

Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «Центр розвитку медсестринства МОЗ України»
Волинська обласна рада
Волинська обласна військова адміністрація
Управління охорони здоров'я Волинської обласної державної адміністрації
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського
Vilnius University (Lithuania)
ВПНЗ «Львівський медичний університет»
Наукове Товариство Шевченка (НТШ)
Health Tech Without Borders (Switzerland, USA)



МАТЕРІАЛИ

ЛІКАРІ ТА МЕДСЕСТРИНСТВО – МЕДИЧНИЙ ФРОНТ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

І Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 150-літтю Наукового Товариства Шевченка (НТШ)

м. Луцьк
11–12 травня 2023 року



Міністерство охорони здоров'я України
Волинська обласна рада
ДУ «Центр розвитку медсестринства МОЗ України»
Волинська обласна військова адміністрація
Управління охорони здоров'я Волинської обласної державної адміністрації
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського
Vilnius University (Lithuania)
ВПНЗ «Львівський медичний університет»
Наукове Товариство Шевченка (НТШ)
Health Tech Without Borders (Switzerland, USA)

МАТЕРІАЛИ

I Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої 150-літтю Наукового Товариства Шевченка (НТШ)

«ЛІКАРІ ТА МЕДСЕСТРИНСТВО – МЕДИЧНИЙ ФРОНТ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ»

11–12 травня 2023 року

УДК 616-051(477:100)(082)

Рекомендовано Вченою (педагогічною) радою КЗВО «Волинський медичний інститут» (Протокол №8 від 7 грудня 2023 р.)

**Лікарі та медсестринство – медичний фронт в Україні та світі :
Матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф., 11-12 травня 2023 / КЗВО
«Волинський медичний інститут», Луцьк, 2023. 235 с.**

До збірника увійшли матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції «Лікарі та медсестринство – медичний фронт в Україні та світі», присвяченої 150-літтю Наукового Товариства Шевченка, що відбулася 11-12 травня 2023 року в змішаному форматі.

Тексти доповідей подаються в авторській редакції.

Упорядник: Холодюк Т.

ЗМІСТ

ІНФЕКЦІЙНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В СУЧАСНИХ УМОВАХ

- | | | |
|----|--|-----------|
| 1. | Мажак К., Ткач О., Мотрук Ю., Максимович М. ДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЛІКАРСЬКО-СТІЙКИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, УСКЛАДНЕНИЙ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ | 9 |
| 2. | Валецький Ю., Валецька Р., Калинчук С., Федонюк Н. СОБЛИВОСТІ БОРОТЬБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19 | 14 |
| 3. | Пашук Б. СИТУАЦІЯ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ У ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ (2022 РІК) | 17 |
| 4. | Гащишин Т., Гащишин П., Мельник Р. РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В РОБОТІ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ | 20 |
| 5. | Гомелюк Т., Демянчук М. ПОКАЗНИКИ ЗАГАЛЬНИХ ЛЕЙКОЦИТІВ ТА ЛЕЙКОГРАМИ ЯК ВІДДАЛЕНІ МАРКЕРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ, СПРИЧИНЕНУ SARS-COV-2 | 22 |

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ В ПЕРІОД ВІЙНИ

- | | | |
|----|--|-----------|
| 1. | Кравченко В., Ларіонова О., Деркач А., Тарасенко Ю., Кузьміна Є. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК TRALI-СИНДРОМУ В КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ПАЦІЄНТА | 25 |
| 2. | Кравченко І., Кравченко В., Осадовська І., А.В. Деркач, О.М. Трембовецька, В.Є. Дуплякіна, Т.А. Андрущенко. БАГАТОРІЧНИЙ ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АНЕВРИЗМ ВИСХІДНОЇ І ДУГИ АОРТИ | 28 |
| 3. | Кравченко В., Дітківський І., Черпак Б., Перепелюк А., Веселков П., Макогончук І. ЕКСТРААНАТОМІЧНЕ СУБТОТАЛЬНЕ ПЕРЕКЛЮЧЕННЯ СУДИН ДУГИ АОРТИ ЯК ЕТАП ГІБРИДНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ РОЗРИВІВ ВНАСЛІДОК ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ ДУГИ ТА НИЗХІДНОЇ ГРУДНОЇ АОРТИ | 30 |

4.	Новак-Мазепа Х. ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕННОЇ СОНЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ	32
5.	Шевчук Т., Корнійчук Ю. СТАН ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЗКОВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ НА ФОНІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	34
6.	Задорожна О., Мартиновська О., Таганова М., Ратовська Г. КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ГЕПАТИТОМ С	39
7.	Сорока Ю., Шкурба Т. ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ З МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ	41
8.	Дмитроца О., Коржик О., Діжак Л. ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ВІТАМІНУ D В ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ У РІЗНІ ПОРИ РОКИ (ЗА ПОКАЗНИКАМИ КРОВІ)	44
МЕДИЦИНА І СУСПІЛЬСТВО В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ		
1.	Urbanavice R., Istomina N. CHALLENGES OF HEALTH AND SOCIAL INTEGRATION FOR UKRAINIAN REFUGEES IN LITHUANIA	48
2.	Левочко Р. БОГОСЛОВСЬКИЙ ДИСКУРС ЩОДО АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ СУЧАСНОЇ БІОЕТИКИ	51
3.	Мазепа О. ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПОШИРЕННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНУ СИТУАЦІЮ В СУСПІЛЬСТВІ	55
4.	Радько Л., Кихтюк В., Пилипчук В., Шелепетень Л. ВОЛОНТЕРСТВО І ПАТРІОТИЗМ – ВЕЛІННЯ ЧАСУ	59
5.	Міщенко І., Аббасова Л. РОЛЬ ГРОМАДСЬКОГО КОНТРОЛЮ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПРОЗОРОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	62
6.	Лисак А. ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ДИТЯЧОГО ХАРЧУВАННЯ	66
7.	Кихтюк В., Пилипчук В. ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА СЛУЖБА УКРАЇНИ: ЗАРОДЖЕННЯ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ У РОКИ ДРУГОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ В ПІДРОЗДІЛАХ ОУН-УПА	70

8. **Богдан С.** «...У МЕНЕ ВСЕ ХРОНІЧНЕ, І ХВОРОБИ, І ПОЧУВАННЯ»: ДОСВІД «30-ЛІТНЬОЇ ВІЙНИ» З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕСІ УКРАЇНКИ **78**
9. **Ігумен Никодим (Смілий), Мартинюк Г.** ДО ПИТАННЯ РОЗВИТКУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЛУЦЬКУ НАПРИКІНЦІ ХVІ-ПОЧАТКУ ХVІІ СТОЛІТТЯ **83**

ПСИХОЛОГІЧНА І ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ

1. **Сітовський А., Андрійчук О., Якобсон О., Уляницька Н., Усова О., Савчук І.** СТАН ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ДОВГОТРИВАЛОМУ ПЕРІОДІ ЗАХВОРЮВАННЯ **88**
2. **Магдисюк Л.** ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА В МОЛОДІ **92**
3. **Черенков А.** АНАЛІЗ СИСТЕМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ **94**
4. **Мартинюк А.** ДУШПАСТИРСЬКА ДОПОМОГА ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ **98**
5. **Федулова О.** АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ **103**
6. **Сахарук Л.** КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ **108**
7. **Вавдіюк Г.** ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПРАВИ ПІСЛЯ ОПІКІВ **111**
8. **Кихтюк О.** ДО ПИТАННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ ЯК ПОКАЗНИКА СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ **113**
9. **Кульчицька А.** ДО ПИТАННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ **116**
10. **Федотова Т.** ПЕРЕЖИВАННЯ МОРАЛЬНОГО ДИСТРЕСУ МЕДСЕСТРАМИ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ ДИСКУРС ПРОБЛЕМИ **120**

11. **Патута Б., Ничипорук В.** ПОНЯТТЯ ЕМПАТІЇ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ **124**
12. **Коструба Н.** ДУШПАСТИРСЬКА ОПІКА ЯК ОСНОВА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ВІДНОВЛЕННЯ **128**
13. **Ващинець О., Магдисюк Л.** ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЧИННИКИ ТРИВОЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ (ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНИМИ СТАНАМИ) **132**
14. **Гловацька Т.** ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСОВОЇ НАПРУГИ **135**
15. **Оренко І.** ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОМЕНУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ **138**
16. **Каліщук Л.** ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ **141**

МЕДСЕСТРИНСТВО ТА ОСВІТА В УМОВАХ ВІЙНИ

1. **Tamutyte K.** ASSESSMENT OF INTERCULTURAL NURSING SERVICES IN PRIMARY HEALTH CARE FROM AN UKRAINIAN PERSPECTIVE **144**
2. **Марущак М.** ОСОБЛИВОСТІ РОЗРОБКИ ОСВІТНЬО-НАУКОВОЇ ПРОГРАМИ ПІДГОТОВКИ ДОКТОРІВ ФІЛОСОФІЇ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 223 МЕДСЕСТРИНСТВО **146**
3. **Цвіренко С., Похилько В., Чернявська Ю., Соловйова Г., Жук Л.** ВИСВІТЛЕННЯ ДЕОНТОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ РОБОТИ З ДІТЬМИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У СУЧАСНИХ УМОВАХ **149**
4. **Гвоздецька Г., Жукуляк О., Голов'як В., Дуб Н.** ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ КОНКУРЕНТНОСПРОМОЖНИХ ФАХІВЦІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 223 МЕДСЕСТРИНСТВО **153**
5. **Дуб Н., Вітковська І.** ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ДЕМЕНЦІЄЮ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ **156**

6. **Пенько В.** ФІЛОСОФІЯ В ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ **160**
7. **Люшук К.** РОЛЬ ХІМІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ У ФОРМУВАННІ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР **164**
8. **Гальчун Н., Лазько А.** МІСЦЕ МІЖКУЛЬТУРНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В КОНТЕКСТІ ТРАНСКУЛЬТУРНОГО МЕДСЕСТРИНСТВА **167**
9. **Марченко А.** НЕБЕЗПЕКА ПОЛІПРАГМАЗІЇ В СЕСТРИНСЬКОМУ ПРОЦЕСІ **172**
10. **Григола О., Матвійчук Л.** ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД УЧАСТІ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ КОВЕЛЬСЬКОГО ФАХОВОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ У ПРОХОДЖЕННІ ТРЕНІНГОВИХ КУРСІВ ІЗ МЕДИЧНОГО РЯТІВНИЦТВА В РАМКАХ ПРОГРАМИ ERASMUS+ ДЛЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЄКТУ «Я ТЕЖ МОЖУ ВРЯТУВАТИ ТВОЄ ЖИТТЯ!» **178**
11. **Совтус І.** ПРОХОДЖЕННЯ ПЕРЕДДИПЛОМНОЇ ПРАКТИКИ СТУДЕНТАМИ ІV КУРСУ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 223 МЕДСЕСТРИНСТВО ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ ТА В ПОСТПАНДЕМІЧНИЙ ПЕРІОД **183**
12. **Мартинюк Г., Лазько А.** ФОРМУВАННЯ УЯВЛЕННЯ ПРО ХВОРОБУ В ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ НА ЗАНЯТТЯХ ІЗ ЛІТЕРАТУРИ (НА МАТЕРІАЛІ РОМАНУ ДЖОНА ГРІНА «ПРОВІНА ЗІРОК») **187**
13. **Мельник В.** ПЕДАГОГІЧНІ ІННОВАЦІЇ У ФОРМУВАННІ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР **190**
14. **Яремко А., Коцар В.** ІННОВАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ТЕЛЕГРАМ-МЕСЕНДЖЕРА ЯК ОСВІТНЬОЇ ПЛАТФОРМИ **195**
15. **Новак-Мазепа Х., Томчук Т., Мельник Р.** РОЗВИТОК SOFT SKILLS У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ІЗ МЕДСЕСТРИНСТВА **199**
16. **Семенюк О., Паращук З., Шелепетень Л.** РОЛЬ УЖИТКОВОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ В РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ ПРИ ВИВЧЕННІ ХІМІЧНИХ ДИСЦИПЛІН **201**

17. **Яцишина Т., Богдан Б.** ФОРМУВАННЯ КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ МАТЕМАТИКИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ **205**
18. **Дужич Н.** ХАРАКТЕРИСТИКА ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ МЕДСЕСТЕР, ЩО ЗДОБУВАЮТЬ ВИЩУ ОСВІТУ **208**
19. **Сакевич В., Трибрат Т., Петров Є., Казаков Ю.** ПРОБЛЕМА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ АКАДЕМІЧНОЇ ТА ПРОФЕСІЙНОЇ МОБІЛЬНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ **210**
20. **Синенко О., Єфименко Н., Серажим С.** СИМУЛЯЦІЯ НА ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТТЯХ – КЛЮЧ ДО МАЙБУТНЬОГО МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ **214**
21. **Чечотіна С., Шакіна Е., Власенко Н., Сидоренко А., Луценко Р.** ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ З ТОКСИКОЛОГІЄЮ БАКАЛАВРАМ МЕДСЕСТРИНСТВА ЗА УМОВ ЗАОЧНОЇ (ДИСТАНЦІЙНОЇ) ФОРМ НАВЧАННЯ **217**
22. **Власенко Н., Чечотіна С., Луценко О.** ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ **222**
23. **Поручинський А., Поручинська Т.** ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ЗІ СТУДЕНТАМИ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ 222 МЕДИЦИНА ТА 227 ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ ВОЛИНСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ **225**
24. **Загола О.** АВАРІЙНІ СИТУАЦІЇ В РОБОТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ: ПРИЧИНИ ТА ПРОФІЛАКТИКА **228**
25. **Дев'яткіна Н., Ковальов С.** МЕДСЕСТРИНСЬКА СПРАВА У СУЧАСНОМУ СВІТІ **232**

ІНФЕКЦІЙНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Мажак К., Ткач О.

Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького,

Мотрук Ю., Максимович М.

КУ ЛОР «Центр легеневого здоров'я»

УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЛІКАРСЬКО-СТІЙКИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, УСКЛАДНЕНИЙ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ

Актуальність дослідження. Розповсюдження медикаментозної резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів призвело до зростання частоти невиліковних форм туберкульозу (ТБ) легень, коли дія консервативних методів лікування майже вичерпана. Висока питома частка розширеної та прерозширеної мультирезистентності МБТ, зростання частоти виявлення занедбаних деструктивних форм МР ТБ з наявністю полікавернозу обумовлює пошук нових, пацієнт-орієнтованих підходів до ведення випадку. Двобічний ТБ легень є однією з найбільш важких форм специфічного ураження легень, що вимагає виконання великих розширених операцій. Невпинне наростання розповсюдженості порушень вуглеводневого обміну серед населення призвело до збільшення числа осіб з поєднанням ТБ та цукрового діабету (ЦД). За матеріалами епідеміологічних досліджень захворюваність ТБ серед даної категорії населення у 5 разів вища, хворобливість майже у 15 разів, а ризик захворювання на два порядки вищий, ніж серед всього населення України. У цієї категорії хворих значно частіше виявляються супутні порушення печінки. У хворих з поєднаною патологією особливо часто спостерігається невинне прогресування, значне розповсюдження специфічного процесу з утворенням множинних великих деструкцій, частковою або повною непереносимістю протитуберкульозних препаратів, виникненням плевро-легеневих та інших ускладнень. З огляду на це, такі хворі становлять велику епідеміологічну небезпеку для оточуючих. Одним з альтернативних напрямків лікування є резекційна та торакопластична хірургія у поєднанні із застосуванням нових та резервних антимікобактеріальних (АМБ) препаратів, необхідність застосування нових видів хірургічних втручань, що носять паліативний характер. За останнє десятиріччя частота виконання таких операцій значно зросла (з 4 % до 10 %). Проте у хворих з двобічним поширеним деструктивним ТБ легень

проводити резекційні операції на легеневій паренхімі неможливо, тому первинна екстраплевральна торакопластика займає провідну роль у лікуванні даної категорії хворих. В ряді випадків порушення функції печінки, ЦД є протипоказами для виконання ряду оперативних втручань. Тільки своєчасне та інтенсивне проведення комплексної передопераційної підготовки у таких хворих може розширити межі операбельності і підвищити якість життя.

Мета дослідження: розробити алгоритм передопераційної підготовки та хірургічного лікування хворих деструктивним мультирезистентним ТБ легень та коморбідності ЦД і різних уражень печінки.

Методи дослідження. Проаналізовано результати хірургічного лікування 70 хворих на деструктивний туберкульоз легень з хіміорезистентністю збудника (у 85,0 % – мультирезистентність), який у 55,0 % випадків поєднувався із ЦД і у 65,0 % з ураженнями печінки. Вік хворих коливався від 18 до 65 років, чоловіки становили 85,4 %.

У легенях переважали інфільтративні процеси з розпадом, дисемінація в обидві легені та перехід в хронічну форму (фіброзно-кавернозний ТБ легень), що становило до 40 %. Всім хворим в динаміці проводили комплексне клінічне, рентгено-томографічне, мікробіологічне і загальнолабораторне обстеження, функціональні дослідження показників зовнішнього дихання. Також обов'язковими були відеофібробронхоскопія, плевроскопія.

Перед проведенням колапсохірургічного втручання усім хворим проводили інтенсивну передопераційну підготовку в умовах торакального відділення КУ ЛОР «Центр легеневого здоров'я» тривалістю від 2 до 6 місяців. Остання включала в себе інтенсивну внутрішньовенну поліхіміотерапію, корекцію патологічних синдромів, лікування супутніх захворювань, санацію бронхіального дерева та вогнищ деструкції. Інтенсивна внутрішньовенна поліохіміотерапія включала не менше 5 АМБ препарати, відповідно до чутливості збудника. Важливу роль відіграла патогенетична терапія з використанням аргініну гідрохлориду – тівортину, заходи по досягненню ремісії у перебігу супутньої патології, озono, лазеротерапія, дезінтоксикаційні заходи.

Щодо поширеного МР ТБ було виконано 26 екстраплевральних торакопластик, при дисемінованому процесі з розпадом – 21, при фіброзно-кавернозному – 23 торакопластики. Операції проводилися після 5–6 місячної неефективної АМБ-терапії.

Основними протипоказами до виконання екстраплевральної торакопластики була активізація ТБ процесу, виражена інтоксикація, прояви поліогранної недостатності, ТБ ураження бронхів 2 та 3 ступеня, дифузний гнійний ендобронхіт та білямежистінне розміщення каверн.

Статистична обробка результатів дослідження проводилася за стандартною

методикою. Достовірність відмінностей між середніми величинами вибірково проводили з використанням t-критерію Стьюдента. Різниці середніх і відносних частот вважали достовірними за рівня довірчої ймовірності ($p < 0,05$).

Результати. Інтенсивна передопераційна підготовка дозволила досягти стабілізації процесу, зменшити інфільтрацію та активність ТБ процесу. У хворих, які отримували тівортін в процесі передопераційної підготовки, побічні реакції, пов'язані з прийомом АМБ-препаратів, виявлені не були. Переносимість ХТ покращилась і у 15 (27,2 %) хворих, які страждають на хронічний вірусний гепатит. На 14–21-ий день застосування тівортіну у всіх цих хворих стан печінки і показники периферичної крові стійко нормалізувалися. Ці сприятливі зрушення відбувалися, незважаючи на те, що переносимість АМБП була низькою. Комбінована АМБ-терапія, що проводиться в поєднанні з тівортіном, рідше супроводжується небажаними явищами, пов'язаними з побічними ефектами протитуберкульозних препаратів. Призначення тівортіну хворим, у яких вже розвинулося медикаментозне ураження печінки, певним чином дозволяє продовжувати специфічну терапію в повному обсязі, не вдаючись до її тимчасового скасування. Застосування озono-, лазеротерапії позитивно впливало на перебіг специфічного процесу. Корекція дисбалансу в прооксидантно-антиоксидантних процесах, окисно-відновних може розцінюватися як підтвердження наукової обґрунтованості використання еферентних методів для покращання не тільки клінічного перебігу МР ТБ, але, перш за все, для запобігання та усунення проявів ураження клітинних мембран, гіпоксичних станів як патологічним процесом, так і тривалою хіміотерапією. Така динаміка змін свідчить про певну збалансованість прооксидантно-антиоксидантних процесів в умовах фізіологічно обґрунтованого застосування озонованого розчину натрію хлориду та внутрішньосудинної лазеротерапії гелій-неоновим лазером під час хіміотерапії хворих на МР ТБ легень.

Проведеними дослідженнями встановлено, що диференційоване застосування озono-, лазеротерапії має виражену антиоксидантну, дезінтоксикаційну, бактерицидну дію, підвищує ефективність АМБ-терапії хворих із ВДТБ легень з мультирезистентністю збудника. Найбільш переконливим доказом цього є відновлення балансу прооксидантно-антиоксидантних систем організму без введення додаткових екзогенних антиоксидантів. Це вказує на підвищення адаптаційних можливостей організму, що може мати велике значення при застосуванні поліхіміотерапії, сприяючи її кращій переносимості. Застосування озono-кисневої суміші сприяло зниженню активності туберкульозного запалення: нормалізувався показник загальної кількості лейкоцитів ($P < 0,05$), достовірно знизилась поглинальна активність нейтрофілів, зменшилась кількість фагоцитоз-активних клітин з нормалізацією їх показників.

Ефективність колапсхірургічних втручань оцінювалась за 4 основними критеріями:

інтра- та післяопераційні ускладнення, кількість летальних випадків, перебіг ТБ процесу у віддалений післяопераційний період. До інтраопераційних ускладнень можна віднести гостру серцево-судинну недостатність, що констатовано у двох хворих. Порушення серцевого ритму спостерігалось у трьох хворих. Ранній післяопераційний період у 32 хворих перебігав без ускладнень. У одного хворого спостерігалася міжм'язева гематома. Загальна летальність становила 2,44 %. Ефективність лікування спостерігалася у 48 (82,8 %) випадках. Припинення бактеріовиділення констатовано у 45 (77,6 %) випадках. Післяопераційні ускладнення розвинулися у 11 (15,7 %) хворих, в т. ч.: гостра серцево-судинна недостатність, яку вдалось компенсувати у 5 хворих, порушення серцевого ритму у 2, загострення ТБ процесу у 7, емпієма плеври з бронхо-плевральним свищом у 2, нагноєння післяопераційної рани у 1, залишкова порожнина у 1 хворого. У 42 хворих проведено аналіз віддалених результатів паліативного хірургічного лікування: реактивація ТБ процесу спостерігалась у 7 (16,6 %) хворих. Післяопераційна летальність склала 2,7 %, що у 2,0 – 2,5 рази менше, ніж за відсутності паліативного хірургічного втручання. Застосування екстраплевральної торакопластики у хворих на хіміорезистентний ТБ легень, поєднаний з ЦД та захворюваннями печінки, є альтернативним методом до резекційних оперативних втручань при неможливості їх виконання. Колапсохірургічні втручання доцільно використовувати індивідуально для кожного хворого, в залежності від локалізації патологічного процесу та функціональних показників. Ускладнення після торакопластик мінімальні, а позитивний ефект достатньо високий.

Резюмуючи результати клінічних, рентгенологічних, бактеріологічних, біохімічних, імунологічних та гематологічних досліджень можна стверджувати, що розроблений алгоритм вибору тактики лікування значно підвищує результативність лікування хворих на МР ТБ легень, а додаткові клініко-лабораторні дослідження підтверджують безпечність та доцільність застосування саме цієї комбінації еферентних методів і патогенетичних засобів (тівортину) в передопераційній підготовці пацієнтів.

Висновки.

1. Використання колапсохірургічних втручань дозволяє проводити паліативні операції навіть при низьких функціональних резервах організму, при комор бідності ЦД та ураженнях печінки.

2. Застосування класичної екстраплевральної торакопластики і модифікованих її варіантів значно зменшують інтраопераційні та післяопераційні ускладнення. Післяопераційна летальність зменшується у 2,5 рази.

3. У хворих з МР ТБ легень, поєднаним з ЦД та ураженнями печінки, в комплекс передопераційної підготовки доцільно включати тівортін, озono-, лазеротерапію, яка

показана при специфічній та неспецифічній інтоксикації організму, а також непереносимості протитуберкульозних препаратів.

Список використаних джерел:

1. Феценко Ю. І. Перспективи покращання ефективності лікування у хворих на мультирезистентний туберкульоз: світові тенденції та вітчизняні досягнення [Текст] / Ю. І. Феценко, Н. А. Литвиненко, Г. О. Варицька, О. П. Чоботар, М. В. Погребна, Ю. О. Сенько, В.В. Давиденко, Л. В. Щербакова, Н. В. Гранкіна. Інфекційні хвороби. 2017. № 4. С. 10-21.

Валецький Ю.

КЗВО «Волинський медичний інститут», КП «Волинська обласна клінічна лікарня»,

Калинчук С., Федонюк Н.

КЗВО «Волинський медичний інститут»,

Валецька Р.

КП «Волинська обласна клінічна лікарня»

ОСОБЛИВОСТІ БОРОТЬБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

Вступ. Туберкульоз і COVID-19, хоч спричиняються різними збудниками, але характерною спільною ознакою є повітряно-крапельний і крапельний шлях поширення і те, що найчастіше уражуються легені.

Згідно з Доповіддю Всесвітньої організації охорони здоров'я про глобальну боротьбу з туберкульозом у 2021 році, пандемія COVID-19 звела нанівець успіхи, досягнуті у боротьбі з цим захворюванням у всьому світі: вперше за понад десять років внаслідок пандемії COVID-19 показники смертності від туберкульозу суттєво зросли.

Низка досліджень доводить, що пандемія COVID-19 може призвести до збільшення захворюваності на туберкульоз, зростання поєднаних форм і летальності через труднощі виявлення туберкульозу на фоні COVID-19 і розвиток ускладнень після перенесеного захворювання. Водночас інші автори не бачать впливу COVID-19 на ситуацію з туберкульозу і його клініко-епідеміологічні особливості.

Зважаючи на це, а також на протилежні погляди щодо впливу COVID-19 на статистичні показники з туберкульозу, ми присвятили наше дослідження ситуації з туберкульозу в Україні за часів пандемії COVID-19 [1, 2, 3, 4, 5].

Мета роботи - дослідити ситуацію з туберкульозу в Україні у ковідні 2020 – 2021 роки порівняно з доковідним 2019 роком.

Матеріали та методи. Здійснювали викопіювання, систематичний і статистичний аналіз даних із офіційних статистичних звітів і аналітичних збірників щодо туберкульозу за 2019–2021 рр. в Україні. Для інтерпретації статистичних даних і виявлення причинно-

наслідкових зв'язків динаміки статистичних показників ми залучили 10 організаторів фтизіатричної служби та науковців, як експертів.

Результати. Захворюваність на всі клінічні форми туберкульозу (вперше зареєстрованого разом з рецидивами) зменшувалася серед усього населення в Україні: за 2019 – 2020 роки цей градієнт склав (-29,78 %), а за 2020 – 2021 роки (+4,27 %) або (-36,59 %) порівняно з 2019 роком. (44,00 проти 60,10 на 100 тис. населення). Аналогічна тенденція була й із захворюваністю на туберкульоз міських і сільських мешканців, серед контактних осіб у вогнищах туберкульозу з бактеріовиділенням, а також у віковій групі 0 – 17 років включно. Зменшення захворюваності на туберкульоз у ковідні роки свідчить про неефективність протитуберкульозних заходів, насамперед про недостатнє виявлення і реєстрацію нових хворих, оскільки основна увага приділялася коронавірусній інфекції.

Захворюваність на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз із розширеною резистентністю мікобактерій у ковідні роки прогресивно зменшувалася: за 2019 – 2020 роки – на 6,00 %, за 2020 – 2021 роки – на 30,50 %, за 2019 – 2021 роки – на 34,67 %. Це було зумовлено недоступністю хворих до бактеріологічної діагностики туберкульозу. Адже й лабораторна діагностика нових випадків туберкульозу легень у ковідні роки зменшилася на 30,88 %. Кількість лабораторій, окрім III рівня, у ковідні роки зменшилася: I рівня – на 4,98 %, II рівня – на 58,70 %.

Захворюваність на нові випадки та рецидиви туберкульозу у поєднанні зі СНІДом порівняно з 2019 роком у ковідних роках знизилася: у 2020 – на 33,33 %, у 2021 році – на 36,36 %, а за 2020 – 2021 роки – на 4,55 %. І це, на думку експертів, зумовлено тривалою самоізоляцією і побоюванням відвідувати лікувально-профілактичні заклади, щоб не заразитися коронавірусом.

Однак, захворюваність на туберкульоз (нові випадки + рецидиви) працівників закладів охорони здоров'я України (включно з протитуберкульозними диспансерами) стабільно знижувалася у ковідні роки: у 2019 – 2020 роки – на 20,75 %, у 2020–2021 роки – на 21,43 %, у 2019–2021 роки – на 37,74 %. Причому, захворюваність на туберкульоз працівників протитуберкульозних закладів у ковідні роки зменшувалася більшими темпами, ніж працівників загальної лікарняної мережі. Експерти стверджують, що основна маса протитуберкульозних закладів була перепрофільована для лікування хворих на COVID-19 і лікарі-фтизіатри та сімейні лікарі надавали медичну допомогу хворим у ковідних відділеннях, а хворі на туберкульоз лікувалися або амбулаторно, або взагалі не приходили на амбулаторний прийом до фтизіатра чи сімейного лікаря. У такий спосіб для медичних працівників штучно зменшилася кількість джерел туберкульозної інфекції й, відповідно, їх інфікування мікобактеріями туберкульозу.

Поширеність усіх форм активного туберкульозу серед населення України у 2019 році була 69,4 на 100 тисяч населення і у 2020 році зменшалася на 26,66 %, а до 2021 року – на 31,41 %, причому за 2020 – 2021 роки цей показник зменшився на 6,48 %. Аналогічна тенденція поширення туберкульозу спостерігалася й серед дітей. Експерти інтерпретують цю тенденцію погіршенням виявлення, діагностики, ефективності лікування і диспансеризації хворих на туберкульоз.

Висновки. У ковідні роки (2020–2021), на тлі стрімкого інфікування населення вірусом SARS-CoV-2 і збільшення захворюваності та смертності від COVID-19, більшість ресурсів охорони здоров'я були спрямовані на боротьбу з COVID-19. Протитуберкульозні заходи були другорядними і згортали. Це призвело до зменшення статистичного показника захворюваності на всі клінічні форми туберкульозу, у тому числі полірезистентного, та його рецидивів, а також ко-інфекції: туберкульоз / ВІЛ / СНІД. Зменшувалася захворюваність на туберкульоз медичних працівників. Поширеність усіх форм активного туберкульозу серед українців і смертність від цієї недуги теж зменшилися.

Результати лікування хворих на туберкульоз низькі й не відповідають світовим стандартам. Суттєво погіршилася профілактична робота протитуберкульозної та загальної медичної мережі. У ковідні роки продовжувалися скорочення протитуберкульозних закладів, лабораторій для діагностики туберкульозу і відтік кадрового потенціалу.

Список використаних джерел:

1. Валецький Ю. М., Валецька Р. О., Грищук Л. А. та ін. Туберкульоз в Україні під час пандемії COVID-19 // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2022, № 4. С. 45–50. doi: 10.30978/TB-2022-4-45.
2. Chiang C-Y., Islam T., Xu C., et al. The impact of COVID-19 and the restoration of tuberculosis services in the Western Pacific Region. *Eur. Respir. J.* 2020, V. 56, 2003054 [https://doi.org/10.1183/13993003.03054-2020].
3. Gupta N., Ish P., Gupta A. et al. A profile of a retrospective cohort of 22 patients of COVID-19 with active/treated tuberculosis. *Eur. Respir. J.* 2020; in press (https://doi.org/10.1183/13993003.03408-2020).
4. Khurana A. K., Aggarwal D. The (in)significance of TB and COVID-19 co-infection. *Eur. Respir. J.*, 2020, V. 56, 2002105 [https://doi.org/10.1183/13993003.02105-2020].
5. Tadolini M., Jé-Mía G., Blanc F-X. et al. On Tuberculosis and COVID-19 co-infection. *Eur. Respir. J.*, 2020; in press (https://doi.org/10.1183/13993003.02328-2020).

Пашук Б., студентка бакалаврату,
КЗВО «Волинський медичний
інститут»

Науковий керівник: **Валецький Ю.**,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри медсестринства та
екстреної медицини, КЗВО
«Волинський медичний інститут»

СИТУАЦІЯ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ У ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ (2022 РІК)

Постановка наукової проблеми. Туберкульоз залишається одним із найбільш смертоносних інфекційних захворювань у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щодня близько 4 000 людей втрачають життя від туберкульозу і 28 000 людей – захворюють на цю недугу. Це надзвичайно актуально в контексті пандемії COVID-19, яка піддає ризику прогрес боротьби з туберкульозом та забезпечення рівного доступу до профілактики та догляду. Особливу проблему становить коінфекція ВІЛ/туберкульоз, при якій спостерігається найбільша смертність хворих, незважаючи на сучасні методи лікування. Однією з головних причин цього є пізня діагностика як ВІЛ-інфекції, так і туберкульозу. Актуальність проблеми ВІЛ-інфекції зумовлена її значним поширенням як у світі, так і в Україні. ВІЛ-інфекція стала одним з рушійних чинників, що призвів до епідемії туберкульозу, який є основною опортуністичною інфекцією у ВІЛ-інфікованих хворих [1 – 3]. Таким чином, прогноз щодо епідеміологічної ситуації з туберкульозу в Україні та у Волинській області є не визначеним та не прогнозованим.

Мета – дослідити та проаналізувати епідеміологічну ситуацію з туберкульозу у Волинській області за 2022 рік.

Методи дослідження. Нами здійснено викопіювання, систематичний та статистичний аналіз даних із офіційних статистичних звітів і аналітичних збірників щодо туберкульозу в Україні та Волинській області за 2015 – 2022 роки; проведено статистичну обробку матеріалу.

Результати. Протягом 2022 року у Волинській області на всі форми активного туберкульозу (нові випадки та рецидиви) захворіло 616 осіб, що становить 60,47 на 100 тис. населення (2021 рік - 614 хворих або 59,92 на 100 тис. населення; Україна – 44,0 на 100 тис. населення); відмічається ріст захворюваності на 0,90 %.

На нові випадки туберкульозу захворіло 466 пацієнтів, що склало 48,69 на 100 тис. населення (2021 рік – 48,02 на 100 тис. населення; Україна – 35,50 на 100 тис. населення).

Зростання даного показника склало 1,4 %. Показник рецидивів туберкульозу знизився порівняно із минулим роком на 1,10 % та складає 11,78 на 100 тис. населення (2021 рік – 11,91 на 100 тис. населення; Україна – 8,58 на 100 тис. населення).

Відмічається зниження випадків дитячого туберкульозу в період з 2015 по 2022 рік – кількість зменшилась із 26 (2015 рік) до 19 (2022 рік). А оскільки загальна кількість випадків реєстрації нових та рецидивів туберкульозу знизилася, це призвело до збільшення частки випадків дитячого туберкульозу з 3,40 % в 2015 році до 3,80 % в 2022 році.

Захворюваність на нові випадки та рецидиви туберкульозу серед міського та серед сільського населення області наступна:

- міське населення – 56,50 на 100 тис. населення; відмічається зростання даного показника на 9,90 %;
- сільське населення – 64,74 на 100 тис. населення; відмічається зниження даного показника на 6,30 %.

Така ситуація може свідчити про недостатню профілактичну роботу та про несвоєчасну діагностику туберкульозу серед населення в сільській місцевості.

Захворюваність на поєднану патологію туберкульоз/ВІЛ серед нових випадків в області зросла на 35,60 % і становить 5,69 на 100 тис. населення, проти 4,20 на 100 тис. населення у 2021 році (в абсолютних цифрах – 58 осіб виявлено у 2022 році).

В порівнянні з минулим роком, показник захворюваності на бацилярний туберкульоз зріс в області на 10,50 %: із 32,79 на 100 тис. населення до 36,23 на 100 тис. населення. Питома вага бактеріологічно підтвердженого туберкульозу легень зросла на 1,20 %: із 84,00 % у 2021 році до 85,20 % – у 2022 році, і на 0,50 % зросла питома вага деструктивного туберкульозу: із 54,50 % до 55,00 % у 2022 році, що свідчить про пізні звернення пацієнтів за медичною допомогою, незадовільну роботу первинної мережі по виявленню туберкульозу та низьку настороженість стосовно цієї недуги, особливо в умовах російської військової агресії та захворюваності на COVID-19.

Станом на 01. 01. 2023 року у Волинській області на обліку в протитуберкульозних закладах перебуває 405 хворих на всі форми активного туберкульозу (у 2021 році – 461). Показник поширеності склав 39,76 на 100 тис. населення (в тому числі діти віком 0 – 14 років включно – 1,53 на 100 тис. відповідного населення (3 особи), діти віком 15 – 17 років – 5,28 на 100 тис. відповідного населення (2 особи).

Смертність від туберкульозу у 2022 року склала 5,69 на 100 тис. населення (58 осіб), проти 8,88 на 100 тис. населення (91 особа) у 2021 році. Зниження даного показника відмічається на 35,90 %. Смертність від туберкульозу осіб, що не перебували на обліку становить 1,08 на 100 тис. нас. (11 осіб) і складає 19,00 % від усіх померлих (2021 рік –

25,30 %)

В області відзначається покращення ефективності лікування чутливого туберкульозу порівняно із когортою 2020 року на 6,00 % (вилікуваний +1,00 % та завершене лікування +5,00 %), а також зменшення невдач лікування на 4,00 % та перерваного лікування на 2,00 %. У той же час смертність від різних причин зросла на 1,00 %.

У Волинській області констатується покращення ситуації із лікуванням хіміорезистентного туберкульозу, так у порівнянні із 2020 роком ефективність лікування зросла із 13,00 % до 64,00 % та значно знизилась «невдача лікування»: із 18,00 % у 2019 році до 7,00 % у 2020 році, хоча це значно нижче цільового показника ВООЗ (75 %) [4,5].

Висновки:

1. Згідно даних статистики, у Волинській області відмічається збільшення захворюваності на туберкульоз та зменшення показника рецидивів туберкульозу в порівнянні із минулим (2021) роком. Також є зниження випадків дитячого туберкульозу в період з 2015 по 2022 рік.
2. Виявляти нові випадки туберкульозу шляхом профілактичних оглядів.
3. Відмічається покращення ефективності лікування хворих, як з чутливими, так і з хіміорезистентними формами туберкульозу.
4. Припускаємо, що часто туберкульоз не розглядається як можливий діагноз при дитячих захворюваннях і тому залишається невиявленим своєчасно.

Список використаних джерел:

1. Валецький Ю. М., Валецька Р. О., Грищук Л. А. та ін. Туберкульоз в Україні під час пандемії COVID-19. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2022. № 4. С. 45-50. doi: 10.30978/ТВ-2022-4-45.
2. Климаська Л. А. Особливості діагностики та лікування ВІЛ-інфекції у хворих з позалегеновими формами туберкульозу : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.13. Київ, 2019. 24 с.
3. Штибель Г. Д. Ефективність комплексної терапії хворих на мультирезистентний туберкульоз легень із застосуванням глюкозамінілмурамілпентапептиду і пентоксифіліну : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14. 01. 26. Київ, 2019. 18 с.
4. Ситуація щодо поширення туберкульозу в регіоні. URL:https://vofmc.itmed.org/news/26_01_2023_roku_v_aktoviy_zali_kp_volinskiy_oblasniy_ftiziopulmonologichniy_medichniy_t_sentr_volinsk.html (дата звернення: 07.04.2023).
5. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник). ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». К., 2019 – 2021 рр. (електронна версія).

Гащишин Т., Гащишин П.,

Мельник Р.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В РОБОТІ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Постановка наукової проблеми. Сьогодні праця медичної сестри – це яскравий приклад ентузіазму, милосердя та самовідданості, які так потрібні українському суспільству. Високий професіоналізм, чуйне ставлення, доброта, ініціативність, мобільність, повсякденна важка робота спрямовані на швидке одужання пацієнтів.

У відділенні інтенсивної терапії знаходяться пацієнти з тяжкими соматичними захворюваннями, після складних оперативних втручань, з критичними порушеннями свідомості, гемодинаміки, дихання, які потребують постійного кваліфікованого лікування, спостереження та догляду.

Мета дослідження: визначити й проаналізувати об'єм медичної допомоги, який надають медичні сестри відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії згідно посадових інструкцій.

Методи дослідження. Проведено ретроспективний нозологічний аналіз пролікованих пацієнтів за 2022 рік у відділенні анестезіології Волинської клінічної обласної лікарні, де працює 18 медичних сестер палат інтенсивної терапії та 18 медсестер-анестезистів.

Результати дослідження. Враховуючи багатопрофільність 12 ліжок відділення, оснащених моніторами, апаратами ШВЛ, дозаторами лікарських речовин, апаратом УЗД, електрокардіостимуляторами, дефібриляторами, протягом доби чотири медичні сестри виконують щоденну роботу. Анестезіологія – галузь медицини, у якій використовується велика кількість складних медичних апаратів, різноманітних газів [1]. Тому знання з охорони праці також необхідні. Догляд за тривалолежачими пацієнтами, забір аналізів крові з периферичних вен, центральних венозних катетерів, виконання призначень, ентеральне кормління із встановленням назогастрального зонда, контроль діурезу з катетеризацією сечового міхура, перев'язки та контроль за ранами і дренажними трубками, монітування пацієнта з контролем тривожних параметрів – це не повний список професійної щоденної діяльності.

А ще акуратний вигляд, лагідний голос, уважний погляд та заспокійлива розмова медичної сестри надзвичайно потрібні людям, які потрапили до лікарні, бо вселяють впевненість у благополучному результаті лікування.

Особливої тактовності потребують онкологічні пацієнти, військові з

посттравматичними розладами.

Висновки. Підсумовуючи, можемо відзначити, що ефективна робота медичної сестри відділення інтенсивної терапії – запорука успішного лікування найскладніших хворих. Враховуючи неспинний розвиток технологій, воєнні дії на території нашої країни, техногенні катастрофи, сучасний медик повинен прагнути до самоосвіти, вивчення нових методів діагностики та лікування, бути стресостійким, цілеспрямованим, комунікабельним та врівноваженим.

Список використаних джерел:

1. Ілько А. Анестезіологія, інтенсивна терапія і реаніматологія. Київ. 2018. 256 с.

Гомелюк Т.

Тернопільський національний
медичний університет імені

І. Я. Горбачевського

Демянчук М.

КЗВО «Рівненська медична академія»

ПОКАЗНИКИ ЗАГАЛЬНИХ ЛЕЙКОЦИТІВ ТА ЛЕЙКОГРАМИ ЯК ВІДДАЛЕНІ МАРКЕРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ, СПРИЧИНЕНУ SARS-COV-2

Постановка наукової проблеми. Вплив респіраторної інфекції на якість життя людини як наслідок респіраторної інфекції на сьогодні є предметом вивчення. Нещодавно було опубліковано декілька систематичних оглядів і мета-аналізів про наслідки інфекції та її вплив на якість життя [1,4]. Вимірювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, часто використовується в клінічних випробуваннях, програмах контролю якості та системі охорони здоров'я.

Мета роботи – дослідити та проаналізувати загальне число лейкоцитів та показники лейкограми у пацієнтів з негоспітальною пневмонією, спричиненою SARS-CoV-2 та встановити їх зв'язок з суб'єктивною оцінкою здоров'я за допомогою інструменту SF-36 через 1 рік після виписки із стаціонару.

Методи. Було проведено ретроспективне неінтервенційне когортне дослідження медичних карт 208 пацієнтів, які були госпіталізовані з приводу позалікарняної пневмонії з негативним результатом дослідження мазка на вірус SARS-CoV-2, протягом середини січня до кінця квітня 2021 року. Основну групу склали пацієнти з ідентифікацією нуклеїнової кислоти SARS-CoV-2 та ознаками пневмонії при комп'ютерній томографії високої роздільної здатності. За тяжкістю пневмонії хворі були розподілені на три групи: II група – пацієнти із пневмонією 2 категорії складності (n = 124), III група – пацієнти із пневмонією 3 категорії складності (n=68), IV група – пацієнти із пневмонією 4 категорії складності (n = 16). Ступінь тяжкості пневмонії розраховували за шкалою PORT. Групу порівняння склали пацієнти з ідентифікацією нуклеїнової кислоти SARS-CoV-2 та відсутність пневмонії при комп'ютерній томографії високої роздільної здатності. Проводилося визначення показників загального числа лейкоцитів та лейкограми крові на автоматичному гематологічному аналізаторі «Yumizen H500 CT».

Другим етапом нашого дослідження було телефонне опитування з метою оцінки якості

життя учасників першого етапу нашого дослідження (170 хворих, що перенесли негоспітальну пневмонію caused by SARS-CoV-2 та 20 осіб із групи порівняння) через 1 рік після виписки із стаціонару. Для оцінки якості життя використовували загальний опитувальник SF-36.

Статистичний аналіз даних здійснено з використанням програмного забезпечення «STATISTICA 7.0». Порівняльний аналіз абсолютних показників здійснено з використанням параметричного тесту ANOVA. Порівняння відносних значень, які були представлені у вигляді відсоткового співвідношення, здійснено критерієм Пірсона. Для обрахунку внутрішньої узгодженості шкал опитувальника здійснено розрахунок коефіцієнту альфа Кронбаха.

Результати. Встановлено вірогідно вищі значення загальної кількості лейкоцитів у хворих досліджуваних груп стосовно групи порівняння. При цьому, даний показник у пацієнтів IV групи статистично значимо перевищував аналогічні дані II і III груп відповідно на 81,27 % та 46,77 %. Найнижчі значення лейкоцитів серед хворих досліджуваних груп зафіксовані у пацієнтів з пневмонією 2 категорією складності. Необхідно наголосити на тому, що загальне число лейкоцитів було в межах фізіологічної норми у пацієнтів з пневмонією 2 і 3 категоріями складності. Зростання лейкоцитів у міру прогресування складності пневмонії відбувалося в основному за рахунок сегментоядерних нейтрофілів, відсоток яких не тільки був вірогідно вищий у всіх досліджуваних групах стосовно групи порівняння, але й у пацієнтів з пневмонією 4 категорії складності статистично значимо перевищував відсоток гранулоцитів у хворих з 2 і 3 категоріями складності.

Співставлення отриманих результатів лейкограми з показниками фізичного компоненту здоров'я за результатами аналізу опитувальника SF-36 через 1 рік після виписки зі стаціонару вказує на негативний слабкий зв'язок рівня лейкоцитів з показниками фізичного компоненту здоров'я, зокрема, підвищення вмісту лейкоцитів у хворих з негоспітальною пневмонією, спричиненою COVID-19 при поступленні в стаціонар асоціювалося зі зниженням показників фізичного компоненту здоров'я через 1 рік після виписки зі стаціонару.

Співставлення отриманих результатів лейкограми з показниками психологічного компоненту здоров'я за результатами аналізу опитувальника SF-36 через 1 рік після виписки зі стаціонару вказує на негативний слабкий зв'язок усіх показників психологічного компоненту здоров'я з рівнем лейкоцитів, нейтрофілів, зокрема, сегментоядерних нейтрофілів, а також позитивний зв'язок з рівнем лімфоцитів, які визначали на момент поступлення на стаціонар

Висновки. У пацієнтів з перенесеною негоспітальною пневмонією 3 і 4 категорії

складності, спричиненою SARS-CoV-2 через 1 рік після виписки із стаціонару, виявляються вірогідно нижчі показники фізичного і психологічного компонентів здоров'я стосовно даних пацієнтів з перенесеною пневмонією 2 категорії складності, при цьому зростання віку вірогідно асоціюється із зниженням якості життя.

У хворих із негоспітальною пневмонією, спричиненою COVID-19, підвищення вмісту лейкоцитів при поступленні в стаціонар асоціювалося зі зниженням показників фізичного й психологічного компонентів здоров'я через 1 рік після виписки зі стаціонару.

