Г.,
к. фіз. вих.
Черкаська медична академія

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО НЕСПЕЦИФІЧНОГО БОЛЮ В ПОПЕРЕКУ У ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІК

Хронічний неспецифічний біль у попереку є однією з найбільш поширених проблем опорно-рухового апарату та має значний вплив не лише на фізичне функціонування людини, а й на її повсякденну активність, працездатність та якість життя. Особливу соціальну значущість ця проблема набуває серед осіб працездатного віку, для яких тривале збереження больового синдрому може супроводжуватися обмеженням професійної діяльності, зниженням рухової активності, порушенням звичного способу життя та необхідністю повторного звернення по медичну допомогу. Сучасне розуміння хронічного болю передбачає відхід від його трактування виключно як наслідку структурних змін у хребті та акцентує увагу на багатофакторності його формування й підтримання.

Актуальність проблеми зумовлена також тим, що хронічний біль у попереку часто має неспецифічний характер, тобто не супроводжується чіткою структурною патологією, яка могла б повністю пояснити інтенсивність больових відчуттів та функціональні обмеження пацієнта. За таких умов ефективність реабілітаційного процесу залежить не від впливу на окрему анатомічну структуру, а від комплексного врахування чинників, які підтримують біль і зниження активності. У цьому контексті фізична терапія розглядається як активний процес, спрямований на відновлення функціональних можливостей людини, поступове повернення до повсякденної та професійної діяльності й формування навичок самоконтролю та самостійного управління власним станом.

Сучасний підхід до фізичної терапії при хронічному неспецифічному болю в попереку ґрунтується на принципах активності, поступового

збільшення фізичного навантаження, індивідуалізації та комплексності. Важливе місце в такій програмі посідають терапевтичні вправи, спрямовані на покращення сили та витривалості м'язів тулуба, розвиток рухового контролю, координації та стабільності хребта. Дослідники Г. Стельмах, О. Василевський, Т. Бакалюк та інші, зазначають, що терапевтичні вправи є важливим компонентом комплексної фізичної терапії пацієнтів із хронічним неспецифічним болем у попереку, а їх застосування сприяє зменшенню больового синдрому та покращенню працездатності [1, с. 139]. Автори наголошують на значенні вправ для глибоких м'язів тулуба, зокрема м'язів кора, оскільки їхнє зміцнення сприяє підвищенню стабільності та контролю рухів.

Однією з основних причин зниження рухової активності при хронічному болю є формування страху руху та уникальної поведінки. Пацієнт, який очікує посилення болю під час фізичної активності, може свідомо обмежувати рухи, зменшувати обсяг повсякденної активності та уникати навантажень. У результаті формується замкнений механізм, за якого зниження активності сприяє декондиціюванню м'язів, погіршенню фізичної форми та зменшенню впевненості у власних можливостях. Дослідження А. Згурського, Я. Закаблуцького та С. Федоренко присвячене безпосередньо впливу психосоціальних чинників на результати фізіотерапевтичного втручання при болю в нижній частині спини [2, с. 107]. Автори підкреслюють значення таких характеристик, як кінезіофобія, катастрофізація болю та страх уникнення, для результативності фізіотерапевтичного процесу. Це свідчить про необхідність урахування психосоціального компонента при розробленні та реалізації реабілітаційної програми.

Психоемоційний стан пацієнта є ще одним важливим чинником, який необхідно враховувати при хронічному больовому синдромі. Тривале переживання болю може супроводжуватися підвищенням тривоги, емоційного напруження, зниженням настрою, невпевненістю у власних можливостях та погіршенням суб'єктивного сприйняття власного стану. Отже, фізичний і психологічний компоненти хронічного болю взаємодіють і повинні розглядатися в єдиній системі. Це положення підтверджують результати сучасного українського дослідження М. Овдій, М. Кондратюк, В. Зайцева, В. Ляшенка та А. Радченко [4, с. 977]. Автори аналізували роль тривоги, депресії, стресу та кінезіофобії у пацієнтів із неспецифічним хронічним болем у нижній ділянці спини й пов'язували психоемоційні фактори з больовим синдромом та інвалідизацією.

Особливого значення набуває індивідуалізація фізичної терапії. Вона передбачає визначення проблем і потреб конкретного пацієнта, встановлення реалістичних функціональних цілей, підбір відповідного рівня навантаження та постійне коригування програми залежно від динаміки стану. Питання активної участі пацієнта тісно пов'язане з мотивацією. Навіть добре обґрунтована програма фізичної терапії не може бути повною мірою реалізована за умов низької залученості людини до процесу. Пацієнт має розуміти мету окремих вправ, очікувані результати та значення поступового повернення до звичної активності. У дослідженні А. Згурського, І. Смоляр, А. Ковельської та І. Онопрієнка розглядається індивідуальний підхід до фізичної терапії осіб із хронічним неспецифічним болем у спині на основі мотиваційного інтерв'ювання [3, с. 107]. Автори наголошують на значенні спільного з пацієнтом визначення цілей фізичної терапії, управління мотивацією та урахування ставлення людини до власного захворювання.

Таким чином, мотиваційний компонент не є другорядним доповненням до фізичних вправ, а виступає важливою умовою реалізації реабілітаційної програми. Усвідомлення власної відповідальності за процес відновлення, постановка досяжних цілей, отримання зворотного зв'язку щодо позитивної динаміки та поступове розширення рухової активності сприяють більшій залученості пацієнта. У результаті фізична терапія може переходити від окремих занять із фахівцем до зміни повсякденної поведінки та формування активнішого способу життя. У зв'язку з цим оцінювання пацієнта доцільно здійснювати за декількома взаємопов'язаними напрямами. Перший напрям становить оцінка інтенсивності больового синдрому. Другий – визначення ступеня функціональних обмежень та впливу болю на повсякденну активність. Третій – аналіз рухливості поперекового відділу хребта, сили та витривалості м'язів тулуба. Четвертий – оцінка психоемоційних та поведінкових характеристик, які можуть впливати на участь пацієнта в реабілітаційному процесі. Такий підхід відповідає сучасному розумінню хронічного неспецифічного болю як багатокомпонентної проблеми.

Таким чином, теоретичний аналіз сучасних українських досліджень свідчить про доцільність побудови фізичної терапії при хронічному неспецифічному болю в попереку на засадах біопсихосоціального підходу. Фізичні порушення, больовий синдром, психоемоційні реакції, страх руху, мотивація та повсякденна поведінка взаємопов'язані, тому ізольований вплив лише на один компонент не завжди забезпечує повноцінне відновлення. Комплексність і персоналізація програми дозволяють враховувати

індивідуальний профіль пацієнта й спрямовувати реабілітаційний процес не тільки на зменшення симптомів, а й на відновлення активності та працездатності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Стельмах Г. О., Василевський О. М., Бакалюк Т. Г., Макарчук Н. Р., Волинець М. В. Ефективність терапевтичних вправ для зменшення болю та втрати працездатності у пацієнтів із хронічним неспецифічним болем у поперековому відділі хребта. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2025. № 1(103). С. 139–145. DOI: 10.11603/16812786.2025.1.15359.
2. Згурський А., Закаблуцький Я., Федоренко С. Аналіз впливу психосоціальних чинників на результат фізіотерапевтичного втручання при болю в нижній частині спини. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2021. № 2. С. 106–109. DOI: 10.32652/spmed.2021.2.106-109.
3. Згурський А., Смоляр І., Ковельська А., Онопрієнко І. Особливості індивідуального підходу до фізичної терапії осіб з хронічним неспецифічним болем у спині на основі мотиваційного інтерв'ювання. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2023. № 2. С. 107–111. DOI: 10.32652/spmed.2022.2.107-111.
4. Овдій М. О., Кондратюк М. В., Зайцев В. О., Ляшенко В. П., Радченко А. В. Роль психоемоційних факторів у формуванні болю, інвалідизації та зниженні якості життя при неспецифічному хронічному болю у нижній ділянці спини: статевий аналіз. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Медицина»*. 2025. Т. 33, № 6(57). С. 977–993. DOI: 10.26565/2313-6693-2025-57-04.

ЧИЖИШИН Б.З.
к.мед.н., доц.,
КЗВО «Рівненська медична академія»
КОРОБКО Л.Р.
к.мед.н., доц.,
КЗВО «Рівненська медична академія»
АПОНЧУК Л.В.
Фаховий медичний коледж
КЗВО «Рівненська медична академія»

АДАПТИВНІ ШІ-ПЛАТФОРМИ У СИМУЛЯЦІЙНОМУ НАВЧАННІ: ПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ РОЗВИТКУ МАНУАЛЬНИХ НАВИЧОК МАЙБУТНІХ ОПЕРАЦІЙНИХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Модернізація вищої медичної та медсестринської освіти вимагає впровадження високотехнологічних рішень для підвищення безпеки пацієнтів та об'єктивізації оцінювання компетентностей майбутніх фахівців. Традиційне навчання операційних медичних сестер у симуляційних класах часто спирається на суб'єктивний контроль з боку викладача, що обмежує стандартизацію оцінювання кінематики, швидкості реагування та точності рухів. Впровадження штучного інтелекту (ШІ) здатне вирішити цю проблему через персоналізацію освітнього треку [1, с. 49].

Останні глобальні дослідження доводять ефективність згорткових нейронних мереж (CNN) та глибокого навчання у розпізнаванні жестів рук, ідентифікації хірургічного інструментарію та контролю ергономіки робочого простору медичної сестри під час симуляцій складних оперативних втручань. На вітчизняному рівні науковці також наголошують на критичній потребі інтеграції адаптивних інструментів ШІ у практику кафедр та симуляційних центрів [3, с. 14]. Проте невирішеною залишається проблема розробки алгоритмів, які б не просто фіксували помилки під час підготовки операційного столу чи подачі інструментів, а автоматично перебудовували тренувальну програму під індивідуальну «криву навчання» (learning curve) конкретного студента.

Мета та завдання дослідження**.** Метою роботи є теоретичне обґрунтування та аналіз ефективності використання адаптивних ШІ-платформ у симуляційному навчанні операційних медичних сестер для індивідуалізованого розвитку їхніх психомоторних та ергономічних навичок.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання дослідження.

1. Проаналізувати світовий та вітчизняний досвід інтеграції систем штучного інтелекту, комп'ютерного зору та просторових трекерів рухів у симуляційну медичну освіту.

2. Визначити базові технологічні кластери професійної діяльності операційної медичної сестри, які підлягають автоматизованому ШІ-моніторингу та кінематичному аудиту.

3. Обґрунтувати архітектуру та механізм дії адаптивного алгоритму зворотного зв’язку ШІ-платформи при фіксації типових помилок студентами.

4. Оцінити вплив персоналізованих тренувальних мікромодулів на динаміку формування індивідуальної кривої навчання та швидкість виходу на плато професійної майстерності майбутніх операційних сестер.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні використано методи системного аналізу, порівняльного узагальнення даних сучасної наукової літератури, а також математичне моделювання кривих навчання на основі кінематичних та часових показників роботи операційної сестри. Проаналізовано сучасні архітектури віртуальних та гібридних хірургічних тренажерів, інтегрованих із системами комп’ютерного зору (Computer Vision), просторовими трекерами рухів (Motion Tracking) та датчиками тактильного зворотного зв’язку (haptic feedback), що застосовуються для підготовки середнього медичного персоналу [4; 5].

Результати дослідження**.** Результати аналізу моделювання освітнього процесу свідчать, що інтеграція ШІ в тренажери для операційних медичних сестер дозволяє здійснювати безперервний, посекундний аудит мануальних дій за трьома базовими технологічними кластерами:

1. *Ергономіка та просторова логістика великого і малого операційного столу*. Системи комп’ютерного зору в реальному часі відстежують правильність розкладання інструментів за групами (затискні, ріжучі, фіксуючі, допоміжні). ШІ аналізує траєкторію рук медсестри: оцінюється «економіка рухів» — відсутність хаотичних, зайвих переміщень, які в реальних умовах призводять до втрати дорогоцінного часу операційної бригади.

2. *Кінематика та швидкість безконтактної або контактної подачі інструмента*. Інтегровані датчики фіксують точність та силу захоплення інструмента (наприклад, голкотримача з голкою чи скальпеля), кут його передачі в руку віртуального або симуляційного хірурга. Алгоритм машинного навчання порівнює поточні кінематичні дані студента з еталонним профілем висококваліфікованої операційної сестри-експерта.

3. *Стерильність та інфекційний контроль*. Камери з ШІ фіксують будь-які випадкові порушення зон стерильності (наприклад, опускання рук нижче рівня пояса, доторкання до нестерильних поверхонь тренажера або симуляційної стійки). Система миттєво маркує це як критичну помилку.

Головною інновацією адаптивних ШІ-платформ є їхня здатність до динамічного коригування навчального плану в реальному часі без втручання людського фактора викладача. Якщо алгоритм фіксує, що студент стабільно робить помилки або демонструє затримку часу (понад нормативні 3–4 секунди) під час збирання та подачі лапароскопічного інструментарію (наприклад, кліпатора або троакара), ШІ автоматично зупиняє загальний сценарій операції. Система миттєво перебудовує траєкторію навчання: генерує індивідуальний ізольований мікромодуль (microlearning) суто на відпрацювання техніки взаємодії з цим типом інструмента.

Для детального розуміння структури оцінювання ШІ-платформою нижче наведено розроблені критерії оптимізації навичок (табл. 1).