Список використаних джерел:

1. Poudel A. N.; Zhu S.; Cooper N.; Roderick P.; Alwan N. Impact of Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review. // PLoS ONE.-2021.-,Vol 16(10), e0259164. doi: 10.1371/journal.pone.0259164.
2. Sanchez-Ramirez D.; Normand K.; Zhaoyun Y.; Torres Castro R. Long-Term Impact of COVID-19: A Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis.// Biomedicines .-2021.-Vol 9(8):900. doi: [10.3390/biomedicines9080900](https://doi.org/10.3390/biomedicines9080900)
3. Van den Borst B.; Peters J. B.; Brink M.; Schoon Y.; Bleeker-Rovers C. P.; Schers, H.; van Hees H. W. H.; van Helvoort H.; van den Boogaard M.; van der Hoeven H.; et al. Comprehensive Health Assessment 3 Months After Recovery from Acute Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).// Clin. Infect. Dis.- 2021.-Vol 73(5):1089 –1098. doi: 10.1093/cid/ciaa1750.
4. Malik P.; Patel K.; Pinto C.; Jaiswal R.; Tirupathi R.; Pillai S.; Patel U. Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL)-A systematic review and meta-analysis.// J. Med. Virol. -2021.-Vol 94(1): 253 – 262. doi: 10.1002/jmv.27309.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ В ПЕРІОД ВІЙНИ

Деркач А., Ларіонова О.,
Тарасенко Ю., Кузьміна Є.,
Кравченко В.

ДУ «Національний інститут серцево-
судинної хірургії імені М. М. Амосова
НАМН України»

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК TRALI СИНДРОМУ У КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ПАЦІЄНТА

Вступ. Однією з базових складових успішного проведення оперативного втручання в кардіохірургії є потреба у своєчасній гемотрансфузії. Більшість кардіохірургічних втручань (98%) вимагають використання компонентів крові і/або плазмозамінників як окремого виду, так і їх поєднання.

TRALI – гостре трансфузійно асоційоване пошкодження легень, яке виникає в перші 6 год після трансфузії, при необов'язковому розвитку інфільтратів в легенях за відсутності лівошлуночкової недостатності чи іншої причини розвитку набряку легень. Поширеність і частота виникнення цього синдрому в Україні є достеменно невідомою. Частота виникнення TRALI складає 0,02 % – 0,09 %, однак ця цифра є значно вищою, так як часто виникнення його трактується як перевантаження рідиною. Найчастіше спостерігається після переливання СЗП 1:66 тис, а найрідше – після ТК – 1:420 тисяч випадків.

Летальність від TRALI синдрому складає 10,5 – 14,1 %.

Матеріали і методи. Протягом 2022 року у нашому відділенні було виконано 480 оперативних втручань. Розподіл використаних препаратів крові та її компонентів був таким : еритроцитарної маси – 87 л / 208 пацієнтів; СЗП – 117 л /260 пацієнтів; ТК – 408 доз /136 пацієнтів; кріопреципітат – 32 дози /16 пацієнтів. Серед всієї когорти пацієнтів, яким провели гемотрансфузію, виникнення синдрому TRALI ми спостерігали лише в одному випадку: 62-річний пацієнт Р., чол., поступив до ІССХ з діагнозом « Вроджений 2- стулковий аортальний клапан, Ао Нд 3+, розширення висхідної Ао 4.3 (за даними ЕХО-КГ)». Після необхідних обстежень оперований у плановому порядку в об'ємі – miniПАК (OnX25). Тривалість ШК склала 149'/129'. Після введення СЗП в об'ємі 200 мл, що співпало із етапом стягування

грудини, різко розвинулася гіпотензія до 60/40 мм.Нг, тахікардія, зниження SaO_2 з 98→87, PO_2 арт ↓ з 160→70 мм.рт.ст., поява значної кількості пінистої мокроти в інтубаційній трубці; ЕКГ не змінилася, але була відмічена гіпокінезія ЛШ. В зв'язку з підозрою на матеріальну емболію екстренно повторно підключено ШК, виконано конверсію в серединну стернотомію та вшито шунт в ПМЖВ. Повторне перетискування аорти склало 77 хвилин. Після зняття затискача з аорти відмітили реперфузійний синдром, що вимагав паралельної перфузії – 85 хвилин. Для підтримки адекватної серцевої діяльності розпочата терапія симпатоміметиками – норадреналін (0.21 мкг/кг/хв), добутамін (3.5 мкг/кг/хв), адреналін (0.002 мкг/кг/хв), мезатон – титруючи. Продовжувалася масивна плазморея з інтубаційної трубки, падіння сатурації до 82, pO_2 арт ↓ до 62мм.рт.ст. на FiO_2 100, в зв'язку з чим виникла підозра на розвиток TRALI синдрому. Варто зауважити, що тиск в лівому передсерді був нижче 1 см.вод.ст. Після стабілізації стану пацієнта штучний кровообіг було відключено через 312'. Додатково інтраопераційно було перелито СЗП – 1110мл, ер.м. – 773 мл, альбумін 10 % – 400 мл. Розчини для інфузії – колоїди 1000 мл (геласпан + тетраспан), стерофундин 500 мл. По переїзду до ВРІТ продовжувалася плазморея з інтубаційної трубки, яка тривала ще протягом двох діб.

Незважаючи на зниження ферментів та в зв'язку з наростанням гіпоксії : зниження pO_2 до 47мм.рт.ст, ↓ SaO_2 до 82% , при FiO_2 - 100%, через 32 год прийнято рішення про підключення ЕКМО (a.fem.d.- v.fem.sin) з швидкістю перфузії 3.5 л/хв в умовах постійної інфузії гепарину в дозі 10 ОД /кг (контроль по АЧТВ – в межах 50 – 65 сек). Пацієнт адаптований до ШВЛ інфузією дексодору. Для зменшення рівня крововтрати й у зв'язку з підвищенням кількості ексудату з моменту підключення ЕКМО (720 мл) був використаний CellSaver. Стабілізація гемодинамічних показників дозволила на третій післяопераційний день зменшити дози симпатоміметиків до мінімальних та припинити їх інфузію на четвертий день.

Сумарно у відділенні реанімації було перелито ер.маси – 3053 мл, СЗП – 1780 мл, ТК – 1 л, альбуміну 20 % – 400 мл, кріопреципітат – 120 мл.

Результати. На шосту післяопераційну добу на фоні стабілізації стану було відключено ЕКМО. Загалом пацієнт перебував на ШВЛ в режимі VCV – 56 годин, з ПДКВ до 6 – 8 та решту часу в режимі PSIM V, і був успішно екстубований на восьму добу. На чотирнадцяту добу був переведений до профільного відділення. З клініки пацієнт був виписаний на 27 післяопераційний день в задовільному стані та з нормалізацією всіх показників.

Заключення. 1) у пацієнта ми спостерігали клініку блискавичного синдрому TRALI, який проявив себе одразу після перелитої СЗП у вигляді плазмореї через інтубаційну трубку

набряком легень, гіпоксемією; 2) шунтування коронарної артерії було крайньою необхідністю, так як лівошлуночкова недостатність була некардіогенного генезу, про що засвідчив низький тиск в ЛП, виміряний інтраопераційно, і спровокована була недооціненим синдромом TRALI; 3) переливання крові та її компонентів є невід'ємним в кардіохірургії, але мінімізувати ризик посттрансфузійних ускладнень можна шляхом використання відмитих еритроцитів та лейкоцитарних фільтрів, хоча і це не завжди запобігає виникненню TRALI синдрому; 4) в Україні синдром TRALI часто не є вчасно діагностованим, бо маскується під інші патології.

**Кравченко І., Кравченко В.,
Осадовська І., Деркач А.,
Трембовецька О., Дуплякіна В.,
Андрущенко Т.**

ДУ «Національний інститут серцево-
судинної хірургії ім.М.М. Амосова
НАМН України»

БАГАТОРІЧНИЙ ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АНЕВРИЗМ ВИСХІДНОЇ І ДУГИ АОРТИ

Вступ. Хірургія висхідної і дуги аорти залишається одним з найбільш важких підрозділів серцево-судинної хірургії.

Мета. Метою нашого дослідження було представити результати лікування цієї складної когорти пацієнтів.

Матеріали і методи. В період з 1995 по 2022 роки 567 послідовних пацієнтів були прооперовані в інституті: 450 (79,4%) – чоловіки, 117 (20,6%) – жінки. Вік пацієнтів: 22 – 83 роки, середній $55,2 \pm 11,6$ років. Гостра (підгостра) стадія розшарування у 490 (86,5%); хронічна у 41 (7,2%); у 36 (6,3%) аневризми без розшарування.

Всі пацієнти, в залежності від вибору стратегії лікування і методів захисту головного, спинного мозку і вісцеральних органів, були розділені на 2 етапи: група порівняння – 157 пацієнтів прооперовані в період 1995 – 2012 роки, і основна група – оперовані з 2013 по 2022 роки – 410 пацієнтів. Діагноз аневризми висхідної і дуги аорти ґрунтувався на даних анамнезу, клінічних обстежень, трансторакальної і трансезофагеальної ЕХО-кардіографії, КТ-ангіо і аортографії. Основними факторами, що сприяли розвитку аневризми та її розшарування, були: артеріальна гіпертензія та атеросклероз – 413 (72,8%), синдром Марфана – 44 (7,8%), генералізований кістомедіонекроз – 25 (4,4%), двостулковий аортальний клапан – 46 (8,1%), неспецифічний аортит – 14 (2,5%), сифіліс – 13 (2,3%), аортит Такаюсу – 3 (0,5%), невизначена причина – 9 (1,6%) пацієнтів.

Статус пацієнтів в переважній більшості був важкий і ускладнений за рахунок наступних станів: виражена аортальна недостатність – у 332 (58,6%), гемоперикард – у 148 (26,1%), включаючи 61 (10,8%) пацієнта з тампонадою; частина пацієнтів була в стані шоку – 5 (0,9%), з ознаками міокардіальної ішемії – 28 (4,9%); ниркова недостатність – у 22 (3,9%). набряк легень – у 9 (1,6%) пацієнтів. У 2 (0,4%) пацієнтів до початку оперативного втручання настала зупинка серця. Частина пацієнтів – 27 (4,8%) були госпіталізовані в інститут з

явищами мальперфузії в різних судинних басейнах, в тому числі: шлунково-кишковий тракт – у 6 пацієнтів; мальперфузія центральної нервової системи – у 5 пацієнтів; ниркова мальперфузія – у 3 пацієнтів; мальперфузія нижніх кінцівок – у 7 пацієнтів; з ознаками міокардіальної ішемії – 6 пацієнтів. Для корекції цих станів в передопераційному періоді у 20 пацієнтів для усунення ознак органної ішемії були виконані міжсудинні анастомози з використанням 6-8 мм армованих PTFE протезів. У 2 випадках також ендovasкулярно виконували фенестрацію між хибним і справжнім каналами для усунення явищ мальперфузії. З невеликим часовим інтервалом ці пацієнти були оперовані. Всі операції проведені в умовах загальної анестезії через серединну стернотомію з використанням апарату штучного кровообігу. Місцем артеріальної канюляції в переважній більшості випадків (550 (97,0%)) була стегова артерія, у 17 (3,0%) пацієнтів – підключична, сонні артерії та пряма канюляція висхідної аорти. У всіх випадках після основного етапу корекції була виконана редирекція (перенаправлення) артеріальної лінії з канюляцією судинного протеза висхідної аорти на етапі зігрівання.

Для захисту головного, спинного мозку, вісцеральних органів протягом операції були використані наступні методики: ретроградна церебральна перфузія через верхню порожнисту вену (n=470 (82,3%)); антеградна церебральна перфузія (n=50 (8,8%)); циркулярна зупинка кровообігу (arrest) в умовах глибокої гіпотермії (n=47 (8,3%)).

Використані наступні методики оперативних втручань: супракоронарне протезування висхідної аорти з реконструкцією півдуги (дуги) – у 385 (23) пацієнтів; операція Бенталла з півдугою (дугою) – у 89 (9); операція Wheat з півдугою – у 20 пацієнтів; операція elephant trunk – у 53 (39 – СЕТ і 14 – FET) пацієнтів; інші втручання – у 10 пацієнтів.

В 39 (6,9%) пацієнтів додатково було симультанно виконане аорто-коронарне або аорто-мамарно-коронарне шунтування (1 – 4 шунти). У 13 – пластика мітрального клапана, у 15 – пластика трикуспідального клапана.

Результати. В групі порівняння післяопераційні ускладнення мали місце у 54 (34,4%) пацієнтів і госпітальна (30-денна) склала 17,2% (27 хворих), на відміну від основної групи, в якій післяопераційні ускладнення мали 33 (8,0%) пацієнти, а госпітальна летальність покращена до 5,9% (24 пацієнти, серед них – 6 з органною мальперфузією).

Заключення. Накопичений хірургічний досвід, покращення методів захисту серця, головного, спинного мозку та вісцеральних органів в ході хірургічного лікування аневризм висхідної і дуги аорти дозволив покращити результати, знизити кількість післяопераційних ускладнень з 34,4% до 8,0% і покращити результати госпітальної летальності з 17,2% до 5,9%.

Кравченко В., Дітківський І.,

Черпак Б., Перепелюк А.,

Веселков П., Макогончук І.

ДУ «Національний інститут серцево-
судинної хірургії імені М. М. Амосова
НАМН України»

ЕКСТРААНАТОМІЧНЕ СУБТОТАЛЬНЕ ПЕРЕКЛЮЧЕННЯ СУДИН ДУГИ АОРТИ – ЯК ЕТАП ГІБРИДНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ РОЗРИВІВ ВНАСЛІДОК ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ ДУГИ ТА НИЗХІДНОЇ ГРУДНОЇ АОРТИ

Вступ. Традиційні хірургічні методи лікування патології дуги аорти є інвазивними і часто пов'язані з серйозними ускладненнями. Тому, доволі часто, хворі з кількома супутніми захворюваннями відмовляються від відкритого хірургічного втручання. Гібридний підхід лікування патології грудного відділу аорти демонструє меншу кількість недоліків традиційної «відкритої» хірургії і в той же час має більш широкий спектр застосування, ніж ендovasкулярний метод.

Матеріали і методи. З 2014 по 2022 рік у ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова НАМН України» виконано 191 процедуру TEVAR (thoracic endovascular aortic repair), в їх число входять 89 пацієнтів, прооперованих гібридним методом (відкрита операція на судинах дуги аорти та TEVAR), серед них 5 військовослужбовців ЗСУ, 4 – після мінновибухової травми. У пацієнтів цієї групи нами було зафіксовано наступні нозології: аневризма низхідної аорти без розшарування та розриву – 25 (28,0 %); з наявним розшаруванням зафіксовано – 51 (57,3 %) (n = 7 – гостре, n = 6 – підгостре, n = 38 – хронічне) пацієнта, PAU – у 4 (4,5 %), посткоарктаційна аневризма аорти – у 3 (3,4 %), ізольована аневризма дуги аорти – у 2 (2,3 %), розшарування грудної аорти після попереднього протезування висхідного відділу аорти – у 3 (3,4%), первинний тромбоз аорти у 1 (1,1 %).

Пацієнтам, які були прийняті як кандидати на планову операцію, на першій стадії проводили переключення судин дуги аорти (дебранчинг) та TEVAR на другій стадії. У разі надання екстреної допомоги при розриві аорти з неконтрольованою кровотечею, синдромом мальперфузії – на першій стадії проводився TEVAR

Результати. Госпітальна летальність становила 3,4 %, що значно менше, ніж при відкритому втручанні. Серед ускладнень були ендоліки I або II типу (8 і 3); тромбоз сонно-підключичного анастомозу, розшарування лівої підключичної артерії, травма поворотного

гортанного нерва, інсульт, парапарез (усі в одному випадку), ретроградний ТААД (2 випадки). У віддалений період один пацієнт помер через 3 місяці з невідомої причини. Віддалені результати лікування для решти пацієнтів задовільні.

Заключення. Гібридна методика лікування патології аорти дозволяє забезпечити прийнятний рівень госпітальної смертності – 3,4 %, та невелику кількість неврологічних ускладнень.

Новак-Мазепа Х.

Тернопільський національний
медичний університет імені
І.Я. Горбачевського

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕННОЇ СОНЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Постановка наукової проблеми. Артеріальна гіпертензія є одним з факторів ризику, що сприяє підвищенню глобальної смертності як у розвинутих, так і в країнах, що розвиваються [1]. Артеріальна гіпертензія є не лише основним фактором ризику серцево-судинних захворювань, на який припадає приблизно одна третина всіх смертей у світі, але науково встановлено, що недостатня тривалість сну та низька його якість були пов'язані з несприятливими кардіометаболічними наслідками для здоров'я, включаючи гіпертензію [2], ожиріння [3], цукровий діабет другого типу [4] та серцево-судинні захворювання [5].

Декілька факторів, в тому числі адекватна тривалість сну, хороша його якість, правильний час і регулярність сну, а також відсутність розладів сну відіграють важливу роль у забезпеченні здорового сну та сприянні оптимальному здоров'ю [6].

Метою нашого дослідження було проаналізувати складові денної сонливості згідно шкали Епворта у хворих на артеріальну гіпертензію.

Методи дослідження. У дослідження було включено 42 пацієнти з діагностованою есенціальною артеріальною гіпертензією 2 стадії – складовою метаболічного синдрому, які перебували на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні лікарні. Вимірювання систолічного (САТ) й діастолічного артеріального тиску (ДАТ) (у мм рт. ст.) проводили згідно зі стандартним протоколом. Денну сонливість оцінювали за допомогою шкали Епворта.

Статистичну обробку результатів здійснювали з використанням комп'ютерної програми STATISTICA 7.0.

Результати. У хворих на АГ встановлені помірна (16,67 %) та різко виражена (71,43%) денна сонливість, а також в 11,90 % пацієнтів не діагностувалась денна сонливість. Аналіз параметрів, які склали вищевказані порушення денної сонливості, що складають шкалу Епворта, встановлено, що у хворих на АГ низька ймовірність заснути переважала в умовах сидючи і читаючи, їхати як пасажир в машині протягом години без перерви та сидіти бездіяльно в громадському місці; помірна ймовірність заснути найчастіше характерна дивлячись телевизор, лежачи відпочиваючи вдень, а також сидючи бездіяльно в громадському

місці; висока ймовірність заснути виявлялася: у 24 % сидячи і читаючи та дивлячись телевизор, у 18 % сидячи бездіяльно в громадському місці, у 22 % їдучи як пасажир в авто протягом години без перерви, у 31 % лежачи відпочити вдень та в 14 % сидячи спокійно після обіду без алкоголю.

При аналізі клінічних даних хворих на АГ залежно від рівня денної сонливості встановлено, що вираженість даного показника не залежала від віку пацієнтів. У той же час індекс маси тіла, окружність талії, тривалість захворювання, а також систолічний і діастолічний АТ у хворих з різко вираженою денною сонливістю були вищі стосовно аналогічних показників хворих з відсутньою денною сонливістю. Варто відмітити, що рівень систолічного АТ був найвищий у хворих на АГ з різко вираженою денною сонливістю, що, вірогідно, перевищувало аналогічні дані у пацієнтів з помірною денною сонливістю.

Висновок. У хворих на АГ переважає різко виражена денна сонливість. При цьому індекс маси тіла, окружність талії, тривалість захворювання, а також систолічний і діастолічний АТ у таких пацієнтів вищі стосовно аналогічних даних при відсутній денній сонливості.

Список використаних джерел:

1. Senarathne R., Hettiaratchi U., Dissanayake N., Hafiz R., Zaleem S., Athiththan L. Metabolic syndrome in hypertensive and non-hypertensive subjects. *Health Sci Rep.* 2021; 4: e 454.
2. Guo X., Zheng L, Wang J., Zhang X., Zhang X., Li J., et al. Epidemiological evidence for the link between sleep duration and high blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med.* 2013; 14(4):324–332. DOI:10.1016/j.sleep.2012.12.001
3. Depner CM, Stothard ER, Wright KP, Jr. Metabolic consequences of sleep and circadian disorders. *Curr Diab Rep.* 2014; 14(7):507. DOI:10.1007/s11892-014-0507-z.
4. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care.* 2010; 33(2):414–420. DOI:10.2337/dc09-1124.
5. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur Heart J.* 2011;32(12):1484–1492. DOI:10.1093/eurheartj/ehr007.
6. Roenneberg T, et al. Life between clocks: daily temporal patterns of human chronotypes. *J Biol Rhythms.* 2003; 18(1):80–90.

Шевчук Т.

ВНУ імені Лесі Українки;

Корнійчук Ю.

ЛНМУ імені Данила Галицького

СТАН ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА МОЗКОВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ В ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ НА ФОНІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Постановка наукової проблеми. Зараз в Україні спостерігається зниження рівня фізичного здоров'я підростаючого покоління, внаслідок зменшення рухової активності, зростання статичного та психоемоційного напруження в навчальному процесі, впровадження комп'ютерних технологій у повсякденне життя та несприятливих екологічних умов [1, 2]. Питання збереження здоров'я молодого покоління перетворилось на предмет гострої уваги.

Особливу зацікавленість привертає поява підвищеного артеріального тиску в підлітковому віці, що пов'язано з ризиком збереження його в наступні роки й несприятливим прогнозом стосовно виникнення артеріальної гіпертонії. Тому визначення рівня фізичного здоров'я та вивчення особливостей мозкового кровообігу на фоні підвищеного артеріального тиску є актуальним [3, 4, 5].

Мета роботи: визначення рівня фізичного здоров'я та особливостей мозкового кровообігу на фоні підвищеного артеріального тиску в дівчат-підлітків. Для досягнення поставленої мети були поставлені **завдання:** проаналізувати рівень фізичного здоров'я у дівчат на фоні артеріальної гіпертензії; дослідити стан мозкової гемодинаміки у дівчаток із підвищеним артеріальним тиском; провести кореляційний аналіз показників фізичного здоров'я та мозкової гемодинаміки у досліджуваних дівчат. Для визначення рівня фізичного здоров'я та вивчення стану мозкової гемодинаміки було сформовано дві групи досліджуваних з дівчат-підлітків віком 15 – 16 років: I група (основна) – 10 дівчат із артеріальною гіпертензією. За даними амбулаторних карток, вони мали підвищений артеріальний тиск (I стадія гіпертензії) та II група (контрольна) – 10 учениць Луцької спеціалізованої загальноосвітньої школи I–III ступенів № 1 (за даними амбулаторних карток були здорові).

Застосували такі **методи дослідження:** аналіз літературних джерел – узагальненню наукової інформації, що дозволило констатувати зниження рівня фізичного здоров'я підлітків; необхідність ранньої діагностики артеріальної гіпертензії у підлітковому і юнацькому віці, пов'язаної з ризиком її збереження в наступні роки й несприятливим прогнозом щодо виникнення серцево-судинних захворювань у майбутньому; методику

антропометрії; методику реоенцефалографії; метод варіаційної статистики для обчислення та аналізу результатів даних дослідження.

Результати дослідження. За нашими даними, I група досліджуваних дівчат із підвищеним артеріальним тиском має нижчий рівень фізичного здоров'я. Ми вважаємо, що це пов'язано зі своєрідною сукупністю морфологічних і функціональних особливостей організму. Група дівчат із артеріальною гіпертензією належать до нижче середнього рівня фізичного здоров'я (6 балів за шкалою), а представниці контрольної групи – до вище середнього рівня (12 балів). Це можна пояснити насамперед дещо нижчими антропометричними показниками, а також високими значеннями ЧСС й АТ [1].

Період пульсового коливання (Т), який характеризує стан судин малого та дрібного калібру і час притоку крові до мозку у групі дівчат із підвищеним тиском достовірно нижчий, ніж у контрольній групі. показник Т виявляє тенденцію до збільшення в контрольній групі досліджуваних (II група), при $p < 0,05$, але не несе в собі патологічних змін. Залежно від величини об'ємного пульсового кровонаповнення цей показник може бути в межах норми, зниженим або підвищеним. Зниження об'ємного пульсового кровонаповнення поділяється на кілька ступенів: помірне (якщо значення менше норми не більше як 40 %); значне (якщо менше норми на 40 – 60 %); різко виражене (якщо менше норми на 60 – 90 %); і критичне (коли амплітуда реоенцефалограми межує з технічними можливостями реографа). Зниження відповідного показника засвідчує значне зниження об'ємного пульсового кровонаповнення, підвищення тонуусу артерій розподілу, тобто, простежується явище гіпертонуусу.

Як бачимо, на основі наших досліджень, у дівчат I (основної) групи з підвищеним тиском час максимального наповнення (АХ), який характеризує тонічний стан судин на відрізьку від серця до досліджуваної ділянки [3], має достовірно нижчі значення в обох півкулях головного мозку, ніж у контрольної групи ($p < 0,05$). У дівчат із I групи простежуємо зниження показника АХ у межах фізіологічної норми 0,111-0,127 с. Зниження норми вказує на різницю в тонусі й еластичності артерій і великих судин, а також їх пружність.

Реографічний показник, який відображає стани тонуусу артерій і прекапілярних та посткапілярних дрібних судин – це дикротичний індекс (А1), який у середньому становить 50 %. Він частково залежить від периферійного судинного опору. Підвищення дикротичного індексу (А1) понад 70 % від норми характеризує підвищення периферичного судинного опору або гіперрезистивність судин мікроциркуляторного русла, що ми бачимо в досліджуваних, при $p < 0,05$.

У дівчат із гіпертензією ми виявили тенденцію до збільшення показника середньої швидкості наповнення (V_{cp}), яка характеризує наповнення середніх і дрібних артерій. У

першої групи V_{cp} достовірний і на 1 Ом/с вищий, ніж у дівчат контрольної групи, при $p < 0,05$. Це засвідчує недостатнє наповнення дрібних, середніх і великих артерій та підвищення тонуусу судин мозку.

Час запізнення (поширення) реохвилі (Ra) характеризує тонічний стан судин на відрізьку від серця до досліджуваної ділянки. З підвищенням судинного тонуусу Ra зменшується, а зі зниженням – дещо збільшується. Показник часу запізнення реохвилі (Ra) перевищує норму (0,110-0,120 с) у дівчат в обох півкулях і контрольної, і дослідної (I групи) груп і є статистично недостовірним (див. додаток Ж). Зменшення цього інтервалу може бути ознакою або підвищення тонуусу, або склерозу магістральних судин.

Амплітуда швидкого наповнення (АБ) у всіх досліджуваних знижена, але достовірної різниці не зафіксовано, при $p > 0,05$. Виявлено зниження показника АБ на 50 % у всіх досліджуваних від норми (0,126 – 0,142 Ом). Зниження показника АБ засвідчує порушення кровонаповнення судин головного мозку, що є причиною гіпоксії (кисневого голодування) клітин головного через зменшення кількості кисню, що вдихається, і збільшення насичення крові вуглекислим газом. Амплітуда швидкого наповнення пропорційна до об'єму притоку артеріальної крові в мозок і відтоку венозної крові в момент максимального розтягнення судин. Деякі вчені зазначають [3, 4], що амплітуда реоенцефалограми залежить від частоти серцевих скорочень, ударного об'єму крові, артеріального тиску і тонуусу судинних стінок.

У двох групах не виявлено достовірних відмінностей (при $p > 0,05$) між значеннями реографічного індексу (АХ) – важливого показника, який дає змогу визначати відносне значення пульсового кровонаповнення інтракраніальних судин. АХ знижений у двох групах досліджуваних дівчат (права та ліва півкулі) порівняно з нормою (0,126–0,142 Ом), але в основної групи простежуємо чітке зниження показника АХ при $p > 0,05$. Ми чітко прослідковуємо, що реографічний індекс менший зліва. Можемо припустити, що це вказує на зниження кровопостачання мозку та зменшення притоку крові в цій ділянці тіла.

За даними реоенцефалографічних досліджень у 90 % дівчат I групи об'ємний кровотік був зниженим, що зумовлено, наймовірніше, наявністю змін у тонуусі артерій вертебро-базиллярного басейну.

Отже, проаналізувавши 17 показників, які відображали фізичний розвиток (антропометричні показники), величини артеріального тиску, частоти серцевих скорочень і стан мозкової гемодинаміки у дівчат-підлітків, ми виявили: високі кореляційні зв'язки ($r= 0,70$ та $0,67$, при $p < 0,05$) між показником зросту та реографічним індексом (АХ) у дівчат I (основної) групи в обох півкулях. У II групі досліджуваних – між зростом й амплітудою швидкого наповнення (АБ) у правій півкулі ($r= 0,63$, при $p < 0,05$). Між показником маси тіла і часом запізнення (поширення) реохвилі (Ra) зліва, маси тіла і реографічним індексом (АХ)

справа у досліджуваних I групи. Коефіцієнт кореляції становить: $r = 0,69$ та $0,67$ відповідно, при $p < 0,05$.

Достовірна позитивна кореляція у правій півкулі виявлена між діастолічним АТ і часом запізнення (поширення) реохвилі (Ra) у дівчат I групи ($r = 0,73$ при $p < 0,05$). Між діастолічним АТ і реографічним індексом (AX) – у досліджуваних II групи ($r = 0,65$, при $p < 0,05$).

Висновки. Аналіз антропометричних показників дозволив констатувати, що дівчата обох досліджуваних груп гармонійно розвинені. Рівень фізичного здоров'я вищий у контрольній групі і за шкалою відповідає вище середнього рівня. У дівчат із артеріальною гіпертензією рівень фізичного здоров'я нижче середнього.

За результатами дослідження мозкового кровообігу було відмічено недостатнє наповнення дрібних і середніх артерій, підвищення судинного тону, периферичного судинного опору й ознак утрудненого венозного відтоку в осіб із підвищеним рівнем артеріального тиску (I група). Майже всі реоенцефалографічні показники в досліджуваних контрольній групі перебувають у межах норми, що може засвідчувати нормальний мозковий кровообіг у вертебро-базиллярному басейні.

Проведений кореляційний аналіз між досліджуваними показниками дав змогу визначити високі кореляційні зв'язки ($p \leq 0,05$, при $R \geq |0,63|$) у дівчат I (основної) групи між показником зросту та реографічним індексом (AX), амплітудою швидкого наповнення (АБ); показником маси тіла та часом запізнення (поширення) реохвилі (Ra), реографічним індексом (AX), а також достовірну позитивну кореляцію між діастолічним АТ і часом запізнення (поширення) реохвилі (Ra).

Аналіз показників фізичного здоров'я дівчат-підлітків засвідчив не лише на їхню залежність від рівня артеріального тиску, але й зниження мозкового кровотоку, що зумовлено наявністю змін у тонусі артерій вертебро-базиллярного басейну.

Список використаних джерел:

1. Польша Н. С. та ін. Скринінгова оцінка адаптаційно-резервних можливостей дітей шкільного віку. Методичні рекомендації. Київ, 2013. 22 с.
2. Сучасні підходи до оцінки віково-статевих характеристик формування здоров'я школярів / Т. П. Скочко, О. П. Рудницька, К. В. Шевчук, Т. В. Голубчиков. Медичний форум. 2016. №8 (08). С. 117–120.

3. Бойко Д. О., Коврига О. В., Порохня Н. Г. Клініко-пара-клінічна характеристика дітей з первинною артеріальною гіпертензією. Новини і перспективи медичної науки. 2021. С. 77 – 78.
4. Матюха Л. Ф., Орловська Н. В., Бухановська Т. М. Профілактика розвитку артеріальної гіпертензії у підлітків з наявними факторами ризику в умовах сільської амбулаторії. Сімейна медицина. 2016. № 4(66).
5. Товма А. В. Удосконалення діагностики та прогнозування розвитку ремоделювання лівого шлуночка у підлітків з первинною артеріальною гіпертензією. Doctoral dissertation. Запоріжжя, 2020.

Задорожна О., Мартиновська О.,

Таганова М., Ратовська Г.

Одеський національний медичний

університет КНП «Пологовий будинок

№7» м. Одеса

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ГЕПАТИТОМ С

Актуальність теми: Гепатит С є глобальним захворюванням серед популяцій, часто діагностується вже у хронічній формі, що веде до розвитку хронічної хвороби печінки, цирозу та гепатоцелюлярної карциноми. Тому потрібний належний скринінг груп високого ризику, до яких включені вагітні жінки, оскільки відбувається вертикальна передача вірусу дитині а, в подальшому, можлива її інвалідизація. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 3 % населення світу має цей вірус та кожного року уражується ним 3 – 4 млн. людей [1-7]. Частота інфікування вірусом гепатиту С серед вагітних в Європі коливається в діапазоні 1,7 – 4,3 % [8].

Мета: оцінити клінічний перебіг вагітності та пологів у жінок із гепатитом С.

Матеріали та методи дослідження: Обстежено 93 вагітних на базі КНП «Пологовий будинок № 7» міста Одеса. Із них 63 особи із гепатитом С, які були розподілені на 2 групи. У першу (I) групу увійшли 43 вагітних із хронічним гепатитом С, у другу (II) групу – 20 осіб із вперше виявленим гепатитом С. До контрольної групи (КГ) увійшли 30 соматично здорових вагітних. Усім пацієнткам проводили збір анамнезу, загальноклінічне обстеження, акушерсько-гінекологічний огляд, УЗД. Крім того, звертали увагу на активність АЛТ та АСТ (у перші 6 тижнів вагітності, 28 – 32 тижні та перші 42 дні після пологів), рівень білірубіну, лужну та кислу фосфатазу. Оцінку новонароджених проводили згідно діючих протоколів – за допомогою шкали Апгар та ін. У всіх пацієнтів у сироватці крові доліджували HBsAg, HBeAg, анти-HCV за допомогою мікрочастинкового імуноферментного аналізу. Серед жінок із позитивним анти-HCV кількісну оцінку та генотип визначали методом полімеразно-ланцюгової реакції.

Результати дослідження: Під час дослідження встановлено, що ускладнення вагітності мали місце у 62,7 % осіб I групи, у 35,0 % жінок II групи та у 6,2 % пацієнток КГ. У жінок I та II групи домінували такі ускладнення вагітності як: анемія (53,0 % та 37,0 %), дисфункція плаценти (37,0 % та 23,0 %), загроза переривання вагітності (9,4 % проти 1,8 %) та інфікування фетоплацентарного комплексу (23,0 % проти у 16,0 %), ($p < 0,05$). При аналізі

перебігу пологової діяльності передчасні пологи спостерігали в осіб I групи в 2,5 рази, а у жінок II групи – у 1,3 рази частіше, аніж у вагітних КГ ($p < 0,05$). В пологах виникали ускладнення в жінок I групи у 1,5 рази частіше, аніж у осіб II групи: атонія матки (45,0 % проти 30,0 %), ПРПО (20,0 % проти 15,0 %), а у пацієнтів КГ дані ускладнення були поодинокими. Розвиток первинної слабкості пологової діяльності виникав у 11 (25,6 %) осіб I групи та у 2 жінок II групи (10,0 %), ($p < 0,05$). Післяпологова кровотеча розвивалася в пацієнток I групи у 3,5 рази, в II групи – в 2,1 рази більше, ніж у вагітних КГ, ($p < 0,05$). Ускладнення у новонароджених від матерів I групи виявляли в 1,3 рази частіше, ніж у новонароджених від матерів II групи.

Висновки: Клінічний перебіг вагітності та пологів у жінок із гепатитом С супроводжується достовірно вищою частотою розвитку акушерських та перинатальних ускладнень. Серед ускладнень вагітності домінують дисфункція плаценти, анемія, загроза переривання вагітності, інфікування фетоплацентарного комплексу. Це свідчить про негативний вплив вірусу гепатиту С на перебіг вагітності. Найпоширенішими станами під час пологів були: післяпологова кровотеча, атонія матки та ПРПО. Вертикальну передачу вірусу гепатиту С спостерігали у 9,0 % осіб I групи та у 10,0 % жінок II групи.

Список використаних джерел:

1. Messina JP, Humphreys I, Flaxman A, Brown A, Cooke GS, Pybus OG et al. (2015). Global distribution and prevalence of hepatitis C virus genotypes. *Hepatology*. 61: 77–87.
2. 17. Mohamed AA, Elbedewy TA, El_x0016_Serafy M, El_x0016_Toukhy N, Ahmed W, Ali El Din Z. (2015). Hepatitis C virus: a global view. *World J Hepatol*. 7: 2676–2680.
3. World Health Organization. (2017). Hepatitis C fact sheet updated [Accessed 2017 Nov 29].
4. CDC Recommendations for Hepatitis C Screening Among Adults – United States, 2020 / S. Schillie, C. Wester, M. Osborne [et al.]. *MMWR Recomm Rep*. 2020. 69 (2). P. 1-17.
5. World Health Organization. *Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis*. 2016-2021. Geneva; 2016.
6. Schillie S, Wester C, Osborne M, Wesolowski L, Ryerson AB. CDC Recommendations for Hepatitis C Screening Among Adults - United States, 2020. *MMWR Recomm Rep*. 2020 Apr 10;69(2):
7. Gupta E. Emerging resistance to directly-acting antiviral therapy in treatment of chronic Hepatitis C infection—A brief review of literature. *J Family Med Prim Care*. 2020 Feb 28;9(2)
8. Nikolajuk-Stasiuk J, Lapinski TW. The influence of hepatitis B virus (HBV) or hepatitis C virus (HCV) infections on the pregnancy course. *Ginekol Pol*. 2021;92(1):30-34.

Сорока Ю., Шкурба Т.

Полтавський базовий медичний
фаховий коледж

ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ З МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ

Вступ. Для постнатального розвитку дитини та профілактики формування хронічних захворювань важливе значення має забезпечення її поживними речовинами, мікроелементами та вітамінами відповідно до потреб організму.

Мета статті. Метою медичної допомоги передчасно народженим дітям є не тільки збереження життя, але й забезпечення оптимального постнатального розвитку та якості подальшого життя.

Основна частина. Передчасно народжені діти мають вкрай обмежений запас поживних речовин при народженні. Незрілість шлунково-кишкового тракту обумовлює тривалий перехід на повноцінне ентеральне харчування молоком. Немовлята, що народились з гестаційним віком 24 тижні, складаються з приблизно 90% води, а решту становлять білок майже без ліпідів (за винятком нервових структур) і невелика кількість мінеральних речовин. Білок в органах і м'язах становить найбільші потенційні «запаси» енергії, але якщо використовувати їх для катаболізму як джерело енергії, організм припиняє функціонування. Дитина з гестаційним віком 24 тижні та масою тіла 500 г містить приблизно 50 г «сухої речовини». Навіть якщо уявити, що одна третина цього білка може бути використана для отримання енергії, яка утворить лише близько 50 ккал потенційних запасів енергії, то цього ледь вистачить для забезпечення базальних метаболічних потреб в енергії протягом лише перших 24 годин. Більшість відділень інтенсивної терапії новонароджених у розвинених країнах зазвичай використовують парентеральне харчування (ПХ) у дітей з гестаційним віком < 30. Багато авторів рекомендують використовувати ПХ у немовлят < 32 тижнів або < 1500 г, а деякі використовують і в більш зрілих дітей до встановлення повноцінного ентерального годування. Середня тривалість переходу від парентерального до повного ентерального харчування зазвичай становить 1–2 тижні і тісно пов'язана з гестаційним віком.

Парентеральне харчування використовується не лише в якості сходинок при переході до ентерального годування, але й у немовлят, які мають захворювання шлунково-кишкового тракту, зокрема при некротизуючому ентероколіті у перед- і післяопераційному періоді. У цих немовлят ПХ, як правило, є єдиним джерелом поживних речовин протягом декількох днів або тижнів, тому набагато більше уваги приділяється забезпеченню мікроелементами і вітамінами (особливо жиророзчинними).

У дітей з дуже малою масою тіла ПХ повинне розпочинатися якомога швидше після народження через пупкову венозну лінію або периферичну венозну лінію. Раннє використання ПХ сприяє позитивному балансу азоту, зменшує післяпологову втрату ваги, покращує ріст і неврологічний статус, а також може призвести до зниження смертності і несприятливих наслідків, таких як бронхолегенева дисплазія і некротизуючий ентероколіт. Проте ПХ може викликати короткострокові і довгострокові несприятливі ефекти у немовлят з дуже малою масою тіла.

Основними джерелами енергії для організму є вуглеводи і жири. Використання концентрованих розчинів глюкози для задоволення потреб у калоріях призводить до розвитку гіперглікемії та жирового переродження печінки. Споживання вуглеводів може бути обмежене у недоношених і хворих новонароджених дітей через ризик виникнення гіперглікемії. Окислювальна здатність глюкози для продукції енергії і відкладення глікогену, гестаційний вік і клінічний стан впливають на максимальну швидкість введення глюкози (7–12 мг/кг/хв). Рівень глюкози в плазмі, який може призвести до несприятливих результатів, чітко не визначений, але гіперглікемія (> 10 ммоль/л) є типовою після передчасних пологів, а також може бути пов'язана з викидом катехоламінів, зниженням вироблення інсуліну і резистентністю до інсуліну. Гіперглікемія пов'язана з підвищеною смертністю, внутрішньошлуночковими крововиливами, сепсисом і хронічними захворюваннями легень. Здебільшого гіперглікемія піддається лікуванню шляхом зниження споживання глюкози до мінімального рівня 4 мг/кг/хв, хоча інсулін широко застосовується в багатьох відділеннях. Дотація амінокислот у ПХ сприяє кращій утилізації глюкози. Ліпіди дають більше енергії на одиницю об'єму, ніж вуглеводи, і дозволяють уникнути ускладнень, пов'язаних з введенням глюкози, а також вирішують проблему дефіциту незамінних жирних кислот.

Ліпіди повинні забезпечувати 25 – 40% небілкових калорій. У новонароджених відмічена краща толерантність до 20% ліпідної емульсії у зв'язку з нижчим співвідношенням фосфоліпідів до тригліцеридів [12]. Дефіциту незамінних жирних кислот у недоношених дітей можна запобігти введенням лінолевої кислоти в мінімальній добовій дозі 0,25 г/кг/день, що еквівалентно 0,5 – 1,0 г/кг/день внутрішньовенної ліпідної емульсії. У новонароджених з дуже малою масою тіла початкова доза ліпідної емульсії може бути 0,5 – 2 г/кг/добу із поступовим збільшенням ліпідної емульсії по 0,5 – 1 г/кг/добу до максимальної дози 3 г/кг/добу. Раннє введення ліпідів протягом першого тижня безпечно, добре переноситься дітьми з дуже малою масою тіла і сприяє кращому набору ваги.

Ліпіди необхідні для організму передчасно народженої дитини не лише як джерело енергії. Встановлено, що кардіоміоцити, а також інші м'язові клітини і нейрони, є електрично активними клітинами, багатими іонними каналами, вони найбільш чутливі до дефіциту

жирних кислот $\omega 3$. Жирові емульсії запобігають дефіциту незамінних жирних кислот, який протягом 72 годин біохімічно підтверджується у недоношених дітей, клінічно ж проявляється до кінця першого тижня життя. Оптимальна ліпідна емульсія повинна забезпечити незамінні жирні кислоти, підтримувати рівень довголанцюгових поліненасичених жирних кислот та імунну функцію, а також знижувати рівень перекисного окислення ліпідів. Донедавна єдиною широко доступною для застосування у новонароджених була емульсія на основі соєвої олії. Дана олія містить $\omega 6$ поліненасичену лінолеву кислоту, а її метаболіти можуть запускати перекисне окислення, яке індукує токсичні ефекти так само, як і прозапальні цитокіни. У нових препаратах частина соєвої олії замінена іншими оліями, у тому числі кокосовою, оливковою олією, що дозволяє знизити вміст лінолевої кислоти. Також з'явилися емульсії, що містять риб'ячий жир, багатий на довголанцюгові $\omega 3$ жирні кислоти (ЕРА, ДНА). Толерантність до жиру може бути оцінена шляхом вимірювання концентрації тригліцеридів у сироватці, які повинні становити < 200 мг/дл. Щоб запобігти дефіциту незамінних жирних кислот, завжди має бути мінімальне споживання лінолевої кислоти, а зменшення дози ліпідів при парентеральному харчуванні слід розглядати, якщо рівень тригліцеридів сироватки крові > 250 мг/дл.

Висновок. Раннє призначення повноцінного парентерального харчування із застосуванням швидкого переходу на ентеральне годування під контролем толерантності дає можливість покращити харчову підтримку в дітей з дуже малою масою.

Список використаних джерел:

1. Аналіз особливостей постнатального фізичного розвитку дітей з дуже малою масою тіла при народженні в умовах відділення інтенсивної терапії та виходжування новонароджених / Шунько Є.Є., Белова О.О., Путкарадзе Р.В. [et al.] // Современная педиатрия. 2020. №2(74). С.1–14.
2. Белова О.О. Постнатальний фізичний розвиток дітей з дуже малою і надзвичайно малою масою тіла. Современная педиатрия. 2018. №8(72). С.50–53.
3. Добрянський Д.О. Ентеральне харчування недоношених дітей із дуже малою масою тіла при народженні: сучасні пріоритети. Здоров'є ребенка. 2020. №4. С.91–98.

Дмитроца О., Коржик О.

Волинський національний університет
імені Лесі Українки,

Діжак Л.

ТОВ «ГЕМО МЕДИКА»

ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ВІТАМІНУ D В ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ У РІЗНІ ПОРИ РОКУ (ЗА ПОКАЗНИКАМИ КРОВІ)

Актуальність дослідження. На сьогодні недостатність, а більшою мірою дефіцит вітаміну D є пандемією, яка охоплює більшу частину загальної популяції людей незалежно від віку та статі [2]. Тривалий час панувала думка, що у нашій країні люди не страждають від D-дефіциту, особливо в тих областях України, де є багато сонячних днів упродовж року. Проте така думка виявилася хибною, оскільки для виникнення дефіциту вітаміну D існують екзогенні (наприклад, харчування) та ендогенні (наприклад, патологія шлунково-кишкового тракту тощо) фактори [1, 4]. Популяційні дослідження показують, що залежно від регіону проживання у людей коливається рівень дефіциту вітаміну D, але він присутній навіть у південних регіонах, хоча і менш виражений, ніж на Заході України, де набагато більше похмурих днів без сонця [2, 3].

Метою дослідження є визначення забезпеченості вітаміном D осіб зрілого віку у різні пори року (весна, літо, осінь зима).

В обстеженні взяли участь 320 осіб (чоловіки та жінки віком 26 – 35 років (зрілий вік I період, по 80 осіб в кожній статевій підгрупі) та 45 – 55 років (зрілий вік II період, по 80 осіб в кожній статевій підгрупі), здорові. Дослідження вмісту вітаміну D проведено у різні пори року (весна, літо, осінь, зима; по 20 осіб) за стандартними методиками на базі лабораторії «ТОВ «ГЕМО МЕДИКА Луцьк» упродовж 2021 – 2022 років. Одиниці вимірювання рівня вітаміну D – нанограми на мілілітр (нг/мл) з оптимальною його концентрацією 30 – 50 нг/мл (10 – 20 нг/мл – ризик дефіциту вітаміну D в організмі; 5 – 10 нг/мл – дефіцит, ≤ 5 нг/мл – важкий дефіцит; \leq більше 150 нг/мл – можливі прояви інтоксикації). Під час обробки отриманих даних використовувались методи варіаційної статистики з оцінкою t-критерія Стьюдента.

За результатами дослідження встановлено, що у чоловіків I зрілого віку вміст вітаміну D коливався від $30,14 \pm 1,6$ нг/мл (зима) до $34,87 \pm 1,6$ нг/мл (осінь), що відповідає нормі. Найвищу частку осіб з дефіцитом вмісту вітаміну D ($19,46 \pm 15,4$ нг/мл) встановлено взимку (10 %). Тоді як частка осіб з оптимальним рівнем вмісту вітаміну D (від 30,9 до 40,9 нг/мл) була найвищою восени (75 % осіб) та влітку (50 % осіб).

У чоловіків II зрілого віку встановлено достовірне зниження вмісту вітаміну D: весна – $25,69 \pm 0,72$ нг/мл (недостатність), літо – $26,95 \pm 0,86$ нг/мл (недостатність), осінь – $31,48 \pm 2,16$, (оптимальний рівень) зима – $26,55 \pm 0,86$ нг/мл (недостатність). Як і в молодших чоловіків, найвищий вміст вітаміну D виявлено в осінній період; найвищу частку осіб з дефіцитом вітаміну D зафіксовано в осінній та зимовий періоди (20 %).