Важливим аспектом результатів є впровадження автоматичного обліку інструментарію та видаткового матеріалу (серветок, шовного матеріалу, голок) за допомогою ШІ. Платформа моделює ситуацію завершення операції та вимагає від майбутньої операційної сестри точного підрахунку. Будь-яка невідповідність викликає активацію тривожного протоколу. Такий підхід реалізує концепцію «zero harm» (нульова шкода), дозволяючи студенту зробити та детально проаналізувати критичні помилки на віртуальному етапі, а не в реальній операційній під час роботи з живим пацієнтом.

Таблиця 1

Параметри адаптивного оцінювання мануальних навичок ШІ-системою

Об’єкт контролю ШІ	Метод детекції помилок	Адаптивна дія системи при збої
Топографія столу	Комп’ютерний зір (нейромережі)	Блокування етапу, повтор розкладки інструментів
Асептика	Сенсори просторового позиціонування	Звукове сповіщення, повне перезавантаження сесії
Швидкість подачі	Таймінг-трекери, аналіз жестів	Генерація додаткових 10 спроб подачі
Облік матеріалу	RFID-мітки, візуальний аудит	Стоп-екран до моменту виправлення балансу

Математичне моделювання кривих навчання (learning curves) інтернів та студентів за спеціальністю «Медсестринство» показало, що використання

адаптивного ШІ-супроводу скорочує загальний час виходу на плато стійкої професійної майстерності в середньому на 32 – 37 % порівняно зі стандартними, лінійними симуляційними програмами. Студенти демонструють значно вищий рівень психомоторної впевненості та нижчий індекс стресу під час перших реальних асистенцій.

Впровадження адаптивних ШІ-платформ у симуляційне навчання операційних медичних сестер якісно трансформує підготовку персоналу для високотехнологічних операційних. Автоматизований аналіз мануальних навичок усуває суб'єктивізм оцінювання викладачем, забезпечуючи точний моніторинг асептики, ергономіки та кінематики рухів. Динамічна перебудова тренувальних модулів під індивідуальний темп студента дозволяє ефективно ліквідувати прогалини в техніці роботи з інструментами ще до виходу в реальне хірургічне середовище. Подальші дослідження доцільно спрямувати на інтеграцію ШІ-симуляторів із реальними медичними інформаційними системами операційних залів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Raghavan V. Simulation-Based AI Training for Surgeons: Redefining Medical Education and Skill Development. *International Journal of Science and Technology*. 2025. Vol. 2, Iss. 1. P. 48–53.
2. Transforming Surgical Training With AI Techniques for Training, Assessment, and Evaluation: A Systematic Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2025. Vol. 27. Art. e58966. URL: jmir.org (дата звернення: 15.10.2026).
3. Штучний інтелект у медичній освіті: не «ні», а «як». Гайд для студентів, викладачів та дослідників медичних університетів / О. П. Волосовець та ін. *ResearchGate*. 2026. 42 с. URL: researchgate.net (дата звернення: 15.10.2026).
4. Automated and Artificial Intelligence (AI)-Derived Surgical Skill Assessment: A Comprehensive Review / J. Smith et al. *PubMed Central*. 2025. URL: nih.gov (дата звернення: 15.10.2026).
5. Artificial intelligence applications in surgical education and training: A Systematic Review. *Frontiers in Artificial Intelligence*. 2026. Vol. 9. Art. 1815315. URL: frontiersin.org (дата звернення: 15.10.2026).

ТАРАН Р.С.,
здобувач другого (магістерського) рівня
спеціальності «Терапія та реабілітація»
Черкаська медична академія
Науковий керівник:
ДЕМЧЕНКОА.В.,
к.пед.н., доц.,
Черкаська медична академія

ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ ТА ПАЦІЄНТОЦЕНТРОВАНОГО СЕРЕДОВИЩА У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ БОЙОВОЇ ТРАВМИ

Повномасштабна військова агресія проти України спричинила безпрецедентне зростання кількості осіб із важкими наслідками бойових травм, вогнепальних поранень, мінно-вибухових уражень та ампутацій кінцівок, через що відновлення функціональної незалежності та соматичного здоров'я цієї категорії пацієнтів є одним із пріоритетних завдань сучасної системи охорони здоров'я та медико-соціальної реабілітації. Утім, практика фізичної реабілітації свідчить, що ізольоване застосування лише біомедичних та фізикальних методів часто виявляється недостатньо ефективним без урахування психоемоційного стану ветеранів, їхнього рівня мотивації та здатності до подолання коморбідного дистресу, внаслідок чого критичного значення набуває трансформація парадигми реабілітаційного супроводу – від пасивного виконання пацієнтом призначень до формування стійкого терапевтичного альянсу та розбудови пацієнтоцентрованого середовища, що повністю відповідає актуальним стратегіям комплексного відновлення поранених.

Проблематика відновлення військовослужбовців та ветеранів війни висвітлюється у працях багатьох вітчизняних науковців, зокрема питання оптимізації адаптації військовослужбовців ґрунтовно досліджені О. Кокуном, Н. Агаєвим та І. Пішко, особливості комплексної реабілітації висвітлено у працях О. Пучиної, Л. Задорожної-Книгницької, О. Черепєхіної та співавторів, а психосоматичний вектор і роль особистісного чинника розкрито в наукових розробках О. Чабана, О. Хаустової та М. Філоненко. Попри наявність значного масиву праць, поза належною увагою дослідників усе ще залишаються специфічні механізми побудови партнерської взаємодії безпосередньо у

процесі фізичної реабілітації осіб з наслідками бойової травми та недостатньо концептуалізовано технології формування пацієнтоцентрованого середовища в умовах реабілітаційних відділень, де фізичний терапевт виступає фасилітатором мотиваційного ресурсу пацієнта.

Метою даної роботи є теоретико-методологічне обґрунтування та визначення практичних засад формування терапевтичного альянсу й пацієнтоцентрованого середовища в процесі фізичної реабілітації осіб з наслідками бойової травми, для досягнення якої передбачено з'ясувати сутність поняття «терапевтичний альянс», окреслити принципи організації пацієнтоцентрованого середовища та визначити умови, що сприяють підвищенню комплаєнсу та внутрішньої мотивації пацієнтів до активної участі в реабілітаційному процесі.

Специфіка сучасних воєнних дій зумовлює зростання кількості осіб із наслідками важких бойових травм, що супроводжуються поєднаними анатомічними ушкодженнями, ампутаціями кінцівок, хронічними больовими синдромами та вираженими розладами психоемоційної сфери, зокрема посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) [1, с. 93]. Комплексна відновлювальна практика засвідчує, що застосування виключно ізольованих біомеханічних та фізикальних інтервенцій нерідко наражається на суттєвий опір пацієнтів, низький рівень прихильності до лікувальних призначень та сповільнення функціонального прогресу [2, с. 28]. За таких умов виникає потреба в докорінному переосмисленні методологічних засад фізичної терапії та переході від традиційної патерналістської моделі до суб'єкт-суб'єктної взаємодії, що базується на формуванні стійкого терапевтичного альянсу та створенні пацієнтоцентрованого реабілітаційного середовища [3, с. 17].