У жінок віком 26 – 35 років вміст вітаміну D становив: весна – $27,1 \pm 1,36$ нг/мл (недостатність), літо – $30,78 \pm 1,76$ нг/мл (оптимальний рівень), осінь – $33,43 \pm 1,16$ нг/мл (оптимальний рівень), зима – $26,92 \pm 2,68$ нг/мл (недостатність). Випадки встановлення дефіциту вітаміну D зустрічались у весняний ($18,3 - 18,4$ нг/мл) та зимовий ($18,1 - 18,3$ нг/мл) періоди року – відповідно по 10 % та 20 % осіб; частка жінок даної вікової групи з недостатнім вмістом вітаміну D була найвищою в зимовий (70 % осіб) та весняний (55 % осіб) періоди.

Для жінок віком 45 – 55 років встановлено достовірне зниженням вмісту вітаміну D навесні ($25,04 \pm 0,84$ нг/мл, недостатність) та восени ($25,14 \pm 1,46$ нг/мл, недостатність). Проте вміст вітаміну D у зимовий період підвищився до $28,16 \pm 2,88$ нг/мл (недостатність), порівняно з молодими жінками. У літню пору року нами не виявлено осіб з дефіцитом вітаміну D, тоді як у інші пори року реєструвались такі випадки: зима – 10 % осіб, осінь – 30 % осіб, зима – 20 % осіб. Високий вміст вітаміну D зафіксовано у зимовий період (у 10 % випадків).

Таким чином, вміст вітаміну D в осіб зрілого віку залежав від пори року. У чоловіків найвищий вміст вітаміну D встановлено в осінній період (група чоловіків 26 – 35 років), найнижчий – навесні (група чоловіків 45–55 років). Восени найвищим вмістом вітаміну D характеризувались жінки 26–35 років; найнижчий вміст насичення організму вітаміном D встановлено у весняний період для жінок старшого віку. Частка осіб з дефіцитом вітаміну D є найвищою серед жінок 45–55 років в осінній період (30 %), серед чоловіків – в осінньо-зимовий період (по 20 % серед чоловіків старшої вікової підгрупи).

Відомо, що навіть незначне зниження забезпеченості вітаміном D може бути причиною розвитку багатьох захворювань. Тому своєчасне визначення рівня забезпеченості організму вітаміном D з подальшою його корекцією дефіциту має практичне значення для підтримки здоров'я людини та клінічної практики. Науковці ідентифікували низку метаболітів вітаміну D, які мають гормоноподібну дію та задіяні практично в усіх видах обміну речовин людини [3,4]. Це й спричинює той факт, що D-вітамінна недостатність та дефіцитні стани щодо вітаміну D впливають на функціонування всіх органів і систем організму, впливаючи на питання здоров'я чи хвороби.

Встановлені нами особливості зниження вмісту вітаміну D в обстежуваних зрілого віку можуть бути пояснені тим фактом, що окрім ключової ролі вітаміну D у мінеральному

обміні, його активні метаболіти чинять значний вплив на всі види обміну речовин, який з віком знижується. Лабораторні дослідження та оптимізація рівня вітаміну D в осіб зрілого віку дозволить нормалізувати якість їх життя, враховуючи вплив пори року. Своєчасне виявлення недостатніх рівнів вітаміну D та його корекція у зрілому віці мінімізує ризик розвитку таких станів, як серцево-судинні захворювання, цукровий діабет та інші.

Висновки.

1. У чоловіків 26–35 років найвищий вміст вітаміну D встановлено в осінній період; випадки дефіциту вітаміну D також реєстровані в осінньо-зимовий період (по 10 % осіб). З віком відмічено достовірне зниження вмісту вітаміну D у зимовий, весняний та літній періоди; частка осіб з дефіцитом вітаміну D підвищилась до 20 % (осінньо-зимовий період).

2. Жінки віком 26–35 років характеризувалися найвищим вмістом вітаміну D в осінній період (частка осіб з недостатністю його вмісту – 20 %); дефіцит вітаміну D виявлений у весняний (10 %) та зимовий (20 %) періоди. Жінки 45–55 років характеризувались зниженням вмісту вітаміну D у весняно-літньо-осінній; випадки з недостатністю вітаміну D почастишали до 30 %; високий рівень вітаміну D встановлено взимку.

3. У весняний період року достовірно вищим вмістом вітаміну D, що відповідав оптимальному, характеризувалися чоловіки 26–36 років; з віком зростала частка осіб з недостатністю вітаміну D: у чоловіків – до 80 %, у жінок – до 75 %.

4. У літній період року чоловіки та жінки 26–35 років характеризувалися оптимальним вмістом вітаміну D. Частка осіб зрілого віку з недостатністю вітаміну D є найвищою серед жінок 45–55 років (проте у цій групі у 5 % осіб встановлено високий вміст вітаміну D).

5. В осінню пору року найвищими показниками вмісту вітаміну D характеризувались чоловіки 26–35 років; жінки виявили достовірне зниження вмісту вітаміну D до рівня, що відповідає недостатньому. Восени є вищою частка старших осіб з дефіцитом вітаміну D (жінки – 30 %, чоловіки – 20 %).

6. У зимовий період усі жінки характеризувалися недостатнім рівнем вмісту вітаміну D; чоловіки 26–35 років мали оптимальний рівень вмісту вітаміну D. Серед жінок встановлено обстежуваних з високим вмістом вітаміну D незалежно від віку (по 10 % осіб). Частка осіб з дефіцитом вітаміну D була нижчою серед чоловіків 26–35 років (10 % осіб).

Список використаних джерел:

1. Балацька Н. І. Дефіцит вітаміну D у населення України та чинники ризику його розвитку. Вісник наукових досліджень. 2013. № 1. С. 37 – 40.
2. Павлишин Г. А., Шульгай А. М. Вітамін D-статус у патогенезі розвитку захворювань дітей. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2018. № 1. С. 25.

3. Поворознюк В. В., Балацька Н. І., Муц В. Я., Вдовіна О. А. Дефіцит та недостатність вітаміну D у жителів України. Біль. Суглоби. Хребет. 2011. № 4. С. 5 – 13.
4. Поворознюк В. В., Паньків І. В. Статус вітаміну D у населення Буковини і Прикарпаття залежно від місця проживання над рівнем моря. Біль. Суглоби. Хребет. 2016. № 2. С. 7-10.

МЕДИЦИНА І СУСПІЛЬСТВО В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ

Urbanavice R., Istomina N.

Institute of Health Sciences, Faculty of
Medicine, Vilnius University

CHALLENGES OF HEALTH AND SOCIAL INTEGRATION FOR UKRAINIAN REFUGEES IN LITHUANIA

Problem. Since the beginning of the war on February 24, 2022, 77 258 Ukrainians registered with Lithuania's Migration Department (1). The significant number of migrants presents an additional challenge to the healthcare system and the provision of social services. It is essential to identify the challenges faced by Ukrainians in Lithuania to improve the future provision of health and social services to migrants in the case of a migrant crisis.

Objective. To investigate the health and social integration challenges of refugees from Ukraine.

Research methods. A qualitative study was conducted using a semi-structured interview method. We have analyzed participants' expectations, positive and negative experiences in Lithuania regarding health care and social services received, and difficulties of integration in Lithuania, including cultural differences, learning the Lithuanian language, and leisure activities. Inclusion criteria for sample: Ukrainian refugees over 19 years of age who arrived in Lithuania after February 24, 2022, and registered their arrival. The sampling methods for the study population were snowball sampling. 22 interviewees from Lithuania's different cities and towns participated in the study. Interviews were conducted in Russian language between July and November 2022 through a face-to-face meeting with the interviewees at the university or in comfortable environments, suggested by participants. All recorded interviews were transcribed, stored and coded. Interview results were processed using content analysis. Ethical approval for the study was granted by the Nursing Department Ethics Committee (No (1.3)150000-KP-47). Verbal and written consent to participate was received.

All participants were women. The age of the participants ranged from 19 to 64 years; the mean age was 41.3 years. Most participants were married or living with a spouse (n=14). All participants spoke Russian, 8 had limited English knowledge, and only 3 spoke English fluently. The majority had a university degree (n=13). The participants worked in the customer service,

services sector (n=7), and food production sector (n=4); some also worked in law, arts, logistics, health care, IT, and education. Most participants had an income of less than 500 US dollars (n=12). Half of them had no health issues (n=11). More than half of the participants lived independently, renting a flat or an apartment (n=12).

Results. The country selection criterion emerged during the study. Lithuania was their country of choice because of their relatives living there or on geographical location, the possibility of communicating in Russian, and free health care services. Interviewees expected to receive free quality healthcare services for themselves or their children (in most cases, these were sick people), to ensure education for their children, or simply to meet health and social needs: *„I hoped that upon arrival I would receive timely help – a package of social and medical services“* (P4). When having issues, interviewees would contact their relatives (sister, brother, children living in Lithuania) and landlords in the first line. Only afterwards would they get their Lithuanian friends or colleagues. However, not all Ukrainians have someone they can ask for help or do not hesitate to ask for help: *“There is no one in Lithuania I can ask for help”* (P6).

Some participants expected *„medical services in Lithuania to be of a better quality“* (P15), while others said: *„I have no complaints. The system works well.“* (P13). The study highlighted the following health care advantages: queue management system (waiting times) and organisation of services (*„Rules are followed everywhere, and there is no chaos, like in other countries (talking about outpatient clinics“*(P16)), the competence of professionals (*„In Ukraine, our girl could not get her diagnosis. In Lithuania, she was diagnosed very quickly [with celiac disease]“* (P10)), medical tests procedures, cost of services, pharmacies, medical devices, emergency care. The most frequent healthcare problems mentioned by interviewees were: long waiting times in an emergency room or to see either a specialist or a family doctor and a lack of common arrangements for primary care services. The study unravelled problematic access to health care and pharmacy services faced by the interviewees living in the district.

Interviews disclosed the following main problems of social services: work organisation of budgetary institutions (Ukrainian registration centre, police, social services, labour exchange), the need for accommodation and high dwelling prices (*„Dwelling is costly, consuming 80% of the salary“*. (P7)), the need for jobs according to the profession of Ukrainians or the demand for qualified labour (*„Nobody offered me a job. I was looking for a position in logistics, but the employment service couldn't provide me with any help or information, only a website for job search“*. (P10)), the need for Ukrainian schools for children not only in the cities but also in the district.

Regarding integration in Lithuania, interviewees said, *„Integration was easy. Despite moral distress, there were no difficulties with integration“* (P10). Obstacles to integration: fear of war in

Lithuania, low wages and salaries and high prices. More than half of the interviewees do not want to integrate into Lithuanian society; instead, they want to return to Ukraine. The biggest obstacle appears to be the language barrier: „*Language is necessary to adapt and work in Lithuania*“ (P1). Interviewees wished for intensive and effective Lithuanian language courses when asked about the importance of learning the Lithuanian language: „*Although the children are Russian-speaking, the spelling and dialect of the Russian language is different, as the children are multi-lingual. As a result, it is more difficult for children to understand Russian translations because the pronouns do not match*” (P17). Interviewees reported seeing no cultural differences and having no problems with the faith. Most interviewees spend their leisure time with family and friends in Lithuania. According to respondents P2 and P14, „*Leisure time has not changed, just the place*” (P2). However, others reported that they could not afford their preferred activities due to scarce finances.

Conclusions. Interviewees chose Lithuania because of their relatives living here, the geographical position of the country, free health services and the possibility of communicating in Russian. There are no significant barriers to integration in Lithuania, yet most Ukrainians hope to return home. The expectations of Ukrainian refugees have been met. Quality ratings of healthcare services differ significantly: some participants expected a higher healthcare quality (especially in districts), while others were fine with it. The disadvantages of social services were: the work organisation of budgetary institutions, lack of information on specific issues, the lack of qualified labour and high prices at low wages and salaries. As to language learning, additional difficulties arose through the interference of the third language (Russian); interviewees expressed the need for intensive Lithuanian courses.

References

1. Statistics Migration Department under the Ministry of the Interior of the Republic of Lithuania 2023. <https://migracija.lrv.lt/lt/statistika> (accessed April 16, 2023).

Левочко Р.

Волинська православна богословська
академія

БОГОСЛОВСЬКИЙ ДИСКУРС ЩОДО АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ СУЧАСНОЇ БІОЕТИКИ

Постановка наукової проблеми. На сьогодні біоетична проблематика існує в двох основних аспектах життя Церкви: як предмет богословської рефлексії та як поле взаємодії та діалогу з суспільством, державою, профспілками та громадськими інституціями. Відтак, формулюючи своє ставлення до широко обговорюваних у сучасному світі проблем біоетики, в першу чергу до тих з них, які пов'язані з безпосереднім впливом на людину, Церква виходить із заснованих на Божественному Одкровенні уявлень про життя як безцінний дар Божий, про невід'ємну свободу і богоподібну гідність людської особистості, покликаної «до почесні високого поклику Божого в Христі Ісусі» (Флп. 3:14), до досягнення досконалості Небесного Отця (Мт. 5:48) і до обоження, це значить до причастя Божого єства (2 Пет. 1:4).

Тверда і впевнена позиція Церкви не завжди була зручною для визнаних лідерів громадської думки в сучасному інформаційному просторі. Однак ця позиція є результат зваженого і продуманого способу мислення, в основі якого лежать світоглядні передумови, а не гонитва за популярністю і сенсацією. Найголовніше і принципово важливе полягає в тому, що соборна думка Церкви, у всіх випадках без винятків, прагне до висловлення, не тільки узгодженого з фахово підготовленою експертною оцінкою, але і заснованому на євангельських істинах. Благо, що у Церкви є можливість звернення до представників фахового співтовариства, які сповідують християнську віру, і що всередині самої Церкви дійсно існує такий значний інтелектуальний ресурс.

Тож увесь масив біоетичної проблематики як комплекс складних теоретичних та практичних питань медицини для свого розв'язання потребує богословського осмислення, оскільки в його основі лежать поняття етики та моральності.

Мета дослідження полягає у розкритті основних богословських аспектів актуальних проблем сучасної біоетики, ретельному аналізі та визначенні тих медичних маніпуляцій, що шкодять духовному та фізичному здоров'ю людини, обґрунтовуючи їх подальші наслідки.

Методи дослідження: спостереження, аналіз, порівняння та абстрагування.

Результати дослідження. Вже сьогодні діапазон медичних технологій досить стрімко розширився. Серед проблемних питань на сучасному етапі розвитку біоетики можна відзначити трансплантацію органів, тканин і стовбурових клітин, використання

ембріональних тканин і клітин, генну терапію, штучну зміну статі, застосування трансгенних організмів з метою отримання харчових продуктів, клонування тварин і людини, наукові досліді на тваринах, генетичні технології й втручання в репродукцію людини, ставлення до смерті та сучасних технологій подовження життя.

Традиційним є намагання лікарів зробити все можливе для підтримання життя і будь-яким чином перешкодити настанню смерті. Відтак хірургічний вплив у якості трансплантації органів, медичне використання наркотиків і навіть штучних органів (механічних нирок, легень, сердець тощо) вважається доцільним, якщо ймовірність повернення до нормальної або близько нормальної діяльності всієї органічної системи достатньо велика.

Проте навколо трансплантації органів є ще й ряд проблемних моментів. З одного боку трансплантація є виправданою, бо вона спрямована на порятунок життя, яке є даром Бога. З іншого – вона порушує принаймні чотири вирішальні моменти етичного порядку: по-перше, потреби реципієнта; по-друге, яка може бути завдана шкода донору; по-третє, чи не прискорить це смерть донора; по-четверте, феномен відображення тканин. У будь-якому разі біоетика застерігає від ігнорування або легковажного ставлення до розв'язання цих питань.

У випадках, коли навряд чи можна очікувати відновлення життєвих функцій організму, християнська етика категорично не підтримує практику евтаназії, відкидає можливість умисного переривання життя вмираючого пацієнта, розглядаючи це дійство як особливий випадок вбивства, якщо воно прийняте без відома пацієнта, або самовбивства, якщо воно санкціоноване самим пацієнтом. Одне із найсерйозніших заперечень проти евтаназії полягає в значній складності проведення грані між «стерпними» і «нестерпними» стражданнями, особливо з точки зору східного православ'я, яке надає великого значення можливості духовного зростання через страждання (Рим. 11, 8: 17-39) [4].

Церква вчить, що людська сексуальність і природні репродуктивні функції є божественними вимірами людського життя, які втілюються у шлюбі та вихованні дітей. Тому практика штучного запліднення яйцеклітини «*in vitro*» чоловічими клітинами анонічного донора, сурогатне материнство, використання протизаплідних засобів – неприродні, «противні людській природі», бо викликані намаганнями штучним шляхом контролювати людську сексуальність і репродукцію. Штучне запліднення незаміжньої жінки засуджується православними авторами – передусім виходячи з інтересів дитини, оскільки в цьому випадку вона буде народжена поза священним шлюбним союзом і задалегідь втрачає можливість бути вихованою у повноцінній сім'ї.

Головний етичний аргумент проти штучного екстракорпорального запліднення пов'язаний з клінічною практикою одночасного запліднення кількох яйцеклітин. Ембріони, які залишилися, зазвичай заморожуються і зберігаються для повторних спроб у випадку

невдалої імплантації. Коли ж бажаний результат досягнутий, «залишкові» ембріони утилізуються або використовуються для різного роду клінічних експериментів [3]. Зрозуміло, що така практика суперечить уявленню Церкви про людський ембріон як носія людського достоїнства. З цієї точки зору знищення ембріонів є клінічною формою дітовбивства (як навмисний аборт). Навіть у ситуації запліднення «в пробірці» єдиної яйцеклітини або імплантації усіх утворених ембріонів висока частота аномалій розвитку і загибелі зародку в процесі «пробіркового» експерименту викликає заперечення морально-етичного характеру.

Таким чином, з позицій біоетики людський ембріон має право на життя уже з моменту запліднення. Це перше й основне право кожної людської істоти. Через те й аборт виступає порушенням основного права людини на життя. «Тонкого розрізнення плоду сформованого або ще не сформованого у нас немає», – говорить Василій Великий у своєму першому Канонічному посланні [1]. На цій підставі церква з давніх часів розглядала навмисний аборт на будь-якій стадії вагітності як убивство, як злочинне посягання на священний дар людського життя. Те ж слід сказати і про будь-які експерименти (з науковою чи комерційною метою), які передбачають руйнування людських ембріонів.

Стосовно етичних проблем генної інженерії влучно висловився К. Гнатик: «трансгенні організми, створені без урахування їх вірогідних екологічних характеристик, які не витримали тривалої спільної еволюції з природними організмами, вихопившись із пробірки на свободу, зможуть безконтрольно і необмежено розмножуватись, що призведе до непередбачуваних катастрофічних наслідків. Все ускладнюється тим, що вчені поки що не знають наслідків штучної інтервенції в геном, а отже, не відомо, які зміни у функціонуванні органів відбудуться» [2].

Все це загрожує вторгненням у спадкову різноманітність людської популяції – природну основу її соціального та біологічного благополуччя, включаючи стійкість до несприятливих зовнішніх впливів і захворювань. А тому наука має бути обачною при доборі засобів, здатних змінити життя людини з набагато більш значними наслідками, ніж попередні наукові та технологічні прориви.

Висновки. Отже, розвиток медичних наук, які за допомогою наукових методів намагаються покращити людське життя в тих чи інших його аспектах, не завжди йде на благо людині.

Ідея біоцентризму в умовах культури постмодерну та постнекласичної науки актуалізує етичні сторони науково-технічного прогресу: людина, як і тварина, може виявитись незахищеною перед генними технологіями клонування, біоімплантації, трансплантації органів і тканин. Християнська етика, біоетика створюють перспективу

«управління» суспільною думкою і долання не виваженого підходу до майбутнього, адже суспільство, для якого науково-технічний прогрес стає самоціллю, позбувається «людських вимірів» і може зазнати катастроф.

Сьогодні в православній думці формується нова ціннісна парадигма життя, що бере свій початок від загальнолюдських цінностей. Сучасні православні богослови, поєднуючи релігійні та наукові досягнення в царині осмислення живого, все ж залишаються на позиціях отців східної церкви, які особливу увагу звертали на духовно-етичні регулятиви поведінки людини задля подальших перспектив коеволюції природи і людини.

Відтак зловживання творінням відбувається тоді, коли людина відмовляється від Богом визначеного порядку буття, порушує волю Богу і саму себе ставить на місце Бога. У такому випадку людина перестає бути управителем від імені Бога, починає управляти від себе і для себе, підпорядковуючи творіння своїм егоїстичним цілям. Поставлення людиною самої себе в центр життя, в центр світобудови тягне за собою порушення гармонії у відносинах з природою і з оточуючими людьми. Творіння стає ресурсом задоволення безмежно зростаючих потреб, а наука й техніка – могутніми засобами оволодіння і використання цього ресурсу. Баланс у відносинах «людина – природа» знову порушується, але тепер уже в інший бік: поневоленою стає природа.

Список використаних джерел:

1. Василій Великий. Правила святого Василя Великого. Перше канонічне послання святого отця нашого Василя Великого, Архієпископа Кесарії Каппадокійської, до Амфілохія, Єпископа Іконійського / Книга правил святих апостолів вселенських і помісних соборів, і святих отців. Київ, 2008. 367 с.
2. Гнатик Є. Генна інженерія – що вона несе людству? Київ: Наука та релігія, 2004. № 12. С. 2-6.
3. Мартич Р. Концепт біоетики в православній вірі / Соціально-економічні, політико-правові, соціокультурні процеси в Україні та світі. Київ, 2016. 675 с.
4. Харакас С. Про здоров'я тіла та душі: східно-православний вступ до біоетики. URL: <http://kyiv-pravosl.info/tag/svyasch-d-r-stenli-s-harakas/> (05.05.2023.)

Мазепа О.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПОШИРЕННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНУ СИТУАЦІЮ В СУСПІЛЬСТВІ

Постановка наукової проблеми. Війна створює всі умови для більш активного поширення збудників інфекційних хвороб. Погані санітарні умови, незадовільне харчування, відсутність житла – це все є благодатною основою для виникнення інфекцій. Насамперед зростає ризик поширення кишкових інфекцій, туберкульозу, а також інфекцій, які контролюються імунопрофілактикою та передаються аерозольним шляхом. Знижується охоплення календарними щепленнями, створюються всі умови для спалахів кору, дифтерії, вітряної віспи. Під час воєнних дій завжди збільшується ризик спалахів інфекційних хвороб: холери, черевного тифу, ботулізму, правцю, вірусних гепатитів, сказу, висипного тифу. Є кілька причин виникнення під час війни спалахів інфекційних хвороб. В умовах, коли значна частина країни опинилася у мігруючому стані, коли в окремих районах утворюється перенаселеність, збудники хвороб, що циркулювали в одній місцевості, переносяться на інші території. І навіть мобілізація може впливати на епідемічний процес: люди, призвані з різних регіонів країни, можуть мати свій спектр збудників, і при перемішуванні йде поширення інфекцій. Під час стресових ситуацій, при відсутності збалансованого харчування знижується імунний захист і підвищується сприйнятливність до інфекцій.

Мета. Провести огляд вітчизняних та закордонних літературних джерел щодо впливу війни на поширення інфекційних хвороб та епідеміологічну ситуацію в суспільстві.

Методи дослідження. Аналіз статистичних даних епідеміологічної ситуації в Україні з початком війни, огляд суспільних викликів, пов'язаних з повномасштабним вторгненням.

Результати. Вкрай складно довести вакцини в прифронтові зони, тому що є ризик ураження, мости й дороги зруйновані, а персонал у дефіциті й мобілізований для вирішення інших проблем. Через це значно ускладнюється профілактика вакцинованих інфекцій. Масові обстріли та бомбардування житлових кварталів - це не лише щоденні смерті, але й велика кількість поранень та політраум у мирного населення, Рани можуть забруднюватись землею, у них створюються безкисневі анаеробні умови, що призводять до правця та газової гангрені. І якщо проти правця у нас щеплення робилися, хоча мало хто у дорослому віці повторював їх кожні 10 років, то проти газової гангрені вакцинація не проводилася. Трагічним супутником війни з росією стало насильство, скоєне окупантами по відношенню як до жінок, так і до чоловіків, літніх людей і навіть дітей. Серед них можуть бути інфіковані

і ВІЛ, і венеричними хворобами, і заражати ними населення. До того ж збільшується можливість передачі збудника інфекції через травматичний контакт, яким, як правило, супроводжується насильство. Зруйновані будинки, неможливість вивозити сміття створюють умови для розмноження гризунів – джерел різноманітних інфекцій. Крім того, навесні особливо небезпечними переносниками інфекцій стають кліщі та комарі, особливо для військових у польових умовах.

Туберкульоз – це інфекційне захворювання, збудником якого є мікобактерія. Туберкульоз вражає переважно легені, але можливе також ураження інших органів людини. Епідемічна ситуація щодо туберкульозу напружена як серед цивільного населення, так і серед військовослужбовців ЗСУ і невпинно зростає у зв'язку з війною. Також на захворюваність впливають чинники, які знижують імунну систему та збільшують сприйнятливість до мікобактерій: погіршення умов побуту, нерегулярне харчування, порушення режиму сну та відпочинку, перебування в постійних умовах стресу. Вся медична система адаптована до викликів війни і будь-який пацієнт з туберкульозом може звернутися до найближчого протитуберкульозного закладу того регіону, куди він евакуювався. Найважливішим інструментом протидії поширенню туберкульозу у воєнний час залишається інформаційна робота.

Дифтерія – це інфекційне захворювання, збудником якого є дифтерійна паличка, яка, потрапивши в організм, починає виділяти токсин, що за токсичністю поступається лише ботулотоксину та правцевому токсину, вражає слизові оболонки дихальних шляхів, серце та нервову систему, що може призводити до смерті пацієнта. Збудник досить швидко передається при тісному контакті між людьми, наприклад, в евакуаційному транспорті, де перебуває багато людей. У мирному житті ревакцинація проти дифтерії проводиться кожні 10 років. Якщо ви приєдналися до тероборони, варто розглянути ревакцинацію раніше. У ЗСУ більш напрацьована система регулярної ревакцинації, тоді як до ТРО можуть приєднатися люди, які не стикаються з системною ревакцинацією у звичайному житті.

Правець – захворювання, збудником якого є бактерія *Clostridium tetani*, що дуже стійка в зовнішньому середовищі через здатність утворювати спори. При потраплянні у рану і за відсутності повітря, вони починають виділяти токсин, який призводить до ураження нервової системи, важких симптомів і смерті. Збудник правця може потрапити в організм під час будь-якого поранення: укусу тварини, вибуху, травми, порізу, наступили на цвях тощо. Під час воєнних дій збільшується ризик отримати кульове або осколкове поранення, а разом із тим – захворіти на правець. Єдиний надійний спосіб вберегтися від цього – вакцинуватися. Вакцинація від правця проводиться так само, як і від дифтерії, раз на 10 років.

Сказ – інфекційне захворювання тварин і людей, збудником якого є вірус, що уражає

центральну нервову систему. Найчастіше вірус сказу передається від тварини до людини через укуси або ж ослинення свіжих ран чи попадання слини хворої тварини чи людини на слизові оболонки.

Під час воєнних дій ризик зараження сказом зростає через те, що в містах з'являється більше тварин: диких і безпритульних свійських. Вакцинація від сказу не входить до календаря щеплень, проводиться одразу після укусу та запобігає розвитку хвороби у 99% випадків. Без своєчасного введення вакцини сказ призводить до смерті.

Холера є гострим інфекційним захворюванням, збудником якого є холерний вібрион, що потрапляє в організм через забруднену воду або харчові продукти, а також при купанні у відкритих водоймах. В Україні раніше фіксувалися випадки холери в 1990-х та 2000-х роках у Донецькій і Миколаївській областях, а також в Автономній Республіці Крим. Збудник холери виявляли в басейнах Чорного та Азовського морів, тому в прилеглих областях час від часу виникали випадки зараження. Ми не маємо вакцини від холери, тому ризики поширення цього захворювання збільшуються, особливо в літній період, і в умовах відсутності водопостачання чи можливості вживати чисту воду є ризики для появи випадків холери та її швидкого поширення.

Черевний тиф. Найчастіше бактерія тифу потрапляє в організм внаслідок вживання забрудненої води або продуктів, що не пройшли термічну обробку, а також під час купання у забруднених водоймах. Як і у випадку з холерою, ризик захворіти на черевний тиф під час війни збільшується через відсутність водопостачання, вживання брудних продуктів і води. До початку активних воєнних дій в Україні час від часу фіксувались випадки черевного тифу. В Україні є вакцина від черевного тифу, але вона розрахована на обмежену кількість людей і може виявитися в недостатній кількості для стримування спалаху в зоні гуманітарної катастрофи.

Висипний тиф. Забута хвороба, що стала уже рідкісною для нас, може повернутися з небуття. У випадку висипного тифу для його «повернення» досить зруйнованих систем водопостачання і неможливості помитися. Він передається від хворої до здорової людини вошами. Висипний тиф надзвичайно заразний, рівень захворюваності залежить від поширення педикульозу та підвищується при погіршенні санітарно-гігієнічного стану населення. Висипний тиф – постійний супутник воєн, голоду, стихійних лих та соціальних потрясінь, його називають хворобою війни. Головні переносники тифу – воші, особливо платяні, рідше, головні та лобкові. Єдиний захист – дотримуватися гігієни. Звичайно, десь в окопі чи підвалі це дуже важко робити.

Висновки. Багато хто не зовсім правильно розуміє вплив інфекційних хвороб на боєздатність армії. Говорячи, що на війні чимало військових гине від інфекцій, йдеться не

стільки про грип чи дифтерію, скільки про раневі інфекції. Раневі інфекції справді становлять велику загрозу для життя людей.

Сьогодні стан вакцинації в Збройних Силах України – на доволі високому рівні. У 2019 році при Міністерстві охорони здоров'я була створена експертна група, до якої були запрошені представники різних відомств, зокрема Міністерства оборони України, СБУ та прикордонники. Завдяки такій координації вдавалося розв'язувати питання вакцинації в армії. Воєнні дії можуть призвести до появи нових штамів або нетипових для країни інфекцій. Це пов'язано зі значною міграцією населення. Інша проблема – російські військові, які приносять в Україну хвороби, ендемічні для їхнього регіону проживання.

Список використаних джерел:

1. Центр громадського здоров'я України | МОЗ. Центр громадського здоров'я України / МОЗ. URL: <https://www.phc.org.ua/>.
2. Янковський О., Бадюк О. Холера, гепатит, дизентерія: спалах яких хвороб загрожує через затоплення Херсонщини? Радіо Свобода. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/novyny-pryazovya-potop-khersonshchyna-kholera-hepatyt-spalakh-epidemiya/32459344.html>.
3. Які хвороби загрожують українцям через війну. Розмова з санлікарем Кузіним. BBC News Україна. BBC News Україна. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-62987763>.

**Радько Л., Кихтюк В., Пилипчук В.,
Шелепетень Л.**

КЗВО «Волинський медичний інститут»

ВОЛОНТЕРСТВО І ПАТРІОТИЗМ – ВЕЛІННЯ ЧАСУ

Ідея патріотизму в усі часи посідає особливе місце не тільки у духовному житті суспільства, а й у всіх найважливіших сферах його діяльності. Лише той, хто має не тільки високі професійні, морально-психологічні та духовні якості, а й патріотизм, здатен виконувати свої обов'язки професійно.

КЗВО «Волинський медичний інститут» завжди був осередком становлення громадянина-патріота України, готового самовіддано розбудовувати країну як суверенну, незалежну, демократичну, правову, соціальну державу, сприяти єднанню українського народу.

Визначною рисою українського патріотизму є його дієвість, спроможна перетворювати почуття в конкретні справи та вчинки на користь державі.

«Будь тією зміною, яку ти хочеш бачити у світі» – сказав Магатма Ганді, а один з шляхів змін – волонтерство.

В наше мирне студентське життя в 2014 році увірвалась війна. Співчувати і допомагати боронити рідну землю студенти-фармацевти разом з іншими почали з перших днів.

Волонтерство стало невід'ємною частиною нашого студентського життя. Збирали і комплектували аптечки, плели маскувальні сітки, проводили благодійні ярмарки і збирали кошти на підтримку Збройних сил, заготовлювали лікарські трави, виготовляли цілющі трав'яні чаї.

З моменту формування людського суспільства на Землі, його завжди оточує світ рослин. Беззахисна перед природними явищами та стихійними катаклізмами, людина відшукувала серед рослин такі, які не лише годували а й лікували.

Біологічно активні речовини лікарських та їстівних рослин – це те природне, невичерпне джерело, яке запобігає недугам, лікує їх, відновлює процеси асиміляції та дисиміляції.

Поринути у світ лікарських рослин, цього справжнього дива з див та надійного фундаменту ліків минулих епох і сучасності у боротьбі з численними недугами тіла й душі – це завдання поставили собі студенти фармакогностичного гуртка.

Вивчення досвіду траволікування – це поклик доби, наше майбутнє, джерело

невичерпних, часто дуже універсальних, лікарських засобів, адже лікарські рослини були, є і залишаються наріжним каменем у спадкоємній традиційній медицині українців.

Ми вивчали рослини, якими користувались жителі волинського краю, їх застосування при різних хворобах. Гуртківцями була розроблена рецептура чаїв «Озерний край», в яких були представлені цілющі рослини всіх районів Волині.

Трав'яний чай – це частинка рідної природи, якої сьогодні так не вистачає нашим захисникам. Його унікальні властивості дозволяють відновити здоров'я і зберегти сили для подальшої боротьби за волю та незалежність Батьківщини. Вивчаючи досвід траволікування, цілющі властивості рослин, ми розробили рецептуру трав'яних чаїв, які почали виготовляти та відправляти нашим воїнам.

Наші трав'яні чаї це не тільки порятунок від хвороб, а й підтримка та зміцнення організму, відновлення його після перенесених простудних захворювань, рятівний полівітамінний, загальнозміцнюючий резерв для воїнів, духмяний ароматний спогад про рідну Волинь.

Ми виготовили і відправили за ці 9 років понад 1000 кг трав'яних чаїв: загальнозміцнюючий, вітамінний, протизастудний, жовчогінний, шлунково-нирковий, заспокійливий.

В польових умовах, у яких перебувають військові, постійно гостро відчувається нестача вітамінів, мінералів, каротиноїдів, флавоноїдів. Природним джерелом цих речовин є плоди горобини, калини, шипшини, глоду, чорниці, малини, чорної смородини. Ці ягоди ми використовуємо для виготовлення вітамінних загальнозміцнюючих смаколиків. Із сушених яблук, груш, абрикос, вишень та горіхів виготовляємо енергетичні набори, які особливо потрібні воїнам під час бойових чергувань.

Війна – це завжди жорстка боротьба, рани, значні травми, втрата здоров'я. В процесі гіркого історичного досвіду народна мудрість та інтелект віднаходили в природі найбільш ефективні лікарські засоби, які допомагали в лікуванні.

Особливість препаратів із свіжих рослин полягає в тому, що в них міститься комплекс біологічно активних речовин, що входять до складу лікарської рослинної сировини в найбільш природному їх стані.

Препарати із свіжих рослин мають давню історію. Про особливості їх приготування є численні відомості у вітчизняній і закордонній медикофармацевтичній літературі XVII – XIX століть. В Україні мазі на рослинній основі використовувались ще з часів Київської Русі і не втратили своєї актуальності і сьогодні.

Нині галенові і новогаленові препарати готують із висушеної лікарської сировини, що за якісним і кількісним складом біологічно активних речовин не рівняється свіжозібраним

рослинам.

В нашому випадку це виготовлення екстракційної мазі з пропису народної медицини, пов'язаної з древніми технологіями козацької доби.

Ми вивчили і поєднали ті компоненти, якими народ користувався з правіків і розробили рецептуру ранозагоювальної мазі. Вона виготовлена на основі природних компонентів олійних витяжок лікарських рослин, що в поєднанні з воском забезпечує високу концентрацію лікарських рослин, створює захисну плівку, сприяє швидкому загоєнню ран, перешкоджає впливу зовнішнього середовища і потраплянню патогенних мікроорганізмів.

Висока ефективність мазі підтверджена реальними відгуками наших захисників. Дев'ятий рік вона допомагає воїнам в зоні бойових дій. За цей час виготовлено понад 800 кг цієї мазі.

З 24 лютого 2022 року Україна мужньо протистоїть повномаштабному вторгненню російської армії. Студенти та викладачі, весь колектив інституту поєднує навчальний процес із волонтерським: було сплетено кілометри маскувальних сіток, передано військовим понад 4000 індивідуальних аптечок. Проводяться навчання з домедичної допомоги, долучаємось до збору коштів на авто для наших медиків-випускників, проводяться благодійні акції на підтримку випускників, які зараз на фронті. Творимо добро і допомагаємо. Активно працюємо заради нашої Перемоги і особисто наближаємо її.

Список використаних джерел:

1. Гамуля Ю. Г. Рослини України. /за ред. канд. біол. наук О. М. Утєвської. Харків: Фактор, 2011. 208 с.
2. Товстуха Є. С. Золоті рецепти української народної медицини. Київ: КМ Publishing, 2010. 525 с.

РОЛЬ ГРОМАДСЬКОГО КОНТРОЛЮ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПРОЗОРОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Сучасний стан системи охорони здоров'я України перебуває в стадії реформування. Особливого значення в цьому процесі набуває міжнародний досвід та його імплементація, раціональне використання фінансових та матеріальних ресурсів, прозорість забезпечення населення України якісними медичними послугами тощо. Зазначені аспекти потребують відповідного контролю зі сторони державних органів та суб'єктів громадського контролю [1].

Необхідність в громадському контролі пояснюється тим, що державний контроль в основному спрямований на те, щоб оцінити якість управлінської діяльності та рівень дотримання норм чинного законодавства органами державної влади, що здійснюють свою діяльність у системі охорони здоров'я, а також закладами охорони здоров'я та їх керівниками, тоді як громадський контроль, окрім всього зазначеного вище, спрямований і на те, щоб контролювати інші аспекти діяльності закладів охорони здоров'я, як то: якість надання медичних послуг, ставлення лікарів до пацієнтів, дотримання прав пацієнтів в процесі медичного обслуговування тощо. Зважаючи на зазначене вище можна акцентувати увагу на тому, що громадський контроль у системі охорони здоров'я є більш глибоким, адже він охоплює абсолютно всі аспекти медичного обслуговування населення України та забезпечення їх якісними медичними послугами і технічними засобами відповідно до нозології хвороби.

Незважаючи на це, проблеми із забезпеченням громадського контролю в системі охорони здоров'я України залишаються багато в чому недослідженими, що обумовлюють актуальність комплексного дослідження сутності, змісту та особливостей громадського контролю у системі охорони здоров'я.

Мета дослідження полягає в теоретико-методологічному обґрунтуванні ролі громадського контролю в забезпеченні прозорості державного управління системою охорони здоров'я України.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні **завдання**:

- проаналізувати наукову та нормативно-правову базу з теми дослідження;
- розкрити роль та сутнісні характеристики громадського контролю у системі охорони здоров'я;

- проаналізувати нормативно-правові підстави участі громадського контролю у системі охорони здоров'я;
- розкрити сучасні повноваження суб'єктів громадського контролю у системі охорони здоров'я;
- обґрунтувати механізми взаємодії органів державного та громадського контролю в системі охорони здоров'я України;
- проаналізувати міжнародний досвід забезпечення громадського контролю у системі охорони здоров'я;
- визначити та розкрити напрями вдосконалення громадського контролю у системі охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є державне управління системою охорони здоров'я.

Предмет дослідження - процес громадського контролю в забезпеченні прозорості державного управління системою охорони здоров'я України.

Для досягнення мети дослідження було використано комплекс філософсько-світоглядних, загальнонаукових та спеціально-наукових методів.

Доведено, що значення громадського контролю у системі охорони здоров'я полягає в тому, що: а) громадський контроль спрямовано не лише на перевірку медичних закладів, а й на оцінку якості та ефективності діяльності органів державної влади, які реалізують державну політику у зазначеній сфері; б) він має економічне значення, оскільки дає можливість оцінити те, яким чином використовуються кошти, які держава спрямовує на систему охорони здоров'я, та забезпечити їх цільове використання; в) має великий соціальний ефект, адже: по-перше, дозволяє підвищити якість медицини, а як результат – і стан здоров'я громадян; по-друге, спрямований на забезпечення реалізації конституційних прав людини і громадянина (як то право на охорону життя та здоров'я); г) має об'єктивний характер, адже на перебіг та результати контролю не можуть впливати будь-які політичні чинники, що, в свою чергу, дає можливість об'єктивно оцінити реальний стан досліджуваної сфери.

У ході дослідження виокремлено дві групи принципів громадського контролю у системі охорони здоров'я: 1) загальні принципи (основоположні, ключові засади, ідеї, які покладаються в основу будь-якої контрольної діяльності у будь-якій сфері суспільних відносин, в тому числі і у сфері охорони здоров'я); 2) спеціальні принципи (такі засади, які є основою безпосередньої організації здійснення громадського контролю у сфері охорони здоров'я).

Визначено, що до суб'єктів громадського контролю у системі охорони здоров'я віднесено: громадян України та суб'єктів організованої громадськості у системі охорони здоров'я (громадські ради при органах державної влади (наприклад, Громадська рада при

Міністерстві охорони здоров'я України); політичні партії; ЗМІ; профспілки; органи самоорганізації населення. Виокремлено наступні повноваження громадян як суб'єктів громадського контролю у системі охорони здоров'я: 1) запитувати та отримувати від органів державної влади, закладів охорони здоров'я будь-яку інформацію, окрім тієї інформації, що відповідно до норм чинного законодавства України не може бути розголошеною; 2) проводити самостійно та/або брати участь у проведенні перевірок інформації, документів про порушення суб'єктами, щодо яких здійснюється контроль, Конституції України, законів України, інших нормативно-правових актів, прав, свобод, інтересів громадян; 3) у рамках здійснення контролю надавати пропозиції та відповідні рекомендації щодо покращення діяльності органів державної влади та закладів охорони здоров'я; 4) звертатись до посадових осіб об'єктів громадського контролю із відповідними клопотаннями, пропозиціями та рекомендаціями; 5) оскаржувати неправомірні дії чи бездіяльність підконтрольних суб'єктів; б) інформувати інших громадян та органи державної влади про результати здійснення громадського контролю.

Доведено, що основними формами діяльності суб'єктів громадського контролю у системі охорони здоров'я є: а) звернення громадян; б) громадська перевірка; в) громадська експертиза; г) громадський моніторинг; г) громадські (публічні) слухання; д) подання запитів на отримання публічної інформації; е) вивчення громадської думки; є) журналістське розслідування [2].

Акцентовано увагу, що досвід не кожної держави щодо здійснення громадського контролю у системі охорони здоров'я можна застосувати у нашій країні [3]. Дослідженням встановлено ряд факторів, які негативно впливають на ефективність громадського контролю, серед них недоліки правового регулювання громадського контролю у системі охорони здоров'я: а) відсутнє правове закріплення форм та методів досліджуваного контролю, бракує правового регулювання прав та обов'язків суб'єктів громадського контролю у системі охорони здоров'я; б) невизначеним залишається питання механізму врахування висловлених пропозицій, зауважень, рекомендацій щодо діяльності підконтрольних об'єктів; в) відсутнє закріплення у Законі України «Про доступ до публічної інформації» права суб'єктів громадського контролю у системі охорони здоров'я на отримання інформації; г) відсутність переліку громадських об'єднань, які уповноважені здійснювати громадський контроль, та чіткого закріплення їх повноважень.

Дослідженням обґрунтовано, що для поглиблення ролі громадського контролю в забезпеченні прозорості державного управління системою охорони здоров'я в Україні необхідно сформувати активне громадянське суспільство з його інститутами, внести ряд змін в уже існуючу нормативно-правову базу та прийняти ті, які забезпечать взаємодію і

рівноправність в контролі за дотриманням прав пацієнтів та якісного медичного обслуговування в системі охорони здоров'я України.

Список використаних джерел:

1. Наливайко Т. В. Громадський контроль в Україні як інститут громадянського суспільства: теоретико-правовий аспект : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.01. Львів, 2009. 201 с.
2. Проект Закону України «Про громадський контроль» від 14.04.2014 [Електронний ресурс]. URL : http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/JG3MH00A.html.
3. Штиршов О. М., Степаненко А. В. Зарубіжний досвід здійснення громадського контролю під час надання управлінських послуг // Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія». Серія «Державне управління». 2016. Т. 267. Вип. 255. С. 193–197.

Лисак А., студентка бакалаврату спеціальності «Медсестринство» Науково-навчального медичного коледжу
Наукові керівники: **Іващенко О.**, доцент, **Копанцева Л.**, старший викладач
Полтавський державний медичний університет

ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ ДИТЯЧОГО ХАРЧУВАННЯ

Здорове харчування – це не тільки збалансований раціон споживання білків, вуглеводів, жирів, вітамінів та мікроелементів, а й здоровий спосіб життя. Здорове, правильне харчування є одним із найбільш значущих аспектів способу життя людини та факторів її здоров'я.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 80% захворювань пов'язані тією чи іншою мірою з харчуванням, а 40% з них пов'язані безпосередньо з фактором харчування людини. Президент Володимир Зеленський 21 жовтня 2019 підписав закон, який посилює вимоги до якості дитячого харчування та реклами цієї продукції.

Показники якості ряду продуктів, на які ще не встановлені ДСТУ, наводяться у тимчасових технічних умовах – ТУ. При санітарній оцінці харчового продукту визначають придатність або непридатність його до їжі. Санітарна оцінка харчових продуктів проводиться за органолептичними та лабораторними методами. Лабораторний метод дослідження більш точний: за його допомогою визначають не тільки якість продуктів, але і їх хімічний склад, калорійність, тощо.

Актуальність дослідження. Зараз, коли споживачу стає все важче орієнтуватися в течії нових видів продуктів дитячого асортименту, коли реклама одного виробника, по суті, є антирекламою іншого, а надана інформація не завжди відповідає дійсності, та коли перед споживачем постає питання компетентного вибору продукту, який би найбільше відповідав особистим смакам та фізіологічним потребам малюка, особливої актуальності набуває проблема якості та безпеки дитячих продуктів харчування.

Мета роботи: дослідити відповідність якості дитячого харчування вітчизняного та зарубіжного виробництва.

У роботі досліджено продукти дитячого харчування у вигляді пюре з цукром та без

цукру, соки. Встановлено якість об'єктів дослідження за даними методиками:

1. експрес-тест на наявність крохмалю (якісна реакція з розчином йоду);
2. визначення вмісту розчинних сухих речовин (рефрактометрично);
3. визначення масової частки титрованих кислот (титриметрично);
4. визначення рН (потенціометрично).

Об'єкти дослідження:

Пюре з цукром:

1. ТМ «Кроха». Виробник: Україна
2. ТМ «Карапуз». Виробник: Україна
3. ТМ «Чудо-Чудо». Виробник: Україна
4. ТМ «Name». Виробник: Чехія

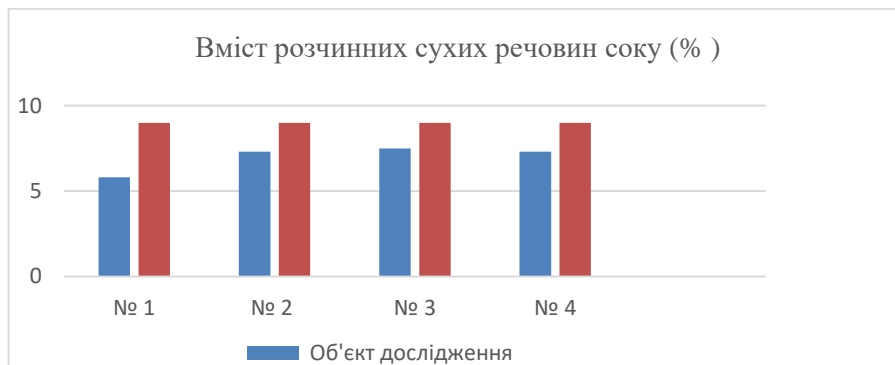
Пюре без цукру:

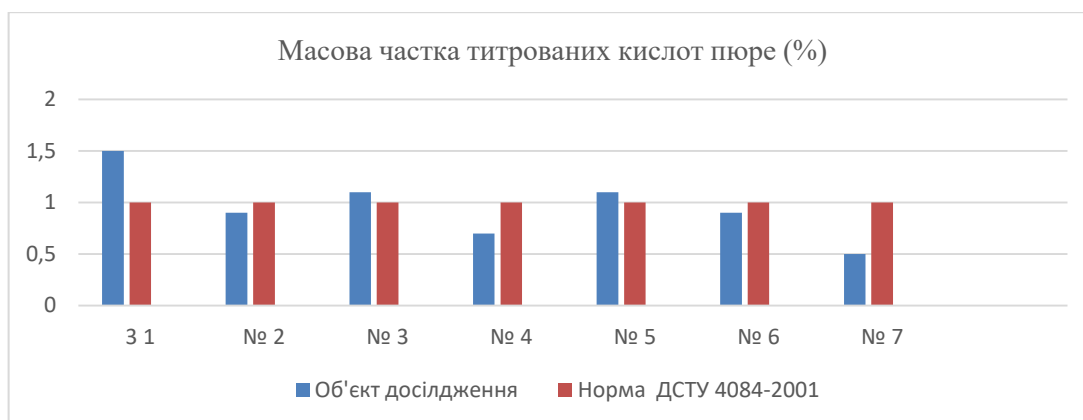
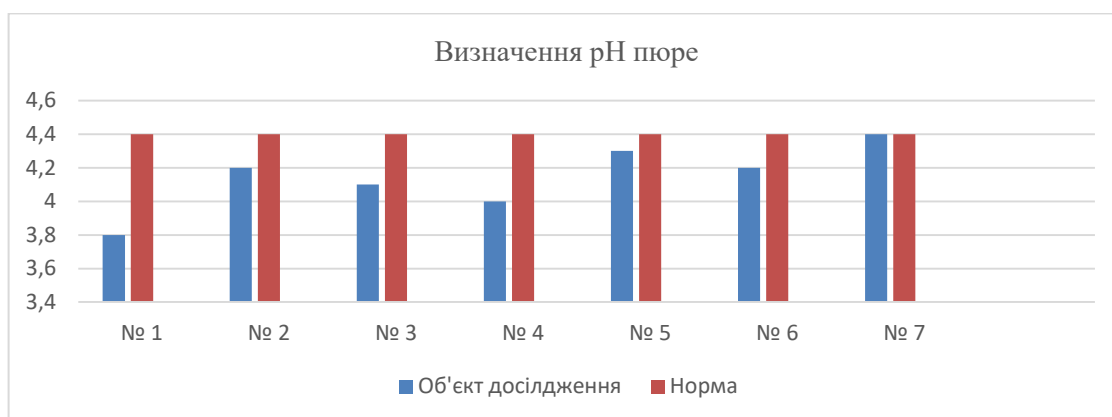
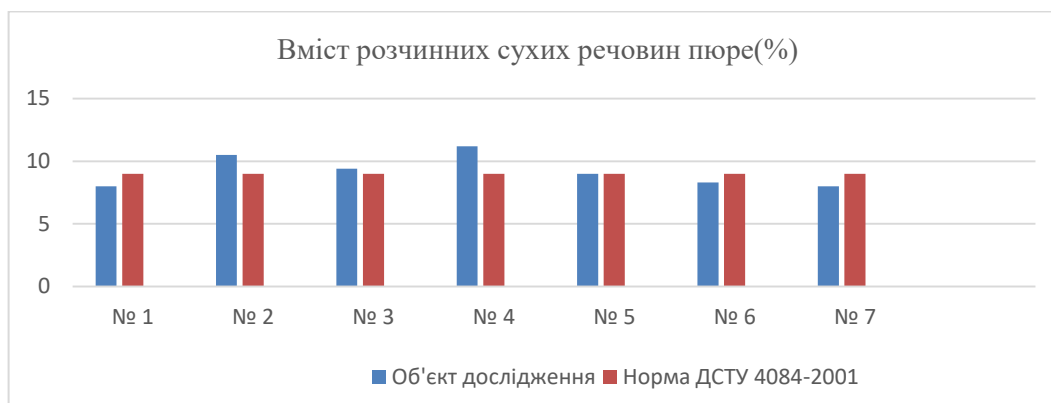
5. ТМ «Нірр». Виробник: Угорщина
6. ТМ «Gerber». Виробник: Польща
7. ТМ «Nestle». Виробник: Німеччина.

Сік:

1. ТМ «Кроха». Виробник: Україна
2. ТМ «Карапуз». Виробник: Україна
3. ТМ «Gerber». Виробник: Польща
4. ТМ «Frutek». Виробник: Словенія

Результати дослідження висвітлено у діаграмах.





Висновок. Досліджувані соки торгових марок «Кроха», «Карапуз», «Gerber», «Frutek» – не відповідають вимогам нормативних документів за показникам титрованої кислотності та вмісту сухих речовин.

Досліджувані пюре торгових марок «Name», «Nestle» серед запропонованих мають найвищі показники якості. Торгові марки «Карапуз», «Чудо-Чудо», «Hipp», «Gerber» з 4 методів науково-дослідної роботи відповідали лише 2 нормам. А пюре «Кроха» виявилось найгіршим серед продуктів дитячого харчування.

Список використаних джерел:

1. ДСТУ 4084-2001 Консерви фруктові пюреподібні для дитячого харчування. Технічні умови.
2. Скоробогатий Я. П. Фізико-хімічні методи аналізу: Підручник / Я. П. Скоробогатий. Львів: Каменяр, 1993. 164 с.
3. Василечко В. О., Ломницька Я. Ф., Скоробогатий Я. П., Бужанська М. В. Харчова хімія: аналіз та хімічний склад харчових продуктів. Львів: вид-во. Львів. торгово-економічного університету, 2020. 308 с.

Кихтюк В., Пилипчук В.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА СЛУЖБА УКРАЇНИ: ЗАРОДЖЕННЯ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ У РОКИ ДРУГОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ В ПІДРОЗДІЛАХ ОУН – УПА.

У статті розглянуто перші спроби організації військово-медичної служби в Європі, особливості роботи медичних працівників в часи Першої та Другої світових воєн. Особлива увага акцентована на специфіці медичної служби УПА, зокрема на роботі лікарів та вишколі медичного персоналу середньої ланки.

Актуальність теми. У сучасних умовах, коли триває воєнна російська агресія проти України, завдання збереження життя, відновлення боєздатності поранених і хворих, їх скоріше повернення в стрій набуває ще більшого значення. Вивчення історичного досвіду діяльності української військово-медичної служби в роки Першої та Другої світової війни є дуже важливим. Як джерело висвітлення питання військово-медичної служби, зокрема діяльності підрозділів УПА ми використали працю Ю. Мицика «Спогади і документи» та двадцять третій том Літопису УПА – Медична опіка [1] [2]. Сьогодні дуже бракує ґрунтовного цілісного дослідження, яке б розповідало про медичну складову українського визвольного руху. Небагато відомостей є про діяльність медсестринської служби в підрозділах ОУН-УПА. В 1944 – 1947 роках члени УПА ховали свої документи у схронах, з метою конспірації їх по кілька разів переховували і зараз їх відшукати дуже важко. Збір польового матеріалу про діяльність УПА в часи, коли Україна входила до СРСР, був не тільки неможливий, а тягнув за собою репресії як до тих, хто записував такі свідчення, так і до того, хто давав інтерв'ю. В часи Незалежної України, коли для дослідників відкрилися документи каральних органів СРСР, можна отримати більше інформації, але ці документи відверто вороже трактують повстанський рух. Лише з 2000 року почали відкривати доступ до значного масиву документів як радянських репресивних органів, так і до тих, що вилучили в українського підпілля.

У роботі ми користувалися комплексом методів: об'єктивності та історизму, що є основним засобом вивчення суспільних явищ у їх виникненні та розвитку в конкретних історичних умовах; застосовано порівняльно-історичний, проблемно-хронологічний та статистичний методи.

Виклад основного матеріалу. Військово-медична служба є штатною організацією в складі всіх видів збройних сил України і призначена для організації та проведення медичного забезпечення їх особового складу. Основні завдання медичної служби у воєнний час:

1. Організація та проведення системи заходів з надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх лікування та відновлення боєздатності.

2. Організація і здійснення медичних заходів з метою збереження боєздатності, зміцнення здоров'я особового складу, запобігання виникненню і розповсюдженню захворювань.

Започаткувала медичний догляд та супровід поранених на полі бою Флоранс Найтінгейл, яка народилася в Італії, у Флоренції, жила у Франції та Великобританії. Флоранс була дуже освіченою дівчиною з аристократичної родини, знала п'ять мов: давньогрецьку, латинську, французьку, німецьку, італійську. У віці 20 років вирішила стати сестрою милосердя. Її мрія здійснилася через 13 років в Англії.

Ось лише один приклад подвижницької діяльності Флоранс Найтінгейл. У лютому 1853 року Російська імперія в особі царя Миколи I заявила що хоче взяти під протекторат, під опіку православне населення Османської імперії – 12 млн. осіб. Султан Османської імперії Абдулла-Меджид I відмовив у цій претензії. Росія розірвала дипломатичні стосунки та ввела свої війська на територію, підпорядковану османам. Османську імперію підтримали Великобританія, Франція, Пруссія, Австрія. Розпочалися воєнні дії. Театр воєнних дій розгорнувся в Криму (Цю війну називають Кримська війна 1853-1856 рр.). У жовтні 1854 року в Крим прибуває Флоранс Найтінгейл та 38 її помічників. Флоранс працює в польових госпіталах, стежить за санітарним станом в казармах, доглядає за пораненими. Солдати розповідали легенди про Флоранс, називали її Леді зі світильником (The Lady with the Lamp), тому що обходи палат з пораненими вона здійснювала і вночі. Завдяки самовідданій роботі Флоранс Найтінгейл рівень смертності серед солдатів і офіцерів знизився у декілька разів. Флоранс запропонувала новий підхід: чистота в палатах, регулярне провітрювання, якісне харчування, карантин для заразних, уважне ставлення до всіх скарг хворих і кваліфікований медичний персонал. За час роботи Найтінгейл у польових шпиталях смертність знизилася з 42,2 % до 2,2 %.

Кримська війна закінчилася поразкою Російської імперії. Паризький мир 1856 року засвідчив капітуляцію Росії. Росія позбавлялася права мати військовий флот на Чорному морі, а також фортеці й прибережні арсенали. Російська імперія публічно відмовилася від претензій на Молдовське князівство, Валахію та південну Бессарабію. Російського імператора позбавили покровительства над християнами Османської імперії, замінивши колективним патронатом усіх великих держав. План розширення впливу Російської імперії на південь провалився.

Після Кримської війни Флоранс Найтінгейл ініціювала реформу медичної служби в армії Британської імперії. У 1860 році Флоранс втілила свій освітній проєкт: заснувала першу

в Англії і одну з перших у світі школу для сестер милосердя. Навчальний курс тривав лише рік, але був інтенсивним. Випускниці школи могли розраховувати на хорошу професійну репутацію.

З початком Першої світової війни гостро зросла потреба у медиках. Медичних кадрів суттєво бракувало, тому однорічні сестринські курси замінили на прискорену 6-тижневу програму. Лише в Києві на неї одразу записалося понад 2000 жінок. Багато молодих жінок добровільно долучилися до лав медичних сестер, вони допомагали пораненим як у стаціонарних шпиталях, так і в польових госпіталях. Життя в зоні бойових дій було набагато важчим. Медичні сестри мешкали у наметах, у бараках влаштовувалася кухня, чергування тривало по 12 годин, а на одну сестру припадало по 40-50 хворих і поранених. Відтак нерідко помирали й самі сестри милосердя – від інфекційних хвороб, ворожих обстрілів. Іноді траплялися і самогубства.

Київська письменниця Зінаїда Тулуб згадувала про свій досвід роботи медичної сестри: «... мені стало соромно стояти осторонь від цього загальнонародного страждання, бути панянкою-білоручкою. І от кожен ранок я йшла з дому, але не на курси, а в Червоний Хрест на лекції і практику. Слухала курс польової хірургії, мікробіології, загальної терапії, гігієни та ін. і через день відбувала шестигодинне чергування біля поранених хворих».

На початку Другої світової війни, коли армія критично потребувала підготовленого медперсоналу, на допомогу прийшов Червоний Хрест. Упродовж війни організація підготувала 300 тисяч медсестер, 500 тисяч сандружинниць і 300 тисяч санітарок [3]. Здебільшого це були зовсім юні дівчата, які добровільно погоджувалися на небезпечну службу. Лише за офіційною статистикою, під час Другої світової жінки становили 40 % санітарних інструкторів (військових парамедиків) і санітарок у радянській армії. Саме на них лягав обов'язок домедичної допомоги пораненим на полі бою. Головне їхнє завдання – оцінити вид поранення, ступінь тяжкості, надати першу допомогу і витягнути пораненого з передової в укриття. Офіційні приписи зобов'язували виносити поранених «з їхніми гвинтівками або ручними кулеметами».

Яскравим прикладом важкої праці медсестер у воєнний час стала робота 18-річної санінструкторки Ірини Левченко, яка впродовж перших місяців війни винесла з поля бою і надала першу допомогу 168 пораненим військовим. Згодом, вже у мирний час, її нагородив Міжнародний комітет Червоного Хреста медаллю Флоранс Найтінгейл за особливі досягнення у сестринській справі.

Ще один приклад – Марія Щербаченко. У перші роки війни вона опинилася під німецькою окупацією на Харківщині, але вже у 1943 році пішла санітаркою-добровольцем у військо. Майже одразу молода 21-річна дівчина потрапила на одну з найбільш

кровопролитних битв війни – битву за Дніпро. Лише під час боїв з 24 вересня по 4 жовтня 1943 року вона надала допомогу 112 бійцям на полі бою. Згодом вона писала *«Становище санітарки на фронті часто більш ризикованіше, ніж бійця. Адже вона мусить бігти, повзти від одного бійця до іншого під нищівним вогнем, щомиті наражаючись на смертельну небезпеку. Але й у ці моменти думаєш не про власне життя, а про тих, хто спливає кров'ю. Тоді відчуваєш, що твоя допомога вкрай необхідна, бо від неї залежить життя людини»*.

Перший досвід організації медичної опіки в УПА Санітарна служба здобула на Волині, адже саме тут у жовтні 1941 року була створена перша збройно-політична формація під командуванням Т. Бульби-Боровця «Поліська Січ». Тим досвідом користувалися пізніше медично-санітарні працівники на інших територіях. Санітарна служба УПА здійснювала організаційно-координаційну діяльність. Безпосередня опіка й допомога пораненим та хворим належали до обов'язків лікарів і санітарів, які були при куренях, сотнях або чотах. До сотень, які проявляли більшу активність і боєздатність, призначували краще кваліфікований медичний персонал, однак складність дії санітарної служби при відділах УПА проявлялася у тому, що сотні не перебували в одному місці, а були в постійному русі. Звичайно сотні були прикріплені до якогось терену, де були медичні пункти. Проте дуже часто відділам УПА доводилося діяти в не своєму терені, або перебувати в рейдах без доступу до потрібного постачання. Медично-санітарний персонал, який працював при відділі, не міг рівночасно виконувати обов'язки у підпільних польових шпиталях. Тут звичайно знайдено іншу розв'язку. Опіку над важко пораненими вояками перебирав Український Червоний Хрест (УЧХ).

Зі спогадів вояків УПА відомо, що серед різного роду вишколів молодих хлопців та дівчат щодо того, як боротися з ворогом і як виживати, були курси медсестер, організовані окружним проводом ОУН. Для надання медичної допомоги в селах створювалися медичні та аптечні пункти, а також невеличкі шпиталі на 5 – 6 ліжок. Наприклад, в селі Копилля Маневицького району (тепер село Колківської територіальної громади Луцького району) було обладнано 7 бункерів, розміщено 7 операційних столів, лікарняні ліжка, медикаменти. Лікарі потрапляли в ряди вояків УПА по-різному. Відомі два шляхи: перший, коли цивільних лікарів примушували іти в ліс для лікування поранених озброєні люди в цивільному одязі; повернутися назад лікарі не могли, тому що їх відразу б заарештували та за законами воєнного часу, швидше за все, розстріляли. Другий шлях – вибір між смертю та роботою в підпіллі – обирали лікарі-євреї, рятуючись від неминучої смерті від рук нацистів.

Ось типові приклади, задокументовані органами НКВС. Із виписки з протоколу допиту заарештованого члена УПА «Схід» Косек Василя Никифоровича відомо, що Василь Косек закінчив Вінницький державний медичний інститут у вересні 1942 року, був направлений на

посаду лікаря амбулаторії в містечко Корець. 19 вересня 1943 року вдень до лікаря підійшли двоє незнайомих озброєних людей й примусили його йти з ними. Так його зарахували в число учасників УПА. Перші 10 днів лікар читав оунівську літературу, вчив програму; вивчив 44 правила та 10 заповідей ОУН. Пізніше читав лекції з терапії, хірургії, гігієни і протиповітряної оборони. Слухачами були 25 санінструкторів [1].

Із політичного донесення воєнкома партизанського загону Івана Кузовкова від 22 червня 1943 року, відомо, що в лісах Кремянеччини знаходився загін «Крука», який налічував 280 осіб, з них 40% – неозброєних. Організований стаціонарний шпиталь, де є 40 поранених. У загоні є 30 жінок, які проходять військово-медичне навчання під керівництвом лікаря з Дубно [1].

Зі спогадів Павла Олійника з Ковеля, який був зв'язковим в УПА, передавав «грипси» (засекречене повідомлення у вигляді малесенького тоненького згортку паперу; коли б сталася облава, «грипса» потрібно було проковтнути) відомо, що один із таборів повстанців дислокувався в глухому сосновому лісі між Мацієвом (Луковом) та Вижвою. В таборі – штаб, землянки та лазарет, в якому працювали три лікарі-євреї. Лікарі медикаментів мали небагато, але знали як з натуральних рослин зробити ліки. Бандажі були з подертих сорочок, простирадл. Грошей не було. Гроші ціни не мали.

Із матеріалів Ковельського міського відділу НКВС від 10. 03. 1943 року допиту затриманого громадянина єврейської національності лікаря Варм Шая Давидовича, мешканця села Свічів Володимир-Волинського району (псевдо «Скрипач»), відомо, що він лікував хворих та поранених вояків УПА. Військовий трибунал НКВС у місті Луцьку 16. 09. 1944 року присудив утримувати Варм Шая Давидовича під вартою. Подальша доля лікаря невідома.

Лікар «Кум», єврей (справжнє ім'я та прізвище невідоме) студював медицину в Італії, працював лікарем у Дрогобичі. У 1941 році, коли в Галичину прийшли німці та винищили родину лікаря, він сам утік до лісу і зголосився до медично-санітарної служби УПА. Перебував у Волинських лісах. У 1944 році, коли Головне командування перенесло з Волині в Карпатські ліси увесь інструкторський та командний склад старшинської школи УПА, лікар «Кум» проводив навчання першої медичної допомоги та викладав інші санітарні дисципліни у школі «Оленів». У 1945 році «Кум» завідував підпільним шпиталем.

Командир роти Борис Подоляк згадував про своє перебування в підпільному шпиталі восени 1945 року: «доктор «Кум» – людина середніх літ, низького росту, худий, високе приморщене чоло, буйна чорна фризура й хитрі очі. Бачу, як він зрана встає, обходить хворих; чув, як він дає диспозиції санітареві й картає за промахи. Я завважую те тепле, батьківське піклування й зусилля, що він їх докладає для кращого лікування хворих.

Перегляд ранених. Доктор «Кум» проходить від ліжка до ліжка. В кожного хворого він впинав свій лагідний зір, немов би хотів полегшити його біль». Доктор «Кум» розповідав, що по приході німців був у безвихідному становищі. Всю його рідню вони вистріляли. Лікарю вдалося втекти. «І в час мого скриття, коли здавалося, що не тільки люди, але й Бог лишив мене своєї опіки, вояки УПА дали мені захисний притулок. Ця організація врятувала мені життя. А признаюся щиро, що я тоді дорожив життям, боявся його втратити. А тепер скажіть, чи не маю я за що віддячуватися? Я ж чую обов'язок, може, не той як українця перед Україною, а як людини перед людиною. Я ціную волю і готовий боротися проти тих, що її топчуть. Це не лише у вашому, але й в нашому жидівському інтересі. Ні, я не жалію тепер свого життя. Кожної хвилини можу його віддати. А як згину, то нехай знають усі: і приятелі, і вороги, що я так, як і ви, боровся за життя, за нове життя й за нього віддав своє» [4].

Доктор «Кум» покінчив життя самогубством взимку 1946 року, коли працівники НКВС зробили спробу захопити шпиталь. Постановою Української Головної Визвольної Ради від 30. 05. 1947 року нагороджений Срібним Хрестом Заслуги.

Стефанія Скіра (псевдо «Роза») проходила вишкіл зв'язкової та медсестри, передавала таблетки, які зав'язувала у хустині на кінчику. Згадувала про свої дії так: у випадку небезпеки, якщо облава, то тягнула за кінчик і до рота, наче витирала губи, і мала все проковтнути.

Лікарі підпільного Українського Червоного Хреста стали кістяком медичної служби, яка надавала допомогу хворим воякам УПА. Ідейні медики робили операції у лісі та вогких підземних шпитальках, переховували вояків по хатах і навіть у цивільних лікарнях, що найбільше було поширено на Галичині. Патріотичні ідеї УПА відстоювали і лікарі-іноземці, серед яких було дуже багато євреїв.

Досвід Другої світової війни 1939 – 1945 років показав, що з числа поранених, які померли на полі бою, далеко не всі мали поранення несумісні з життям. Так, за статистичними даними у числі загиблих на полі бою від поранень кінцівок за більшістю випадків (73,8%) мали місце «умовно смертельні» поранення, тобто поранення, які не виключали збереження життя в особливо сприятливих умовах, при своєчасному наданні першої медичної допомоги та ранньому виносі їх з поля бою до медичних підрозділів. Більше того, в 26,2% випадків мали місце поранення кінцівок, які за характером пошкоджень та їх локалізацією були не смертельні. Ці поранення ставали смертельними в силу несвоєчасного надання першої медичної допомоги. [3]

Висновки. Сьогодні в Україні триває воєнна агресія росії, кожен день приносить небезпеку та постійний ризик ураження як військових, так і цивільних осіб сучасними видами зброї. За цих умов дуже важливим є надання першої медичної допомоги в перші хвилини

(10 хв) з моменту ураження, а надання першої лікарської допомоги – в найближчі 2 години, в іншому випадку допомога буде неефективна. В Україні поруч з штатною військово-медичною службою з 2014 року працює волонтерський батальйон Госпітальєрів, який знаходяться в найгарячіших точках фронту для надання кваліфікованої допомоги українським військовим з числа добровольців та офіційним частинам ЗСУ. Представники Госпітальєрів знаходяться безпосередньо на бойових позиціях з українськими військовими, що дає можливість більш ефективно та швидко надавати допомогу під час ведення бою та збільшує шанси на успішну евакуацію та стабілізацію поранених.

Список використаних джерел:

1. Мицик Ю. УПА: Спогади, документи. Київ, 2016. 540 с.
2. Літопис Української Повстанської Армії. – Т 23. Медична опіка УПА. / Ред. М. Ріпецький. 2001. 483 с.
3. Казан Е. М., Голячук І. П. Становлення та розвиток військово-медичної служби червоної армії у Другій світовій війні. Військово-науковий вісник. 2020, №3. С. 87-98.
4. ОУН:УПА в 1943 році: Документи. Київ: Інститут історії України НАН України, 2008. 347 с.
5. Бондарчук Л. Волинянки, нагороджені в УПА. – Електронний доступ: Район. Історія. 15жовтня 2021 р.

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ САНІТАРІВ

1. При кожній чоті є чотовий санітар, який належить до чотового почоту і службово є залежний від командира почоту, а ділово підлягає наглядові лікаря або старшого санітара. Він визначає ройових санітарів, які йому є до помочі. Жоден санітар не може бути скорострільчиком.

2. В часі бою чотовий санітар дає поміч раненим і відсилає їх в безпечне місце. Відповідає за стягнення ранених і вбитих за ствердженням їх прізвищ.

3. В часі постою дає стрільцям ділові поради, лікує хворих, контролює харч та воду, два рази на місяць робить перегляд стрільців відносно стану венеричних недуг, корости, вошей, чистоти тіла та волосся на голові. Стрільці не можуть мати довшого волосся як 5 см, а це з огляду на неможливість частого миття голови.

4. На кожному новому постою одну годину від початку постою має бути для чоти побудована лятрина, котру буде чотовий санітар при помочі ройових санітарів. Лятрина Х це рів довгий на 1,5 м, широкий 0,7 м, а глибокий від 0,5 до 1 м. Над лятриною має бути дрючок опертий на росахах. Лятрина має бути добре замаскована. Треба сказати стрільцям, щоб по залагодженні своїх фізіологічних потреб присипали лятрину піском. При зміні постою треба лятрину засипати та влаштування знищити. Якщо стрільці полагоджують свої фізіологічні потреби в часі маршу, повинні відходи присипати землею.

5. Під час постою санітар стежить та дораджує господарчому, щоб стрільці по можливості мали відповідну кількість молока, яєць, часнику, цибулі, овочів та городини. Провіряє щодня чистоту кухарів. Якщо кухар має коросту або чиряки і є брудний, не може виконувати своєї функції.

6. Коло кухні має бути яма, в яку треба скидати всі кухонні відпадки та закопувати.

7. Кітли чи баняки мусять бути по видачі їжі негайно вимиті та висушені.

* Автором цієї інструкції був Михайло Мацелко («Мономах»), сотенний санітар сотні «Месники», 27 ТВ УПА «Бастіон» (Любачівщина, Ярославщина). За інформаціями сотенного «Тучі», «Мономах» був по професії учителем. 1947 р. він відійшов на територію УРСР. Рукопис та копія документу, 4 стор. зберігається в Архіві Літопису УПА, ВО "Сян", 2Х159

Богдан С.

Волинський національний університет
імені Лесі Українки

**«...У МЕНЕ ВСЕ ХРОНІЧНЕ, І ХВОРОБИ, І ПОЧУВАННЯ»: ДОСВІД «30-ЛІТНЬОЇ
ВІЙНИ» З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕСІ УКРАЇНКИ**

Життя Лесі Українки – виразна й очевидна трансформація відомої сентенції римлян *in cogrore sano sana mens* і ствердження, на протигагу ньому, правомірності реалій іншого, особистісного виміру, послідовно сповідуваного нею: тільки здоровий дух дає змогу слабкому тілу не просто бути «ростиною», як настійно радили їй лікарі (і навіть родина), а жити різновимірно і найпосутніше – творчо. Водночас варто зацентувати на тому, що складність свого фізичного стану вона усвідомлювала завжди й оцінювала його, не вдаючись до ймовірного самозаспокоєння та щонайменших ілюзій. Передумова такого сприйняття власних недуг, за її ж визначенням, - «натура не по організмові», основними диференційними ознаками якої були: **еластична упертість, скептичний розум і трагічний світогляд** (*«Як добре зважити, то перелому я ніколи не зазнала, хоча, запевне, еволюція була і в мене. Життя ламало тільки обстанову навколо мене (ну, і кості мої, як траплялось), а вдача моя, виробившись дуже рано, ніколи не мінялась та вже навряд чи й зміниться. Я людина еластично-уперта (таких багато між жіноцтвом), скептична розумом, фанатична почуттям, до того ж давно засвоїла собі „трагічний світогляд”, а він такий добрий для гарту. Одна моя знайома — жидівка-сіоністка, людина дуже нещасливого життя — так відповіла на дивування приятелів з її одваги в прийманні всякого нещастя: „А где это написано, что я должна быть счастлива?” Хіба ж се не мудро мовлено?..»* (до А. Ю. Кримського, 27 жовтня 1911 р. Хоні) [1, Т.14, С. 273-274. Далі, покликаючись на це видання, в дужках зазначатимемо тільки адресата, час і місце написання листа]).

Щоправда, Лесин стоїцизм (який цінував у ній, за її твердженням, Сергій Мержинський), незламність – Агатангел Кримський) абсолютно не означають відсутність станів слабкості, зневіри і навіть розпачу (хоча й називала вона такі стани «хвилевими», тобто тимчасовими). Найвиразніше свій емоційний стан у такі періоди вона сповідально довіряє сестрі Ользі (рідній і «по крові, і по духу», за фахом – лікарці) й передає його за допомогою трансформа бібліїзму *нести хрест*: *«Не скрию від тебе, що бувають у мене хвилини розпачі, коли мені здається, що все даремне, що я от-от упаду на дорозі і важкий хрест задавить мене, але се хвилини тільки, взагалі ж я думаю, що хоч сама не житиму, та завжди буду в силі помагати жити иншим, хто тільки схоче моєї помочі»* (до О. П. Косач

(сестри), 28 листопада 1897 р. Ялта).

Важливо й те, що реалістичне усвідомлення можливого ускладнення перебігу хвороби в майбутньому слугувало одним із чинників появи неодноразових розмірковувань Лесі Українки, як спостерігаємо в листах, про тривалість / конечність власного життя й потребу поспішати жити, не витратити час на марні й дріб'язкові справи, щоб встигнути зробити найбажаніше, зокрема в реалізації творчих задумів: *«Як подумати гаразд, то я таки мало жила за 31 рік своєї присутності на світі, років зо два було інтенсивнішого життя, а то все не то вже пів життя, а 1/4 або й 1/10 життя, всього разом мені тепер і 16 літ ще не скінчилось, коли міряти до середньої інтенсивності. Та й не тільки мало жила, але й мало працювала, а се ще гірше. Чорт зна, куди і сила, й час ішли... Се знов-таки не для скарги сказано, а щоб Ви повірили, що я справді можу хотіти і жити, й працювати, хоч, може, то й не дуже імовірно, коли пригадати собі мій вид і вигляд. Воно, правда, пізенько трошки я надумалась, що таки «варто», та вже «краще пізно, як ніколи». Як гадаєте? / Ну, а зрештою, коли з того нічого не вийде (з моєї курації, бажань і надій), то світ не западеться і без мене, знайдуться ліпші на моє місце»* (до М. В. Кривинюка, 9 квітня 1902 р. Сан-Ремо).

Однією з найвиразніших і стилістично маркованих ознак Лесиного ставлення до хвороби можна вважати кваліфікацію її стереотипним означенням *хронічною* в своєрідному несподіваному мікроконтексті лексем, які позначені за таких умов не тільки однорідністю, а й узагальненістю, а тому проєктоване на її характер загалом (за її термінологією – «натурою»): *«Я не раз кажу, що в мене натура „хронічна”, бо справді у мене все хронічне: і хвороби, і почування. Як анемія, туберкульоз, істерія, так і приязнь, любов і ненависть. Через те і наше товаришування, сподіваюсь, буде хронічним. Вибачайте за такий непоетичний стиль — адже я мешкаю в шпиталі: Wer den Dichter will verstehen, mus[s] in Dichters — Klinik gehen!»* (Хто хоче зрозуміти поета, мусить піти в поетову клініку! (нім.)).

Домінантним у листах можна вважати також узвичаєний для неї прийом використання цілого ряду синонімічних найменувань, що виявляють її сприйняття / ставлення до власної хвороби, найвиразніший і найбільш відомий з яких – *війна*, означена нею як тридцятилітня: *«Вже і вік мій такий, коли організмові стає трудніше боротись, — адже се справжня „30-літня” війна його з туберкульозом! Час колись і втомитись. Не бачу я ніякої надії, щоб я могла вигоїтись за цю зиму, коли не вигоїлась давніше за дві, у Єгипті.»* (до О. П. Косач (сестри), 8 серпня 1912 р. Кутаїсі) (цей метафоричний образ, до слова мовлячи, має виразну проєкцію в історичні реалії й події відомої тридцятилітньої війни і як прийом інтертекстуальності також визначальний для її епістолярного ідіолекту). А ще – не менш характерною можна вважати також іншу метафору з цієї ж тематичної групи – *бій*: *«Що ж знов до моїх зборів у Єгипет, то нігде правди діти, що вони на добрий стан здоров'я не*

показують – хвороба моя *fait toujours du progrès* (постійно прогресує (франц.)), помалу, але певним кроком, і є зовсім об'єктивні ознаки, що проти торішнього вона таки чимало завоювала в моєму організмі, але *speriamo bene* (сподіваймося на краще (італ.)) (як колись Куропаткін в Манджурії), що один рішучий бій – і ворог буде вибитий з позиції! Взагалі, се хвороба не така вже гостра і чи доведеться, чи ні видужати з неї, а прорипіти з нею, кажуть, можна дуже довго, літ 15 – 20, а не всякий же в мої літа має сю надію навіть без особливої хвороби. Вся штука в тому, що маю претенсію не тільки рипіти, а щей жити, „розвиваючи діяльність”, от тому і хочу їхати в Єгипет на прощу до єгипетського сонця – вже ж не дарма йому такі колоссальні святині колись будовано – певне ж воно і силу має колоссальну, і що ж таке якась мікроскопічна бацилла проти його маєстату» (до Кибальчич Н. К., Телаві, 15–22.IX (28.IX – 5.X).1909).

Крім частотних образних найменувань недуг та їхніх симптомів, Леся Українка часто вдається до одного з важливих психологічних прийомів їх опису: дистанціювання, відсторонення в описах власного фізичного стану через різні опорні вестивальні лексеми або назви хвороб і їх симптомів: **нога, рука, голова, нерви, температура**, наприклад: *моя т трохи схаменулась; з кашлем ніяк не розминуся; мої нерви якимось не в найліпшому стані; нерви було трохи покапризували* тощо.

Нерідко вона змушена була використовувати в описах свого фізичного стану цілий ряд синонімічних самономінацій, найчастотнішими з-поміж яких можна вважати: *ростина, інвалід, матерял, а не людина, скрипуче дерево*. Визначення такого особливого статусу не позбавляло її духу жити й творити всупереч обставинам: «*Нехай там говорять, що хочуть, а я постараяюсь доказати, що я таки не до кінця інвалід* (вирізнення тут і далі мої. – С.Б.), і докажу се — без слів! Так, Лілеєнько? Так! Коли вже хто живе, то треба жити, а не скніти. „Даждь ми, Господи, по слову сему» (до О. П. Косач (сестри), 25 січня 1904 р. Тбілісі); «*Ходити я зовсім не можу безкарно, раз поїхала з конечности в Каїр, то три дні потім хорувала. Більше двох листів у день не можу написати. Ех, інвалід таки з мене*» (до Ф. Г. Петруненка, 5 березня 1913 р. Хелуан) тощо.

Номінативний ряд лексем, актуалізованих у контекстах опису перебігу різних хвороб, має кілька лексичних варіантів їх узагальнених назв, здебільшого – *недуга, слабкість, болізьн і хвороба*. Крім того, Леся Українка часто вживає в листах назви різних хвороб, деякі з них мають виразно архаїзований чи діалектний статус: *інфлуєнца, анемія, істерія, сухоти, тиф, діфтерит* тощо.

І цілком закономірно, що опозитивно впродовж усього листування фіксуємо численні згадки не тільки про хвороби, а й про її здоров'я / здоровле / здоровья з великим кількісно рядом кваліфікативним означень: «...Здоров'я у мене тепер таке тонке, що навіть за таку

періодичність роботи, як ви визначаєте, я ручатись не можу, бо от, наприклад, від Різдва до Великодня цього року я абсолютно нічого не могла писати» (до Л. М. Старицької-Черняхівської, після 29 травня 1912 р. Кутаїсі).

Нерідко такі опорні слова мають різні кваліфікативні означення: **проклята** слабкість **подле** здоров'я; здоров'я досить **химерне** у мене зроду і т.ін.

Частотні також у Лесиних листах згадки й характеристики лікарів [2], з якими їй доводилося контактувати в різні періоди життя. До слова мовлячи, крім узвичаєного в сучасній українській мові номена *лікар* вона використовувала й варіант *лікарь*: «Чисте нещастя, коли лікарь заслабне на сухоти, — нема, здається, нещаснішої людини! ще дивно, що п. Дер[ижанов] не тратить гумору чи принаймі не виявляє цього. Мені його дуже шкода! Хоч він сам часто любить говорити, що лікарь мусить професіонально, „безчужденно” відноситись до своїх слабих, але у нього самого се тільки теорія, а на практиці, коли б всі лікарі так відносились до своїх слабих, як він до мене в той час, як я була слаба, то епітет „друзья человечества” ніколи не бринів би іронічно...» (до О. П. Косач (матері), 5 березня 1898 р. Ялта). Як бачимо, такі згадки про лікарів актуалізують і її власні оцінки, і декодують стереотипне їх іронічне сприйняття в українському соціумі.

Про періоди ремісії в перебігу хвороби та покращення здоров'я вона пише, вдаючись здебільшого до таких висловів: *здоров'я поліпшало проти зими; почуваяся ліпше; почуваяся я тут ліпше; маюся наче ліпше; на здоров'я поскаржитися не можу; зовсім здорова; здоров'я не зле; більше енергії в тілі* тощо. Однак згадки про погіршення здоров'я належать до більш частотних і мають різномірний мовний вияв: *недугую, вететую, не конче здоровий, не дуже здоров, захорувала, хвороба прогресує, маю мало сили, дуже хвора, розклеїлась, стало на здоров'я гірше, не маю здоров'я, нема справжнього ладу, дуже ослабла, маюся слабо, сили якось мало, моя сила не дуже то швидко зростає* і т. ін.

Характеристичним можна вважати той факт, що не зважаючи на власні проблеми зі здоров'ям, Леся Українка неодноразово допомагала хворим на тиф у Колодяжнім («Мама з трьома моїми *Geschwister* I тепер у Київі, вони там ходять до шкіл (може, завтра приїде сюди), а я з Дорою от уже 11/2 місяця тут сижу, господарюю (у нас економки нема тепер), вожуся з тифозними на селі, роблю, що можу, не пишу нічого, бо чогось по цілих днях голова морочиться — певно, з анемії, — врешті, треба попробувать» (до О. Ф. Франко, 15 жовтня 1895 р. Колодяжне), одна з усієї родини їздила рятувати хвору сестру Ізидору до Санкт-Петербурга.

Виразною стилістичною ознакою в описах власних недуг можна вважати також іронію: «Та й усякі інші сімптоми моєї поетичної хвороби так розгулялись, що зовсім вибивали з „творчого” настрою... Ну, та от сьогодні наче вже краще стало, то буду

писати» (до М. В. Кривинюка, 20 червня 1913 р. Кутаїсі).

Добре розуміючи, що значна частина в її листовних діалогах припадає саме на інформацію про стан здоров'я, з сумом і прикрістю змушена була називати їх *бюлетенями*: «...тим часом так я була б рада, коли б хто взяв на себе бюлетені про моє здоров'я, а я сама могла б писати про інтересніші для мене речі» (до Драгоманових, 15 лютого 1897 р. Київ). А найбільшою Лесиною мрією (на жаль, нездійсненою) було – бути здоровою: «Для вас, мої дорогі сестри і брати, я хотіла б бути енергичною, міцною, з ясним, хоч і поважним, поглядом, з сильними руками, здатними до постійної і пухлякої роботи, з нормальним серцем і здоровою душею — тоді мені нічого було б ховати од вас і вам було б на що подивитись, а тепер... суди сама!» (до О. П. Косач (сестри), 17 вересня 1896 р. Колодяжне).

Список використаних джерел:

1. Українка Леся. Повне академічне зібрання творів: у 14 т. Луцьк, 2021. Т. 11-14.
URL:<https://ubi.org.ua/uk/activity/zibrannya-tvoriv-lesi-ukra-nki-u-14-i-tomah>.
2. Кіцера Олександр. Вони лікували українського Шекспіра: Леся Українка і лікарі.
URL:file:///C:/Users/%D0%A1%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%B0/Downloads/VNPK_INA_2021_Kitsera_O-Vony_likuvaly_ukrainskoho_451-526.pdf.

Ігумен Никодим (Смілий)

Волинська православна богословська
академія,

Мартинюк Г.

КЗВО «Волинський медичний
інститут»

ДО ПИТАННЯ РОЗВИТКУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЛУЦЬКУ НАПРИКІНЦІ XVI-ПОЧАТКУ XVII СТОЛІТТЯ

Актуальність дослідження. Питання надання медичної допомоги мешканцям Луцька наприкінці XVI – XVII стт. та загалом функціонування медичних закладів у нашому місті в цей історичний період досліджено фрагментарно. Характер медичної галузі в Луцьку на початку епохи раннього модерну цікавий тим, що діяльність лікувальних закладів тут була тісно пов'язана з релігійним життям, а відтак історія медицини тут є тісно пов'язаною із церковною історією.

Мета цієї розвідки – дослідити, яким був розвиток надання медичної допомоги в Луцьку наприкінці XVI-початку XVII століття.

Виклад основного матеріалу. Одним із напрямків діяльності Луцького православного Хрестовоздвиженського братства і Луцького братського Свято-Хрестовоздвиженського монастиря, який діяв при братстві, окрім духовно-просвітницького і зусиль, загалом, спрямованих на захист прав Української Православної Церкви, був ще й напрям медичний – адже при братському монастирі діяв і шпиталь.

Луцьке Хрестовоздвиженське братство виникло, насамперед, з метою захисту Православ'я, що було вкрай актуально саме на зламі XVI-XVII стт., після укладання Брестської унії 1596 р.

Стосовно самого постановлення Луцького Хрестовоздвиженського православного братства, то більшість дослідників згоджуються на думці, що роком його заснування був саме 1617 р. Так, до сьогодні зберігся "Каталогос или реестр собранных обьще имен братии еже о Христе, обертающихся в граде Луцком и прочая благородных окрест живущих сынов восточного Православия"[1], до якого упродовж майже ста років записували імена членів братства. Отож, перша сторінка цього каталога датована саме 1617 р. що дає підставу стверджувати, що існування своє Луцьке братство почало саме з 1617 р. Що ж до привілею тодішнього короля Речі Посполитої Сигизмунда III від 1619 р., то у ньому йшлося лише про дозвіл замість згорілого руського шпиталю збудувати новий, а також звести братську церкву та школу.[2]

У 1620 р. луцькі братчики звели дерев'яний Свято-Хрестовоздвиженський храм, а згодом постав і братський шпиталь.

Отож, цікавим моментом історії започаткування Луцького братства було те, що одним із причин, яка спричинила те, що король Сигізмунд III Ваза видав дозвіл на будівництво братської церкви та школи (а відтак, у Луцьку і постало братство, з існуванням якого владі Речі Посполитої довелося таки змиритися) стало клопотання православних міщан Луцька про побудову нового руського (тобто українського) шпиталю замість згорілого.

Як ми вже зазначили, відповідний привілей був даний королем Сигізмундом III в 1619 р.[3] А це було пов'язано із трагічною подією, яка мала місце за рік перед тим, у 1618 р.

Тоді на Луцьк напала татарська орда, і хоч нападникам не вдалося здобути місто, внаслідок облоги у Луцьку сталася пожежа, оскільки татарам вдалося поруйнувати частину міста. Отож, ця пожежа знищила багато міських дерев'яних будівель у Луцьку. Серед них була і церква святого Лазаря зі шпиталем, тобто з лікарнею.[4] Розташовані були ці храм з лікарнею саме на тому місці, де з часом і постав архітектурний ансамбль Луцького братства. Власне, з самого початку існування братства тут діяла лікарня.

Про те, що це була повноцінна лікарня, свідчать і збережені історичні документи. Так, привілей короля Сигізмунда III на дозвіл побудови Свято-Хрестовоздвиженського храму, школи і лікарні при ньому красномовно вказує на мету відновлення лікувального закладу, яку поставили перед собою православні міщани Луцька. У королівській грамоті, зокрема, писалося: «під час сильної пожежі в нашому місті Луцьку, що була недавно, старовинна тутешня руська богодільня згоріла повністю, і вона, не маючи ніяких засобів бути знову відбудованою, не може доглядати ні бідних релігії своєї, ні мати належних харчів. Про це сказали відомі особи як стану шляхетського воєводства Волинського, так і прості люди згаданого нашого міста Луцька, релігії грецької, які мають намір за прикладом інших братств і в цьому нашому місті Луцьку мати братство милосердя. А тому ми, король, розглянувши двічі їхню просьбу і думку панів Ради й послів наших і, бачачи, що ця справа достойна і спасенна, на таке братство, яке веде за собою добрі діла, даємо згоду, і ту згорілу старовинну руську богодільню, яка є в Луцьку, зі всім, що до неї належить, для нагляду, вжитку й благочестивого покровительства на всі віки віддаємо, дозволяючи їм ту богодільню знову побудувати і церкву зі школою».[5]

Цікаво, що мова йде не про братство, а про відбудову богодільні. Однак це, радше, привід, щоб отримати від короля відповідну грамоту. Подальша логіка прохачів була такою: мовляв, для того, щоб відбудувати богодільню, потрібне братство, створене за прикладом інших братств (зі своїм храмом та школою). Тобто велася мова про створення релігійно-культурної інституції, яка б могла впливати на суспільне життя міста й краю.[5]

У 1624 р. при Хрестовоздвиженському братстві постав і однойменний православний монастир. А за рік перед тим, у 1623 р., Луцьке братство отримали і право ставропігії – тобто воно підпорядковувалося безпосередньо кіріарху Української Церкви – Вселенському Константинопільському патріарху.

При братському монастирі діяли друкарня і школа, але не забували ченці і братчики і про медичний напрямок – шпиталь при братському монастирі продовжував діяти.

Згодом, замість дерев'яної братської церкви постав мурований Свято-Хрестовоздвиженський храм, зведений, ймовірно за все на початку 1630-х років. Так, відомо, що будівництво нового мурованого Свято-Хрестовоздвиженського храму розпочалося у 1632 р. з ініціативи та за сприяння члена та мецената Луцького братства королівського дворянина грека Олександра Мозеллі. Цей виходець з Греції переселився до Речі Посполитої де поступив на службу до польського короля. Він же, водночас, став членом і меценатом Луцького православного Хрестовоздвиженського братства, і він же й подарував збудованому за його безпосередньої участі Свято-Хрестовоздвиженському храму привезену ним з Греції реліквію - чесну ліву руку святої великомучениці Варвари.

«Про другу святої великомучениці Варвари руку святу, ліву, нехай тут не буде невідомо, бо при нетлінному тілі її святому в церкві Святомихайлівській здавна не перебувала, а затримана вона була у Грецькій землі. Коли через багато часу став православним митрополитом київським блаженної пам'яті Петро Могила, була принесена в Польську державу через одного чесного грека, що туди переселився, про якого говорили, що з племені царського Катакузниська, премудрий Галенового учення лікарського майстер, що звався Мозель. Покладена вона була у збудованій ним у місті волинському Луцьку Воздвиження Чесного Хреста Господнього церкві кам'яній братській», - так розповідає про це у своєму творі «Життя святих» святитель Димитрій Ростовський.[6] Звернімо увагу на слова: «премудрий Галенового учення лікарського майстер», якими характеризується Олександр Мозеллі. Отже, цей гість з Греції був за фахом лікарем, мало того – історичні документи свідчать що він був свого часу особистим лікарем польського короля Владислава IV. А в 1645 р. стараннями того ж таки Олександра Мозеллі, Луцьке Хрестовоздвиженське братство і монастир отримали королівський привілей від того ж таки Владислава IV на зведення мурованого шпиталю.

Звісно, що Олександр Мозеллі, як активний учасник і меценат Луцького братства міг трудитися і при цьому шпиталі, застосовуючи свої знання та ділячись ними із луцькими православними медиками.

Зціленням не лише душ, а й тіл у Луцьку займалися й інституції Римо-Католицької Церкви. Так, на початку того ж таки XVII ст. у Луцьку постав осередок римо-католицького

чернечого ордену боніфратрів.

Постання і діяльність монастиря боніфратрів у Луцьку були пов'язані із діяльністю каноніка Луцької капітули (священницький дорадчий орган при єпископі) Балтазара Тишки, який займав відповідну посаду у 1620-30-х рр.[7]

Цей священник багато працював у напрямі залучення різних матеріальних ресурсів для своїх благодійних проєктів. Одним із таких стало заснування осідку боніфратрівського ордену в Луцьку. Представники ордену були запрошені до міста тодішнім луцьким єпископом Андрієм Гембіцьким.[8]

Варто зауважити, що напрямом діяльності ордену боніфратрів є як раз медичне служіння, отож постання відповідного монастиря у Луцьку однозначно передбачало заснування при ньому лікувального закладу.