Особи з наслідками бойової травми мають виражену специфіку психологічного стану, яка виражається у підвищеній гіперпильності, втраті базової довіри до оточуючих, почутті втрати контролю над власним тілом та життєвими обставинами, а також підвищеному рівні кінезіофобії (страху перед болем під час виконання рухів) [1, с. 91]. Класичний директивний підхід, за якого пацієнт виступає лише пасивним об'єктом маніпуляцій, у роботі з даною категорією людей демонструє абсолютну неефективність, оскільки викликає захисне відсторонення або відкрито протестні реакції [2, с. 29].

Психолого-педагогічний зміст пацієнтоцентрованості у фізичній реабілітації полягає у визнанні пацієнта повноправним партнером і співавтором реабілітаційного процесу, чий суб'єктивний досвід, переживання та цілі стають орієнтиром для побудови індивідуальної програми відновлення [3, с. 17].

Фундаментальною основою пацієнтоцентрованого підходу є терапевтичний альянс – якість міжособистісного контакту та узгоджена співпраця між фахівцем із фізичної терапії та пацієнтом, яка базується на емоційному прийнятті, взаємній довірі та спільній відповідальності за результати відновлення [3, с. 18]. Структура терапевтичного альянсу в реабілітації військовослужбовців охоплює три ключові складники: узгодження підсумкових і проміжних цілей реабілітації, розробку прийнятних для пацієнта завдань і методів їх досягнення, а також формування міцного емоційного зв'язку [3, с. 19]. Здатність фізичного терапевта демонструвати емпатію, комунікативну гнучкість, повагу до особистісних кордонів та автентичність виступає ключовою детермінантою подолання психологічних бар'єрів і забезпечення високого рівня комплаєнсу.

Створення пацієнтоцентрованого середовища у закладі реабілітації передбачає організацію як фізичного (сенсорна безпека, відсутність тригерних подразників, доступність), так і психосоціального простору [1, с. 95]. Психологічна безпека середовища забезпечується передбачуваністю всіх процедур, дохідливим та інформативним поясненням суті кожного фізичного комплексу, повагою до темпу адаптації пацієнта та створенням умов для збереження його особистісної автономії. Коли пацієнт відчуває розуміння своїх потреб і бачить, що його біль та втому не знецінюють, у нього знижується рівень тривожності й формується готовність свідомо долати рухові труднощі.

Практична реалізація даного підходу передбачає спільне формулювання цілей відновлення за принципом SMART, де суто медичні показники (збільшення амплітуди руху чи сили м'язів) трансформуються у важливі для пацієнта побутові та соціальні орієнтири (повернення здатності до самообслуговування, відновлення побутової незалежності чи спортивної активності) [1, с. 92]. Постійний конструктивний зворотний зв'язок, валідація емоційних переживань пораненого військовослужбовця та регулярне обговорення його суб'єктивних відчуттів під час виконання вправ зміцнюють його віру у власні сили та сприяють подоланню кінезіофобії.

Таким чином, формування терапевтичного альянсу та пацієнтоцентрованого середовища є доказовою психолого-педагогічною умовою підвищення якості фізичної реабілітації осіб з наслідками бойової травми. Трансформація позиції пацієнта з об'єкта впливу на активного суб'єкта відновлення дозволяє мінімізувати негативні наслідки психотравми, підвищує прихильність до реабілітаційних заходів та забезпечує довготривалу соціальну й функціональну адаптацію ветеранів у посттравматичному періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Особливості комплексної реабілітації ветеранів війни / О. В. Пучина та ін. *Клінічна та профілактична медицина*. 2025. № 3. С. 91–95. DOI: https://doi.org/10.31612/2616-4868.3.2025.12
2. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О. Оптимізація адаптації військовослужбовців до умов бойової діяльності та подолання її негативних наслідків : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 58 с.
3. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика та психотерапевтичні інтервенції в медицині. *Медична психологія*. 2020. Т. 15, № 2. С. 12–19.
4. Філоненко М. М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря : монографія. Київ : Центр учбової літератури, 2015. 332 с.

ТИЩЕНКО Д. Є.
здобувач освіти другого (магістерського) рівня
спеціальності «Терапія та реабілітація»
Черкаська медична академія
Науковий керівник:
ДЕМЧЕНКО А. В.,
к.пед.н., доц.,
Черкаська медична академія

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ВІДНОВЛЕННІ ФАХІВЦІВ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ПРОФЕСІЙ ІЗ ПРОЯВАМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Професійна діяльність фахівців екстремальних професій пов’язана зі значним фізичним та психоемоційним навантаженням, високою відповідальністю, нерегулярним режимом праці, необхідністю швидкого прийняття рішень та впливом стресу. З-за таких умов проблема професійного вигорання набуває вагомого значення та з’являється необхідність пошуку ефективних підходів для відновлення фізичного та психоемоційного стану фахівців.

Застосування фізичної терапії може бути одним із напрямків комплексного відновлення людей що працюють в екстремальних умовах. Раціонально побудована програма дає змогу врахувати фізичний стан, характер професійного навантаження, режим праці та відпочинку та індивідуальні потреби у відновленні.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати особливості застосування фізичної терапії у комплексному відновленні фахівців екстремальних професій із проявами професійного вигорання.

Об’єкт дослідження – процес комплексного відновлення фахівців екстремальних професій із проявами професійного вигорання.

Люди що є фахівцями екстремальних професій працюють в умовах значного фізичного та психоемоційного навантаження, нерегулярного режиму праці та недостатнього відновлення після виконання своїх професійних обов’язків. Також працівники стикаються з великою кількістю різних травматичних подій в залежності від самої професії, особливо медики, рятувальники та військові.

Розглянемо професійне вигорання на прикладі медичних працівників. На сьогоднішній день це є актуальною проблемою сучасної системи охорони здоров'я України.

В умовах постійного стресу, високих вимог до якості роботи та обмеження ресурсів, медики стають вразливими до емоційного та фізичного виснаження[1].

Сучасні дослідження показують, що вигорання призводить до серйозних фізичних та психологічних наслідків, таких як серцево-судинні захворювання, депресія та зниження задоволеності роботою[1].

Особливо на якість роботи медичних працівників в негативному плані вплинули пандемія Covid 19 та військові дії на території України.

Професійне вигорання може мати значні негативні особисті наслідки (зловживання психоактивними речовинами, зруйновані відносини і навіть самогубство), а також важливі професійні наслідки[1].

Під терміном « професійне вигорання » розуміють синдром, який виникає через хронічний стрес на робочому місці та включає емоційне виснаження, зниження ефективності й деперсоналізацію. Основними факторами, що сприяють виникненню професійного вигорання на сучасному етапі, є організаційні, психоемоційні та морально-етичні[2].

До основних методів боротьби з професійним вигоранням можна віднести фізичну терапію. Здебільшого до основних засобів фізичної терапії для категорії фахівців екстремальних професій можна віднести аеробні та силові вправи, вправи на мобільність, дихальні та релаксаційні вправи. Аеробні навантаження можуть застосовуватися для підтримання кардіореспіраторної витривалості та загального рівня фізичного активності, силові вправи – для розвитку силової витривалості, а вправи на мобільність – для підтримання оптимального обсягу рухів та зменшення наслідків тривалого перебування у вимушених положеннях. Дихальні та релаксаційні вправи можуть використовуватися як допоміжні засоби для зниження м'язового та психоемоційного напруження[3, 4].

Побудова програми фізичної терапії має базуватися на принципах індивідуалізації, дозованості, поступовості та специфічності методів. Необхідно врахувати функціональний стан фахівця, рівень фізичної активності, вираженість втоми, якість сну, професійні вимоги та режим праці й відпочинку. Для працівників із позмінним та нічним графіком інтенсивність і час проведення занять доцільно адаптувати відповідно до робочого навантаження та можливостей відновлення.

Висновки. Фахівці екстремальних професій потребують системного підходу для підтримання та відновлення фізичного та психоемоційного стану внаслідок значного професійного навантаження.

Отже застосування засобів фізичної терапії може бути доцільною складовою такого відновлення за умови їх правильного дозування та відповідності і індивідуальними потребам фахівця. Основні пункти програми можуть становити аеробні та силові вправи, вправи на мобільність, дихальні й релаксаційні вправи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Русанов В. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 3. DOI: 10.26766/pmgp.v9i3.529.
2. Фактори, що сприяють професійному вигоранню медичних сестер на сучасному етапі, та практичні підходи до його подолання. *Медсестринство*. 2025 3-4, 43-48. DOI: 10.11603/2411-1597.2025.3-4.15727
3. Mincarone P, Bodini A, Tumolo MR, Sabina S, Colella R, Mannini L, Sabato E, Leo CG Association Between Physical Activity and the Risk of Burnout in Health Care Workers: Systematic ReviewJMIR Public Health Surveill 2024;10:e49772DOI: 10.2196/49772
4. Martland R. N., Ma R., Paleri V., Valmaggia L., Riches S., Firth J., Stubbs B. The efficacy of physical activity to improve the mental wellbeing of healthcare workers: A systematic review. *Mental Health and Physical Activity*. 2024. Vol. 26. Article 100577. DOI: 10.1016/j.mhpa.2024.100577

КОСТІВ З.П.
викладач,
Львівська медична академія ім. А. Крупинського
САВУЛА С.І.
здобувач освіти
ОПП «Сестринська справа»,
першого бакалаврського рівня вищої освіти

ВИКОРИСТАННЯ 3D-МОДЕЛЮВАННЯ ТА ІНСТРУМЕНТІВ ДОПОВНЕНОЇ РЕАЛЬНОСТІ ПРИ ВИВЧЕННІ ТЕОРЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ ЗДОБУВАЧАМИ ОСВІТИ ПЕРШОГО БАКАЛАВРСЬКОГО РІВНЯ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Стрімкий розвиток цифрових технологій зумовлює необхідність глобальної трансформації освітнього процесу у закладах вищої та фахової передвищої медичної освіти. Особливо гостро це питання постає під час вивчення фундаментальних дисциплін теоретичної медицини (анатомії, фізіології, патоморфології, гістології) здобувачами бакалаврського рівня спеціальностей галузі «Охорона здоров'я». Традиційні методи навчання, що базуються переважно на статичних підручниках, 2D-атласах та лекційних матеріалах, часто виявляються недостатніми для формування у здобувачів освіти чіткого просторового уявлення про складну топографію, тривимірну будову та динаміку функціонування органів і систем людського організму [1].

Мета дослідження — проаналізувати ефективність та педагогічний потенціал впровадження інструментів 3D-моделювання та доповненої реальності (AR) у процес підготовки здобувачів-бакалаврів під час опанування дисциплін теоретичної медицини.

Впровадження інтерактивного 3D-моделювання та технологій доповненої реальності (Augmented Reality, AR) відкриває якісно нові можливості для візуалізації складних біологічних об'єктів та процесів. На відміну від класичного наочного матеріалу, AR-технології дозволяють накладати віртуальні тривимірні об'єкти на реальне середовище в режимі реального часу за допомогою звичайних мобільних пристроїв (планшетів, смартфонів) або спеціалізованих окулярів [2].

Завдяки використанню сучасних інтерактивних 3D-атласів та AR-додатків здобувачі бакалаврату отримують можливість:

- досліджувати анатомічні структури шар за шаром, обертати моделі у довільних площинах та детально вивчати важкодоступні елементи (наприклад, провідну систему серця, клітинні мембрани чи структури ЦНС);

- спостерігати за фізіологічними й патофізіологічними процесами в динаміці (серцевий цикл, механіка дихання, поширення нервового імпульсу);
- моделювати та аналізувати патологічні зміни тканин безпосередньо під час аудиторної роботи або в ході виконання завдань для самостійної підготовки [2].

Для студентів-бакалаврів медичного та медсестринського профілю такий підхід забезпечує глибоке розуміння фундаментальної бази, яка слугує підґрунтям для подальшого формування клінічного мислення та практичних навичок. Поєднання віртуальних елементів із реальним освітнім середовищем підвищує рівень залученості здобувачів, активізує зорову та оперативну пам’ять, розвиває критичне мислення та сприяє формуванню високої внутрішньої мотивації до навчання [3]. Крім того, застосування AR-інструментів є ефективним містком між теоретичною підготовкою та симуляційними навчаннями, готуючи майбутніх фахівців до роботи з сучасним цифровим діагностичним обладнанням.

Інтеграція 3D-моделювання та інструментів доповненої реальності у викладання теоретичної медицини є потужним чинником підвищення якості підготовки здобувачів-бакалаврів. Застосування цих технологій забезпечує високий рівень наочності, сприяє системному засвоєнню складного матеріалу та формує цифрову компетентність, необхідну для сучасного фахівця галузі охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Цифрова трансформація освіти України: виклики та перспективи / за ред. В. М. Гриньової. Київ : Академвидав, 2023. 245 с.
2. Медведев В. В. Інноваційні технології візуалізації у вищій медичній школі. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2024. Вип. 89. С. 112–116.
3. Johnson M., Smith K. Augmented reality in medical education: A comprehensive review. *Journal of Medical Systems*. 2023. Vol. 47, no. 2. P. 45–58.