Цікаво, що поштовхом для постання у Луцьку початку XVII ст. ще й католицького шпиталю стала та ж спричинена татарським нападом 1618 р. пожежа. Тоді внаслідок лиха вогнем була знищена церква святого Миколая. Погост храму спочатку був переданий міщанину Роману Тропці, який використав руїни храму для будівництва корчми, що викликало протести, зокрема, луцький підкоморій Григорій Четвертинський подав з приводу цього судову скаргу.[9] А у 1639 р. ця ділянка перешла, до слова – саме стараннями отця Балтазара Тишки, у власність Луцької діє цезії Римо-Католицької Церкви. Отож, 12 березня 1639 року канонік склав фундацію на монастир. Для цього був виділена та ділянка, де раніше стояла церква Святого Миколая.[9] Згідно з іншою думкою, у 1639 році під новий комплекс була віддана сусідня до цієї ділянка, яку передав кафедрі уніатський єпископ Лосовський.[10] Також виділено 8000 злотих зі щорічним чиншем 600 злотих та додатково 5000 злотих зі щорічним чиншем 400 злотих від Михайла Мишки та його маєтку Мирків. Поруч з монастирем Тишкою був фундований бароковий[11] костел Марії Магдалини, що підтвердила конституція 1647 року.

Так от, ченці-боніфратри як раз і опікувалися шпиталем, який раніше був заснований Тишкою на сусідній вулиці. Члени цього ордену професійно займалися медициною.[12] Крім шпиталю, монахи утримували дім божевільних. Внаслідок того, що боніфратри були активно зайняті доглядом цих закладів та людей, котрі в них перебували, вони не проводили мес. Ці обов'язки покладалися тільки на пріора – настоятеля монастирі та вікарія їхнього згромадження.

Висновки. Отже, медична галузь у Луцьку кінця XVI – початку XVII стт. була доволі розвинена, при чому неабияку роль у розвитку міської медицини відігравали саме установи Української Православної і Римо-Католицької Церкви – православне Хрестовоздвиженське братство з однойменним монастирем та монастир боніфратрів.

Список використаних джерел:

1. Памятники, изданные Временной комиссией для разбора древних актов. К, 1898. Т.1. с. 3-4
2. Колосок Б. Комплекс споруд Луцького братства // Луцьке Хрестовоздвиженське братство. Історія та відродження. Автор і упорядник А.Бондарчук. Луцьк.: ВМА «Терен» 2013 с. 52.
3. Колосок Б. Комплекс споруд Луцького братства // Луцьке Хрестовоздвиженське братство. Історія та відродження. Автор і упорядник А.Бондарчук. Луцьк.: ВМА «Терен» 2013 с. 52.
4. Ричук Ю. Церква Воздвиження Хреста Господнього в Луцьку.//Волинські єпархіальні відомості. № 10 (35) жовтень 2007 року. [Електронний ресурс]//URL: https://risu.ua/cerkva-vozdvizhennya-hresta-gospodnogo-v-lucku_n18866
5. Кралуок П. Луцьке Хрестовоздвиженське братство: генеза і функціонування[Електронний ресурс]//офіційний сайт Волинської єпархії ПЦУ.//URL: <https://www.pravoslaviavolyni.org.ua/stattia/408-lutske-khrestovozdvyzhenske-bratstvo-heneza-i-funktsionuvannia/>
6. Олексюк К. Рука святої великомучениці Варвари – втрачена святиня Луцька. 08.10.2019. інтернет-видання «Волинська правда» [Електронний ресурс]//URL: <https://pravda.volyn.ua/ruka-sviatoi-velykomuchenytzi-varvary-vtrachena-sviatynia-lutska/>
7. Монастир у Луцьку//Zakon szpitalny sw. Jana Bozego. Bonifratrzy. Prowincja Polska. p.w. Zwastovannia Najswietszej Marii Panny [Електронний ресурс]//URL: <http://surl.li/prwns>
8. Колосок Б. В. Римо-католицькі святині Луцька. К, 2004, с.135-139.
9. Троневиц П.,Хілько М., Сайчук Б.. Втрачені християнські храми Луцька, Луцьк, 2001, с.18-20; с. 55-56.
10. Колосок Б. В. Римо-католицькі святині Луцька. К, 2004, с.135-139
11. Монастир у Луцьку//Zakon szpitalny sw. Jana Bozego. Bonifratrzy. Prowincja Polska. p.w. Zwastovannia Najswietszej Marii Panny [Електронний ресурс]//URL: <http://surl.li/prwns>
12. Довбищенко М. Ченці-боніфратрії та поширення гуманістичних ідей на українських землях в першій половині XVII ст. (на матеріалах Волинського воєводства). Українознавчий альманах. Випуск 5. Київський національний університет імені Тараса Шевченка.

ПСИХОЛОГІЧНА І ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Сітовський А., Андрійчук О,

Якобсон О., Ульяницька Н.,

Усова О., Савчук І.

Волинський національний університет
імені Лесі Українки

СТАН ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ДОВГОТРИВАЛОМУ ПЕРІОДІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Постановка наукової проблеми. Вторинна профілактика ішемічної хвороби серця – це виклик для охорони здоров'я та економіки усього світу. Встановлено, що пацієнти з гострим інфарктом міокарда та прихильні до модифікації факторів ризику шляхом зміни способу життя (припинення куріння, контроль чи зниження ваги, підвищення фізичної активності) та медикаментозного лікування, що базується на доказах, мають більше шансів до виживання та запобігання рецидивам серцево-судинних захворювань. Прихильність до лікування є визначальним фактором якості й ефективності лікування. Прихильність до лікування та модифікація способу життя – дві найважливіші рекомендації щодо зниження ризику серед пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями й пов'язані з якістю життя. Наявність кількох захворювань погіршує якість життя, збільшує кількість необхідних медикаментів, що може негативно впливати на прихильність хворого до лікування та модифікацію факторів ризику. Встановлено, що у хворих з ожирінням прихильність до медикаментозного лікування є вищою, ніж у хворих із нормальною вагою. Неприхильність до медикаментозного лікування асоціювалася з невиконанням немедикаментозних заходів вторинної профілактики після ІМ – небажанням зменшити вагу при ожирінні та покинути курити [1-3].

За останнє десятиліття практичні рекомендації та показники ефективності вторинної профілактики ішемічної хвороби серця все більше базуються на доказах втручання у спосіб життя, включаючи раціональне харчування, регулярні фізичні вправи, відмову від куріння, контроль ваги, скринінг депресії та участь у кардіологічній реабілітації [4, 5].

Мета дослідження. Вивчити взаємозв'язок обізнаності й прихильності до модифікації факторів ризику повторного інфаркту міокарда в довготривалому періоді захворювання.

Методи дослідження. Для вивчення обізнаності щодо факторів ризику та

прихильності до вторинної профілактики інфаркту міокарда (ІМ) була створена репрезентативна вибірка. З 912 пацієнтів, які лікувалися з приводу ІМ, було рандомізовано 333 пацієнти з урахуванням пропорційного розподілу у популяції за віком (до 65 та старші 65 років) та статтю. Середній вік пацієнтів – $62,5 \pm 9,8$ років: 70,27 % чоловіків й 29,73 %.

Обізнаність пацієнтів щодо факторів ризику, застосування профілактичних заходів та прихильність до лікування оцінювались на підставі анкетування.

Статистична обробка отриманого матеріалу проводилася з використанням статистичної програми STATISTICA 12.5 (StatSoft.Inc). Результати подано як середнє значення та стандартне відхилення ($M \pm \sigma$), число варіантів (n). Для порівняння якісних характеристик (таблиці частот) застосовували критерій χ^2 і точний критерій Фішера.

Усі учасники були поінформовані про мету дослідження та дали письмову згоду на участь у дослідженні.

Результати дослідження. Аналізуючи відповіді на питання: «Чи застосовуєте Ви які-небудь методи профілактики серцево-судинних хвороб, тобто, чи робите Ви щось для зменшення ризику виникнення чи погіршення цих хвороб?» ми встановили, що 303 пацієнти з 333 (90,99 %) відповіли «Так» на це запитання (90,6 % – серед чоловіків та 91,92 % – серед жінок).

Аналізуючи інформацію щодо того, чи рекомендував лікар застосовувати окремі заходи вторинної профілактики, встановлено, що 85,95 % пацієнтів отримували рекомендації притримуватись дієти (вживати менше солодкої, жирної їжі); 82,61 % пацієнтів отримували від лікаря рекомендації вживати менше солоної їжі; 73,24 % отримували від лікаря рекомендації вживати менше алкоголю; 69,23 % отримували від лікаря рекомендації менше курити чи покинути курити; 65,88 % отримували від лікаря рекомендації займатись фізичними вправами; 93,65 % отримували від лікаря рекомендації уникати стресу.

З метою з'ясування обізнаності пацієнтів щодо можливості модифікації факторів ризику серцевих захворювань, було проаналізовано наступні варіанти відповідей на питання «Як можна знизити ризик повторного інфаркту чи інсульту?»: регулярним прийомом ліків; зниженням АТ при гіпертензії; зменшенням вживання жирів; регулярним вживанням овочів та фруктів; відмовою від куріння; зменшенням вживання алкоголю; підвищенням фізичної активності; зменшенням ваги при її надлишку; уникненням стресів. А з метою з'ясування прихильності щодо модифікації факторів ризику повторного інфаркту, ми проаналізували відповіді пацієнтів відносно того, які саме із перерахованих методів вторинної профілактики серцевих захворювань вони застосовують.

Виявлено низьку обізнаність та прихильність до модифікації таких факторів ризику повторного інфаркту **в довготривалому періоді захворювання** як: обізнаність щодо

зменшення вживання жирів – 16,52 %, прихильність – 19,4 %; обізнаність щодо регулярного вживання овочів і фруктів – 11,41 %, прихильність – 9,7 %; обізнаність щодо відмови від куріння – 15,92 %, прихильність – 11,04 %; обізнаність щодо зменшення вживання алкоголю – 16,52 %, прихильність – 10,70 %; обізнаність щодо підвищення фізичної активності – 14,41 %, прихильність – 12,37 %; обізнаність щодо зменшення ваги при її надлишку – 3,0 %, прихильність – 2,34 %; обізнаність щодо уникнення стресів – 28,53 %, прихильність – 18,06 %. **Хоча більшість пацієнтів отримували відповідні рекомендації від лікаря.**

Вивчаючи асоціацію обізнаності й прихильності до модифікації факторів ризику повторного інфаркту, ми встановили, що низький рівень обізнаності щодо можливості модифікації факторів ризику серцевих захворювань асоціюється з невиконанням таких немедикаментозних заходів у вторинній профілактиці після ІМ: зменшення вживання жирів ($\chi^2 = 65,12$; $p = 0,000$) й регулярним вживанням овочів та фруктів ($F p = 0,000$), **небажанням** відмови від куріння ($F p = 0,000$) й зменшенням вживання алкоголю ($F p = 0,000$), **небажанням** підвищувати фізичну активність ($\chi^2 = 17,61$; $p = 0,000$) й зменшити вагу при її надлишку ($F p = 0,015$), уникненням стресів ($\chi^2 = 27,42$; $p = 0,000$).

Таким чином, потребує подальшого дослідження питання підвищення обізнаності й прихильності до модифікації факторів ризику, пов'язаних зі способом життя, відповідно до можливостей і потреб вітчизняної системи охорони здоров'я. Перспективи подальших досліджень полягають у необхідності розробки інформаційного контенту – як системи формування знань щодо можливості модифікації факторів ризику з метою вторинної профілактики інфаркту міокарда, а також системи взаємодії й моніторингу виконання пацієнтом терапевтичного плану відносно модифікації досліджуваних нами факторів ризику повторного інфаркту міокарда. Очевидно, що розробка стратегій формування комплаєнсу до модифікації факторів ризику, пов'язаних зі способом життя, у довготривалому періоді після інфаркту міокарда повинна розроблятися із залученням професіоналів у сфері охорони здоров'я з вищою немедичною освітою.

Висновки. Низький рівень обізнаності щодо можливості модифікації факторів ризику серцевих захворювань асоціюється з невиконанням таких немедикаментозних заходів у вторинній профілактиці після ІМ: зменшення вживання жирів ($\chi^2 = 65,12$; $p = 0,000$) й регулярним вживанням овочів та фруктів ($F p = 0,000$), **небажанням** відмови від куріння ($F p = 0,000$) й зменшенням вживання алкоголю ($F p = 0,000$), **небажанням** підвищувати фізичну активність ($\chi^2 = 17,61$; $p = 0,000$) й зменшити вагу при її надлишку ($F p = 0,015$), уникненням стресів ($\chi^2 = 27,42$; $p = 0,000$).

Список використаних джерел:

1. Ягенський А. В., Січкарук І. М. Прихильність до лікування пацієнтів у віддалений період після інфаркту міокарда. *Раціональна фармакотерапія*. 1–2 (50-51). 2019. С. 24 – 27.
2. Sichkaruk, I., Yagensky, A., Belikova, N., Dukhnevych, L., Indyka, S., Sitovskyi, A., Sydor, N. Self-reported adherence to treatment and arterial hypertension control in patients after ischemic stroke and myocardial infarction. *In Journal Of Hypertension*. 26. 2008. P. 398.
3. Sichkaruk I., Yagensky A., Dukhnevych L., Sitovskyi A., Indyka S., Savchuk I. Abdominal obesity in patients after myocardial infarction: association with social, demographic and medical factors. *European Journal of Preventive Cardiology*. 20. 2013. S .118.
4. Индика С. Я., Сітовський А. М., Новак С. Б., Ходінов В. М. Фізична реабілітація після інфаркту міокарда в домашніх умовах : навч. посіб. Луцьк : АРТіП, 2014. 150 с.
5. Aggarwal, M., Ornish, D., Josephson, R., Brown, T.M., Ostfeld, R.J., Gordon, N., Madan S., Allen K., Khetan A., Mahmoud A., Freeman A.M., & Aspry K. Closing Gaps in Lifestyle Adherence for Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *The American Journal of Cardiology*, 145. 2021. P. 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2021.01.005>.

Магдисюк Л.

Волинський національний університет
імені Лесі Українки

ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА У МОЛОДІ

Постановка наукової проблеми. Наявні в науковій літературі факти показують, що сучасна молодь вкрай мало орієнтована на виконання материнських і батьківських ролей. Функції матері не займають центрального місця в самооцінці сучасної жінки – цей тривожний факт відзначають чимало вітчизняних і зарубіжних вчених. На нашу думку, це спричинено відсутністю підготовки у сфері материнства та психологічного тренінгу підлітків ще у школах.

Метою теоретичного аналізу є вивчення феномену материнства, виявлення готовності до нього у молоді.

Результати. Дослідження готовності до материнства в останні роки проводилося з різних кутів зору: з підходу соціологічних досліджень пізнього материнства і малолітнього материнства; з точки зору вивчення факторів ризику психічної патології дитини в зв'язку з соціальними та психологічними аномаліями матерів; з точки зору філогенетичного аспекту (Г. Філіппова). Вивчаються значущі особистісні характеристики майбутньої матері, фактори, що впливають на її поведінку (С. Макферсон, П. Слейд). При цьому зміст, структура і специфіка проявів феномена готовності до материнства інтерпретуються неоднозначно [3].

Але на тлі кризи сучасної сім'ї формування жінки як матері досить ускладнене [1]. Подібна ситуація характеризується дослідниками як «втрата шляху до моделі материнства» (Д. Віннікотт, Е. Еріксон, Р. Зідер, М. Мід). Г. Філіппова, авторка книги «Психологія материнства», зазначає: «Проблема готовності жінок до материнства залишається досить проблематичною». Через масову неготовність жінок до материнства психологам-консультантам часто доводиться стикатися з порушеннями в сфері дитячо-батьківської, як мінімум, емоційної взаємодії, що не може не позначатися на дитині. Позитивне ставлення матері є найважливішою умовою гармонійного розвитку дитини (А. Варга, Е. Ейдемільер). Сприятливим для її розвитку є ставлення безумовного прийняття. При висвітленні умов становлення материнського відношення і чинників емоційного стану жінки під час вагітності ми спиралися на дослідження таких авторів як Г. Філіппова.

Психологічна готовність – це комплексна психічна і фізична підготовленість людини до виконання певної діяльності, яка вимагає концентрації уваги, зосередженості, стійкості до

стресу, прийняття рішень, вміння діяти в умовах несприятливого середовища та у складних обставинах [1].

У юнацькому віці відбувається усвідомлення накопиченого досвіду взаємодії з власною матір'ю, формування образу своєї моделі материнства, з'являється бажання мати сім'ю, дітей, що є показником гармонійного формування материнської сфери жінки. Онтогенез розвитку материнської сфери в юнацькому віці вступає в один зі своїх основних етапів, коли психологічна готовність до материнства, наповнена певним досвідом, як особистісне новоутворення починає оформлятися в усвідомлені уявлення, образу свого майбутнього материнства. У зв'язку з цим дуже важливо, щоб ці уявлення про материнство не приймали деформований характер [2].

Сучасні дівчата не готові брати на себе відповідальність це нове життя, оскільки мотиваційна сфера не дозволяє перенести фокус на виконання нової ролі через те, що умови сьогодення змушують акцентувати увагу на власних проблемах реалізації у ході швидкого темпу розвитку, який і зможе доповнити сучасний гештальт «повноцінного життя». Сьогодні молоддю реалізується роль матері (без потрібного рівня психологічної готовності) здебільшого через мотив потреби довести стереотипному суспільству, що вже у 20 дівчина може дозволити собі народити та виховувати дитину. Зазвичай цей мотив посилюється у порівнянні дівчат із колишніми однокласницями, теперішніми знайомими, одногрупницями, тощо [2].

Висновки. Отже, психологічна готовність до материнства передбачає не лише можливість матеріального забезпечення дитини, а й наявність відчуття відповідальності та обов'язку за фізичне, ментальне та матеріальне благополуччя дитини; наявність впевненості у власній підготовленості, емоційного прийняття ситуації материнства, компетентність у реалізації даної ролі (оперування усіма потрібними навичками, вміннями, що стосуються догляду за дитиною).

Список використаних джерел:

1. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Психологія життєвих криз: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2023. 292 с.
2. Федоренко Р. П., Мушкевич М. І., Магдисюк Л. І., Дучимінська Т. І. Психологія молодії сім'ї: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 392 с.
3. Slade, P., S. MacPherson, et al. (1993). «Expectations, experiences and satisfaction with labour». *British Journal of Clinical Psychology*. 32: 469-483.

Черенков А.

КП «Волинська обласна клінічна
лікарня»

АНАЛІЗ СИСТЕМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

*«Немає ніяких лише психічних і лише соматичних
захворювань, а наявний лише живий процес в живому організмі;
життєздатність його і складається з того,
що він об'єднує в собі і психічну, і соматичну сторону хвороби».*

Р. А. Лурія

Актуальність теми. Міністр охорони здоров'я України в червні 2022 року в своїй доповіді щодо питань охорони психічного здоров'я та створення відповідної Національної програми зазначив, що кількість людей, які будуть відчувати наслідки для свого психічного здоров'я невпинно зростає. На наших громадян, які змігли стійко перенести перші місяці війни, чекає ментальне виснаження. Досвід військових конфліктів показує, що постійне перебування в умовах війни громадян негативно впливає на психічне здоров'я. За попередніми прогнозами, психологічної підтримки буде потребувати близько 15 млн. наших громадян, з них орієнтовно 3 – 4 млн. буде потребувати призначення медикаментозного лікування [1].

Влітку 2022 року БФ «Майнді» та компанією Kantar Україна спільно з Інститутом соціальної та політичної психології НАПН України було проведено дослідження оцінки психологічного стану населення. Відповідні результати якого були представлені у вересні 2022 року. Воно охопило осіб віком 18 – 55 років у містах України з населенням понад 50 тис. осіб. Участь в опитуванні була добровільною та анонімною. Ключові висновки та результати дослідження перекликаються з доповіддю міністра охорони здоров'я [2].

Проаналізуємо основні демографічні показники України за останні 10 років та основні причини смертності. Аналіз показує, що більше 90% смертей в Україні спричинені неінфекційними захворюваннями. Серед причин смертності українців на першому місці серцево-судинні захворювання, які займають більше 60% від всіх причин. У 2021 році зафіксовано найнижчу народжуваність за останні 10 років: вона склала 271 984 особи, в той час коли смертність сягнула 714 263 особи. Виходячи з даних народжуваності і смертності від Держстату, спостерігається депопуляція населення України. За останні 10 років наше населення скоротилося на 2 337 049 осіб [3].

Проаналізуємо такий показник як індекс щастя. З матеріалів каналу CNN наша країна в 2023 році посіла 92 місце у рейтингу найщасливіших країн World Happiness Report. Відповідно у 2021 році Україна була на 110 місці, а у 2022 році – на 98-му. Таку зміну місця в рейтингу на 6 позицій в порівнянні з 2022 роком, автори вказують, що в Україні відбулося «зростання стійкості» протягом 2022 року. «Незважаючи на масштаби страждань і збитків в Україні, оцінки життя у вересні 2022 року залишалися вищими, ніж після російської анексії 2014 року», – йдеться у звіті. Дослідники також вказують, що оцінки якості життя підкріплюються більш сильним відчуттям спільної мети, загальної суспільної стійкості та довіри до керівництва держави [4].

Чому нами було взято саме ці три об'ємні блоки статистичних даних для окреслення актуальності вибраної тематики? Перш за все для наочності та можливості перейти від суспільних тенденцій до конкретної людини, яку ми розглянемо на «умовних» трьох рівнях: біологічний рівень (серцево-судинна система та інші), психічний рівень (процеси, стани, властивості), морально-духовний рівень (знання, цінності, норма та інше). Тобто, маючи загальні заміри стану суспільства та відповідну динаміку ми можемо прогнозувати розвиток тих чи інших факторів та краще зрозуміти особливості впровадження практичних методів системи психологічного здоров'я, їх ефективність та доцільності на різних рівнях.

Розглянемо два практичні випадки через призму вказаних нами трьох рівнів. Перший випадок: військовослужбовець, який виконував обов'язки в зоні бойових дій отримав осколкову політравму, ускладнену баротравмою. Розберемо симптоматику даної політравми на трьох рівнях. Біологічному: пробито осколком кість потиличної частини голови без органічного пошкодження головного мозку, чисельні осколки в зоні хребта без явних пошкоджень спинного мозку. Повна втрата рухових можливостей нижніх кінцівок від поясного рівня та часткова втрата рухових можливостей лівої руки. Психічний рівень: порушення психічних процесів у вигляді флешбеків, загальмованістю мислення, вибірковістю спогадів, зниженням уваги, фіксацією на негативних складових психічних станів. Морально-духовний рівень: зміна ціннісних орієнтацій, нормативність поведінкових суджень, рушіння планово-мотиваційних складових та інше. Тобто, на цьому прикладі ми можемо прослідкувати, як втрата здоров'я внаслідок поранення «прямо» вплинула на деструктивні зміни на психічному та духовно-моральному рівні пацієнта. Відповідно, робота з такою категорією пацієнтів повинна організовуватися від вищого до простішого рівня, а методи навпаки – від маніпулятивно-неусвідомлених практик до усвідомлених пацієнтом.

Другий випадок: два військовослужбовці, двоюрідні брати, які виконували завдання в зоні бойових дій. Один з них під час виконання обов'язків загинув. Відповідно, керівництвом підрозділу було надано відпустку терміном на 7 діб для іншого брата для прийняття участі в

похоронах (Горохівський район Волинської області). Після прибуття військовослужбовця, назвемо його Юрій, з похоронів брата, в нього виникла замкненість, небажання спілкуватися з товаришами, втрата інтересу навіть до себе, безсоння. На той момент Юрій активної участі в прямих бойових діях не брав. Тобто, коли брат загинув, у Юрія змінилися спочатку показники на духовно-моральному рівні, а через тиждень, коли він прибув, дані зміни вже трансформувалися на психічний рівень та почали змінювати психічні стани та переходити відповідно на зміну протікання психічних процесів. Відповідно виникає риторичне питання: «Скільки необхідно часу, щоб негативні зміни на психічному рівні почали впливати на біологічні зміни в організмі або поведінкові реакції, наслідками яких може бути травма або летальний наслідок?»

Зараз в Україні триває проєкт «Психічне здоров'я для України» / MentalHealthforUkraine (МН4U) – це чотирьохрічний проєкт (з 2019 по 2023 рік), метою якого є покращення якості та доступності допомоги та психосоціальної підтримки для людей із психічними розладами в Україні. Також впроваджується концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, що передбачає створення цілісної, ефективної системи охорони психічного здоров'я, яка функціонує в єдиному міжвідомчому просторі, забезпечує покращення якості життя та дотримання прав і свобод людини.

В цьому році розпочалася всеукраїнська програма ментального здоров'я «ТИ ЯК?», створена за ініціативою першої леді Олени Зеленської, яка має на меті допомогти українцям подолати надзвичайний стрес та наслідки пережитих травматичних подій, попередити розвиток психічних розладів.

Висновки. Отже, впровадження концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні, запуск всеукраїнської програми ментального здоров'я «ТИ ЯК?» покликано не лише зменшити кількість психічних захворювань, підвищення індексу щастя українців але й, можливо, зберегти нас як націю.

Список використаних джерел:

1. Ляшко В. Вплив війни на психічне здоров'я – колосальний. *Єдиний веб-портал органів виконавчої влади, Міністерство охорони здоров'я України*, опубліковано 07 червня 2022 року.
2. Машкевич О. В Україні презентували результати першого з початку повномасштабної війни дослідження психологічного стану населення. *Веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України*, опубліковано 14 вересня 2022 року.

3. Держстат України. Смертність в Україні. *Веб-сайт Опендатабот*, опубліковано в лютому 2023 року.
4. Бурсукова О. Україна посіла 92 місце за індексом щастя. *Веб-сайт Українська правда*, опубліковано 20 березня 2023 року.

Мартинюк А.

Рівненська Духовна Семінарія

ДУШПАСТИРСЬКА ДОПОМОГА ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі з ВІЛ-інфекцією живе близько 37 мільйонів людей, серед яких 23,3 мільйона отримують антиретровірусне лікування. Відповідно до даних ООН, кількість випадків СНІДу за останні роки скоротилась на 20%. Водночас в Україні показник захворюваності серед дорослого населення складає 1,1% – щодня реєструється 48,5 випадків захворювання на ВІЛ [5].

Відповідно до даних Центру громадського здоров'я МОЗ, в Україні в період із січня по жовтень 2021 року було зафіксовано 12626 випадків ВІЛ-інфекції, а також 3496 випадків СНІДу та 1584 смерті, обумовлених захворюванням. Ще 28 випадків ВІЛ-інфекції було виявлено серед іноземців, які проживають в Україні [5].

Коли діагноз ВІЛ-інфекції ставиться і доводиться до відома хворої людини, це неминуче впливає на психологічний стан. Пацієнти часто відчують напади паніки, гніву, почуття незадоволеності життям та різкого падіння самооцінки. У ряді випадків розвиваються апатія, депресія, виникають суїцидальні думки. Тривожність, депресія та інші психологічні ефекти ВІЛ-інфікування знижують налаштованість хворих на лікування, що додатково погіршує перебіг захворювання [1]. У світлі цього актуальним є застосування психологічної підтримки цих хворих, надання їм психологічної допомоги.

Зараз в Україні існує кілька церковних, громадських і державних організацій з реабілітації ВІЛ-інфікованих людей. Сумська єпархія Православної Церкви України в особі ієрея Тараса Злиденного, директора «Обласного клінічного медичного центру соціально-небезпечних захворювань» [3] та мирян бере участь у боротьбі з епідемією вірусу імунодефіциту людини/синдрому набутого імунодефіциту (СНІД) та у подоланні його наслідків.

Завданням Православної Церкви та релігії у сфері надання психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим є психологічна підтримка хворих ВІЛ-інфекцією, їхніх родичів, а також зусилля у сфері прийняття хворих здоровими членами суспільства, розвиток у суспільстві толерантності та співчуття по відношенню до хворих. Участь і любов до страждаючих, зневірених, які втратили віру і надію, а також по відношенню до людей, які виявилися ізгоями, які відкидаються і зневажаються суспільством внаслідок соціально неблагополучного захворювання, є споконвічно християнською, євангельською чеснотою. У

суспільстві, де жорстокість і ненависть щодо інших – звичайне явище, Православна Церква має на практиці продемонструвати свою переконаність у тому, що співчуття, милосердя і допомога іншим є абсолютною етичною цінністю.

Психологічна допомога ВІЛ-інфікованим людям починається з включення цієї категорії пацієнтів у життя суспільства. За умови відсутності відкритих ран, що кровоточать, у ВІЛ-позитивних пацієнтів, Таїнства Миропомазання та Єлеосвячення не заборонені. Однією з форм духовної допомоги на даному рівні є молебні за здоров'я людей, які страждають на ВІЛ-захворювання.

Піклування про здоров'я людини, як душевне, так і тілесне, є початковою турботою Церкви. Люди, які страждають на різні захворювання, зокрема важкі та невиліковні, є особливою турботою Церкви. Незважаючи на те, що дії Церкви щодо тих, хто страждає від ВІЛ-інфекції, відповідають історичному розумінню її діяльності щодо тих, хто страждає від хвороб, нинішня ситуація з епідемією ВІЛ/СНІДу багато у чому є новою для Церкви і має характеристики, пов'язані з характером хвороби, її моральним корінням і соціальними наслідками, а також масштабами епідемії.

Пастирська турбота про людей з ВІЛ/СНІДом полягає у співчутливій та самовідданій любові священника до своїх парафіян. Допомога у «зціленні» страждань душі ефективна лише у тому випадку, якщо вона надається відповідно з індивідуальними особливостями людини, що страждає, її думками, діями, намірами, її соціальним становищем і оточенням. Оскільки існує безліч способів зараження людини цим видом інфекції, священник повинен ставитися до ВІЛ-позитивної людини так само, як і до будь якої іншої людини, яка страждає від тяжкої хвороби.

Психологічне напруження, яке людина відчуває, особливо у перші дні після отримання невтішного діагнозу, посилюється рядом обставин, таких як соціальне відторгнення, постійний страх, втрата сенсу життя. Священник повинен допомогти страждаючій людині подолати відчай, знайти надію на зцілення і спокутування гріхів. Потрібно приділити ВІЛ-позитивній людині якнайбільше уваги, допомогти їй подолати почуття страху і відчаю, дати можливість знайти справжній сенс життя, познайомити із Христом.

Роль священника у спілкуванні з ВІЛ-позитивною людиною полягає не лише у втішанні. На священника також покладено завдання спонукати хвору людину взяти на себе відповідальність за себе та своїх близьких, виконувати рекомендації лікаря і не відмовлятися від лікування, вести здоровий спосіб життя, відмовитися від шкідливих звичок. ВІЛ-позитивна людина має зробити все можливе, щоб запобігти інфікуванню родичів. Людина, що живе з ВІЛ-інфекцією, може не лише набути душевного спокою, а й принести користь суспільству, допомагаючи іншим та суспільству, подавати приклад, як справлятися з

психологічним стресом і відчаєм, організовувати нормальне існування у нових життєвих умовах.

Пастирське піклування про людей, які живуть із ВІЛ, здійснюється як усередині Церкви, так і поза її межами. Священник повинен дбати про хворих, відвідувати їх вдома, спілкуватися з хворим та його сім'єю, надавати психологічну підтримку не лише ВІЛ-позитивним людям, а й усій сім'ї.

У випадку, якщо хворі перебувають у лікарнях чи хоспісах, пастирська опіка передбачає їх відвідування. Крім того, душпастирство щодо ВІЛ-інфікованих передбачає відвідування тюрем; у даному випадку актуальною є необхідність підготовки священника спілкування з такою категорією осіб, як ув'язнені.

Для того, щоб священник міг ефективно взаємодіяти з ВІЛ-інфікованими, необхідно, щоб він мав основні знання щодо даного захворювання, джерел та можливостей зараження ним, характером перебігу хвороби, а також психологічних особливостей осіб, які страждають на ВІЛ-інфекцію. Необхідні також знання у галузі взаємодії з конкретними категоріями людей, які страждають на ВІЛ-інфекцію. Крім того, необхідно враховувати, що здебільшого хворі на ВІЛ-інфекцію не є воцерковленими людьми, багато з них ведуть аморальний спосіб життя, що накладає свої труднощі на спілкування священнослужителя і хворого, який страждає цим захворюванням.

Застосування психології у душпастирській допомозі ВІЛ-інфікованим є на сьогоднішній день основною із обговорюваних тем щодо допустимості чи недопустимості використання психологічних прийомів у практиці пастирського служіння. Існує кілька думок з цього питання, діаметрально протилежних одна одній. З одного боку, є думка про недопустимість застосування психології у пастирському служінні, з іншого боку – думка про бажаність використання позитивного досвіду та знань, накопичених у психологічній практиці, як допоміжний засіб при душпастирській опіці. У будь-якому випадку, до можливості застосування методів психології у практиці душпастирства варто підходити з обережністю, оскільки не всі методи та засоби, що використовуються у психології, прийнятні з погляду християнського світогляду. У той же час, відкидання повністю психології як допоміжного засобу при пастирському служінні видається нерозумним, оскільки ряд досягнень у психологічній науці, що не суперечать християнським принципам, може виявитися корисним з погляду практичного використання у взаємодії священника з парафіянами.

Священнослужитель, несучи своє пастирське служіння з різними категоріями осіб, які мають життєвий досвід, стратегії поведінки, задіяні у різних сферах діяльності, безсумнівно, потребує знання та досвіду психологічної науки. Людина у процесі своєї життєдіяльності

постійно стикається з матеріальними, духовними, соціальними, культурними труднощами і вже з цими проблемами звертається до священнослужителя, завдання якого полягає у наданні допомоги людині у здобутті душевного спокою. Оскільки людина є єдиним цілим душі і тіла, неможливо при наданні духовної допомоги відокремити душу від тіла, духовне від душевного, від нагальних проблем, що хвилюють людину. Священнику доводиться мати справу з повсякденними та міжособистісними ситуаціями і, отже, мати справу як із духовними, так і з емоційними питаннями. Тому, щоб допомогти своїм парафіянам, священник повинен уміти зрозуміти ситуацію та допомогти людині вирішити ситуацію та знайти спокій. У цьому полягає завдання застосування психології у пастирському служінні.

Щодо питань застосування психології у сфері надання допомоги ВІЛ-інфікованим актуальним є вирішення таких психологічних проблем, як уникнення депресії, тривоги, налагодження міжкомунікаційних зв'язків ВІЛ-інфікованого з його сім'єю та близьким оточенням, можливості підтримки нормального функціонування у суспільстві.

Україна потребує законодавчого запровадження медичного капеланства. Медичний капелан мав би стати штатною одиницею лікарні, й основним його завданням має бути духовна опіка хворим, присутність біля якого є відмінною від присутності лікаря. Другою функцією капелана є духовна опіка родичів хворого, якщо ми говоримо про паліативну медицину. І третя функція капелана – це праця для медичних працівників, які опікуються пацієнтом, тому що медики так само потребують духовного погляду на хворобу й страждання пацієнтів. І ще одна функція капелана – це співпраця у біоетичних комісіях, бо кожна медична проблема й та, яка стосується етики, мусить розглядатися з боку гіпократівської етики й християнської моралі.

Список використаних джерел:

1. Гусова А. Д., Цаликова А. А. Психологическое состояние и приверженность к лечению у больных ВИЧ-инфекцией. Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2016. Т. 5. № 3 (16). С. 249-251.
2. Медичне капеланство в Україні: розвиток і перспективи. [Електронний ресурс]. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-presshall/3112099-medicne-kapelanstvo-v-ukraini-rozvitok-i-perspektivi.html>
3. Павло Федосов: «Проблемою є те, що досі законодавчо не врегульовано діяльність капеланів у медичній сфері». [Електронний ресурс]. URL: <https://umma.in.ua/ua/node/3122>
4. Пастырская и сестринская помощь ВИЧ-инфицированным людям / Пособие для священников, сестер милосердия и добровольцев. М.: Лепта Книга, 2011. 240 с.

5. Ярослав Прищеп. День боротьби зі СНІДом: що треба знати та де перевіритись. [Електронний ресурс]. URL: <https://suspihne.media/185532-den-borotbi-zi-snidom-so-treba-znati-ta-de-pereviritis/>

Федулова О.

КЗ «Нікопольський фаховий медичний
коледж» ДОР»

АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ

Актуальність. Застосування арт-терапії засноване не на навчанні одному із видів мистецтва (малювання, танців, акторської майстерності), а на тому, що особистість за допомогою спеціально та індивідуально підібраних технік та методів арт-терапії отримує можливість виплеснути негативні емоції, поділитися переживаннями, зрозуміти свої бажання і, таким чином, покращити свій психоемоційний стан. Застосування арт-терапії дає можливість проявити внутрішні емоції, стан людини – перенести на папір чи інший матеріал, з яким працюємо, в матеріальну реальність. В результаті маємо змогу отримати певне об'єктивне відображення у формі малюнка, колажу, скульптури, тощо. І це вже матеріальний об'єкт, з яким можна працювати в реальності.

Найбільшою проблемою дітей та їх родин є пережитий ними страх, наслідком якого є стрес. Велике емоційне перенапруження, викликане пережитими переселенцями проблемами та горем, яке спіткало їх, може призвести до виникнення різноманітних психологічних розладів як у дітей, так і у дорослих.

Мета дослідження: дослідити ефективність використання засобів арт-терапії у наданні психологічної допомоги дітям, які постраждали внаслідок війни.

Гіпотеза дослідження: використання засобів арт-терапії, як методу надання психологічної допомоги дітям, сприяє нормалізації їх психоемоційного стану.

В дослідженні було проаналізовано теоретичну базу з проблем використання арт-терапії в роботі діагностики емоцій дітей, які постраждали внаслідок війни, а також визначено та обґрунтовано ефективні методики арт-терапії.

Практичне значення полягає в можливості застосування результатів дослідження психологами навчальних закладів: модифікований варіант методик, що можуть використовуватись для дослідження емоційного стану дітей; розроблена програма для діагностики емоційного стану дітей в кризових ситуаціях.

Важливим поняттям арт-терапії є сублімація – вираз несвідомих інстинктів і потягів (часом деструктивних) за допомогою трансформації їх в творіння мистецтва; мистецтво може одночасно «направити в інше русло» і висловити також відчуття злості, болю, тривоги, страху.

Фахівці когнітивно-поведінкового підходу в психотерапії, клієнт-центрованої терапії використовують методи арт-терапії – малюють, ліплять з пластиліну чи глини, але не називають це арт-терапією та не використовують весь потенціал застосування творчості в реабілітаційному процесі та в наданні психологічної допомоги.

Психічне травмування у дітей, що пережили надзвичайні події, має різну глибину і складність. Це залежить від багатьох факторів таких як: вік постраждалого, ступінь причетності до надзвичайної події (свідок, учасник, постраждалий та інше), життєвий і професійний досвід, психоемоційний статус та вміння володіти своїми емоційними станами, наявність або відсутність підтримки з боку найближчого соціального оточення.

Проблема надання соціально-психологічної допомоги дітям війни та біженцям не нова для світу, проте є зовсім новою для вітчизняних фахівців. Зазначимо, що наразі в Україні немає навіть усталеного терміну, який використовується щодо громадян України, які були вимушені тимчасово виїхати із своїх домівок у інші області країни. Правозахисники наголошують на тому, що саме терміни «внутрішньо переміщені особи» та «вимушені переселенці» максимально відповідають міжнародній правовій практиці і мають бути поширені в Україні [5].

Варто зазначити, що діти специфічно переживають травматичну ситуацію. Нерідко через відсутність навичок обговорення своїх переживань, вікові особливості, сильне емоційне потрясіння діти не висловлюються відкрито про свої неприємні стани. Водночас, спостерігаючи за дітьми, було виявлено, що часто вони переживають сильні стресові ситуації. Наслідки стресу проявляються у емоційних, поведінкових проявах дітей чи представлені на тілесному рівні.

Найважливішою проблемою дітей є труднощі адаптації до нового середовища спілкування (стан відчуженості і знедоленості, тривожності та психічної напруги, агресивності й підвищеної конфліктності тощо) [11].

В психологічній практиці арт-терапія використовується при вирішенні діагностичних, корекційних, психопрофілактичних завдань. Використання цього методу із дітьми, сім'ї яких стали вимушеними переселенцями, може сприяти покращенню психічного здоров'я та задоволенню таких потреб як спілкування, прийняття, розуміння, емоційна підтримка, самовдосконалення, саморозуміння, вираження неприйнятих відчуттів, співвідношення цих відчуттів та думок з реальністю, позитивному сприйнятті навколишньої дійсності, подоланні відчуття самотності тощо [4].

Надзвичайно корисною у реабілітації дітей, постраждалих від воєнних подій, є техніка конструювання, що за своїм змістом дуже близька до образотворчої діяльності (також відображається навколишня дійсність, робляться ескізи); застосовуються прикраси, як у

декоративному мистецтві. З особливим інтересом діти виготовляють ляльок для напальчикового театру – із паперу, картону, цупкої тканини. До того ж розігрування вистав такого театру розвиватиме м'язи рук дитини, координацію її рухів.

Закордонні дослідники [8,9] виокремлюють кілька потужних механізмів лікувальної дії музики: катарсис, регулювання емоційного стану і увиразнення свідомого переживання психо- і соціально-динамічних процесів. Призначення музикотерапії – проникнення у глибинні сфери особистості, що не завжди вдається за допомогою слова.

Треба зауважити, що після проведення занять з арт-терапії у дітей знижується тривожність, стабілізується емоційний та психологічний стан, зростає працездатність, поліпшується увага, пам'ять, мовлення; підвищуються самооцінка, віра в себе та свої сили. Творчий характер занять дає дитині змогу відкривати в собі щось нове, краще розуміти себе, розвивати свої відносини з людьми та світом.

Отже, соціально-педагогічну реабілітацію дітей, постраждалих внаслідок вимушеної міграції, потрібно розглядати як цілісний безперервний процес розвитку особистості. Арт-терапія є досить перспективною в роботі з дітьми, які опинилися в кризовій ситуації. Саме тому логічно підкреслити той факт, що творчий та системний характер допомоги дітям, постраждалим від війни в Україні, дає можливість підвищити рівень та ефективність життя цієї категорії населення.

Перспективи подальших досліджень пов'язуємо з окресленням технології психолого-педагогічного супроводу соціалізації дітей, постраждалих від внутрішніх міграційних процесів у нових умовах життя.

Таким чином в нашій арт-терапевтичній роботі з дітьми, які постраждали внаслідок війни, досягаються такі задачі:

- вираження емоцій і почуттів, пов'язаних з переживаннями своїх проблем, самого себе;
- активний пошук нових форм взаємодії зі світом;
- підтвердження своєї індивідуальності, неповторності і значимості;
- і, як наслідок трьох попередніх, – підвищення адаптивності в постійно мінливому світі (гнучкості).

Перша психологічна допомога сприяє кращій адаптації дитини до нових умов проживання та навчання. Підтримка дитини з боку родини, учителів та інших осіб з найближчого середовища дитини є одним з найважливіших чинників, що сприяють нормальному подальшому розвитку та відновленню дитини після переживання травматичного досвіду.

Нами було розроблено програму арт-терапевтичної роботи з дітьми, які постраждали

внаслідок війни. Її суть полягає у використанні таких методів та форм роботи, як групова арт-терапія, ізотерапія, музикотерапія, танцювальна терапія, драмотерапія, казкотерапія, бібліотерапія, маскотерапія, етнотерапія, ігротерапія, кольоротерапія, фототерапія, лялькотерапія, орігамі тощо. Крім того, кожен із цих видів має безліч арт-терапевтичних технік, які застосовуються для вирішення внутрішніх і міжособистісних конфліктів, кризових ситуацій, вікових криз, травм, невротичних і психосоматичних розладів тощо.

Висновки. Техніки арт-терапії можуть бути використані під час роботи з дітьми, які перебували в зоні бойових дій, для корекції негативних емоційних проявів, навчання навичкам вираження емоцій та розуміння їх причин, через зняття емоційної напруги, вираження емоційних переживань, підвищення самооцінки, надання підтримки, пошук та актуалізацію внутрішніх ресурсів, корекцію способів реагування на зовнішні впливи та трансформацію негативних станів у позитивні.

Список використаних джерел:

1. Бойко А. Використання арт-педагогічних технологій як засобу творчого самовираження молодших школярів у позашкільних навчальних закладах. Наукові записки. Серія «Психолого-педагогічні науки». Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя / за заг. ред. проф. Є. І. Коваленко. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя. 2014. № 5.
2. Булах М. Образотерапія: зняття психологічного напруження та стресових станів у дітей. Психолог. 2012. № 13 (14). С. 68 – 72.
3. Власюк М. Арт-терапія: лікування мистецтвом. Відкритий урок: розробки, технології, досвід. 2008. № 7/8. С. 90.
4. Вознесеньська О. Арт-терапії сім'ї. Психолог. Шкільний світ. 2005. № 39. С. 9 – 14.
5. Вознесеньська О. Особливості арт-терапії як методу. Психолог. Шкільний світ. 2005. № 39. С. 5 – 8.
6. Вознесеньська О. Простір арт-терапії: можливості й перспективи: Друга міждисциплінарна науково-практична конференція. Психолог. Шкільний світ. 2005. № 39. С. 2 – 4.
7. Вознесеньська О. Арт-терапевтична майстерність: радість й розвиток для всієї сім'ї / О. Вознесеньська, М. Сидоркіна // Психолог. Шкільний світ. 2008. № 1. С. 24 – 26.
8. Галіцина Л. Корекція страхів: цикл занять методами арт-терапії. Психолог. 2015. № 17/18. С. 60 – 68.
9. Грищенко Н. Досвід використання арт-терапії у роботі з дітьми-жертвами домашнього насильства. Дитинство без насилля: суспільство, школа і сім'я на захисті прав дітей:

- збірник матеріалів Міжнар. наук-практ. конф., 29 – 30 квіт. 2014 р. / ТНПУ; за заг. ред. О. Кікінежді. Тернопіль: Стереарт, 2014. С. 528 – 531.
10. Деркач О. Арт-терапія на допомогу школі. Мистецтво та освіта. 2010. № 2. С. 25 – 28.
 11. Дмитрієва Л. Арт-терапія в роботі практичного психолога в дошкільному дитячому закладі. Психолог дошкілля. 2014. № 8. С. 31 – 41.
 12. Заболотна Н. Арт-терапія у психологічному супроводі дітей, що зазнали насильства. Дитинство без насилля: суспільство, школа і сім'я на захисті прав дітей: збірник матеріалів Міжнар. наук-практ. конф., 29 – 30 квіт. 2014 р. / ТНПУ; за заг. ред. О. Кікінежді. Тернопіль: Стереарт, 2014. С. 538 – 540.
 13. Якубовська Н. Корекція страхів: арт-терапевтичні методики для дітей 5 – 10 років. Психолог. Шкільний світ. 2010. № 43. С. 17 – 26.

Сахарук Л.

Волинський національний університет
імені Лесі Українки

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ

Вступ. У загальній медичній практиці частота депресій сягає 22 – 33 % і перевершує таке поширене захворювання як артеріальна гіпертензія. Депресивні розлади є причиною найбільшої кількості років непрацездатності (РН) (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2019). Від 45 до 60 % випадків самогубств відбуваються в депресивному стані. Масштабність та актуальність проблеми депресії в сучасному суспільстві визначається її негативним впливом на працездатність, тривалість і якість життя людини, зростаючим економічним тягарем і епідеміологічними тенденціями, що відображають неухильне зростання частоти депресивних розладів у всьому світі [1, 2]. В умовах сьогодення, в умовах війни, яка торкається кожного з нас, проблема рекурентного депресивного розладу набула особливої актуальності. Ми живемо в стані постійного стресу, емоційного напруження та переживання. Гостро піднімається проблема психоемоційного стану жінок, чії чоловіки, кохані, сини захищають нас від ворога. Це також стосується і чоловіків, які часто приховують свої переживання та почуття від оточуючих, при цьому страждаючи не менше.

Метою дослідження є вивчення проблеми підбору методів фізичної терапії з подальшим розробленням програми реабілітації, яку можна буде застосувати при комплексному лікуванні пацієнтів з рекурентним депресивним розладом.

Методи дослідження. В дослідженні взяли участь 80 пацієнтів з підтвердженим рекурентним депресивним розладом (F33.0-33.2), які перебували на стаціонарному лікуванні в КП «Волинська обласна психіатрична лікарня міста Луцька».

Використовувалися клініко-психопатологічні методи, що включають зібрання скарг та анамнезу, оцінку психічного стану хворого і психометричні методи, зокрема шкала Монтгомері-Асберга [3] для об'єктивної оцінки тяжкості депресії (MADRS), яка враховує основні симптоми депресії і дозволяє точніше оцінити динаміку стану, та опитувальник депресії Бека [3] для суб'єктивної оцінки тяжкості депресії. Статистична обробка отриманих результатів проведена методами варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента [1]. При обробці отриманих результатів використовувалася комп'ютерна технологія Microsoft Excel.

Результати дослідження. На підставі результатів об'єктивної оцінки тяжкості депресії (за шкалою MADRS) у хворих на рекурентний депресивний розлад виявлена помірна ступінь тяжкості стану, у середньому на рівні $25,0 \pm 1,7$ балу, що збігається з суб'єктивною оцінкою тяжкості депресії (за опитувальником Бека), яка також відповідає помірному рівню і становить в середньому $19,9 \pm 1,9$ балів. Така відповідність суб'єктивної та об'єктивної оцінок тяжкості депресії свідчить про помірний рівень вираженості депресії у хворих на рекурентний депресивний розлад. На основі отриманих результатів дослідження можемо припустити, що у переважаючій більшості пацієнтів на рекурентний депресивний розлад є помірна ступінь тяжкості рекурентно депресивного розладу. Отримані результати дозволяють підібрати відповідну комплексну програму реабілітації для покращення стану пацієнта та швидшому настанню ремісії.

Висновки. Отже, проведене дослідження дало змогу виділити основні клініко-психопатологічні особливості рекурентного депресивного розладу, які полягають у домінуванні тужливого (меланхолійного) і апатоадинамічного варіантів депресивного синдрому помірного ступеня тяжкості; переважання в структурі депресивного розладу рухової загальмованості, ідеаторних розладів (ідей малоцінності), когнітивних порушень (зниження пам'яті та уваги); наявності порушень комунікативних функцій, емоційних розладів (добові коливання настрою, відчай, туга, байдужість і смуток) та сомато-вегетативних проявів (закрепи, порушення апетиту, зниження маси тіла, порушення сну) ендогенного характеру. Знання характеристик кожного з пацієнтів є необхідним для складання індивідуальної програми для кожного з них. Після проведеного дослідження можемо констатувати, що ці пацієнти є особливою категорією, робота з якими має бути комплексною, у співпраці з психологами, психотерапевтами, психіатрами, фізичними терапевтами і медичними капеланами.

Список використаних джерел:

1. Марута Н. А. Актовегін і Геримакс в лікуванні резистентних рекурентних депресивних розладів . Укр. вісник психоневрології. 2007. Т. 15, вип. 1 (50). С. 119 – 121
2. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади. Керівництво для лікарів Львів, 2004. 208 с.
3. Михайлова Е. А., Багацька Н. В., Матковська Т. Н., Мительов Д. А., Глотка Л. І. Клініко-біологічний аспект депресивного розладу поведінки у підлітків. Вісник проблем біології і медицини. 2020. Вип. 1 (155). С. 337 – 341
4. Нові можливості фармакотерапії депресії: у фокусі ангедонія та емоційне пригуплення. Здоров'я України. 2020. №4. Листопад. С. 12 – 14

5. Панько Т. В. Терапія депресій: очікування лікаря та пацієнта. Здоров'я України. 2021. №.1. Березень. С. 24 – 257.
6. Чабан О. С. Депресія та тривога після COVID-19: як припинити емоційні «гойдалки»? Здоров'я України. 2021. № 20. Жовтень. С. 44 – 45
7. Шеленкова Н. Л. Психологічна допомога людині в емоційній кризі. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції 22 – 23 лютого 2018 року. Суми. 2018. С. 311 –323
8. Psyhosoma. URL: <https://psyhosoma.com/uk/rekurentnij-depresivnij-rozlad-simptomi-iagnostika-vikovi-osoblivosti/> (дата звернення: 28.04.2023)

Вавдіюк Г.

Волинський національний університет
імені Лесі Українки

ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПРАВИ ПРИ ОПІКАХ

Актуальність. Опіки можуть бути результатом різних факторів, таких як теплові, хімічні або радіаційні пошкодження шкіри. В Україні опіки можуть статися в будь-який час внаслідок нещасного випадку або звичайної повсякденної діяльності. За даними Міністерства охорони здоров'я України в 2020 році в країні зареєстровано більше 9 тисяч випадків опіків. Однак, важко точно визначити поширеність опіків в Україні, оскільки не всі випадки можуть бути зареєстровані, і може бути багато людей, які самостійно лікуються вдома, не звертаючись до медичної установи [1].

Мета дослідження. Аналіз та узагальнення фахової наукової літератури щодо застосування терапевтичних вправ при опіковій хворобі.

Результати дослідження. Терапевтичні вправи є ефективним методом профілактики ускладнень, сприяють нормальному формуванню післяопікового рубця. Спеціально підібрані вправи покращують рухову функцію тканин та запобігають утворенню контрактур. Терапевтичні вправи зменшують біль та дискомфорт в ділянці рубця, покращують кровообіг. Виконання вправ забезпечує досягнення максимально допустимого діапазону рухів в ділянці рубця [1].

Терапевтичні вправи є складовою частиною комплексної фізичної терапії опіків. Програма фізичної терапії складається після реабілітаційного обстеження та залежить від ступеня тяжкості опіку та зони ураження.

До основних видів терапевтичних вправ при опіках відносять: вправи на розтяг, силові вправи, вправи на розвиток координації та балансу, аеробні вправи [2].

Вправи на розтяг допомагають зберігати гнучкість тканин, зменшують затвердіння рубців та поліпшують рухливість в опіковій зоні. Силові вправи сприяють підвищенню м'язової сили та покращенню рухової функції. Вправи на розвиток координації та балансу зменшують ризик падінь та травм. Аеробні вправи допомагають покращити кровообіг та зменшити біль в опіковій зоні [2].

Висновки. Наслідки опіків можуть бути дуже болісними і травматичними для пацієнтів. Однак, терапевтичні вправи можуть допомогти зменшити біль, підвищити рухливість та знизити імовірність подальшого розвитку інфекції. Вправи також допомагають зменшити ризик утворення ускладнень. До програми терапевтичних вправ включають

виконання вправ для зміцнення м'язів, покращення дихання та кровообігу, покращення координації та збільшення рухливості.

Список використаних джерел:

1. Вплив фізичної терапії на якість життя пацієнтів з коморбідними станами / О. Я. Андрійчук, Н. Я. Ульяницька, О. О. Якобсон, Н. Б. Грейда, М. І. Майструк // *Art of Medicine*. 2021. No 2. С. 7–14.
2. Глушенко О. М. Хоменко Р. М. Аналіз причин виникнення та лікування опікових травм. Сучасні досягнення фармацевтичної технології і біотехнології: збірник наукових праць, випуск 4. Харків: Вид-во НФаУ, 2018. С. 66-68.

Кихтюк О.

Волинський національний університет
імені Лесі Українки

**ДО ПИТАННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ
ЯК ПОКАЗНИКА СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ СТУДЕНТІВ
В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ**

Постановка наукової проблеми. На наш погляд саме студенти найчастіше перебувають в ситуаціях невизначеності. Процес професійної підготовки студентів у вищих навчальних закладах освіти в період пандемії та військових дій в Україні значно загострив проблеми психічного здоров'я суспільства, зокрема студентської молоді, тому питання толерантності до невизначеності як показника суб'єктивного благополуччя є актуальною проблемою. В результаті дослідження психологічних наукових літературних джерел толерантності до невизначеності, було визначено, що учені намагались описати та дослідити цей феномен ще в кінці 20 століття, починаючи з наукових праць американських дослідників (E. Frenkel-Brunswik, K.S. Budner, A.P. MacDonald, R.W. Norton, S. Bochner та інші). Зарубіжні науковці як A.P. MacDonald, R.W. Norton, B.T. Hazen розглядали толерантність до невизначеності як психологічну рису, а учені D.L. McCollum, M.S. Lane, K. Klenke як динамічну характеристику особистості [4; 5; 6]. Українські дослідники розглядають цей феномен як трикомпонентну структуру із когнітивною, конатативною та ефективною складовою, які виражаються в оцінюванні невизначеності, емоційному та поведінковому реагуванні [1; 2; 3].

Мета дослідження: полягає в дослідженні толерантності до невизначеності як показника психічного здоров'я у студентської молоді в період повномасштабного вторгнення росії.

Методи дослідження: Шкала толерантності до невизначеності, розроблена Н. Карлетоном, та адаптований україномовний варіант опитувальника «The Scales of Psychological Wellbeing» К. Ріфф були використані для дослідження студентів Волинського національного університету імені Лесі Українки. Участь в дослідженні взяло 90 осіб, і гендерні різниці не враховувалися. На початковому етапі була розроблена програма для глибокого аналізу толерантності до невизначеності, що є показником психічного здоров'я особистості. Другий етап включав діагностику, обчислення та обробку результатів дослідження. На третьому етапі проводився кількісний та якісний аналіз отриманих даних. В результаті емпіричного дослідження толерантності до невизначеності було виявлено, що

52,7% студентів мали високий рівень, а 47,3% – середній. Щодо інтолерантності, 64,8% проявляли середній рівень, 35,2% - високий, і низького рівня не було виявлено. Ці результати можна пояснити особливостями вікового періоду, коли молодь менше прагне до ясності і стабільності. Щодо міжособистісної інтолерантності, лише 20,9% мали високий рівень, 69,2% – середній, і 9,9% – низький. Дослідження також показало, що 56% студентів першого курсу та 89% другого мали високий рівень толерантності до невизначеності. Такі особи більш оптимістично оцінювали свої досягнення та мали менше рефлексії порівняно з особами з низьким рівнем толерантності. Щодо життєстійкості, більшість студентів мали позитивні стосунки в близькому оточенні, що свідчило про наявність турботи та емпатії. Високий рівень автономії був характерний для більше третини студентів, середній рівень – для половини, а низький – для меншої частини. Більше третини також виявили високі показники особистісного зростання, вказуючи на постійний саморозвиток. Таким чином, результати дослідження свідчать про різноманіття рівнів толерантності та психологічного благополуччя серед студентів, що може бути пов'язано з їхнім віковим контекстом та індивідуальними особливостями. Толерантність до невизначеності та психічне здоров'я є ключовими аспектами людського благополуччя та адаптації до складних умов сучасного світу. Толерантність до невизначеності визначає здатність особистості реагувати на невизначені ситуації з емоційною стійкістю та конструктивністю. Цей аспект психологічного здоров'я виявляється у готовності приймати невизначеність як необхідну та невід'ємну частину життя, а не як загрозу. Дослідження показує, що особи з високим рівнем толерантності до невизначеності мають тенденцію більше пристосовуватися до змін, бути творчими та креативними в умовах невизначеності. Вони рідше відчують стрес та тривогу, оскільки мають внутрішні ресурси для подолання непередбачуваних ситуацій. Психічне здоров'я, в свою чергу, охоплює не лише відсутність психічних розладів, але й високий рівень емоційної стійкості, справжньої самооцінки та здатність до конструктивного взаємодії з оточуючим середовищем. Люди з стійким психічним здоров'ям можуть ефективно керувати стресом, зберігаючи внутрішню гармонію та сприймаючи виклики як можливості для особистісного зростання. Розуміння та розвиток цих аспектів стають важливими завданнями сучасного суспільства. Програми психологічного розвитку, тренінги з підвищення рівня толерантності до невизначеності та сприяння психічному здоров'ю можуть сприяти створенню стійкого, гнучкого та здорового індивіда. Такі підходи сприяють розвитку позитивних рис особистості та сприяють сталому психічному благополуччю в сучасному, динамічному світі.

Результати та висновки: феномен толерантності до невизначеності можна визначити як стійку особистісну рису, що визначає індивідуальний підхід до ситуацій невизначеності та виявляється у реакції на такі умови. Ця характеристика служить важливим показником

психічного здоров'я та суб'єктивного благополуччя у студентської молоді. Толерантність до невизначеності прямо корелює з готовністю особи приймати рішення в умовах, коли вона відчуває невизначеність. У випадках, коли рішення пов'язані із суб'єктивним ризиком, ця толерантність може виступати основним ресурсом, сприяючи досягненню та збереженню психологічного благополуччя в умовах невизначеності. Такий підхід допомагає особі ефективно впоратися з невизначеністю світу та зберегти внутрішню стійкість у рішеннях.

Список використаних джерел:

1. Власенко І.А., Рева О.М. Модель збереження психологічного здоров'я студентської молоді в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2020. № 3. С. 90–99.
2. Гусєв А. І. Розвиток толерантності до невизначеності у студентів-психологів. Актуальні проблеми психології. 2015. Т. 12, Вип. 21. С. 105-114.
3. Громова Г.М. (2021a) Інструменти вимірювання толерантності до невизначеності. Адаптація тесту «Шкала інтолерантності до невизначеності» Н. Карлетона. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 2021. 47(50), 115-130. DOI: [https://doi.org/10.33120/ssj.vi47\(50\).217](https://doi.org/10.33120/ssj.vi47(50).217)
4. Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>
5. Frenkel-Brunswik E. Tolerance of Ambiguity as personality Variable. *American Psychologist* 1948, VOL 3, p. 268.
6. McClary R. An investigation into the relationship between tolerance of ambiguity and creativity among military officers // Kansas State University, 2009. doi: <https://krex.kstate.edu/dspace/handle/2097/2210>

Кульчицька А.

Волинський національний університет
імені Лесі Українки

ДО ПИТАННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ

Постановка проблеми. Рівень сформованості емоційного/професійного вигорання є одним із основних чинників психічного здоров'я людини як на робочому місці, так і в повсякденному житті. Тому, вважаємо логічним, що останнім часом багато говорять і пишуть про таке явище.

Професійні обов'язки медичних працівників пов'язані з високим ступенем відповідальності за життя та здоров'я інших людей. Вони часто потребують від спеціаліста термінового прийняття рішення, самодисципліни, вміння зберігати високу працездатність в екстремальних умовах, емоційної віддачі, постійного психологічного та інтелектуального напруження. Все це може призводити до виснаження психологічних та фізичних ресурсів спеціаліста і, як наслідок, – до його емоційного вигорання. Ці та інші чинники зумовили актуальність обраної теми.

Мета: узагальнити уявлення про емоційне вигорання як соціально-психологічне явище; дослідити рівень емоційного вигорання у працівників медичних установ.

Об'єкт дослідження – професійне вигорання як соціально психологічне явище.

Предмет дослідження – психологічні особливості емоційного вигорання працівників медичних установ.

Методи дослідження. Теоретичні: аналіз, систематизація, узагальнення літературних джерел; емпіричні: методика «Експрес-діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойка; методи математичної статистики.

На думку науковців, однією з ключових якостей, що сприяють успішності виконання професійної діяльності та профілактиці професійного вигорання є емоційна стійкість.

Розробкою проблеми емоційного вигорання у зарубіжній психології займалися такі вчені, як Е. Аронсон, С. Джексон, Х. Маслач, А. Пінес, Г. Фрейденберг, В. Шауфелі та інші.

Серед робіт вітчизняних авторів слід відзначити дослідження В. Бойка, О. Голуб, Л. Карамушки, С. Максиенка, О. Марковець, Л. Помиткіної, Л. Юр'євої та інших вчених. Проте проблема емоційного вигорання медичних працівників у науковій літературі, на нашу думку, потребує подальшого вивчення.

Виклад основного матеріалу та результатів дослідження. Як встановлено численними дослідженнями вітчизняних і зарубіжних вчених, робота медиків пов'язана з певними нервово-психічними навантаженнями. Йдеться не тільки про фізіологічні чинники, пов'язані з умовами праці, як, наприклад гіподинамія. Йдеться насамперед про психологічні та організаційні труднощі: необхідність бути весь час «у формі», відсутність емоційної розрядки, велику кількість контактів протягом робочого дня, високий рівень відповідальності та інше.

За таких умов праці рівень напруги може накопичуватися. Можливими проявами цієї напруги є психофізіологічні стани, такі як збудження, підвищена дратівливість, неспокій, м'язова напруга, прискорене дихання, серцебиття, підвищена стомлюваність, тощо.

Для проведення емпіричного дослідження нами була використана «Методика діагностики рівня емоційного вигорання» В.В. Бойка .

Емоційне вигорання як процес має три послідовні фази: «напруга», «резистенція» та «виснаження». В основу проведеного нами дослідження було покладено аналіз рівнів сформованості зазначених фаз – низького, середнього та високого у медичних працівників.

Для висновків та узагальнення аналізу результатів дослідження нами бралися до уваги показники лише високого рівня, оскільки саме вони свідчать про остаточну сформованість певної фази вигорання. Показники низького та середнього рівнів використовувалися для порівняння та спостереження процесу формування фаз емоційного вигорання.

З метою виявлення особливостей перебігу формування фаз емоційного вигорання та деталізації отриманих результатів аналізу медиків, що брали участь у дослідженні, було поділено на групи: за віком, професійним стажем та специфікою роботи.

У групах респондентів, що поділялися *за віком*, нами були виявлені такі особливості.

- ознаки емоційного вигорання спостерігаються у досліджуваних всіх вікових груп;
- найвищий відсоток остаточної сформованості фаз емоційного вигорання припадає на вік від 30 до 50 років;
- найбільший відсоток сформованості у всіх вікових групах припадає на фазу «резистенція».

Аналіз результатів дослідження груп медичних працівників, що поділялися *за професійним стажем*, дав можливість констатувати, що:

- на відміну від результатів аналізу груп, що поділялися за віком, у даному випадку важко виділити так звану одну «проблемну групу», яка найбільше підлягає емоційному вигоранню;

- із збільшенням професійного стажу медичних працівників, простежуються зростання показників емоційного вигорання;

- зазначаємо високий рівень сформованості фази «резистенція» у всіх групах медичних працівників, проте, особи, чий професійний стаж понад 20 років, виявили найбільший відсоток показників сформованості даної фази. Як і на попередній ділянці дослідження, налічується найбільший відсоток опитаних осіб, яким притаманний високий рівень формування даної фази.

За даними опитування та аналізом отриманих результатів щодо динаміки процесу емоційного вигорання у групах з різною *специфікою роботи*, нами були визначені нижчезазначені особливості:

- найбільший відсоток осіб, у яких діагностувався високий рівень сформованості всіх фаз емоційного вигорання, виявився у групі медиків, що працюють з документами та тих, які працюють з людьми;

- у групі медичних працівників, які мають змішаний тип роботи, ми виявили найнижчий рівень сформованості емоційного вигорання за всіма представленими фазами;

- фаза емоційного вигорання «резистенція», як і на двох попередніх ділянках аналізу емоційного вигорання, має найвищий ступінь сформованості.

Звертаємо особливу увагу на те, що, в цілому, у дослідженні простежується достатньо великий відсоток медичних працівників, яким притаманний середній рівень сформованості усіх без виключення фаз емоційного вигорання. Це означає, що фази емоційного вигорання ще не сформовані, але мають тенденції до формування. За таких обставин є необхідність застосування превентивних заходів щодо мінімізації ризиків, пов'язаних із остаточною сформованістю фаз емоційного вигорання.

Дослідження та аналіз середнього рівня сформованості фаз емоційного вигорання є перспективами наших подальших досліджень.

Список використаних джерел:

1. Голуб О. В. Стрессова стійкість: сутність, теоретичні основи формування. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*, 6 (7). Київ, 2004. 384 с.
2. Карамушка Л. М. (Проблема синдрому «професійного вигорання» в педагогічній діяльності в зарубіжній та вітчизняній психології. *Актуальні проблеми психології. Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія*, 1(5). Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України, 2002. С. 210-217.

3. Кульчицька А. В., Терещенко В. Г. До питання емоційних проявів та емоційних реакцій особистості. *Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології: матеріали IV міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції (15 травня 2017 року)*. Луцьк: ПП Іванюк В. П., 2017. С. 22-25.
4. Кульчицька А. В. Особливості формування синдрому емоційного вигорання у працівників державних установ. *Психічне здоров'я працівників державних установ : монографія*. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 165 с.
5. Юр'єва Л. М. Професійне вигорання у медичних працівників. *Формування, профілактика і корекція*. Київ : Сфера, 2004. 272 с.

Федотова Т.

Волинський національний університет
імені Лесі Українки

ПЕРЕЖИВАННЯ МОРАЛЬНОГО ДИСТРЕСУ МЕДСЕСТРАМИ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ ДИСКУРС ПРОБЛЕМИ

Постановка проблеми. Питання організації професійної діяльності медичного персоналу закладів охорони здоров'я в ситуації повномасштабного вторгнення російських військ в Україну як ніколи набуває актуальності. Лише недавно, успішно здолавши виклики, зумовлені пандемією Covid-19, працівники медичних установ в Україні зіткнулися з іншою проблемою – війною, що призвела до збільшення кількості осіб, які потребують медичної допомоги та реабілітації (як військових, так й цивільних осіб); пацієнтів, які часто перебувають в хронічному стресі, мають психологічну травму та ПТСР. Відповідно, постає необхідність психологічної підтримки та збереження психічної рівноваги медичного персоналу в умовах значного навантаження та постійного напруження. У цьому контексті пропонуємо звернути увагу на проблему переживання морального дистресу медичними сестрами закладів охорони здоров'я.

Мета дослідження: завдяки вторинному аналізу представлених в психологічній літературі емпіричних досліджень визначити фактори та особливості переживання морального дистресу медсестрами стаціонарних відділень лікарень.

Методи дослідження: у публікації застосовано методи теоретичного вивчення наукової літератури (аналіз, синтез, узагальнення) щодо вивчення питання переживання морального дистресу медичними працівниками.

Проведений теоретичний аналіз наукових публікацій не є вичерпним та має певні обмеження і застереження, оскільки розглянуті праці науковців можуть містити неповні та вичерпні результати або інформацію.

Результати дослідження. Працюючи в навчальному закладі й спостерігаючи за підготовкою студентів медсестринського фаху Е. Джейметон запропонував поняття морального дистресу. Автор зазначив, що здобувачі освіти вперше стикаються з переживанням морального дистресу вже під час проходження практики в умовах стаціонарних відділень. Саме поняття він визначив як моральні страждання, які виникають в результаті усвідомлення правильності дій, проте неможливості їх реалізації через інституційні обмеження. Вказуючи на особливості переживання медсестрами морального дистресу, автор наголошує на тому, що його наявність зумовлена існуючим моральним

судженням про випадок пацієнта та рішенням як діяти стосовно нього – з однієї сторони, і, з другої сторони, – неможливістю це зреалізувати через тиск колег, адміністрації чи певних юридичних обмежень. У подальшому він виокремлює початковий дистрес, який, власне, і є моральним дистресом, та реактивний дистрес, який визначає як «моральний залишок», що переживається особистістю з того часу, коли виникла ситуація морального страждання і в якій вона себе скомпрометувала чи дозволила іншим це зробити [1].

У подальшому проблема морального дистресу була репрезентована дослідженнями західних науковців (Дж. Вілкінсон, М. Корлі, Дж. МакКарсі, Д. Ханна, П. Вентовейра, М. Сандеберг та інші). Так Дж. Вілкінсон, провівши клінічне інтерв'ю з медичними сестрами, вперше виділив наступні емпіричні референти морального дистресу: почуття провини, розчарування та гнів, що зумовлені неможливістю реалізувати власне моральне судження в дію через зовнішній тиск [2].

М. Корлі, як й Е. Джейметон, визначає моральний дистрес як психологічний дисбаланс, який є результатом усвідомлення етично доцільної дії, реалізація якої неможлива через нестачу часу, в силу перешкод з боку адміністрації чи певних юридичних перепон тощо. Науковець одним з перших розробив шкалу морального дистресу, що з часом була модифікована його послідовниками і це, відповідно, збільшило кількість досліджень стосовно вивчення специфіки протікання морального дистресу в медичних сестер.

Д. Ханна, продовжуючи вивчення відповідної проблематики, розлого представляє наслідки тривалого переживання морального дистресу медсестрами. З-поміж відповідних наслідків вона визначає: проблеми зі сном (безсоння чи відсутність відпочинку та «перезавантаження» під час сну), психосоматичну симптоматику (мігрені, нудоту, кишково-шлункові розлади, спазмування внутрішніх органів тощо), неадекватні емоційні реакції на зовнішні подразники (плаксивість, роздратування, тривожність, почуття провини та втому від співчуття) і загалом значне фізичне виснаження [3].

П. Вентовейра спільно з колегами, вивчаючи питання переживання морального дистресу, наголошують, що дослідження в цьому напрямку зосереджені переважно на встановленні специфіки його вияву в працівників закладів охорони здоров'я, що працюють в напрямку лікування та догляду дорослих пацієнтів. Тоді як вивчення проявів морального дистресу у медичного персоналу, який опікується здоров'ям дітей, практично залишається поза увагою. У своїх дослідженнях науковці підкреслили кореляцію рівня морального дистресу в медичного персоналу та оцінки ними морального клімату установи і можливості брати участь у обговоренні етичних проблем в установі, а також участі у тренінгових заняттях, спрямованих на підвищення рівня своєї професійної компетентності та інше. Під час реалізації грантового проєкту в педіатричних онкологічних центрах Данії, не зважаючи на

уважність медперсоналу та його професійність у виконанні своїх обов'язків, дослідники встановили поширені причини переживання морального дистресу медичними сестрами:

- відсутність (чи обмеженість) необхідної кількості часу на спілкування з пацієнтами та їх родичами чи представниками;
- висока плинність кваліфікованих кадрів (через рівень емоційної напруги, втому, задоволеність рівнем оплати праці тощо);
- проблеми відсутності сталості у догляді за пацієнтами (чергування медсестер зумовлює відсутність безперервного догляду за дітьми, які лежать в стаціонарі, а незначний вік пацієнтів зумовлює проблему необхідності їх постійної адаптації та звикання до медичних працівників, які ними опікуються);
- моральний клімат під час процесу лікування (ігнорування потреби дітей у висловлюванні своїх поглядів на процес лікування, обговорення з ними їх діагнозу, не розуміння дітьми медичних процедур та, відповідно, опору щодо проведення з ними відповідних маніпуляцій тощо) [4].

Грунтовне дослідження, проведене М. Сандеберг з колегами серед працівників закладів Шведської педіатричної онкології, дозволило їм визначити специфіку переживання морального дистресу в трьох групах медичних працівників: помічників медичних сестер, дипломованих медичних сестер та лікарів. Науковці встановили, що спільним фактором у переживанні морального дистресу медичними працівниками виступили: нестача часу, кадрів та ресурсів для полегшення страждань в ході лікування захворювань маленьких пацієнтів та нереалістичні (часто надто перебільшені та оптимістичні) очікування батьків хворих дітей стосовно прогнозів від лікування.

І хоча інтенсивність переживання морального дистресу медичним персоналом у таких ситуаціях була невисокою, проте частота переживання подібних ситуацій зумовлювала рівень його зростання і сприяла накопиченню морального залишку відповідного переживання.

За результатами емпіричного дослідження додатковими факторами переживання морального дистресу були:

- в медичних сестер та їх помічників – відсутність дозволу зі сторони батьків відповідати дітям на запитання стосовно їх діагнозу чи запитань про смерть та уникання будь-яких розмов з ними на цю тему; ситуації, коли маленькі пацієнти, знаючи свій діагноз, самі уникали говорити про смерть, щоб не травмувати своїх батьків (хоча при цьому мали потребу про це з кимось поговорити);
- у лікарів – ситуації, що потребували рішень в умовах невизначеності, особливо це стосувалося практики прийняття спільного рішення з пацієнтами їх

батьками чи представниками, що в свою чергу підвищувало рівень негативного переживання [5].

Висновки. Отже, узагальнивши усе вищевикладене, варто наголосити на необхідності психологічної підготовки та, у разі необхідності, наданні психологічної допомоги медсестрам та іншим медичним працівникам закладів охорони здоров'я у запобіганні переживання ними морального дистресу в ході реалізації професійної діяльності. Перспективу подальших досліджень вбачаємо у проведенні емпіричного дослідження психологічних аспектів переживання морального дистресу медичним сестрами стаціонарних відділень, які працюють з військовими та цивільним населенням.

Список використаних джерел:

1. Jameton A. A. Reflection on Moral Distress in Nursing Together With a Current Application of the Concept. *Bioethical Inquiry*, 2013. 10, 297 – 308.
2. Wilkinson J. M. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum*, 1987. 23(1), Pp.16 – 29.
3. Hanna D. R. Moral distress: the state of the science. *Res. Theory Nurs Pract.*, 2004. 18(1), 73–93.
4. Ventovaara P., af Sandeberg M., Petersen G., Blomgren K., & Pergert P. A cross-sectional survey of moral distress and ethical climate – Situations in paediatric oncology care that involve children's voices. *Nursing Open*, 2022. 9, PP.2108 – 2116.
5. Sandeberg M., Bartholdson C. & Pergert P. Important situations that capture moral distress in paediatric oncology. *BMC Med. Ethics*, 2020. 21, P.6.

ПОНЯТТЯ ЕМПАТІЇ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Постановка наукової проблеми. На сьогодні у сфері охорони здоров'я відбуваються значущі зміни, зокрема, щодо ролі пацієнта у наданні медичної допомоги. Останнім часом основні наукові дослідження спрямовані на вивчення й вдосконалення психологічного аспекту спілкування й взаємодії між медичним працівником й пацієнтом. Якість надання медичної допомоги вимагає не лише якісної професійно-медичної підготовки спеціалістів, але й врахування психологічних особливостей взаємодії з пацієнтами. Варто зауважити, що сучасні реалії медичної сфери ґрунтуються не лише на взаємодії лікаря та пацієнта, але й важливу роль тут відіграє медична сестра. Безпосередній догляд за пацієнтом, від початку й до завершення лікувального процесу – реалізує медична сестра, відповідно, затрачає на це власні психологічні й фізичні ресурси. Тобто, постає необхідність враховувати психофізичну спроможність медичної сестри надавати якісну медичну допомогу пацієнтам. Отож, необхідно враховувати індивідуальні професійно-особистісні особливості медичних сестер під час їх професійної підготовки. Професійна підготовка включає й психологічну, зокрема, психологічну готовність до виконання професійних обов'язків. Важливою складовою психологічної готовності є емоційна складова й здатність до емпатії. В ході комунікативного процесу між медичною сестрою й пацієнтом реалізується вербальна й невербальна підтримка й здатність розуміти, відчувати. У медичній справі емпатія є не лише механізмом інтерперсональної взаємодії, особливістю особистості, індивідуальною властивістю або якістю, а й ресурсом, що дає змогу зберігати власну цілісність у мінливому світі. Це зумовлено, передусім, особливостями досвіду роботи медичного працівника, оскільки для ефективного здійснення професійної діяльності фахівцю потрібно бути готовим до співпереживання як особливої форми емпатії. Саме реалізація вище описаного важлива й впливає на ефективність лікування пацієнтів [3, 5].

Метою теоретичного аналізу є вивчення важливості прояву емпатійності медичними сестрами у процесі комунікації з пацієнтами та її вплив на ефективність лікувального процесу.

Методи дослідження. Для реалізації мети дослідження нами використано такі методи дослідження: теоретичний аналіз і систематизація науково-теоретичних та методичних джерел; узагальнення результатів дослідження.

Результати. Вивчаючи етиологію терміну «емпатія» нами з'ясовано, що його введено у

наукову сферу Е. Титченером лише на початку ХХ століття. За визначенням автора, під емпатією розуміють здатність людини відчувати й аналізувати емоційний стан інших людей. У класичній психологічній науці є декілька сторін розуміння феномену «емпатія», зокрема [1]:

- емпатія як психічний процес;
- емпатія як психічна реакція у відповідь на діючий стимул;
- емпатія як індивідуальна властивість особистості [1].

Сучасна психологія найчастіше розглядає емпатію через призму інтегративного підходу до розуміння цього феномену як складного соціально-психологічного явища, котре тісно пов'язане із процесом соціалізації особистості. До факторів, котрі впливають на формування емпатії відносяться [1]:

- особливості виховання,
- індивідуальний досвід спілкування,
- особливості міжособистісних відносин.

У ході аналізу наукових джерел нами з'ясовано, що проблема емпатії медичних сестер розглядається науковцями галузі медичної психології. Зокрема, вивчаються психологічні особливості взаємодії лікаря і пацієнта, а також – роль медичної сестри у процесі лікування й реабілітації; етичні норми спілкування пацієнтів та медичних працівників; соціально-психологічні чинники ефективності професійної діяльності медичних працівників; врахування індивідуальних психологічних особливостей медичних сестер у здійсненні професійної діяльності. Опираючись на зазначене, можна стверджувати, що емпатія є вищим рівнем комунікативно-деонтологічних умінь взаємодії з пацієнтами й відображає інтегративну професійну властивість медичної сестри. У медицині термін «емпатія» має деякі відмінності від психології. Зокрема, у медицині виділяють «клінічну емпатію», що визначається як адекватне розуміння внутрішніх психічних процесів пацієнта стосовно його проблем зі здоров'ям. Клінічна емпатія включає в себе: здатність зрозуміти стан пацієнта, його почуття й емоції, здатність спілкуватись з пацієнтом з метою розуміння його психічного стану, здатність діяти певним терапевтичним шляхом враховуючи розуміння психічного стану пацієнта [5].

Сучасні наукові дослідження проблеми емпатії у професійній діяльності медичних сестер сходяться до спільних висновків щодо того, що професійні обов'язки, які виконують медичні сестри, є «мистецтвом». Сестринська справа полягає в гармонійному поєднанні професійних компетенцій і спілкування у процесі догляду за пацієнтами, а також в умінні допомогти пацієнту впоратися з його хвилюваннями, негативними думками, котрі не сприяють процесу одужання. Професійна діяльність медичної сестри реалізовується в системі

взаємодії між людьми й потребує розуміння переживань пацієнтів. Тобто, у взаємодії медичної сестри і пацієнта відбувається прояв особистісних характеристик, особливо – емпатії. Емпатія у роботі медичної сестри передбачає чуйне ставлення до пацієнтів, прийняття пацієнта таким, яким він є, відсутність оцінки життя й поведінки пацієнтів [3].

Особливості прояву емпатії у клінічній практиці сприяють постановці ранніх й точних діагнозів, оскільки здатність швидко розуміти й відчувати людину допомагають медичним працівникам налагодити довірливі взаємини з пацієнтами. Також, емпатійні прояви та налагоджений комунікативний процес – запорука планування лікування і швидкого одужання пацієнтів. Наукові дослідження емпатії у медичних сестер проводяться за двома основними напрямками [4]:

- емпатія як фактор формування мотивації, коли вона зумовлює вибір професії;
- емпатія як фактор успішності професійної діяльності, коли вона забезпечує адекватність соціальної перцепції і успішність подолання труднощів у ситуаціях, що провокують емоційне вигорання.

Вищеописані напрямки у дослідженні емпатії важливо враховувати на етапі професійної підготовки медичних сестер: у процесі опанування професії у закладі освіти, а також під час підвищення їх кваліфікації. Готуючи медичних сестер до їх безпосередньої професійної діяльності важливо розвивати у них здатність розпізнавати емоції, зокрема, свої та пацієнтів. Також важливо не лише розпізнавати емоції, але й розуміти їх, розрізнити яку саме емоцію переживає у конкретний час пацієнт. Важливим є вміння медичної сестри вербально виражати емоції, які переживаються та визначати, що викликає ту чи іншу емоцію. В той же час важливо враховувати те, до чого може призвести та чи інша емоція, що переживається пацієнтом у конкретний період його лікування й реабілітації. Якщо у процесі навчання й практики майбутня медична сестра зможе реалізувати все це, то це буде запорукою не лише професійної діяльності, але й зменшить ризики виникнення емоційного вигорання. Науковці переконані, що необхідною професійною якістю медичних сестер є емпатія, проте, надлишкове переживання пацієнтів, постійні думки й ототожнення проблем пацієнтів зі своїми, може спровокувати втому й впливати на емоційний стан медичної сестри. Медичні працівники, які постійно зіштовхуються зі стражданням людей, змушені створювати власний бар'єр психологічного захисту від пацієнта, ставати менш емпатійними, оскільки високий рівень емпатійності спричиняє у них емоційне вигорання [2].

Висновки. За результатами теоретичного аналізу особливостей прояву емпатії у медичних сестер можна зробити висновок, що на сьогоднішній день дана проблема посідає значне місце у наукових дослідженнях. Зокрема, важливим є вивчення даної проблематики на етапі професійної підготовки медичних сестер, оскільки на даному рівні важливо розвивати у

них емпатійні здатності. Також достатньо уваги приділяється проявам емпатії у безпосередній діяльності медичних сестер й профілактики їх емоційного вигорання у професійній діяльності. Підсумовуючи, можемо стверджувати, що сучасний розвиток медицини безпосередньо пов'язаний з важливістю професійної діяльності медичної сестри та її емоційної компетентності.

Список використаних джерел:

1. Гусакова І. В. Емпатія у сфері медичної освіти – діагностичні інструменти. Медична освіта. 2013. №1. С. 51 – 54.
2. Куліш О. В., Сіпко Л. О. Вплив емпатії на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія, (1) 2022. С. 32 – 36.
3. Мітіна С. В. Емпатія як професійно важлива якість медичного фахівця. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2017. (1 (1)). С. 83 – 88.
4. Толмачевська В. О., Толмачевська В. А. Емоційний інтелект як складова емоційної експресії в контексті професійної діяльності медичного персоналу в умовах COVID-19. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Вип. 11. С. 203 – 213.
5. Suchman A. L. A model of empathic communication in the medical interview / A. L. Suchman, K. A. Markakis, H. B. Beckman // JAMA. 2007. Vol. 277 (8). P. 678 – 682.

Коструба Н.

Волинський національний університет
імені Лесі Українки

ДУШПАСТИРСЬКА ОПІКА ЯК ОСНОВА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ВІДНОВЛЕННЯ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Теоретичні огляди та емпіричні розвідки особливостей душпастирської опіки і служіння у медичних закладах реалізовані у працях А. Adamantios, С. А. Asekoff, L. B. Carey, J. J. Cohen, T. Crowe, B. D. Feldstein, P. Hemming, M. S. Korpacz, P. J. Teague (Adamantios, 2008; Carey, Cohen, 2009; Hemming et al., 2016; Korpacz et al., 2016). На думку авторів, релігія є «універсальним терапевтично-реабілітаційним інструментом, спрямованим на подолання будь-якої соматичної, психічної, морально-духовної патології, тобто універсальним інструментом як гармонійного розвитку людини, так і її лікування» (Жуковський, 2014: 10).

Священики у медичних закладах доглядають за духовними, екзистенційними потребами людини. Таке втручання та релігійний супровід також можуть позитивно впливати на фізичний терапевтичний процес (Vanderpool, 1980), але це не є сферою самої діяльності. Основна сфера душпастирської опіки – сприяти духовному зростанню та всіляко забезпечувати і підтримувати цей процес, не ігноруючи фізичні, психологічні чи практичні потреби пацієнта.

Духовна підтримка має цілий ряд аспектів. Насамперед, це християнське ставлення до питань, з якими зустрічаються хворі, а також їхні близькі та медичний персонал. Це питання про сенс страждань, про ставлення до смерті, про значення віри. По-друге, це власне форми і методи духовної підтримки, причому не тільки хворих, але і тих, хто знаходиться поруч з ними і надає їм допомогу. Основою духовної турботи є прагнення якомога легше провести пацієнта через серію його особистісних реакцій, допомогти хворому побачити позитивний сенс страждань і втрати, пробачити долю і оточуючих і самому бути прощеним ними.

Лікарі не менше своїх пацієнтів потребують духовної і моральної допомоги. Щоденне зіткнення з великою кількістю людських страждань з часом може призвести до появи цинізму, черствості, байдужості. Тут важлива роль належить священику. Його настанови, проповіді, молебні про допомогу Божу, можливо, особисті зустрічі будуть допомагати лікареві щораз усвідомлювати значення своєї високої місії.

Американські вчені на чолі з Р. Hemming дослідили співпрацю між лікарями та капеланами і дійшли висновку, що така взаємодія має потенціал для покращення досвіду

пацієнтів. Щоб краще зрозуміти переваги та труднощі спільного навчання, автори провели кілька фокус-груп з учасниками міжпрофесійної навчальної програми, яка об'єднала ординаторів із внутрішньої медицини та капеланів-інтернів у клінічних умовах. Автори вивели чотири основні переваги такої взаємодії: 1) учні-лікарі мали можливість дізнатися про ефективні комунікативні навички для звернення до духовності; 2) капелани-інтерни покращили надання командної допомоги, орієнтованої на пацієнта; 3) капелани вважалися джерелом емоційної підтримки для медичної команди. Представлені теми вказують на кілька переваг об'єднання лікарів і капеланів під час безпосереднього догляду за пацієнтами та припускають, що це ефективний підхід до включення духовності в медичну підготовку майбутніх лікарів (Hemming et al., 2016).

Релігія може бути потужним джерелом надії та переконань (Beit-Hallahmi, 2015; Pargament & Lomax, 2013). У нашому суспільстві люди часто звертаються за порадою до священнослужителів, перш ніж звертатися за допомогою до фахівців з питань психічного здоров'я (Wang, Berglund, & Kessler, 2003) як через те, що вони краще знайомі з священнослужителями, так і через те, що пасторальна консультація менше стигматизується (World Health Organization, 2018). Це викликає занепокоєння, якщо людина має такий рівень дисфункції, який найкраще сприятиме клінічній оцінці та психічному здоров'ю. Тому необхідно, щоб священнослужителі могли давати направлення до клініцистів. У свою чергу, клініцисти повинні бути знайомі з різноманітними ролями духовенства та роллю релігії в житті людей, які звертаються до них за допомогою (VanderWeele, 2017).

З точки зору громадського здоров'я, співпраця клініцистів з релігійними конгрегаціями забезпечує надійний спосіб ініціювати та підтримувати безперервність охорони психічного здоров'я (Milstein, Manierre, Susman, & Bruce, 2008).

Духовенство та релігійні громади можуть забезпечити відчуття контексту, підтримки та безперервності до, під час і після лікування, як для окремих осіб, так і для їхніх родин (Milstein & Ferrari, 2017). На відміну від клініцистів, священнослужителі можуть знати кілька поколінь в одній родині. Іноді вони спостерігають за життям людей від народження до одруження й аж до смерті. У співпраці з клініцистами особисте знайомство та досвід священнослужителів можуть бути неоціненними для сприяння належному та постійному лікуванню їхніх парафіян шляхом контекстуалізації хвороби та історії життя пацієнта (Ware, Tugenberg, Dickey, & McHorney, 1999). Крім того, ВООЗ визнала, що соціальна підтримка з боку спільноти може запобігти більш серйозним розладам, які в іншому випадку вимагали б клінічної допомоги.

Однією з моделей, яка демонструє напрямки взаємодії між релігійними громадами та фахівцями з питань психічного здоров'я, є профілактика, заснована на науці. Програма Clergy

Outreach & Professional Engagement (COPE; Milstein, Middel, & Espinosa, 2017). Модель COPE — це чотири категоріальний шлях циклу догляду, що веде від (1) оздоровлення до (2) значного стресу через (3) дисфункцію до (4) відновлення та назад до оздоровлення. Модель COPE визнає, що добробут виникає через приналежність до громади.

Церква може бути співавтором психологічної підтримки та відновлення, це не може бути заміною. Існує потреба в додаткових ресурсах у первинній медичній допомозі та психіатрії, щоб був час як запитувати про ресурси громади, так і у клінік будувати стосунки з церквами, мечетями та храмами. Для релігійних лідерів знання ресурсів, які пропонують їхні місцеві клініки, сприяло б збільшенню ресурсів для співпраці. Це може стати альянсом для збільшення та впливу на розподіл державних ресурсів, що є зразковою моделлю сприяння психічному здоров'ю через Цілі сталого розвитку ВООЗ щодо психічного здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Жуковський, В. М. (Ред.). (2014). *Побудова системи реабілітації адиктивних осіб на основі християнської психології : монографія*. Острог : Вид-во Нац. ун-ту «Острозька академія».
2. Adamantios, A. (2008). My area or your area? Assumptions about pastoral care, spirituality and mental health. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, 11 (2), 31-38.
3. Beit-Hallahmi, B. (2015). *Psychological perspectives on religion and religiosity*. New York, NY: Routledge.
4. Carey, L. B., Cohen, J. (2009). Chaplain–Physician Consultancy: When Chaplains and Doctors Meet in the Clinical Context. *Journal of Religion and Health*. 48 (3), 353-367.
5. Hemming, P., Teague, P. J., Crowe, T., Levine, R. (2016). Chaplains on the Medical Team: A Qualitative Analysis of an Interprofessional Curriculum for Internal Medicine Residents and Chaplain Interns. *Journal of Religion and Health*, 55(2), 560–571.
6. Kopacz, M. S., Feldstein, B. D., Asekoff, C. A., Kaprow, M. S., Smith-Coggins, R., Rasmussen, K. A. (2016). How Involved are Non-VA Chaplains in Supporting Veterans? *Journal of Religion and Health*, 55 (4), 1206–1214.
7. Milstein, G., & Ferrari, J. (2017). Religion, cultural competence, and community service: Promoting wellness—responding to stress—facilitating sustained recovery. In A. Hoffman (Ed.). *Creating a transformational community: The fundamentals of stewardship activities* (pp. 105–128). Lanham, MD: Lexington Books.

8. Milstein, G., Manierre, A., Susman, V., & Bruce, M. L. (2008). Implementation of a program to improve the continuity of mental health care through Clergy Outreach and Professional Engagement (COPE). *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(2), 218–228.
9. Milstein, G., Middel, D., & Espinosa, A. (2017). Consumers, clergy, and clinicians in collaboration: Ongoing implementation and evaluation of a mental wellness program. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(1), 34–61.
10. Pargament, K. I., & Lomax, J. W. (2013). Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*, 12(1), 26–32.
11. Vanderpool, H. (1980). Religion and Medicine: A Theoretical Overview. *Journal of Religion and Health*, 19(1), 7-17.
12. VanderWeele, T. J. (2017). On the promotion of human flourishing. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(31), 8148–8156.
13. Wang, P. S., Berglund, P. A., & Kessler, R. C. (2003). Patterns and correlates of contacting clergy for mental disorders in the United States. *Health Services Research*, 38(2), 647–673.
14. Ware, N. C., Tugenberg, T., Dickey, B., & McHorney, C. A. (1999). An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services. *Psychiatric Services*, 50(3), 395–400.
15. World Health Organization. (2018). *Mental health atlas 2017* (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). Geneva: World Health Organization. 818L. RUDOLFSSON AND G. MILSTEIN.

Ващинець О., Магдисюк Л.

Волинський національний університет
імені Лесі Українки

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЧИННИКИ ТРИВОЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ (ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНИМИ СТАНАМИ)

Постановка наукової проблеми. У сучасному світі людина постійно стикається з стресовими ситуаціями, які супроводжуються негативними наслідками та впливають на психологічне та фізичне здоров'я особистості. Реакція на стресові фактори в кожного різна, одні легко адаптуються, а в інших виникає тривожність, занепокоєння, страх, що може вплинути на подальший розвиток депресивних станів. Жінки схильні більш емоційно сприймати та переносити важкі життєві ситуації, тому важливо розуміти природу тривожності та методи впливу для попередження прояву стресових розладів.

Метою теоретичного аналізу є вивчення психологічних особливостей та чинників тривожності у жінок з депресивними станами.

Результати. Вважається, що найпершою, найважливішою та найтипівішою емоцією в суб'єктивному переживанні людиною тривоги є страх. Психологічні особливості тривожності розглядаються у багатьох дослідженнях вчених, зокрема таких як А. Адлер, Б. Додонов, К. Ізард, О. Захаров, Р. Лазарус, М. Левітов, А. Прихожан, Я. Рейковський, Ч. Спілбергер, Дж.Тейлор, Ю. Ханін та ін.