СЕКЦІЯ

СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНИЙ ТА ФУНДАМЕНТАЛЬНИЙ НАПРЯМОК В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ

Chornenka Zh.A.
Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor
Department of Social Medicine and Public Health
Bukovynian State Medical University

CURRENT TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF SOCIAL REHABILITATION: THE ROLE OF NURSING IN THE COMPREHENSIVE RECOVERY SYSTEM

Modern demographic, social and medical-economic changes lead to an increase in the population's need for rehabilitation services. The aging of the population, the spread of chronic diseases, injuries, disabilities, mental disorders and the consequences of military conflicts form needs that cannot be satisfied only by treating the disease. Therefore, the modern health care system is increasingly focused on restoring a person’s functioning, their independence and ability to self-care, work, and study and participates in social life.

According to the World Health Organization (WHO), about 1.3 billion people in the world, or 16% of the population, have significant functional impairments or disabilities. At the same time, people with disabilities face inequality in access to medical care and restrictions on social participation [1, p. 15-22]. Under such conditions, the social component of rehabilitation acquires special importance, since its result should be not only an improvement in physical condition, but also the restoration of a person’s ability to fulfil their own social roles.

This problem is especially relevant for Ukraine. The full-scale war has led to an increase in the needs for physical, psychological and social rehabilitation of military personnel, veterans, civilians and other affected groups. In parallel, the healthcare system is being transformed, within which the medical model of care is gradually supplemented by a biopsychosocial approach. It is based on the consideration of human functioning in relation to health status, personal characteristics and environmental conditions.

The corresponding changes are also reflected in international approaches. The WHO Rehabilitation 2030 initiative provides for the integration of rehabilitation into healthcare systems, the development of an interdisciplinary rehabilitation workforce, increasing the availability of services and strengthening human potential [4, p. 6-14]. A study involving representatives from 47 countries also showed that the development of rehabilitation is constrained by fragmentation of management, structural constraints and insufficient integration of rehabilitation services into health care systems [2, pp. 1-17]. At the same time, the role of the nurse is changing in the process of transforming rehabilitation care. She is increasingly moving beyond the traditional implementation of procedures and care, becoming involved in assessing the needs of the patient, educating him and his family members, coordinating care and working with a multidisciplinary team. This, in turn, puts forward new requirements for the professional training of nursing staff.

Transformation of the concept of social rehabilitation

One of the defining changes in modern rehabilitation is the transition from a predominantly medical model to a biopsychosocial approach. While rehabilitation was traditionally viewed primarily as a set of measures aimed at reducing the consequences of a disease or injury, today the focus is on the functioning of a person and their ability to participate in everyday life.

In such a model, social rehabilitation is not a separate stage after the completion of treatment, but is integrated into the overall recovery process. Its task is to create conditions for the maximum possible restoration of independence, social activity and quality of life. WHO defines the goal of rehabilitation as optimization of functioning and reduction of disability, emphasizing that the need for it can arise at any stage of life [1, pp. 41-43].

The concept of participation is of particular importance. Restoring the ability to move, perform everyday activities or perform self-service has practical value only when these opportunities can be realized in real life. Therefore, modern rehabilitation is focused on returning a person to their family, professional, educational and social environment.

This also leads to an increase in the person-centeredness of the rehabilitation process. The same diagnosis does not mean the same needs: the content of care should be determined by the functional capabilities of the person, their life goals, social environment and available resources. This approach changes the very logic of rehabilitation - from treating the disease to restoring functioning and supporting independence.

Interdisciplinary model and new role of the nurse

The expansion of rehabilitation goals naturally leads to the development of interdisciplinary interaction. The complex needs of a person require coordinated work of a doctor of physical and rehabilitation medicine, a physical therapist, an occupational therapist, a psychologist, a speech and language therapist, a rehabilitation nurse, a social worker and other specialists in accordance with individual needs.

The effectiveness of such a model is determined not by the number of specialists, but by the coherence of their work: joint definition of goals, division of functions, and coordination of interventions and evaluation of results. That is why the nurse becomes an active participant in the rehabilitation process.

In Ukraine, the functioning of multidisciplinary rehabilitation teams is legally enshrined for providing care in acute, post-acute and long-term rehabilitation periods [9, p. 18]. The legislation also provides for the possibility of providing rehabilitation care in territorial communities and the use of telerehabilitation [9, p. 19-20].

The development of regulatory support confirms this trend. In 2025, the Ministry of Health of Ukraine approved the standard of rehabilitation care for spinal cord injuries, which provides for the participation of a rehabilitation nurse and a social worker in the multidisciplinary team, and also defines approaches to providing care in different periods of recovery [8].

Therefore, the role of the nurse in modern rehabilitation is expanding: from performing individual nursing interventions to continuous monitoring of the functional state, educating the patient and family, preventing complications, coordinating interaction and supporting continuity of care.

Community-based rehabilitation and continuity of care

The change in rehabilitation goals contributes to the transition from a hospital-centred to a community-oriented model. Some services are gradually being transferred closer to the person’s place of residence, which makes it possible to take into account the real conditions of their everyday life and maintain the achieved results after the completion of inpatient treatment.

Community-based rehabilitation is especially important for people with chronic diseases, disabilities, age-related changes and long-term functional limitations. It allows taking into account the availability of housing and transport, family support, the possibility of participating in community life and other social factors.

Modern rehabilitation models include outpatient, home, community, distance and inpatient formats. According to a review of rehabilitation models for older people, telerehabilitation accounted for 22% of the studied models, home-based - 18.5%, community-based - 16.3% [5]. At the same time, the authors emphasize the need for systematic evaluation of the functioning and orientation of rehabilitation programs to individual goals of the person [5].

For Ukraine, the development of rehabilitation in the community is of particular importance due to the uneven availability of specialized care, population displacement and the need for long-term support of veterans, people with disabilities and people with chronic conditions.

In such conditions, a nurse can provide a connection between the patient, family and various services: assess needs, teach self-care skills, monitor the implementation of recommendations and timely inform other team members about changes in condition.

Human-centeredness and digitalization of rehabilitation

Focusing on individual needs is naturally combined with the development of personalized models of care. A practical example is the Integrated Care for Older People (ICOPE) model, which provides for the assessment of functional capabilities, identification of social support needs and the formation of a personalized plan and subsequent monitoring of its implementation [7, pp. 27-53; 127-137].

For nursing, this means the need to have skills in assessing functional status, communication, patient and family education and care coordination.

At the same time, personalization is increasingly supported by digital technologies. Telerehabilitation, remote counselling, electronic monitoring and digital self-assessment tools can expand access to services and ensure continuity of care, especially for people with limited mobility or those living in remote areas.

However, digital technologies should complement, not replace, face-to-face interaction. For a nurse, this means the need to develop digital literacy, remote communication skills, and the ability to identify situations in which the remote format is insufficient.

New requirements for higher nursing education

The transformation of rehabilitation care directly changes the requirements for the professional training of nurses. WHO emphasizes the need to develop the rehabilitation workforce, systematically assess its human resources potential, and match competencies to the modern needs of the population [3, pp. 1-7]. In 2025, WHO also emphasized the need to invest in high-quality education and professional training of

rehabilitation personnel, update educational programs, a competency-based approach, the use of modern technologies, and interprofessional learning [6, pp. 1-2].

For higher nursing education, this means expanding the traditional content of training. The future nurse should not only have nursing skills, but also understand the principles of the biopsychosocial approach, human functioning, the organization of the rehabilitation route and the work of a multidisciplinary team.

Key professional competencies include:

- assessment of a person's physical, psychological and social needs;
- identification of problems related to self-care and daily activities;
- participation in the development and implementation of an individual rehabilitation plan;
- teaching the patient and his family members self-care skills;
- prevention of complications and secondary functional limitations;
- psychological support and effective communication;
- interprofessional interaction and coordination of care;
- use of digital technologies and telerehabilitation;
- documentation and evaluation of the results of nursing interventions.

Thus, modern nursing education should form a set of competencies that combine clinical, communicative, social, organizational and digital skills.

Social reintegration as a benchmark for effectiveness

A change in approaches to rehabilitation also necessitates a review of its effectiveness criteria. Assessing only clinical indicators or physical functions does not give a complete picture of the achieved result. It is important to determine to what extent a person is able to independently perform everyday activities, maintain social contacts, study and work and participate in community life.

Therefore, the ultimate benchmark of the rehabilitation process should be not only functional recovery, but also social adaptation and reintegration. For Ukraine, this is especially relevant in the context of veterans' return to civilian life, professional activity and social participation.

Achieving such a result requires the interaction of the healthcare system with social services, educational institutions, employers, local governments and public organizations. In this system, the nurse can serve as an important link between the person, their family, and the various components of care.

Conclusions. Modern social rehabilitation is transforming from a predominantly medical and hospital-centric model to a biopsychosocial, person-centred and community-oriented approach. Its key characteristics are

interdisciplinary, personalization, continuity of care, the use of digital technologies and an orientation towards social participation and quality of life.

For Ukraine, these changes are of particular importance in the context of growing needs for physical, psychological and social rehabilitation of the population. At the same time, the development of the rehabilitation system requires not only appropriate infrastructure, but also the training of specialists capable of working in a new model of care.

In this context, the professional role of the nurse is also changing. She becomes an active participant in a multidisciplinary team, assesses needs, educates the patient and family, promotes continuity of care and participates in the social adaptation of a person.

Accordingly, the development of higher nursing education should be aimed at developing the competencies necessary for working in a modern rehabilitation system, from assessment of functioning and communication to interprofessional interaction, digital literacy and coordination of care. A promising model is a continuous route “needs assessment -early intervention - functional recovery - social adaptation - reintegration into the community”, in which the nurse is an active participant in the recovery process.

Reference

1. Global report on health equity for persons with disabilities / World Health Organization. - Geneva : World Health Organization, 2022. - 312 p.
2. Prioritizing rehabilitation in low- and middle-income country national health systems: a qualitative thematic synthesis and development of a policy framework / R. Neill, Y. R. Shawar, L. Ashraf [et al.] // International Journal for Equity in Health. - 2023. -Vol. 22. - Art. 91. DOI: 10.1186/s12939-023-01896-5.
3. Guide for rehabilitation workforce evaluation / World Health Organization. – Geneva : World Health Organization, 2023. - 44 p.
4. Rehabilitation 2030: meeting report, Geneva, Switzerland, 10–11 July 2023 / World Health Organization. - Geneva : World Health Organization, 2023. - 73 p.
5. Rehabilitation delivery models to foster healthy ageing – a scoping review / V. Seijas, R. Maritz, P. Fernandes [et al.] // Frontiers in Rehabilitation Sciences. – 2024. - Vol. 5. - Art. 1307536. DOI: 10.3389/fresc.2024.1307536.
6. Position statement on the importance of investing in quality rehabilitation education and training / World Rehabilitation Alliance. - Geneva : World Health Organization, 2025. - 2 p.

7. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2nd ed. / World Health Organization. - Geneva : World Health Organization, 2025. - 155 p.
8. Відновлення пацієнтів із травмою спинного мозку – затверджено перший в Україні стандарт реабілітаційної допомоги / Міністерство охорони здоров'я України. - 2025. - 21 жовт. - URL: https://moz.gov.ua/uk/vidnovlennya-paciyentiv-iz-travmoyu-spinnogo-mozku-zatverdzheno-pershij-v-ukrayini-standart-reabilitacijnoyi-dopomogi (дата звернення: 24.09.2026).
9. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX // Відомості Верховної Ради України. - 2021. - № 8. - Ст. 59.

ЗМІСТ

Секція

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА:
СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ НОВІТНІХ ФОРМ НАВЧАННЯ

ГУМЕНЧУК І.О.
ЕМПАТІЯ ТА ЛЮДЯНІСТЬ ЯК РУШІЙНА СИЛА
ПРОФЕСІЙНОЇ ПРАКТИКИ В СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ
ТА МЕДСЕСТРИНСТВІ 3
ГАЛАН М.І., ХМІЛЯР І.Р.
МЕДСЕСТРИНСЬКА ДОПОМОГА ВЕТЕРАНАМ І ВЕТЕРАНКАМ:
ДОСВІД США ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ УКРАЇНИ 9
ДРИГУЛИЧ А.А., НЕДІЛЬКО Р.В.
ІНСТИТУЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ УДОСКОНАЛЕННЯ
ПРОФЕСІЙНИХ ТА ЕТИЧНИХ ЯКОСТЕЙ
МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ 12
ЗАЦІРКО А.В., ЦИГАНОК В.О.
ТРАНСГЕНЕРАЦІЙНА ПЕРЕДАЧА
ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ
ГОЛОДОМОРУ 1932-1933 РОКІВ
У СУЧАСНИХ УКРАЇНСЬКИХ РОДИНАХ 18
ЛІСЕЦЬКА І.С., КОВАЛИШИН А.Ю.
САМОСТІЙНА ПОЗААУДИТОРНА РОБОТА СТУДЕНТІВ –
ВАЖЛИВА СКЛАДОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ 23
DUB N. Ye., HVOZDETSKA H.S., KADIR A.
PILOTING A PRACTICAL AI SAFETY MODULE
IN NURSING EDUCATION 26
ЛУЩИК М.В., НЕДІЛЬКО Р.В.
ПОНЯТТЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ
У СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ: ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ,
МОДЕЛІ ВЗАЄМОДІЇ ТА КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ 30
ШЕГЕДИН А.С., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.
ОПИТУВАННЯ ВИПУСКНИКІВ ЯК ІНСТРУМЕНТ
ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ
ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ 36
СИМКАНИЧ Н.Д.
КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ДОГЛЯДУ ТА ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА:
СУЧАСНІ ПАРАДИГМИ, СТАНДАРТИЗАЦІЯ
ТА КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ 40
МИКИТЮК О.Ю., СЛИПАНЮК О.В.
ПРИРОДНИЧОГО БЛОКУ ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
У МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ 47
ПУСТОВІТ О. А., КОЗИНЕЦЬ О. Д.
ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ ЯК ЧИННИК ЯКОСТІ
СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ В КАРДІОЛОГІЇ 49