В сучасній психологічній науці вважається, що тривожність є властивістю особистості, схильністю до частого необ'єктивного відчуття загрози своєму «Я» в різних ситуаціях, і подальшої реакції тривоги на них. Коли ситуація носить об'єктивний характер загрози – тривожність стає адекватною реакцією, або ситуативною тривожністю. Таким чином, тривожність – тенденція приходити в стан підвищеної стурбованості, відчувати страх і тривогу в зв'язку з певною ситуацією [4].

Як визначає автор диференційованої теорії К. Ізард, тривожність – це сукупність доміантної емоції страху та фундаментальних емоцій: страждання, гніву, вини, сорому, інтересу. Характерна фундаментальна емоція визначає вид тривожності: соціальний чи моральний. Тривожність в даному випадку є результатом міжособистісних відносин [4].

Серед низки психологічних досліджень, присвячених вивченню тривожності особистості як багатогранного явища, чітко простежуються два основні вектори: психодіагностичне встановлення видового характеру тривожності та розробка психотехнологічних прийомів для корекції цього стану.

Тривожність спроможна відволікати увагу людини, адже, думаючи про свою некомпетентність, вона починає діяти неправильно і невпевнено, демонструє неадекватність, хаотичність і амбівалентність поведінки, погіршуючи внаслідок цього ефективність власної діяльності [3].

В контексті роботи О. Лозової, соціальні причини виникнення тривожності є внутрішній конфлікт, пов'язаний зі ставленням до себе, а саме до свого зовнішнього вигляду. Незадоволеність образом тіла у діапазонах від середніх до високих не тільки не сприяє фізичному та психічному здоров'ю, але призводить до підвищеного рівня тривожності, а також до розладів харчування у вигляді нервової булемії, анорексії [4].

Соціально-психологічна проблема депресивних розладів полягає в тому, що переважна більшість жінок не звертаються за допомогою до спеціалістів. Це пов'язано зі страхом соціальної стигматизації та специфічними психопатологічними порушеннями у вигляді різноманітних соматичних симптомів, емоційної нестійкості, труднощів, пов'язаних із доглядом за дитиною, а також відсутністю своєчасної психодіагностики [1].

Депресивні розлади детермінуються широким причинним полем та виникають у результаті поєднання фізичних та емоційних чинників. До основних чинників належать [1]:

- наявність післяпологової депресії під час або після попередньої вагітності;
- наявність клінічної депресії або біполярного розладу в минулому;
- депресія або інші психічні захворювання у членів родини;
- стресова життєва подія протягом вагітності або невдовзі після народження дитини (наприклад, примусове звільнення, смерть близької людини, насилля в сім'ї або власна хвороба);
- особливості сім'ї та соціального оточення під час вагітності. Варто зауважити, що зміни, які відбуваються в житті сім'ї після появи дитини, також відіграють свою роль у виникненні депресії. Взаємини між членами подружжя, батьківські стосунки, поточні та попередні життєві події відображаються на психічному стані матері й немовляти [1].

У наукових дослідженнях О. Герасименко визначає, що одна з причин депресії і високої тривожності – високий рівень суб'єктивного контролю, що призводить до прийняття відповідальності за все, що відбувається на себе. При надмірному ступеню прояву це призводить до того, що людина опиняється не в змозі прийняти той факт, що не все можна контролювати. У подібній ситуації будь-яка подія, яку неможливо контролювати, може стати джерелом серйозного стресу.

Переддиспозиційною основою депресивної симптоматики виявились песимістичні та сенситивно-тривожні риси, надмірний контроль та виразна індивідуальність. На появу симптоматики міжособистісної сенситивності впливали песимістичність, гіпостенічні риси,

риси невпевненості та інтровертованості [2].

Висновки. Отже, аналіз наукових досліджень виявив, що тривожність є нормальною реакцією на стресову ситуацію, головною причиною якої є внутрішнє занепокоєння та страх. Подальші наші дослідження будуть спрямовані на розробку оптимальних шляхів подолання тривожності.

Список використаних джерел:

1. Антонова З. О., Савіцька С. П. Психологічні особливості постнатальних депресивних розладів у жінок та чинники їх виникнення. *Київський науково-педагогічний вісник*. 2020. № 21. 5–11 с.
2. Герасименко Л. О. Індивідуально-психологічні особливості, характер особистісної та реактивної тривожності у жінок з посттравматичними стресовими розладами. *Архів психіатрії*. 2014. № 3. 31–33 с.
3. Коренєва К. Ю. П. Тривожність і фрустрованість як чинники невротизації вагітних жінок різного віку : дис. ... канд. соціол. наук. Луцьк, 2019. 263 с.
4. Scientific trends: modern challenges. Volume 2: collective monograph / Compiled by V. Shpak; Chairman of the Editorial Board S. Tabachnikov. Sherman Oaks, California: GS Publishing Services, 2021. 111-124 p

Гловацька Т.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСОВОЇ НАПРУГИ

Постановка проблеми. В психологічній тематиці поняття «стрес» завжди актуальне як на період сьогодення, так і перспективу на майбутнє. У сучасному житті стреси відіграють дуже значну роль. Вони впливають на поведінку людини, її працездатність, здоров'я, взаємовідносини з оточуючими і у родині. Стрес присутній у житті кожної людини, так як наявність стресових імпульсів в усіх сферах людського життя та діяльності безперечна. Професія медика вимагає емпатійності, чуйності, терплячості, що є надзвичайно виснажливим аспектом діяльності та провокує виникнення стресів. Тому актуальність обраної теми для написання даної роботи є очевидною.

Аналіз останніх досліджень. Істотну роль в осмисленні змісту, структури та особливостей поняття стресу та професійного стресу відіграли дослідження таких авторів як, Дж. Брайт, Дж. Грінберг, С. Максименко, О. Бондарчук, Ю. Щербатих, С. Фолкман, К. Вайман, Т. Парсонс, Р. Лазарус, М. Білова, В. Паньковець, Л. Карамушка та інші. Та варто зазначити, що моделі і теорії стресу, починаючи із середини ХХ століття і до сьогодення, стрімко розвиваються. Кожна теорія має свої погляди на сутність стресу, особливості прояву стресу та методи впливу на нього.

Виклад основного матеріалу. Стрес у сучасному постіндустріальному суспільстві все частіше стає причиною значних страждань. Саме через стрес багато людей страждає від нездужання, порушення сну, втоми, підвищення рівня тривоги. Це в свою чергу спричиняє відчуття емоційного неблагополуччя (надмірна агресія, падає продуктивність та цілеспрямованість).

В епідеміологічних дослідженнях стрес був визначений як фактор ризику розвитку захворювань, пов'язаних зі стресом такі як депресія, а також посттравматичний стресовий розлад і тривожні розлади ідентичності тощо [1].

Характер і інтенсивність стресової ситуації визначається, в основному, «ступенем розбіжності між вимогами, які пред'являє конкретна діяльність до особи, і тими потенціями, якими володіє суб'єкт». Подразник може стати стресором у результаті його когнітивної інтерпретації, тобто значення, яке людина приписує даному фактору. Слід відзначити, що на організм у будь-яких умовах впливають стресори, тому стрес завжди присутній [4].

Синдром психоемоційної напруженості – це пограничний функціональний стан, який може призвести до розвитку психічних і фізичних патологій (невроз, виразкова хвороба

шлунку, дванадцятипалої кишки, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія) [2]. Напруга – це надмірний психофізіологічний стан, який виникає в результаті стресових ситуацій, фізичного чи психічного навантаження. Термін має важливе значення в психології, оскільки він відображає реакцію організму на зовнішні подразники.

Основною причиною напруги є активація симпатичної нервової системи, яка вивільняє гормони стресу, таких як адреналін та кортизол. Це викликає фізіологічні зміни, такі як підвищення тиску, прискорене серцебиття й розширення зіниць.

Нервово-психічне напруження вважається загальною реакцією організму на зміну стереотипів діяльності та є найбільш вираженим, коли існує реальна або уявна загроза життю чи здоров'ю. [3].

Основними причинами виникнення нервово-психічного напруження є психологічна невідповідність до роботи, а саме відсутність сили волі, недостатня впевненість у власних можливостях, фізична та психологічна перевтома, яка може бути спричинена різними умовами життя.

Дане напруження проявляється у двох формах: підвищене збудження та розвиток гальмівних реакцій. Небезпека такого стану для особистості й колективу полягає в тому, він може призвести до порушень поведінки, гальмування раніше вироблених навичок, негативних реакцій на зовнішні подразнення, труднощів у розподілі уваги, звуження діапазону уваги та пам'яті, імпульсивної поведінки (що, природно, негативно позначається на результатах діяльності).

Слід розрізняти поняття нервово-психічна напруга та психічна напруженість. Якщо нервово-психічна напруга відноситься до категорії психічних станів, то психічна напруженість – до категорії психічних властивостей особистості [5].

Нервово-психічна напруга відрізняється динамічністю, тимчасовим характером, а психічна напруженість відноситься до стабільних характеристик людини, що реалізуються у формі станів лише при певних специфічних для даної особистості умовах. Небезпека нервово-психічної напруги для особистості криється в тому, що вона проявляється в дезорганізації діяльності та поведінки, гальмуванні раніше напрацьованих навичок, неадекватних реакціях на зовнішні роздратування, труднощі в розподілі уваги, звуженні об'єму уваги та пам'яті, імпульсивних діях. Такі зміни в психічній сфері безумовно негативно позначаються на рівні працездатності та безпечної діяльності особистості.

Особливістю поведінки в стані нервово-психічної напруги є її негнучкість, відсутність лабільності та пластичності. В той же час стереотипні дії протікають скоріше, з тенденцією до автоматизму. Тому й загальною характеристикою стану нервово-психічної напруги вважається порушення структури життєдіяльності. При слабкій нарузі психіка не мобілізує

всіх резервів для життєдіяльності. Звідси і низька продуктивність діяльності. При цьому організм мобілізує всі енергоресурси. Гормони обрушуються на скелетні м'язи та внутрішні органи. Збільшується частота пульсу, артеріальний тиск, швидкість кровотоку, температура тіла.

Висновки. Підсумовуючи, все вище сказане, варто відзначити, що напруга – це не лише фізіологічна реакція, а й можливість для особистісного росту. Управління напругою є важливою частиною психологічного благополуччя. Це включає в себе техніки релаксації, такі як медитація та глибоке дихання, а також психотерапевтичні практики, що спрямовані на зниження стресу й підвищення емоційного благополуччя. Розпізнавання власних емоційних станів та вивчення способів підтримки ментального здоров'я є важливими кроками до здоров'я та добробуту.

Список використаних джерел:

1. Lazarus R. S. From psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks, in: fifty years of the research and theory of R. S. Lazarus. an analysis of historical and perennial issues. 1998. P. 349–365.
2. Lazarus R. S. Psychological stress and the coping process. New York : McGraw-Hill, 1966. 445 p.
3. Гоч Н. В. Особливості прояву психологічного стресу у підлітків. Психологічна допомога: від кризи до ресурсу. *Матеріали III Всеукраїнського науково-практичного форуму.* 2020. С. 41–45.
4. Паньковець В. Л. Психологічні чинники професійного стресу менеджерів освітніх організацій: автореф. дис. канд. психол. наук: спец. 19.00.10: ін-т психології ім. Костюка АПН України. Київ, 2016. 21 с.
5. Слободяник В. І., Дроздач О. Ю. Фізіологічні і психологічні аспекти емоційного стресу та його вплив на особистість. *Зб. наук. праць міжн. наук.-практ. конф. курсантів і студентів: проблеми та перспективи розвитку забезпечення безпеки життєдіяльності,* 2011. С. 110–111.

Оренко І.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОМЕНУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Постановка проблеми. Підтримка трудової діяльності працівників – необхідна умова успішного вирішення завдань економічного й соціального розвитку країни. Особливу роль у підтримці ефективності виробничого потенціалу країни відіграють медичні працівники, які стежать за здоров'ям громадян різного віку. Однак здатність медичної сфери охорони здоров'я підтримувати й відновлювати здоров'я співробітників залежить зокрема і від здоров'я самих медичних працівників. У сучасному світі проблема вивчення афективної сфери медичних працівників є важливою для психології. Професійна діяльність медичних працівників пов'язана з необхідністю потрапляння у складні стресові ситуації, що позначається на їхньому психоемоційному стані. Особливу увагу слід приділити вивченню синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Аналіз останніх досліджень. Проблема синдрому «емоційного вигорання» знайшла своє відображення у роботах зарубіжних і вітчизняних вчених присвячених змісту та структурі цього синдрому Г. Ложкін, М. Лейтер, Л. Малець, Е. Махер, В. Орел, М. Смультсон, Т. Форманюк. Прояви синдрому емоційного вигорання у працівників медичних закладів вивчали (Г. Каплан, Г. Робертс, Б. Седок, В. Семеніхіна, К. Черніс), про рівень емпатії соціальних працівників говорили (Т. Марек, К. Ван Вак). В. Бойко, В. Вілюнас, Н. Греса, Т. Гузенко.

Виклад основного матеріалу. Питання емоційного вигорання особистості гостро обговорюється на даний момент й вкрай важливе, тому що перебування в постійному стресі та фіксація на втратах близьке кожному сьогодні. Емоційне вигорання – це реакція у фізіологічній та психологічній сферах людини, що виникає внаслідок тривалого впливу стресу помірної інтенсивності, спричиненого її основною діяльністю. Іншими словами, це психічний стан, що характеризується відчуттям емоційної спустошеності та виснаження, спричиненими основною діяльністю людини, у поєднанні з емоційною спустошеністю, деперсоналізацією та зниженням працездатності.

Важливо зазначити, що емоційне вигорання завжди сприймається й інтерпретується тільки в негативному ключі. Це пов'язано з тим, що цей стан може призвести до емоційної та особистісної відстороненості, незадоволеності собою, тривоги, депресії та неадекватних емоційних реакцій на звичайні життєві ситуації. Однак було б неправильно ігнорувати

позитивні аспекти, пов'язані з цим станом. Користь емоційного вигорання полягає в тому, що воно дає змогу людям дозовано витратити свої енергетичні ресурси [2].

Термін емоційного вигорання поступово набуває все більшого поширення, викликаючи все більший інтерес серед психологів, педагогів, філософів, лікарів та інших дослідників у різних галузях. Згідно з МКХ-11, емоційне вигорання – це синдром, що виникає в наслідок погано керованого хронічного стресу на робочому місці. Емоційне вигорання безпосередньо пов'язане з професійним контекстом і не повинно розглядатися у відриві від досвіду в інших сферах життя. Особливість діяльності тих, хто працює в професійній системі «людина-людина», тобто медичних працівників, відрізняється тим, що вони залучені в численні ситуації високої емоційної інтенсивності, високого рівня стресу і складної міжособистісної комунікації. Турбота про пацієнтів посеред робочого дня є необхідною професійною якістю для медичних працівників. Вигорання може знижувати якість життя медичних працівників породжуючи такі симптоми, як тривога, дратівливість, перепади настрою, безсоння або відчуття невдачі [1].

Необхідність постійно перебувати в контакті з колегами та пацієнтами призводить до відхилень у фізичному та психічному стані лікаря. До загальних психосоматичних симптомів вигорання належать загальне нездужання, задишка, нудота, запаморочення, безсоння, підвищена пітливість, тремор, неприємні відчуття в серці та перепади артеріального тиску. Швидко знижується імунітет, виникають загострення хронічних захворювань. Перехід реакцій з емоційного на психосоматичний рівень свідчить про те, що емоційний захист не завжди здатен впоратися з високим стресом, і на цьому етапі неминуче виникають фізіологічні порушення [4].

Професійна діяльність медичних працівників також напряму пов'язана з постійним психологічним та емоційним стресом. Це пов'язано з циклічним порушенням добових біоритмів, пов'язаними із роботою в різні зміни. Додатковими психологічними факторами ризику є страх перед професійною інфекцією та часті ситуації, пов'язані з проблемами комунікації (надмірно тривожні пацієнти чи вимогливі родичі). Існує безліч інших чинників, що сприяють надмірному професійному стресу: незадоволеність роботою (відсутність умов для ефективного догляду, фінансові пільги), надмірні вимоги до медичних працівників і необхідність поєднувати роботу та сімейні обов'язки [3].

Висновок. На сучасному етапі розвитку медицини стан емоційного вигорання серед медичних працівників є актуальною проблемою. Це пов'язано з тим, що багато високопрофільних лікарів і медичних працівників мають низьку стресостійкість і схильні до емоційного вигорання. Медсестри також стикаються зі значним ризиком емоційного вигорання. Причинами цього є активний щоденний контакт з пацієнтами з різноманітними

станами та складні медичні процедури, що потребують особливої уваги й концентрації. Тому є необхідність підвищення резильєнтості медичних працівників та підтримка власного ментального здоров'я в умовах сьогодення.

Список використаних джерел:

1. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS). 2018. version // <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
2. Бодров В. А. Психологія професійної діяльності: Теоретичні та прикладні проблеми. Київ : Либідь, 2016. 165 с.
3. Будницька О. А. Індивідуально-особистісні детермінанти емоційних переживань у психотравмуючій ситуації. Автореф. канд. психол. наук: 19.00.07. Київ, 2011. 17 с.
4. Назаренко І.П. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників психіатричної сфери. Новини медицини та фармації. 2011. № 383.

Каліщук Л.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Постановка проблеми. Професія медичного працівника – одна з найважчих та найвимогливіших професій в світі. Суспільству небайдуже, хто обирає професію і як він виконує моральні зобов'язання, що накладаються цією професією. З розвитком суспільства змінилось й становище лікаря. Професія медичного працівника завжди буде актуальною для соціуму. Військовий стан в нашій країні підвищив важливість даної професії та медичних знань. Зараз медики спостерігаються на всіх фронтах: в місцях, де ведуться активні бойові дії, лікарні, військові госпіталі, міста та маленькі села. Тому вивчення психологічних особливостей медика є актуальною тематикою на період сьогодення.

Аналіз останніх досліджень. Дану тематику вивчали багато науковців, зокрема про проблеми всебічного розвитку особистості говорили А. Адлер, Д. Зіглер, Е. Еріксон, А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл, Е. Фромм, З. Фройд, Л. Хьєлл, К. Юнг. Сучасні науковці також розвивають дану тематику, і тут необхідно назвати імена О. Бондарчук, Л. Карамушка, З. Карпенко, Г. Костюк.

Виклад основного матеріалу. Важливою психологічною характеристикою медичних працівників є емоційна стійкість, відсутність надмірної імпульсивності, здатність зберігати стабільність, рівновагу та контролювати власні емоції. Емоційна стабільність допомагає медичним працівникам уникати психологічних конфліктів у стосунках з пацієнтами.

Завоювати довіру пацієнтів медичним працівникам допоможе толерантне й впевнене ставлення, що супроводжується емпатійністю, а також здатністю приймати швидко рішення та рішучість. Пацієнти, які приходять до медичного закладу, мають право розраховувати на те, що медичний персонал щиро зацікавлений у наданні їм допомоги. Фахівці в медичній галузі щодня стикаються з безліччю моральних та етичних проблем, вирішення яких багато в чому залежить від їхніх особистих якостей. Проте вони також схильні до професійної деформації та емоційного вигорання. Відбувається зміна рівня вираженості професійно важливих якостей під впливом діяльності та психологічних особливостей людини. Впоратися з такими труднощами може тільки зріла й цілісна особистість [2].

Найважливішим психологічним аспектом медиків є емоційне забарвлення отриманої інформації за допомогою співчуття та співпереживання. Саме так вони зможуть зрозуміти

стан пацієнта і поділитися своїм досвідом, що вкрай важливо для пацієнта, адже для будь-якої людини дуже важливо, щоб її розуміли.

Важливою рисою медичної професії також є гуманізм – це пов'язано з тим, що не можна любити медицину, не люблячи людей. Психічне здоров'я також відіграє важливу роль у професійній діяльності. Медики, котрим бракує душевної рівноваги, не здатні адекватно витримувати всі психологічні та емоційні навантаження, пов'язані з професією, що вимагає адаптивних навичок.

Виконуючи свої обов'язки, медичний персонал повинен завжди демонструвати високий рівень професіоналізму і діяти з належним тактом у відповідь на конкретні ситуації. Тільки ті фахівці, які справді розуміють і вміють ефективно лікувати пацієнтів, здорові та здатні керувати своїм здоров'ям. І навпаки, душевна рівновага, спокійна дружелюбність та емоційна стабільність лікаря викликають у пацієнта почуття довіри і допомагають встановити взаєморозуміння. Під час хвороби рівень тривоги зазвичай підвищується, що призводить до емоційної нестійкості, дратівливості, збудливості та агресії [3].

Медична професія вимагає внутрішньої культури. Чесність має бути однією з ключових рис характеру. Для розвитку характеру важливі загальна культурна підготовка, знання літератури, здатність до самоосвіти та самопізнання. Часті розумові та емоційні перевантаження в процесі професійної діяльності та особливості психіки можуть призвести до змін і деформацій особистості. Такі негативні риси, як байдужість, грубість, дратівливість у спілкуванні з пацієнтами, а інколи й депресія, зумовлена почуттям безпорадності, особливо проявляються під час роботи з тяжкохворими пацієнтами [2].

Очевидно, що особливу роль у запобіганні цьому явищу відіграє етап професійного становлення, коли молоді фахівці, які закінчили навчальні заклади, стають суб'єктами нової діяльності. Вхідження у професію передбачає перебудову професійних і ціннісних орієнтацій особистості, формування необхідних навичок, компетенцій і способів діяльності, накопичення власного практичного досвіду. Найважливіша цінність фахівця характеризує вершину досконалості творчої особистості – професіоналізм. За культурою професіоналізму в будь-якій сфері суспільства можна визначити рівень цивілізованості та соціально-економічного прогресу цього суспільства [1].

Висновок. Медична практика протягом тривалого часу призводить не тільки до розвитку професійних навичок, а й до низки небажаних змін як для особистості медичних працівників, так і для успішності їхньої діяльності. Проблема вивчення та пізнання саме психологічних особливостей медичних працівників має велике практичне значення в контексті використання отриманих наукових знань для підтримання психічного та фізичного здоров'я медичних працівників.

Список використаних джерел:

1. Зеєр Е. Ф. Психологія професій. Харків.: Ділова книга, 2013. 108 с.
2. Федік І. В. Психологічні аспекти медичної праці. Київ: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 126 с.
3. Філоненко М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря. Київ: Центр навчальної літератури, 2019. 334 с.

МЕДСЕСТРИНСТВО ТА ОСВІТА В УМОВАХ ВІЙНИ

Tamutytė K.

Institute of Health Sciences, Faculty of
Medicine, Vilnius University

ASSESSMENT OF INTERCULTURAL NURSING SERVICES IN PRIMARY HEALTH CARE FROM AN UKRAINIAN PERSPECTIVE

Problem. How do Ukrainians perceive intercultural nursing in primary healthcare in Lithuania?

Objective. To find out the Ukrainians' assessment of the health care services they have received in primary health care centres in Lithuania.

Research methods. The data collection was conducted from 2022-12-07 until 2023-03-02 in Lithuanian health care institutions. A standardized anonymous questionnaire was used (Scale for assessing nurses' communication skills, reliability of 0.933 Cronbach's alpha). All Ukrainians living in Lithuania, who visited primary health care institutions and received the services of a general practitioner or specialist team, could participate in the survey. The information about the study was published on the social networks through Lithuanian Ukrainians' groups on Facebook, Telegram, and Viber. Voluntary organizations, such as the Red Cross and Caritas, contributed to the distribution of the questionnaire. A total of n=120 Ukrainians participated in the survey. The statistical software package "IBP SPSS Statistics 27.0.0.0" was used for data analysis.

The approval from the Ethics Commission of the Institute of Health Sciences, Faculty of Medicine in Vilnius University to conduct the study was obtained. The questionnaire was anonymous, and respondents were not asked to indicate their name, surname or other identifying information. Respondents participated in the survey voluntarily.

Results. The age of the subjects varied from 17-70 years. The majority (92.5%) of the subjects were women. The majority of the subjects had a higher university education (70.8%) (45.0% had a master's degree, 20.8% - a bachelor's degree, 5.0% - a doctorate), according to marital status, the majority (70.0%) were married or lived with a partner. All Ukrainians who took part in the study spoke Russian, 40.8% spoke English.

Most important thing for Ukrainians was that the nurse respected them as a person (score 4.36(5.0)), followed ethical norms (score 4.32(5.0)), and listened to their grievances (score 4.29(5.0)). The least important were asking about "special" religious days (2.91(3.0) points) and

involving family members in the care process (3.00(3.0) points).

The assessment of nurses' communication skills when receiving healthcare, listening to complaints (3.91(4.0) points), adherence to ethical standards (3.86(4.0) points), and respect to a person (3.79(4.0) points) were the most important.

The evaluations of nurses' communication skills at the time of receiving services with the assessment of the importance of these skills, it was found that almost all, except for the use of phrases in the subjects' native language, communication skills were evaluated worse than expected.

Communication skills during service delivery among Ukrainian men and women, there was a statistically significant difference in the ratings of only one aspect, "The nurse involves the patient's family members in the nursing process", which was rated significantly higher by men than by women (score 3.89(4.0) in the men's group and score 2.64(2.0) in the women's group: $p=0.007$). For other dimensions, the scores were similar between men and women.

Satisfaction with the received healthcare services, only 15.8% of the subjects had no complaints. The participants of the research were mostly dissatisfied with the long waiting time (65.8%). The other reason in terms of frequency (29.2%) was dissatisfaction with the unavailability of necessary medical services. The least frequently the subjects were dissatisfied with the lack of professional competence of nurses (6.7%), and lack of service personnel (8.3%). 10.8% of the respondents had complaints about the cultural competence of nurses.

Most frequent (81.7%) clinics, visited by the Ukrainians participating in the study, were located in big cities, while the vast majority (92.5%) of the subjects visited state clinics. The most frequent reason for visiting a polyclinic was the deterioration of their general health (70.8%), while the next most frequent reason was the health of their child(ren) (45.0%).

Conclusions. The majority of the respondents were women, the majority had a university education; were married or lived with a partner. All respondents in the study were fluent in Russian language, and less than half of the subjects could speak English. For Ukrainians, it was the most important that the nurse respects them as a person, adheres to ethical norms and listens to their complaints. The participants were mostly dissatisfied with the long waiting time and only a minority of respondents had complaints about the cultural competence of nurses. The participants mostly visited state clinics and clinics located in big cities. The most common reason for visiting the polyclinic was general deterioration of health.

Марущак М.

Тернопільський національний
медичний університет імені
І. Я. Горбачевського

ОСОБЛИВОСТІ РОЗРОБКИ ОСВІТНЬО-НАУКОВОЇ ПРОГРАМИ ПІДГОТОВКИ ДОКТОРІВ ФІЛОСОФІЇ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 223 МЕДСЕСТРИНСТВО

В Україні досить недавно впроваджено ступеневу підготовку медичних сестер, зокрема третій освітньо-науковий рівень вищої освіти, що дозволить удосконалити підготовку ліцензованих медичних сестер і підвищити якість надання медсестринських послуг, запроваджений з 2017 року.

Освітньо-наукова програма третього рівня вищої освіти – це науково-дослідний ступінь, що готує медсестер, які проводять важливі медичні дослідження, що сприятимуть розвитку всієї сфери медсестринства, а також для викладання медсестринства в освітніх закладах.

Метою нашого дослідження було розглянути особливості розробки освітньо-наукової програми (ОНП) 3 рівня вищої освіти за спеціальністю 223 Медсестринство, що реалізується в Тернопільському національному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського (ТНМУ).

Результати. Підготовка доктора філософії зі спеціальності 223 Медсестринство в ТНМУ започаткувалась на фундаменті багаторічного досвіду навчання бакалаврів та магістрів медсестринства і є логічним продовженням здобуття вищої освіти в умовах ступеневої системи підготовки фахівців. Важливими складовими також є фахова активність викладачів, їхня наукова діяльність, реалізація міжнародних програм з медсестринства, експертна практика у вітчизняних освітніх проєктах, стажування в американських та європейських медсестринських школах. Це дозволило випрацювати основні інноваційні принципи, теоретичні засади, практичні інструменти підготовки доктора філософії з медсестринства.

ОНП підготовки доктора філософії в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство у Тернопільському національному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського МОЗ України розроблена на основі синтезу кращих практик шкіл медсестринства, де реалізуються PhD-програми за такою спеціальністю спільно з зовнішніми і внутрішніми стейкхолдерами. Унікальність ОНП полягає в тому, що це одна з двох в Україні ОП, де можна отримати ступінь PhD з медсестринства, відповідно до головних

цілей інноваційного розвитку України з урахуванням загальнонаціонального контексту, на основі синтезу кращих практик PhD програм закладів США та Канади (The Johns Hopkins School of Nursing, Emory University's Nell Hodgson Woodruff School of Nursing, Pace University College of Health Professions, Hahn School of Nursing and Health Science University of San Diego, the University of North Carolina at Chapel Hill, MacEwan University) з урахуванням досвіду БДМУ, у поєднанні з отриманим досвідом в рамках співпраці між ТНМУ та ЗВО країн-партнерів (Університет імені Гранта Мак'Юена, Саскачеванська Політехніка, Реджайнський Університет, Колегіум Мазовія), високодосвідченими викладачами, оптимальним освітнім середовищем для розвитку талановитих науковців.

Щорічне вдосконалення ОНП базується на пропозиціях та зауваженнях внутрішніх та зовнішніх стейкхолдерів. Суттєве корегування відбулось у 2021 році. Зміни були пов'язані з реформуванням галузі охорони здоров'я, процесами переосмислення ролі медичної сестри в практичній медицині, необхідністю підвищення рівня узгодженості програмних результатів навчання з компетентностями тощо. ОНП була позитивно схвалена фахівцями з медсестринства Вищої школи імені Папи Іоанна Павла II (Польща) та університету Мак'Юена (Канада).

Завдяки цьому викристалізувався основний фокус програми – науково-дослідницький та пошуково-прикладний. Особливістю ОНП є також фокус на підготовку спеціалістів саме для закладів вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я, що відображено у змісті окремих нормативних та вибіркового компонентів ОНП.

Під час формулювання цілей та програмних результатів навчання ОНП враховувались інтереси державної установи «Центр розвитку медсестринства МОЗ України» та Міністерства охорони здоров'я України, які є стейкхолдерами у розрізі даного питання і зацікавлені у підготовці докторів філософії з медсестринства, оскільки науковий досвід таких фахівців у майбутньому може суттєво допомогти в напрацюванні інструментів реалізації політики охорони здоров'я. В ОНП враховувались також потреби органів місцевої влади, які теж зацікавлені у підготовці висококваліфікованих кадрів з медсестринства.

Цілі та програмні результати навчання ОНП відповідають тенденціям розвитку медсестринства та ринку праці. Так, міжнародна практика показує, що межа між професіями лікаря і медсестри зміщується у напрямку надання більших повноважень медсестрам, що зазначено в рецензії іноземних колег. Освітня підготовка в поєднанні з практичним досвідом дозволяє медичній сестрі розробляти та досліджувати концептуальні, статистичні моделі процесів і систем, ефективно використовувати їх для отримання нових знань, що є основними сучасними тенденціями розвитку медсестринства. ОК та ВК відображають професійні компетенції та забезпечують придатність випускників до працевлаштування на відповідних

посадах. Сучасна медсестринська діяльність характеризується високою наукоємністю технологічних процесів, які дають можливість розв'язувати значущі наукові та практичні проблеми медсестринства з дотриманням дослідницької етики, стандартів академічної доброчесності та авторського права, що забезпечить галузь охорони здоров'я інтелектуальним кадровим потенціалом.

Висновок. ОНП за спеціальністю 223 Медсестринство, що реалізується в Тернопільському національному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського, готує фахівців, дії та рішення яких базуються на наукових доказах, є клінічно доцільними, економічно ефективними та призводять до позитивних результатів для пацієнтів та галузі охорони здоров'я загалом.

**Цвіренко С., Похилько В., Жук Л.,
Чернявська Ю., Соловйова Г.**
Полтавський державний медичний
університет

ВИСВІТЛЕННЯ ДЕОНТОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ РОБОТИ З ДІТЬМИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Питання деонтології займають важливе місце в професійній діяльності медичних працівників, які надають допомогу дітям. Професія медичного працівника передбачає не тільки наявність глибоких знань і досконале володіння фаховими навичками, але й наявність рис людяності, милосердя, гуманізму. Медичні сестри займають особливе місце у медичній спільноті, оскільки від якості їх роботи, їх кваліфікації й особистісних характеристик залежить не тільки успіх лікування, але і якість життя пацієнта під час захворювання та й, власне, процес одужання.

Професійна сфера медичних працівників різної спеціалізації має свої особливості, які визначаються особливостями взаємовідносин з пацієнтами, тими відмінними умовами, в яких відбувається їх взаємодія. Робота в дитячих відділеннях відрізняється тим, що об'єктом діяльності є дитина у стані хвороби, рідше здоров'я, її родина. Відверто можна сказати, що серед всіх медичних фахів проблеми етики і деонтології є одними з найскладніших саме в педіатрії [1].

Одним із перших на деонтологію в педіатрії звернув увагу С. Хотовицький (1847), який зазначав, що «звичайно розпізнавання і лікування дитячих хвороб вимагає набагато ретельнішого спостереження, набагато більшої прозорливості і практичної навички, ніж це потрібно в ставленні до хвороб дорослих осіб; дитячому лікарю ... потрібний особливий такт і особливе почуття, семіотичне..., дитячий лікар повинен мати особливу природжену прихильність до дітей, він повинен знаходити задоволення в спілкуванні з дітьми, повинен уміти з дітьми бути ніби дітлахом». Безумовно, ці ж риси повинні бути притаманні не лише лікарям, а й усім медичним працівникам, які працюють в педіатричній галузі, оскільки саме вони, середні і молодші медичні працівники, безпосередньо реалізують лікувальний процес, здійснюють догляд за хворими дітьми.

Етико-деонтологічним питанням при підготовці медиків присвячено значну кількість методичних і наукових публікацій, і, здається, всі аспекти детально висвітлені. Але на даний час деонтологія набула особливої актуальності в результаті ряду змін, які відбуваються в країні. Це і повномасштабна війна росії в Україні, і зміни соціально-економічних умов, і

реформування закладів охорони здоров'я, і розвиток ринкових відносин у медицині тощо. Крім того, в останні роки прогресували прояви дегуманізації, відчуження від пацієнта, зменшення значення контакту «медик – пацієнт» завдяки новим методам інструментального і лабораторного дослідження, апаратного моніторингу стану хворого [2].

Основними деонтологічними принципами роботи в педіатрії є: зробити все можливе, щоб допомогти хворій дитині; уникнути будь-яких дій, які можуть нашкодити хворому; вміти контактувати не тільки з хворою дитиною, а й з її родиною; бути коректним, доброзичливим і демократичним зі своїми колегами; дотримуватися лікарської таємниці [3].

Кожен медичний працівник дитячого закладу охорони здоров'я повинен знати основні особливості дитячої психології, темпераменту хворої дитини з урахуванням її віку, характеру і важливості захворювання, а також фактори, які визначають поведінку дитини в певних обставинах. Особливість роботи медичного працівника в педіатрії полягає в тому, що необхідно контактувати не тільки з дитиною, що вимагає знання анатомо-фізіологічних особливостей дітей різного віку та вміння спілкуватися з ними, але й треба спілкуватися з батьками і найближчими родичами дитини, кожен з яких має свої характеристичні особливості і своє бачення стану здоров'я дитини.

При проведенні діагностично-лікувального процесу медичний працівник, в першу чергу, встановлює контакт з дитиною (винятком є діти раннього віку). У більшості випадків, якщо дитина не чинить опір, то батьки сприймають це як професіоналізм медичного працівника і починають ставитися до нього з довірою. Тому медична сестра повинна знайти такий спосіб спілкування, щоб дитину заспокоїти, сформувати довірливу атмосферу. Вирішенню даного завдання сприяють особисті якості медичного персоналу (доброзичливість, спокій, впевнене виконання професійних маніпуляцій і т.п.). Створення довірчих відносин з маленьким пацієнтом і його родичами є запорукою успішного лікування.

Одним з головних деонтологічних завдань є зниження страху у дитини, оскільки у більшості дітей однією з основних причин негативних емоцій є почуття страху перед можливим болем і незрозумілими їм медичними маніпуляціями. Звідси – перебування дитини в стані стресу, прояви різкого негативу не тільки до лікувальних процедур, але й до спілкування з медичним працівником, особливо якщо в його руках шприц чи інші медичні інструменти. Відповідно, необхідно допомогти дитині подолати почуття страху, пояснити зрозумілими словами хід маніпуляції, намагатися умовити дитину на проведення процедури і виконати останню, якщо це можливо, без болю. Для цього медичний працівник повинен досконало володіти методиками відповідних медичних маніпуляцій. Іноді батьки з виховною метою (наприклад, бажаючи заспокоїти дитину) погрожують уколами, відвідуванням лікаря, створюючи таким чином підґрунтя для формування страху. Або, навпаки: говорять, що «буде

не боляче», «нічого страшного» і т.п., намагаючись знизити страх, але насправді створюють недовіру до дорослих, а страх не зникає. Хоча у більшості випадків присутність близької дорослої людини при госпіталізації дитини, під час процедури, допомагає вирішити питання адаптації дитини до нових умов лікувального закладу, знизити рівень стресу, що позитивно впливає на лікувальний процес.

Діти старшого віку по-різному можуть сприймати свою хворобу та іноді вдаються до фантазій чи дисимуляції. Вони можуть боятися ін'єкцій, інших болісних чи неприємних процедур, деяких методів обстеження, можуть не розуміти небезпеку свого захворювання і для цього будуть нерозумно приховувати прояви патології. Тому, безумовно, базова теоретична підготовка, знання проявів хвороб є важливими для медичних працівників.

Ще одним деонтологічним аспектом в педіатрії є морально-емоційний стан родини, пов'язаний з хворобою дитини. Звичайно, дорослі по-різному можуть реагувати на хворобу дитини, але, на нашу думку, майже всі батьки відчувають свою провину в тому, що дитина захворіла. Більшість батьків намагається знайти фактори, що стали причиною хвороби, звинувачують себе у неувважності до скарг дітей. Безумовно, основну інформацію про стан дитини, діагноз, лікування, прогноз, надасть лікар. Але батьки можуть і середніх медичних працівників розпитувати про захворювання, про результати обстеження та лікування їх дітей. Тому медичним сестрам потрібно бути вкрай обережними у висловлюваннях, не вживати незрозумілих термінів, інформувати батьків лише по тих питаннях, які є в їх компетенції.

Спокійне, доброзичливе спілкування створює необхідні умови для формування співпраці з батьками, впевненості в правильності лікування, зацікавленості дитини і батьків виконувати лікарські призначення. Студентам необхідно пам'ятати, що невміння спілкуватися з пацієнтом та його родиною є головним фактором їх незадоволення.

У навчанні деонтологічним аспектам роботи в педіатричному стаціонарі важливим фактором є моральний клімат у відділенні. Необхідно враховувати все: і зовнішній вигляд співробітників, ділові (дружні) стосунки між медичними працівниками, відсутність конфліктів, шанобливе ставлення молоді до наставників і навпаки. Величезне значення має підкреслене уважне ставлення до пацієнтів та їх батьків, вільне обговорення і розбір помилок і, головне, високий рівень кваліфікації медиків [3].

Доречно говорити про деонтологічні принципи викладання педіатричних дисциплін. Програми, підручники, додаткова література є лише допоміжними матеріалами. Головним носієм інформації при навчанні деонтології в педіатрії є викладач, професійний обов'язок якого полягає в тому, щоб крім надання студенту певних фахових знань, постійно працювати в наступних напрямках: прищеплювати любов до педіатрії; розвивати потребу в здобутті нових знань, поважати інтереси хворої дитини; спонукати студента до постійного

вдосконалення. Реалізація цих принципів можлива лише за умови, коли викладач сам є людиною всебічно розвиненою, любить спеціальність педіатра і педагога; є лікарем високого професійного рівня, має вагомий науковий потенціал, вимогливий до себе і до студентів; є прикладом для наслідування. Але важливо пам'ятати, що освітній процес являє собою єдність навчання і виховання. Висвітлюючи питання деонтології необхідно підкреслити, що виховання не обмежується спілкуванням «викладач-студент».

Таким чином, робота медичного працівника з відділу дитячих хвороб потребує знань психології дітей, здорових і хворих, в різних вікових періодах, уміння побудувати з ними правильні взаємовідносини з дотриманням правил деонтології, вміння створити атмосферу взаєморозуміння і дружбу з рідними і використати їх позитивний вплив на хід лікувального процесу. А деонтологічні принципи при викладанні педіатричних дисциплін при підготовці медичних сестер повинні займати важливе місце. Усім аспектам спілкування з дитиною та її родиною важливо постійно приділяти увагу впродовж усього періоду навчання. Влучним можна вважати висловлювання Альберта Ейнштейна: «Моральні якості вченого мають, можливо, більше значення для всього ходу історії, ніж наукові досягнення, які б вони не були великі».

Список використаних джерел:

1. Деонтологія в медицині. Ч. 1 : метод. вказ. для самост. роботи студентів з курсу за вибором / упоряд. Т. В. Ащеулова, Т. М. Амбросова, Н. М. Герасимчук. Харків: ХНМУ. – 2021. 36 с.
2. Медична психологія: підручник /за ред. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА. – 2022. 300 с.
3. Fleming JP, Shields LK, Shields MD. Ethics in child health: a practical workbook. Cambridge Scholars Publishing; 2020. 13 – 29 pp. Режим доступу: <https://www.cambridgescholars.com/resources/pdfs/978-1-5275-4574-8-sample.pdf>

Гвоздецька Г., Жукуляк О.,

Глов'як В.

Івано-Франківський національний
медичний університет,

Дуб Н.

КЗВО ЛОР «Львівська медична
академія імені Андрея Крупинського»

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНИХ ФАХІВЦІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 223 МЕДСЕСТРИНСТВО

Сучасна підготовка фахових молодших бакалаврів має забезпечити потреби системи охорони здоров'я у висококваліфікованих, конкурентноспроможних спеціалістах. Відповідно, професійне становлення можливе не тільки за умов наявності глибоких теоретичних знань, а й необхідне ґрунтовне засвоєння і володіння практичними навичками та вміннями. Згідно вимог сучасності, кількість практичних навичок і вмінь, якими повинні володіти медичні сестри, фельдшери, акушерки, стрімко зростає, а при здійсненні освітнього процесу для відпрацювання практичних навичок не завжди є можливим забезпечити студентів тематичними пацієнтами. Окрім цього, у зв'язку з наближенням до запровадження страхової медицини права пацієнта вимагають їхньої згоди на виконання тих чи інших дій. З точки зору освітнього процесу, з кожним роком все більш актуальними стають правові аспекти навчання студентів біля ліжка хворого тактичних навичок. Викладання клінічних дисциплін повинно бути, перш за все, практично орієнтованим, тобто, будуватися на основі інтерактивного професійно-орієнтованого навчання. Це означає, що студенти з початку вивчення дисциплін повинні освоїти не тільки теоретичний матеріал, а і вчитися правильно інтерпретувати наведену інформацію, застосовувати її на практиці. Для цього викладачі використовують матеріал, що надається тренінговими та симуляційними центрами, де студенти відпрацьовують практичні навички та удосконалюють свої вміння. В Університеті відкриті та працюють сучасні тренінгові центри на більшості клінічних кафедр, симуляційний центр, центр ОСКІ. Для забезпечення ефективного впровадження нових технологій відкриті інтернет-сторінки кафедр, викладачів, де розміщені всі методичні матеріали, календарні плани лекцій і практичних занять, мультимедійні презентації лекцій та інша інформація.

Метою роботи було оцінити ефективність двох моделей навчання (пасивної та інтерактивної) при викладанні дисциплін акушерсько-гінекологічного та педіатричного профілів студентам III курсу фахового медичного коледжу ІФНМУ в VI семестрі 2021–2022

навчального року та студентам III курсу КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського». У дослідженні взяли участь 52 студенти II–III курсів денної форми навчання спеціальності 223 Медсестринство ОПП «Сестринська справа» та ОПП «Лікувальна справа» (2 групи по 26 студентів). Під час викладання дисциплін акушерсько-гінекологічного та педіатричного профілів для студентів першої групи (контрольна група) викладачі використовували пасивну модель навчання, а студенти другої групи (основна група) навчалися із використанням рольових ігор під час проведення практичних занять. Студенти об'єднувались у групи по двоє чоловік, де один студент виконував роль медсестри (фельдшера), інший – пацієнта. Кожній групі пропонувалася певна клінічна ситуація та обмежений час для її демонстрації. Студенти при цьому, окрім знань і здібностей, повинні вміти самостійно мислити, аналізувати причинно-наслідкові зв'язки для правильного виявлення проблеми пацієнта, постановки попереднього діагнозу, складання плану догляду за ним та надання невідкладної допомоги. Інколи рішення завдань здається елементарним, але необхідно опрацювати великий об'єм інформації, зробити попередні висновки, щоб прийти до кінцевого висновку про причину подібного стану. Це і сприяє розвитку клінічного мислення, такого необхідного в майбутній професії медика. Аналіз ефективності засвоєння матеріалу визначається шляхом проведення тестування вхідного та вихідного рівня знань. Результати вхідного рівня були приблизно однаковими для обох груп, кількість правильних відповідей складала 48 – 49%. Під час порівняння результатів вихідного рівня знань, відсоток правильних відповідей суттєво відрізнявся і складав 60 – 63 % і 88 – 90% відповідно для контрольної і основної груп. При аналізі підсумкових зрізів, які проводились після декількох занять, результати в основній групі також були вищими на 35% у порівнянні з контрольною групою.

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

Висновки. Отже, оптимальною альтернативною технологією навчання майбутніх медичних сестер, фельдшерів, акушерок є інтерактивні методи, що спонукають студентів до взаємодіяльності, діалогу з іншими суб'єктами освітнього процесу. Суть інтерактивного навчання полягає в організації освітнього процесу, де кожен студент має конкретне завдання, за виконання якого він повинен публічно відзвітувати, бо від його діяльності залежить якість виконання поставленого перед групою завдання. Водночас інтерактивний метод, як і будь-яка

інша педагогічна технологія, орієнтований не тільки на засвоєння знань, але й на розуміння, аналіз, синтез та оцінювання.

Список використаних джерел:

1. І.Я.Губенко., І.В.Радзівська. Галузеві стандарти вищої освіти як складова системи підготовки медичних сестер. // Медсестринство. - 2014. №1. С. 14-17
2. Ковальчук Л.Я. Застосування Європейських стандартів і рекомендацій щодо внутрішнього забезпечення якості медсестринської освіти в Тернопільському державному медичному університеті // Медсестринство. - 2011. - №1. - С. 13-16.
3. Реформування системи підготовки медичних сестер в Україні // Медсестринство. - 2014. - №1. - С. 20-24.
4. Р.О.Сабадашин, О.В. Маркевич, В.О.Рижковський. Методологія застосування алгоритмів при підготовці майбутньої медичної сестри . // Медсестринство. - 2014. - №2. - С. 18-21.
6. Шегедин М.Б., Окс Н.Л. Навчальному процесу - нові форми організації. Досвід застосування традиційних і активних форм навчання у Львівському державному медичному коледжі імені Андрея Крупинського// Медсестринство. - 2013. - №1. - С. 31-3

Дуб Н., Вітковська І.

КЗВО ЛОР «Львівська медична

академія імені Андрея Крупинського»

ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ДЕМЕНЦІЄЮ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Постановка проблеми. Деменція – це серйозне психічне захворювання, яке впливає на когнітивні та поведінкові функції пацієнта більшою мірою, ніж це очікується при звичайному старінні [1]. Чимало людей з деменцією зберігають свої позитивні риси особистості та особистісні якості, але з часом вони можуть відчувати низку таких проблем – втрату пам'яті, зниження швидкісних характеристик та продуктивності мислення, погіршення мови, порушення орієнтації, зміни особистості, труднощі в повсякденній діяльності, нехтування власними потребами, некогнітивні прояви – апатію, депресію або психоз і нехарактерну поведінку – агресію, порушення сну [2].