БІЛОБРИВКА В.Ю.
СИСТЕМА «ОСВІТА - ПРАКТИКА-ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ –
ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК» У ПІДГОТОВЦІ
МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ 54
ВАЛЕЦЬКИЙ Ю.М., ВАЛЕЦЬКА Р.О., ХОРОШЕНКО І.В.
МЕДСЕСТРИНСТВО У ВНУТРІШНІЙ ТА СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ:
ЄВРОПЕЙСЬКІ МОДЕЛІ, ПРОФЕСІЙНІ РОЛІ
ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ УКРАЇНИ 58
ДУТКЕВИЧ Р.М., РІЗУН Г.М., ЦЮНИК Н.Ю.
ЦИФРОВІЗАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ
ЯК ЧИННИК ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ
ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ 63
БАРДЖАДЗЕ Р.В.
ІНФОРМАЦІЙНО-ОСВІТНЄ СЕРЕДОВИЩЕ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ
ЯК ПЕРЕДУМОВА САМООСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ 67

Секція

**СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ,
МЕДСЕСТРИНСТВА, ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ
ТА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

ГАЄВСЬКИЙ Я.В., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.
МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ СУПРОВІД ЯК ЧИННИК ПІДВИЩЕННЯ
ЕФЕКТИВНОСТІ САМОКОНТРОЛЮ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 70
АНТОНОВА О. Є., КОЗИНЕЦЬ О. Д.
ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ
НА РАННЬОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ КІНЦІВОК 76
ЛАПАН О.В.
АНАЛІЗ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ
ПРИ ПАТОЛОГІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ
(НА БАЗІ КНП «НОВОЯВОРІВСЬКА ЛІКАРНЯ ІМЕНІ ЮРІЯ ЛИПИ» 81
КІКЕРЧУК Л.Л., МИКИТЮК О.Ю.
РОЛЬ ФІЗІОТЕРАПІЇ У СФЕРІ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ’Я 86
ЛЯШУК Р.П.
ІНТЕГРАЦІЯ КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ
У СТРАТЕГІЮ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ:
КОНЦЕПТ ТА ОСВІТНІ МОДУЛІ 88
SOHUIKO Yu. R., UHRYN O.M., ALEYAN O.
NURSING CARE IN ACUTE POISONING:
CLINICAL ASSESSMENT, MONITORING, AND PATIENT SAFETY 91
ТВЕРДА І.І.
ПРОФІЛАКТИКА ТА РАННЄ РОЗПІЗНАВАННЯ СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ
В ІН’ЄКЦІЙНІЙ КОСМЕТОЛОГІЇ: РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ
З КОСМЕТИЧНИХ ПРОЦЕДУР У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТА 96
БЕЗБАХ Т.М., ГАШИНСЬКА О.С.
РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У СУПРОВОДІ ПАЦІЄНТІВ
ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ
В УМОВАХ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ 99

AL MARRAAWI H., SOHUIKO Yu. R., SHAPOVAL T.M.
EVIDENCE-BASED PRINCIPLES OF MODERN NURSING WOUND CARE 103
ЯРЕМЧУК О.В.
СУЧАСНА РОЛЬ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ / БРАТА МЕДИЧНОГО
У КОМАНДІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:
ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ, ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ
ТА КОМУНІКАЦІЯ З РОДИНОЮ 107
БЯЛИЙ А.О.
СТРЕС ТА ШКІРА: ПСИХОСОМАТИЧНІ
ТА ФІЗІОЛОГІЧНІ ВЗАЄМОЗВЯЗКИ 110
ЩУРКО М.М., НЕЧИПОР Н.О.
РОЛЬ ВІТАМІНУ D В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ
ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ.....113
ШОСТАК Б.О., ВАЛЕЦЬКИЙ Ю.М., ГУМЕНЮК А.М.
ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ:
СУЧАСНА РОЛЬ ПАРАМЕДИКА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ 116
КОВАЛЕНКО І.О., ДЕМЧЕНКО А.В.,
ПЕДАГОГІЧНО-МОТИВАЦІЙНИЙ ПІДХІД
ДО ФОРМУВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ
ДО САМОСТІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ 123
ПЕРЧИЦЬ А.Ю., БАЗІЛЕВСЬКИЙ А.Г.
КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО НЕСПЕЦИФІЧНОГО БОЛЮ
В ПОПЕРЕКУ У ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ 125
ЧИЖИШИН Б.З., КОРОБКО Л.Р., АПОНЧУК Л.В.
АДАПТИВНІ ШІ-ПЛАТФОРМИ У СИМУЛЯЦІЙНОМУ НАВЧАННІ:
ПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ РОЗВИТКУ МАНУАЛЬНИХ НАВИЧОК
МАЙБУТНІХ ОПЕРАЦІЙНИХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР 129
ТАРАН Р.С., ДЕМЧЕНКОА.В.,
ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ
ТА ПАЦІЄНТОЦЕНТРОВАНОГО СЕРЕДОВИЩА
У ФІЗИЧНІЙРЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ БОЙОВОЇ ТРАВМИ..... 133
ТИЩЕНКО Д. Є., ДЕМЧЕНКО А. В.
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ
У КОМПЛЕКСНОМУ ВІДНОВЛЕННІ ФАХІВЦІВ
ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ПРОФЕСІЙ ІЗ ПРОЯВАМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ 137
КОСТІВ З.П., САВУЛА С.І.
ВИКОРИСТАННЯ 3D-МОДЕЛЮВАННЯ ТА ІНСТРУМЕНТІВ
ДОПОВНЕНОЇ РЕАЛЬНОСТІ ПРИ ВИВЧЕННІ
ТЕОРЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ ЗДОБУВАЧАМИ ОСВІТИ
ПЕРШОГО БАКАЛАВРСЬКОГО РІВНЯ ВИЩОЇ ОСВІТИ..... 140

Секція

СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНИЙ ТА ФУНДАМЕНТАЛЬНИЙ НАПРЯМОК В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ

CHORNENKA ZH.A.
CURRENT TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF SOCIAL REHABILITATION:
THE ROLE OF NURSING IN THE COMPREHENSIVE RECOVERY SYSTEM 143

МАТЕРІАЛИ

VII Регіональної науково-практичної конференції Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти

28 жовтня 2026 рік

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

Підписано до друку 12.11.2026
Формат 60×84 $^{1}/_{16}$. Папір офсетний. Друк на різографі
Умовн. друк. арк.8,6. Обл.-вид. арк. 8
Наклад 20 прим. Зам. 261322

Видавець і виготівник: Видавництво Львівської політехніки
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4459 від 27.12.2012 р.

вул. Ф. Колесси, 4, Львів, 79005
тел. +380 32 2584103, факс +380 32 2584101
vlp.com.ua, ел. пошта: vmrvlp.dept@lpnu.ua