Сучасний стан догляду за пацієнтами з деменцією в Україні є незадовільним. Кількість стареньких людей, які страждають цим захворюванням, постійно зростає. В Україні існує низка проблем, які становлять загрозу ефективному догляду за пацієнтами з деменцією. Зокрема, недостатня кількість кваліфікованих медичних фахівців, які мають навички по догляду за пацієнтами з деменцією, що не дає можливості забезпечити якісну та ефективну допомогу хворим та їх рідним, відсутність достатньої фінансової підтримки з боку держави для розширення мережі високоспеціалізованих деменційних центрів і навчальних програм для медичних фахівців, низький рівень обізнаності серед населення про причини виникнення деменції та симптоми цього захворювання, що значно ускладнює діагностику й лікування хворих з деменцією.

Мета. Аналіз сучасного стану догляду за пацієнтами з деменцією та надання рекомендацій щодо покращення якості догляду за такими пацієнтами в Україні.

Методи дослідження. У рамках проведення дослідження використовувалися теоретичні та емпіричні методи дослідження.

Результати та висновки. Україна має потенціал для розвитку якісного догляду за пацієнтами з деменцією, про що свідчить чимала кількість наукових конференцій, семінарів, навчальних курсів з даної проблематики. Проте, необхідна комплексна підтримка з боку держави, медичних закладів, громадських організацій та населення. Для забезпечення ефективного та якісного догляду за пацієнтами з деменцією потрібно вжити наступних заходів:

1. Збільшення кількості фахівців у сфері догляду за пацієнтами з деменцією, зокрема медсестер/медбратів, які отримують спеціалізовану підготовку з лікування деменції та догляду за хворими. Щоб забезпечити високоякісну підготовку медичних фахівців можна розробити спеціалізовані навчальні програми, які охоплюватимуть різні аспекти догляду за пацієнтами з деменцією (безпека, комунікація, харчування, сон, прийом ліків та інші).

2. Розвиток мережі деменційних центрів та створення спеціалізованих відділень для догляду за хворими з деменцією у лікарнях та стаціонарах.

3. Проведення інформаційних кампаній та навчальних заходів для медичних працівників і населення з метою підвищення обізнаності про деменцію та її симптоми.

4. Забезпечення фінансової підтримки для досліджень і розробок нових методів діагностики, лікування та догляду за пацієнтами з деменцією.

5. Залучення громадських організацій, які можуть забезпечувати інформаційну і психологічну підтримку, консультації та навчання різних методів догляду.

6. Встановлення стандартів догляду за хворими з деменцією та їх впровадження у практику медичних закладів.

Крім того, при догляді за пацієнтами з деменцією слід враховувати ряд особливостей, щоб забезпечити їм якісну та ефективну допомогу.



Рис.1. Особливості догляду за пацієнтами з деменцією (сформовано автором)

Таблиця 1. Опис особливостей догляду за пацієнтами з деменцією [3]

Особливість	Опис
Забезпечення безпеки та контролю поведінки	Використання спеціальних систем безпеки – ременів для фіксації, розміщення в особливих палатах
Стійкий режим харчування	Забезпечення регулярного прийому їжі та виключення продуктів, які можуть викликати негативну реакцію
Стійкий режим сну	Забезпечення регулярного та комфортного сну, уникнення пробуджень вночі
Використання ліків	Розробка індивідуальної системи лікування та контроль за прийомом лікарських засобів
Регулярна фізична активність	Забезпечення можливості виконання фізичних вправ та прогулянок на свіжому повітрі
Підтримка комунікації	Забезпечення можливості спілкування з пацієнтом та розвиток методів спілкування, що відповідають особливостям захворювання (використання простих та зрозумілих слів, повільне та чітко вимовляння, наводження конкретних прикладів та використання жестів)
Психологічна підтримка	Забезпечення можливості консультування психолога для пацієнта та його рідних

На основі аналізу літератури [3, 4] пропонуємо наступні підходи для організації навчання медсестер/медбратів особливостям догляду за хворими з деменцією:



Рис. 2. Рекомендовані підходи для навчання сестер/братів медичних особливостям догляду за хворими з деменцією [3, 4]

Узагальнюючи, деменція є серйозною проблемою для суспільства, оскільки вона створює значні труднощі для хворих та їх родин. Забезпечення відповідного догляду за хворими з деменцією є ключовим чинником у покращенні їх якості життя. Для досягнення цієї мети необхідно проводити інформаційні кампанії й навчальні заходи для населення та медичних працівників про деменцію, розвивати спеціалізовані деменційні центри, методів догляду та підтримка добровільних організацій. Тільки комплексний підхід може допомогти вирішити проблему деменції і покращити якість життя хворих та їх родин.

Список використаних джерел:

1. Скрипніков А. М., Гринь К. В., Погорілко О. В. Деменція: Клінічний, патоморфологічний та психофармакологічний аспекти. Особливості догляду за пацієнтами з деменцією: навчально-методичний посібник. Полтава: ПП«Астроя», 2021. 148 с. URL: http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/16582/1/Posibnyk_Demenciya.pdf
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги (УКПМД) «Деменція» від 19.07. 2016. № 736. 65 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_736_ukpmd_dem.pdf
3. Alzheimer's Association campaign for quality residential care (2009). Dementia care practice recommendations for assisted living residences and nursing homes. 32 p. URL: <https://www.alz.org/media/documents/dementia-care-practice-recommend-assist-living-1-2-b.pdf>
4. Brodaty, H., Draper, B., & Low, L.-F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), P. 583-590. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14651681/>

Пенько В.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

ФІЛОСОФІЯ В ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Філософія в навчальних програмах та планах медичних навчальних закладів входить до блоку дисциплін загальної підготовки, тобто студенти отримують знання про речі та явища, які перебувають за межами спеціальних, тобто медичних знань. Такі, немедичні знання, за усталеною в суспільстві думкою, є необхідними для посилення процесу соціалізації майбутнього медика. Щоб жити в суспільстві, потрібно про нього знати. Такій позиції важко заперечити, проте й суспільствознавче оцінювання комплексу медичних навчальних предметів дає зрозуміти, що перелік та обсяг медичних дисциплін в навчальному плані також мають відношення до соціалізації медика. Медик має можливість адаптуватись в соціумі, здобути певний соціальний статус залежно від того, чого хоче від медика суспільство, тобто певна суспільна спільнота та наскільки конкретний носій медичних знань може задовольнити ці суспільні потреби. Суспільство може обрати за основу своєї організації непотизм, але це не позбавляє членів цього суспільства потреби у кваліфікованих медиках.

Проблема підготовки медиків є вічною й невинною, бо невинними є зміни в будь-якому суспільстві. Зміни мають об'єктивні, незалежні від людей, причини, наслідком яких є, перш за все, зміни людської свідомості. Людство рухається від примітивніших до складніших цивілізацій, головною ознакою чого є зміни у ставленні до людини, до її життя. В сучасному цивілізованому суспільстві якісного, гідного людини, життя потребують майже усі, а не лише можновладці й інтелектуали. Щоразу якість життя людини пов'язують з освітою та медициною, які можуть забезпечити належний добробут кожній без винятку людині. Таким чином, ускладнюються вимоги до надавачів і освітніх, і медичних послуг. Від цих спеціалістів вимагають щоразу більших професійних знань. Сто і більше років тому медик й вчитель міг утвердитись в суспільстві завдяки документу, який посвідчував його фах, а поряд непогано почували себе різного роду шарлатани, які ніяким чином не відповідали за наслідки своєї «роботи». Про шарлатанство йшлося ще за часів Гіппократа, [1] власне, не стільки про неуків, скільки з приводу кваліфікованості медиків.

Отже, людство потребує якісної і ефективної медицини. Медицина потребує кваліфікованих, професійних медиків, а медики, закономірно, потребують досконалої освіти. Таким чином виникає низка запитань до змісту та якісних показників, а точніше, результатів медичного навчання.

Традиційно освіту поділяють на теоретичну та практичну. Перше, наче, дає знання, друге – навички. З цим можна погодитись, але виключно з точки зору зовнішнього впливу на свідомість учня/учениці, студентки/студента. При цьому часто-густо ігнорується внутрішній фактор – сприйняття особою інформації від зовнішнього джерела. Не важливо – це чиста теорія, чи чиста практика, бо зовнішній інформаційний потік може бути ідеальним, натомість сприйняття цього потоку конкретно особою – обмеженим, або навіть повністю перекритим. Такий собі інтелектуальний «тромбоз», який має кілька вагомих причин, які, в свою чергу, супроводжували й супроводжуватимуть людство впродовж всієї його історії.

Причини пов'язані з природою людини. Людина є, як мінімум, тримірним явищем, в буквальному сенсі, оскільки проводить своє життя в трьох площинах (вимірах): в своєму біологічному тілі, в певному соціумі та всесвіті. Ці простори є взаємопов'язаними, але кожний особливим чином впливає на свідомість конкретної людини.

В біологічному сенсі людина запрограмована на індивідуальний фізіологічний самозахист, харчування та розмноження. Як і все в біологічному світі, людина біологічна прагне стабільності та незмінності: стабільності відносин з протилежними, зовнішніми силами, у способі добування їжі та у можливостях продовження свого роду. Приймавши таке твердження, можна погодитись, що людина біологічна не налаштована на інтелектуальні трансформації, або того, що безпосереднім чином не стосується біологічного самозбереження. Метою біологічного життя людини є збереження у неушкодженому стані сформованого раніше виду життя. В рамках біологічного, кожна її одиниця дбає та рятує виключно себе. Це не егоїзм – це біологічна норма. Моральна оцінка й самооцінка починається з соціального виміру.

Соціальний чи суспільний простір людства виробляє і підтримує код спільного існування окремих біологічних індивідів. В його рамках виникає колективна свідомість, культура, релігія, мораль, які мають сенс колективного знання. Кожна людина живе в конвенціональному просторі, де прийнятим є усе, що узгоджено між індивідами, навіть якщо це шкодить біологічному існуванню особи. В соціальному просторі цілеспрямовано поширюються усі знання від містичних й метафоричних до наукових. Звісно, що одні знання поширюються вільно, інші примусово, але деякі можуть опинитись під повною чи частковою забороною. Людина біологічна, потрапивши в певний соціум, стає носієм усіх знань, які є актуальними для певного суспільного середовища.

Все це є справою очевидною і детально дослідженою людством за останні більш як дві з половиною тисячі років. Для цього варто згадати про що розповідається від Вед і до Корану та після нього. Проте, часто випускається з поля зору тема системності суспільної свідомості, суспільного знання, а саме тієї частини, яка стосується самозбереження будь-якого

утворення, якщо воно існує як система. Система приймає в себе і терпить в собі лише те, що працює на неї. Це однаково стосується й знань, переконань, і, що найбільше, способу мислення. Будь-яка суспільна система, подібно біологічній, прагне самозбереження, запорукою чого є внутрішня структурна стабільність. В даному випадку йдеться не лише про те, що повинні знати люди, але і як вони повинні мислити. І медицина тут не виняток. Для прикладу, мудреці часів Гіппократа, як могли, намагались пояснити, що личить лікарю, а що ні [1]. Кожна людська цивілізація, а вона так само є системною, виробляє і утримує певну медичну культуру, певну медичну науку, певні медичні знання й певний спосіб медичного мислення. Тут можна говорити про вищий і нижчий рівні фахового мислення, але обидва є рамками системи, вихід за які кваліфікується суспільством переходом у «псевдонауку». З цього приводу є актуальною гегелівська формула розвитку знання: ересь, геніальність, банальність [2].

Вийти за рамки усталеного означає для людини вступити в конфлікт з системою. На це зважуються далеко не всі. Абсолютна більшість задовольняється усталеними критеріями і цінностями, навіть не переймаючись і не усвідомлюючи цю сталість, бо в такому разі виникає необхідність визнати недосконалість, а, може, й хибність традиційного знання. Людина, яка є цілком суспільною, яка керується виключно суспільними, науковими та практичними цінностями, може з різною професійністю повторювати відоме та традиційне і таким чином підтримувати своє існування в суспільстві та професійній спільноті. Європейська соціологія і психологія вже давно знають про рольові особливості різних верств суспільства. Людина може прожити довге професійне життя, в процесі якого, талановито чи ні, виконувати роль певного фахівця, але не бути фахівцем по суті самого фаху. На цей феномен звернув увагу Еріх Фромм, пояснивши його в праці «Мати чи бути» [4].

Проте будь-якій суспільній стабільності протистоять зовнішні сили, які змушують систему або загинути, або змінитись. Для медицини це нові «невиліковні» хвороби та нові вимоги з боку суспільства. З метою самозбереження медицина зважується на заміну своїх теоретичних та практичних парадигм. Але медична система, як і будь-яка інша, не змінюється в одночасі. Система – це передусім медичні працівники, які в переважній кількості закономірним чином мислять не сучасними, а минулими, звичними їм категоріями [3]. Вони складають систему, натомість система підтримує в них напрацьоване в минулому й упередженість до нового.

Все впирається в спосіб мислення медика. Йдеться не лише про його/її професійне мислення, а й спосіб осмислення будь-якої дійсності. Спосіб мислення людини формується під час шкільного та професійного навчання. Це стосується всіх спеціальностей. Учень, студентка/студент засвоює різні наукові знання через навчальні дисципліни, які мають чітку

предметну обумовленість. Предметна обумовленість є властивістю усіх галузей та форм наукового знання. Це забезпечує їх сталість та перешкоджає інноваціям. Тому так важко визнаються нові теорії в рамках сформованого предмету знання.

Сучасні медичні науки можуть розповісти як лікували в минулому, як лікують зараз, але вони не можуть розповісти як лікуватимуть в найближчому майбутньому, вони не спроможні діяти на випередження завдяки усталеному способу мислення більшості медиків. Тому кожна епідемія чи пандемія з'являються для медицини зненацька. Запобігти цьому можна лише перевівши свідомість в третій свій вимір. Для цього потрібно подолати біологічну та соціальну обумовленість індивідуальної свідомості медика.

Міжпредметну дисперсність може подолати лише така форма знання, яка немає жорсткої предметної обумовленості і таким чином здатна проводити осмислення дійсності на макро- й міжгалузевому рівнях. Знання, яке виводить мислення за ірраціональні межі. Це філософія. Онтологія, гносеологія та логіка – стосуються усіх без винятку форм наукового знання, тобто, виходять за межі медицини, поширюються навіть на релігію та мистецтво. Філософія виявляє загальне (спільне) в кожному конкретному, чим сприяє творенню єдиної усвідомленої картини світу. Завдяки цьому вдається вчасно помітити прогресивні інновації в окремих галузях знання та перенести їх результати на інші наукові (й не тільки) галузі. Філософи давно помітили користь запозичення однієї науки від іншої й навіть від метафоричного та містичного знання і навпаки. Безперечно йдеться про філософське знання, звільнене від будь-яких політичних, ідеологічних та інших догматичних нашарувань.

Висновки. Філософський спосіб мислення є протиположністю догматизму, способом виходу спеціаліста за межі усталеного з метою оцінювання його пізнавальної та практичної продуктивності. Тому курс філософії в навчальних програмах медичних навчальних закладів слід розглядати в контексті формування професійності, а не лише в якості допоміжної суспільствознавчої навчальної дисципліни.

Список використаних джерел:

1. Гиппократ. Избранные книги /пер. з греческого проф. В.И Руднева. Москва: Госиздат биологической и медицинской лит., 1936, 736 с.
2. Гегель Г.В.Ф. Феноменологія духу /пер.з нім. П. Таращук; наук. ред. пер. Ю .Кушаков. Київ: Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2004, 548 с.
- 3.Марш Генрі. Догматичності в медицині не має бути, як і догматичних лікарів URL: <https://tyzhden.ua/henri-marsh-dohmatychnosti-v-medytsyni-ne-maie-buty-iak-i-dohmatychnykh-likariv/> (дата звернення: 05.04.2023)
4. Фромм Еріх. Мати чи бути? /пер. з англ. Еріх Фромм. Київ: Укр. Письменник, 2010, 222 с.

Люшук К.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

РОЛЬ ХІМІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ У ФОРМУВАННІ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Головним завданням сучасної медсестринської освіти є виховання компетентного, кваліфікованого фахівця, конкурентоспроможного на ринку праці. Проаналізувавши документацію, яка регламентує освітню діяльність у закладах фахової освіти, ми зробили висновок, що головним чинником якісної підготовки є зміст та організація навчально-виховного процесу. Сучасна підготовка фахівців повинна базуватись на системі фундаментальних знань з дисциплін медико-біологічного циклу, чільне місце серед яких відводиться хімічній компоненті, зокрема медичній хімії.

Сьогодні приділяється значна увага окремим аспектам хімічної складової при підготовці фахівців у навчальних закладах фахової медичної освіти. Цій проблемі присвячені публікації Дольнікової Л. В., Копетчук В. А., Сліпчук В. Л., Лукашук М. М, Цехмістера Я. В. та ін. Проте комплексного дослідження місця власне хімічної освіти у підготовці медичного працівника поки що немає, недостатньо відображена проблема значущості і ролі хімічної компетентності у професійній діяльності медичної сестри. Отже, вивчення ролі хімічних дисциплін в системі підготовки медичних фахівців є актуальним завданням, оскільки хімічна компетентність в медичній галузі є одним із основних шляхів формування системи ключових компетентностей.

Метою статті є визначення місця хімічної компоненти та її значущості в практичній діяльності медичної сестри на підставі аналізу освітньо-кваліфікаційних характеристик та освітньо-професійних програм зі спеціальності 223 Медсестринство. Сестринська справа у закладах фахової передвищої освіти.

Вивчення фундаментальних дисциплін, і хімії в тому числі, поряд з професійно-орієнтованими навчальними дисциплінами, сприяє розвитку клінічного мислення здобувача освіти, підготовці кваліфікованого медичного працівника. Дуже часто результати професійної діяльності медичної сестри залежать від компетентностей, які формуються завдяки сумі хімічних знань. Хімічна освіта не може бути відокремлена, відділена у підготовці медика. Медична хімія, яка базується на загальних знаннях з хімії, є основою професійної медичної освіти. Вона інтегрується з біологією, нормальною та патологічною фізіологією, фармакологією, основами гігієни та навіть сестринською справою. Знання з хімії є основою для розуміння хімічного складу лікарських речовин, розрахунків концентрацій різноманітних розчинів, закономірностей протікання хімічних процесів в живому організмі.

Медична сестра на робочому місці – в лікарні або на ФАПі – не лише виконує призначення лікаря. Вона, згідно кваліфікаційних вимог, застосовує лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності, консультує пацієнта з питань прийому лікарських засобів, стежить за дотриманням гігієнічних вимог, вимог до дієтичного харчування, складає меню, вмє розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах, надає консультативну допомогу та здійснює навчання населення щодо здорового способу життя, наслідків нездорового способу життя, важливості збільшення фізичної активності та здорового харчування, вакцинації, працює з медичним обладнанням. Для специфічної профілактики інфекційних хвороб на робочому місці: в поліклініці, садочку, школі чи інших закладах та установах, самостійно готує антисептичні та дезрозчини певних визначених концентрацій, розчини для інгаляцій, працює з фармакологічними засобами та сумішами, використовуючи певне медичне обладнання. Також, медична сестра, на прохання пацієнта, повинна пояснити схему прийому ліків та вітамінів, пояснити функції і роль вітамінів та мінералів в організмі, їх добові потреби, наслідки нестачі або надлишку їх для організму, якими продуктами харчування можна поповнити їх вміст. Очевидно, для виконання усіх зазначених функцій, медична сестра повинна користуватись знаннями і вміннями саме з хімії.

Навчальна дисципліна Медична хімія поділена на три модулі: біонеорганічна хімія, фізична і колоїдна хімія, біорганічна хімія. Матеріал кожного модуля несе відповідне змістовне навантаження, необхідне для формування професійних компетентностей.

Біонеорганічна хімія вивчає біогенні елементи та елементи-органогени, їх роль і значення для організму, неорганічні сполуки, які мають біологічне значення, хімічні реакції, які ілюструють біологічно важливі процеси, проте базуються на знаннях з хімії, здобутих в курсі базової загальної освіти. Здобуті знання студенти використовують при вивченні Основ фармакології, Фізіології, Патанатомії, Сестринської справи.

В модулі 2 студенти вивчають фізичні явища та зміни, що супроводжують хімічні процеси. На основі цих знань вони можуть робити висновки щодо імовірності протікання окремих процесів за певних умов, вивчають фізичні явища, які лежать в основі біологічних процесів: діаліз, сорбція, електрофорез. Знання про колоїдні розчини дозволяє медичним працівникам робити висновки про стійкість певних фармацевтичних розчинів, умови їх зберігання, змішування та використання.

В 3 модулі здобувачі освіти поглиблюють свої знання про біологічно важливі органічні речовини, детальніше вивчають їх властивості та взаємоперетворення. Це допомагає зрозуміти механізми біологічних процесів в організмі.

Проаналізувавши інтеграційні зв'язки, можна стверджувати, що знання з хімії

використовуються для пояснення багатьох медико-біологічних явищ, фізико-хімічних процесів та дають можливість самостійно вирішувати професійні задачі. Сьогодні в медичних навчальних закладах досить слабо розвинена інтеграція між дисциплінами. На наш погляд, така ситуація склалася в результаті недооцінки значущості хімії у вивченні медичних дисциплін. Для вирішення цього питання доцільно постійно проводити співпрацю між цикловими комісіями природничих та клінічних дисциплін, знаходити спільні точки дотику та використовувати їх, врахувати дидактичні вимоги системного навчання та забезпечити високий науково-методичний рівень викладання як базових, так і професійних дисциплін.

Для популяризації вивчення медичної хімії ми започаткували проведення студентської пошукової конференції «Хімія на службі медицини». Серед переліку тем студенти самостійно обирають тематику пошуку, знаходять відповідну інформацію і представляють її на конференції у вигляді презентації. Така форма роботи дуже подобається здобувачам освіти, дозволяє спробувати себе в ролі науковця, дослідника, лектора, продемонструвати свої ораторські здібності та донести до колег значущість обраної теми. Усі учасники конференції отримують додаткові бали, які впливають на кінцевий результат вивчення навчальної дисципліни та впливають на стипендіальний рейтинг, що також є хорошим стимулом.

З розглянутого можна зробити висновки, що хімія в медичному навчальному закладі є стрижнем у подальшому вивченні медичних та клінічних дисциплін. Хімія, як компонент спеціальних медичних дисциплін, забезпечує послідовність та наступність в організації навчального процесу хімії в школі та закладі фахової вищої освіти при вивченні професійних та фармацевтичних дисциплін. Хімічні знання сприяють розумінню наукової картини природи. З огляду на викладене вище, можна стверджувати, що хімічна освіта в медичних коледжах доповнює й поглиблює професійну підготовку фахівців.

Список використаних джерел:

1. Аудиторна самостійна робота студентів як інструмент формування гармонізованої особистості / Г. О. Сирова, В. О. Макаров, В. М. Петюніна та ін. // Сучасні концепції викладання природничих дисциплін в медичних освітніх закладах (біологія, фізика, хімія, педагогіка, психологія): матеріали X Міжрегіональної науково-методичної інтернет-конференції, 5–6 грудня 2017 р. Харків, 2017. С. 56–58
2. Стандарт фахової передвищої освіти освітньо-професійного ступеня фаховий молодший бакалавр галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство» Затверджено та введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 08. 11. 2021. № 1202

МІСЦЕ МІЖКУЛЬТУРНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В КОНТЕКСТІ ТРАНСКУЛЬТУРНОГО МЕДСЕСТРИНСТВА

Постановка проблеми. Реалії сьогодення висувають перед сучасними медичними сестрами все нові й нові виклики. Особливо актуальною стала роль «сестри милосердя» із початком повномасштабної війни росії проти України. Ось уже понад рік «янголи в білих халатах» перебувають на передовій, рятуючи життя та надаючи першу допомогу на полі бою захисникам нашої держави. Також вони виконують свої професійні обов'язки у військових та цивільних шпиталях під керівництвом лікарів, хірургів тощо. Медичні сестри надають допомогу усім категоріям мирного населення, яке постраждало внаслідок ворожих бомбардувань, обстрілів, знущань та катувань. Зрозуміло, що доводиться надавати допомогу з урахуванням культурних, національних, територіальних, етнічних, релігійних, особистісно-психологічних особливостей пацієнтів. Медичні сестри володіють професійними компетенціями, які становлять їх фахову компетентність. Остання ж є багатоконпонентною та інструментом конкурентноспроможності на ринку надання медичних послуг. Однією з істотних складових фахової компетентності сучасного медика є його міжкультурна компетентність.

Мета. Дослідження місця міжкультурної компетентності медичної сестри в наданні культурно обізнаного, компетентного та безпечного транскультурного догляду.

Методи дослідження. Вивчення та аналіз інформаційних джерел, узагальнення теоретичного матеріалу щодо місця міжкультурної компетентності медичної сестри в контексті транскультурного сестринського догляду.

Результати. У ході проведеного дослідження нами було сформульовано визначення міжкультурної компетентності фахівця охорони здоров'я, а саме: компонент професійної майстерності, особистісно-професійна якість, що забезпечує здатність вирішувати професійні завдання в умовах полікультурного середовища сучасного світу на основі здобутих знань, умінь, навичок та сформованих професійно-особистісних мотивів, цінностей у реальних ситуаціях професійної інтеркультурної взаємодії з представниками різних соціальних груп, національностей та релігійних конфесій за умови безпечного виконання обов'язку лікаря, медичної сестри тощо [1, С. 217].

Оскільки з лінгвістичної точки зору морфеми «між-», «інтер-», «крос-», «мульти-» чи «полі-» є рівнозначними, то вважаємо доцільним тотожне вживання прикметників

«міжкультурний», «інтеркультурний», «крос-культурний», «мультикультурний» та «полікультурний».

Зміст міжкультурної компетентності медичної сестри пов'язаний із такими аспектами професійної діяльності, як усвідомлення культурних особливостей професійного оточення, включаючи пацієнтів та колег, пов'язаних із національно-релігійною, віковою, гендерною, соціальною та іншою належністю, ставлення до них із повагою; уміння діяти відповідно до культурних особливостей суб'єктів професійної медичної діяльності, зберігаючи при цьому власну культурну ідентичність; здатність налагоджувати конструктивну інтеркультурну взаємодію в роботі й використовувати крос-культурні відмінності для збагачення особистого культурного досвіду; знання й урахування психологічних особливостей сприйняття й поведінки особистості, зумовлених її культурною належністю; здатність забезпечувати культурну спрямованість професійної взаємодії, прогнозувати, попереджати й розв'язувати міжкультурні конфлікти у своїй професійній діяльності [1, С. 216 – 217].

У Міжнародному кодексі медичної етики, прийнятому в 1949 році Генеральною Асамблеєю ООН, зазначено: «Я не дозволю, щоб релігійні, расові, політичні або соціальні мотиви перешкодили мені виконати свій обов'язок стосовно пацієнта; я буду дотримуватися найглибшої поваги до людського життя..., навіть під загрозою я не буду використовувати свої знання проти законів людяності. Обіцяю це врочисто й щиросердно...» [2].

У Стандарті вищої освіти за спеціальністю 223 Медсестринство для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти до спеціальних/фахових компетентностей віднесено: «Застосування професійних навичок (вмінь), медичних засобів, втручань та дій для забезпечення пацієнтові/клієнтові гідного ставлення, приватності/інтимності/конфіденційності, захисту його прав, фізичних, психологічних та духовних потреб на засадах транскультурального медсестринства, толерантної та неосудної поведінки» [3, С. 8].

Питання транскультурного медсестринства в Україні декларуються вже протягом певного часу. Проте, вони все ще перебувають на етапі дослідження та розробки програм освітніх компонентів. Щодо літератури, то інформація доступна, здебільшого, на іноземних сайтах.

Американка Мадлен Лейнінгер (1925 – 2012) є засновницею міжкультурної сестринської справи, що складається зі знань про культурні відмінності та подібності, які існують для більш ефективного та адекватного догляду за пацієнтами. На її думку транскультурний догляд – «основна область вивчення та практики, орієнтована на порівняльні цінності культурного піклування (опіки), переконання та практики людей чи груп подібних чи різних культур» [4]. Мета інтеркультурного медсестринства полягає у забезпеченні специфічних для культури і загального здоров'я практик догляду та здоров'я

людей, бути людьми, аби допомогти їм протистояти несприятливим людським умовам, хворобам чи смерті культурно значущими способами.

Двокомпонентність транскультурного медсестринства як формального дослідження, так і міжкультурної сестринської практики як здобутих знань, допомагає покращити сестринський процес та догляд за пацієнтами більш гуманними способами в глобалізованому світі, в якому ми живемо [4], особливо в надскладних умовах війни, в яких перебуває Україна.

Транскультурна сестринська справа фокусується на чотирьох основних концепціях: 1. Медсестри – це персонал полікультурної допомоги. 2. Індивід вважається культурним надбанням і не може бути відокремлений від власної культурної спадщини та фону. 3. Навколишнє середовище – це структура або каркас. 4. Транскультурна допомога – це чутлива медсестринська служба, що відповідає потребам осіб з різних культурних груп [5].

Міжкультурний догляд практикується медсестрами, які мають знання про різні культури та застосовують їх у своїй роботі інтуїтивно. При цьому знання не формальні, а прагматичні. Запропонований догляд повинен бути узгодженим з культурними переконаннями хворих. Таким чином, кінцевий результат лікування поліпшується і пацієнти краще реагують на отримане лікування й медичну допомогу.

Медики повинні не лише вміти жити в полікультурному середовищі, а й мати світогляд, адекватний для розв'язання глобальних соціокультурних і моральних завдань; вміти будувати власну поведінку відповідно до норм іншої культури в ситуаціях міжкультурної професійної взаємодії; поважати розмаїття різних світових культур, цивілізацій і народів; бути готовими до розуміння й співробітництва з людьми, які різняться своєю зовнішністю, мовою, переконаннями, звичаями й віруваннями; вміти працювати в інтернаціональних командах у межах медичних й освітніх проєктів; бути здатними налагоджувати професійні зв'язки із зарубіжними колегами; володіти етикою й культурою спілкування; вміти оперативно вирішувати професійні завдання в інтеркультурному соціумі; володіти іноземними мовами на рівні, що дозволяє брати участь у письмових та усних дискусіях на міжнародному рівні; мати такі полікультурні якості, як відкритість, емпатія, терпимість, толерантність, гнучкість, почуття власної гідності, готовність до міжкультурного діалогу [1, С. 216].

Власне, міжкультурна компетентність медичної сестри забезпечує її здатність володіти прийомами транскультурного догляду, тобто, надавати пацієнтам культурно відповідну сестринську допомогу. Інтеркультурна компетентність допомагає медичним працівникам визначити, які соціокультурні установки впливають на поведінку учасників лікувального процесу (пацієнти, родина тощо), їх стереотипні реакції в ситуаціях взаємодії з представником лікувального закладу [1, С. 216].

У сучасному полікультурному суспільстві України стає важливим для медичних працівників мати можливість забезпечити культурно компетентний догляд, зміцнюючи особисте здоров'я та здоров'я населення, останнім часом – частіше рятуючи його. Чим більше загальних знань у медичного працівника про культури, тим кращою є його здатність оцінювати стан та, в свою чергу, надавати культурно компетентну допомогу пацієнтам та постраждалим.

Сам імідж транскультурних медичних сестер трансліює впевненість у їх спроможності надати компетентну медичну допомогу, врятувати життя, полегшити несамопитий біль, загоїти страшні рани, заспокоїти, розрадити, надати пораду, підтримати з урахуванням культурних, національних, територіальних, етнічних, релігійних, особистісно-психологічних особливостей пацієнтів. А їх майстерність виконання прийомів надання допомоги чи проведення маніпуляцій доведена до автоматизму.

Висновки. Отже, інтеркультурна компетентність медичної сестри є важливою умовою її професійного розвитку та надання культурно обізнаної, компетентної та безпечної допомоги людям різних культур. Лише міжкультурна медсестра, яка має ґрунтовну фахову підготовку та діє на засадах транскультурного медсестринства, може володіти міжкультурною професійною компетентністю при виконанні службових обов'язків. А культурно-компетентний догляд може відбуватися лише тоді, коли цінності культурного піклування відомі і служать основою для належного догляду.

Крос-культурний догляд є головною сферою сестринської справи, яка зосереджується на порівняльному вивченні та аналізі різних культур і субкультур світу у відношенні цінностей догляду, вираження та переконань здоров'я і хвороби, а також моделлю поведінки. Тобто саме поведінкова модель медичної сестри, яка володіє міжкультурною компетенцією, відіграє важливу роль у виконанні функцій сестринського догляду.

Список використаних джерел:

1. Гальчун Н. Міжкультурна компетентність як складник професійної компетентності медичного працівника. Актуальні питання гуманітарних наук. Міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. Вип. 43. 2021. Т. 1. С. 211 – 219. DOI <https://doi.org/10.24919/2308-4863/43-1-31>
2. Міжнародний кодекс медичної етики. Всесвітня медична асоціація : Кодекс. Міжнародний документ від 01. 10. 1949. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_002 (дата звернення : 27. 04. 2023)

3. Стандарт вищої освіти за спеціальністю 223 Медсестринство для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я : наказ МОН України від 05. 12. 2018 № 1344. URL : <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/223-medsestrinstvo-bakalavr.pdf> (дата звернення : 27. 04. 2023)
4. Thpanorama. URL : <https://ua.thpanorama.com/articles/cultura-general/madeleine-leininger-biografa-y-teora.html>
5. Libretexts. Ukrainska. URL : <https://ukrayinska.libretexts.org> (дата звернення : 27.04.2023)

Марченко А.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

НЕБЕЗПЕКА ПОЛПРАГМАЗІЇ В СЕСТРИНСЬКОМУ ПРОЦЕСІ

Актуальність. У сучасній системі охорони здоров'я спостерігається збільшення використання лікарських засобів для лікування захворювань, гальмування патологічного процесу, профілактики загострень при хронічних хворобах.

В обов'язки медичної сестри входять виконання призначень лікаря й обстеження пацієнта перед введенням ліків та оцінка відповіді організму пацієнта на певний введений препарат. Маючи глибоке теоретичне підґрунтя з фармакології, чітке розуміння, коли і як подіє лікарський засіб, медична сестра може стати справжнім членом лікувальної бригади, яка надає послуги з фармакотерапії та догляду за пацієнтом (1).

Під час навчання у КЗВО «Волинський медичний інститут» студенти спеціальності 223 «Медсестринство», освітньо-професійної програми «Сестринська справа» набувають фахових компетентностей, необхідних в подальшій професійній діяльності. Зокрема, навчальна дисципліна «Фармакологія з медичною рецептурою» забезпечує набуття студентами такої фахової компетентності, як ФК 8: *Здатність організовувати етапи сестринського процесу та застосовувати практичні знання та вміння для розв'язання завдань, пов'язаних з етапами сестринського процесу.*

При здійсненні медсестринського процесу медична сестра повинна знати класифікацію лікарських засобів, назви (міжнародні непатентовані та торгові патентовані) препаратів, шляхи їх введення, дози, побічні дії, взаємодію ліків, показання та протипоказання до застосування. Звичайно, це величезний об'єм інформації навіть для окремого відділення. Тому медична сестра повинна знати, де вона може отримати необхідну інформацію, якою можна б було скористатися у відділенні для лікування пацієнтів (1).

Працюючи на різних етапах медсестринського процесу, виконуючи призначення лікаря, медична сестра виконує важливу функцію з відновлення або підтримки організму пацієнта.

Сучасні ліки є високоефективними і сприяють позитивному впливу на пацієнтів: усунення симптомів, відновлення необхідних фізіологічних процесів, руйнування токсичних речовин та мікроорганізмів, які спричинили патологічний процес. Але необхідно пам'ятати, що лікарські препарати мають і негативний вплив на організм людини у вигляді побічної дії.

Ризик виникнення ускладнень після призначення ліків збільшується при неправильному їх введенні або некоректному поєднанні.

Взаємодії лікарських засобів. За принципом впливу розрізняють два види взаємодії лікарських засобів:

- 1) фармацевтичну взаємодію (несумісність), поділяють на фізичну та хімічну.
- 2) фармакологічну взаємодію, поділяють на фармакокінетичну та фармакодинамічну.

Фармацевтична несумісність. Фармацевтична взаємодія лікарських речовин відбувається ще до їх введення в організм або безпосередньо в місці їх введення.

Фізичні несумісності — це несумісності, за яких відбуваються зміни фізичного стану лікарських речовин у препараті.

Хімічними несумісностями називаються поєднання лікарських засобів (далі - ЛЗ), які супроводжуються непередбаченими хімічними реакціями між інгредієнтами і призводять до зниження фармакологічного ефекту, утворення неактивних сполук, або розвитку чи посилення побічної дії.

Фармацевтична взаємодія зазвичай відбувається поза організмом при виробництві препаратів, та у клінічній практиці при змішуванні препаратів в одному шприці або інфузійній системі.

Саме медсестра, під час реалізації сестринського догляду (4 етап), під час виконання сестринських втручань, які необхідні для задоволення потреб пацієнта, забезпечує введення лікарських засобів шляхом ін'єкцій, інфузій, наданням людині ліків для перорального вживання, тощо.

При цьому, досить часто відбувається одночасне введення (в «одному шприці») кількох лікарських засобів, що, при нераціональному поєднанні, може призвести до фармацевтичної несумісності, наслідком якої стане втрата ефективності лікарського засобу, і, можливо, завдання шкоди здоров'ю пацієнта.

Зазвичай фармацевтична взаємодія – результат фізико-хімічних реакцій лікарських речовин (наприклад кислот і лугів). При цьому можуть утворюватися нерозчинні сполуки, змінюватися кольори, запах, фармацевтичні властивості лікарських речовин.

Наприклад:

- У лужному середовищі частково розпадаються серцеві глікозиди, що призводить до втрати їх активності.
- Кислі розчини не можуть використовуватися як основи для лікарських речовин, що є слабкими кислотами, оскільки можливе випадання лікарських речовин в осад; в таких розчинах нестабільні гепарини, амінофілін тощо.
- Норепінефрин нестабільний при нейтральних значеннях рН, проте добре зберігається в кислому середовищі.
- Барбітурати, фенітоїн, фенотіазини, фуросемід і вітаміни групи В не рекомендується змішувати з розчинами інших лікарських засобів.

0,9% розчин натрію хлориду, що має нейтральне значення рН, придатний для розчинення більшості ліків.

Для попередження розвитку фармацевтичної взаємодії, медична сестра має бути поінформована про можливі нераціональні комбінації лікарських засобів, прояви фармацевтичної несумісності, знати ознаки розвитку можливих побічних ефектів та методи їх усунення.

Фармакологічні взаємодії — поєднання лікарських речовин, що призводить до:

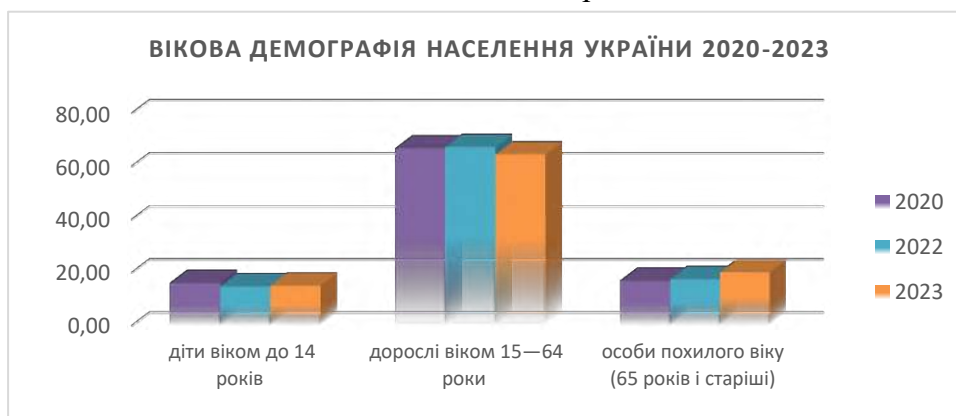
1. Зменшення, втрати фармакологічної дії (антагонізм). 2. Посилення фармакологічної дії (синергізм). 3. До прояву або посилення побічного ефекту.

Вони виникають у разі протилежної дії (антагонізму) або посилення дії (синергізму) ЛЗ на організм хворого (фармакодинамічні взаємодії), чи взаємодії на етапах усмоктування, розподілу та виведення ЛЗ з організму (фармакокінетичні взаємодії).

Фармакологічні взаємодії ЛЗ є наслідком поліпрагмазії (призначення кількох ЛЗ одночасно), що об'єктивно виникає при лікуванні певних груп населення, які мають багато супутніх захворювань (наприклад, люди похилого віку), а також може бути наслідком некоректного призначення надмірної кількості препаратів, чи самостійного вживання ЛЗ хворим.

Поліпрагмазія (polypragmasia, від грец. poly — багато, pragma — предмет, річ) на сучасному етапі стала актуальнішою проблемою клінічної медицини, оскільки останнім часом спостерігається тенденція до значного зростання споживання лікарських засобів (ЛЗ) всіх фармакологічних груп.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, одна з найбільш значних соціальних тенденцій XXI століття — старіння населення. Літні люди частіше хворіють і, як свідчать клініко-епідеміологічні дослідження, страждають багатьма соціально значущими хронічними захворюваннями (**мультиморбідність**), у зв'язку з чим вимушені отримувати велику кількість ЛЗ, які в арсеналі лікарів терапевтичної спеціальності були і залишаються головним інструментом, завдяки чому, з одного боку, можнавилікувати або поліпшити стан хворого, а з іншого — завдати значної шкоди його здоров'ю.



За оцінкою 2020 року, що враховує тимчасово окуповані території:

- діти віком до 14 років — 16,16%;
- дорослі віком 15—64 роки — 66,81%;
- особи похилого віку (65 років і старіші) — 17,03%;

На 1 січня 2022 року за розрахунками Державної служби статистики України:

- діти віком до 14 років — 14,93%;
- дорослі віком 15—64 роки — 67,43%;
- особи похилого віку (65 років і старіші) — 17,64%.

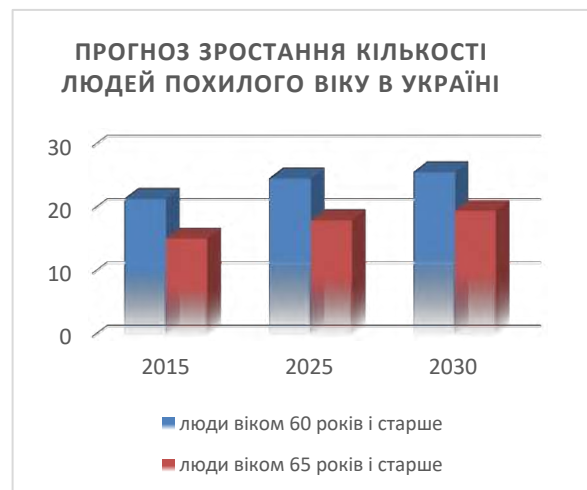
На 2023 рік в Україні проживають:

- діти віком до 14 років — 15,2%;
- дорослі віком 15—64 роки — 64,6 %;
- особи похилого віку (65 років і старіші) — 20,2% (зменшення кількості працюючого населення ймовірно пов'язане з виїздом за межі України).

Україна входить до 30 найстаріших країн світу за часткою осіб віком 60 років і старше:

у 2015 році вона становила 21,8 %, а частка людей віком 65 років і старше – 15,5 % від загальної чисельності населення.

Згідно з національним демографічним прогнозом до 2025 року частка осіб віком понад 60 років становитиме 25,0 % загальної кількості населення, віком 65 років і старше – 18,4 %, у 2030 році – понад 26 % і понад 20 %, відповідно (2).



Частота поліпрагмазії і фактори її ризику. Поліпрагмазія може розвинутися у хворого при лікуванні любого соматичного або інфекційного захворювання і в будь-якому віці при одночасному застосуванні впродовж значного терміну декількох ЛЗ, але найчастіше вона реєструється у літніх людей.

За даними літератури, при використанні до 5 препаратів частота побічної дії лікарських засобів (ПДЛЗ) не перевищує 5%, а при застосуванні 6 ЛЗ і більше вона різко збільшується — до 25% . при цьому, враховуюється використання любых лікарських засобів, зокрема безрецептурних, препаратів місцевої дії, ЛЗ однократного використання, тощо.

Щодо окремих груп населення (по видах захворювань, вікових групах), маємо такі дані. Наприклад, згідно досліджень, викладених на онлайн ресурсі Компендіум ЮА, аналіз моніторингу побічних реакцій при застосуванні інгібіторів АПФ у 2007 р. тільки у Харківській та Сумській областях України (Дроговоз С.М. та співавт., 2007) показав, що:

42,2% випадків спостерігалось при сумісному застосуванні інгібіторів АПФ у 2007 р. з 5 іншими лікарськими засобами;

36,6% — при прийомі до 3 супутніх лікарських засобів;

12,2% — при монотерапії;

6,2% — при супутньому прийомі до 7 лікарських засобів;

3% — при прийомі більше ніж 7 супутніх лікарських засобів(3).



Слід зазначити, що 3-5 супутніх препарати використовуються набагато частіше, ніж 7 і понад 7 препаратів. Тобто, у порівнянні з монотерапією, ризик розвитку побічних ефектів при використанні 3-х супутніх ЛЗ, зростає втричі, що має кореляцію з даними ВООЗ.

Особливості поліпрагмазії у людей старшого віку. Щодо ж до досліджень, проведених в різних країнах світу, то за їх даними ПДЛЗ при прийомі одного ЛЗ у літніх людей виникають у 10%, при прийомі більше 10 ЛЗ – практично в 100% випадків, а летальність при цьому наближається до 10%.

В Україні за даними відділу фармагляду Державного фармакологічного центру МЗ України на 01.01.2007 р. у осіб похилого і старечого віку при одночасному застосуванні 3 лікарських засобів розвиток побічних реакцій реєстрували у 22,6% випадків (2).

У ряді випадків розвиток надлишкового фармакодинамічного ефекту становить для пацієнтів більш серйозні проблеми, ніж те захворювання, з приводу якого було призначено препарат. Так, приблизно у половини хворих похилого віку на фоні лікування метилдопою, цинаризином та іншими препаратами розвивається лікарський паркінсонізм, що порушує якість життя.

Хронічний перебіг багатьох захворювань у пацієнтів похилого віку потребує тривалої, практично постійної фармакотерапії. Це стосується перш за все до АГ, СН, ХОХЛ, цукрового діабету, захворювань опорно-рухового апарату (остеоартроз, остеопороз), депресивних станів (2).

В умовах об'єктивної необхідності медикаментозного лікування кількох захворювань одночасно, зростання долі людей старшого віку в населенні України, а також появою нових категорій хворих, що потребують комбінованого застосування ЛЗ (поранених, хворих з політравмами, хворих, що потребують лікування психічних порушень, тощо), збільшується роль медичної сестри в мінімізації побічної дії лікарських засобів, особливо непередбачуваних реакцій. Медична сестра, проводячи з пацієнтами тривалий час, повинна постійно акцентувати увагу на ефектах лікарських засобів як позитивних, так і негативних.

Детально інформувати хворого про час, умови і кратність прийому призначеного ЛЗ, про можливі взаємодії з харчовими продуктами та іншими ЛЗ, оскільки ці взаємодії далеко не обмежуються посиленням або ослабленням основного ефекту ЛЗ (наприклад, парацетамол у комбінації з індукторами цитохрому Р450 – алкоголем і барбітуратами може викликати ураження печінки навіть у терапевтичних дозах, а спільний прийом деяких антигістамінних ЛЗ і антибіотиків загрожує розвитком або рецидивом стенокардії і небезпечним подовженням інтервалу QT). Ознайомлення хворого з переліком можливих побічних ефектів фармакотерапії не тільки підвищить її безпеку, але і посилить прихильність до лікування.

Висновки. Сучасна медична сестра повинна володіти клініко-фармакологічними навиками для того, щоб своєчасно попереджати та виявляти небажані ефекти медикаментозної терапії. Це дозволить постійно проводити моніторинг препаратів на виявлення їх негативного впливу і повідомляти про це лікаря. Саме забезпечення розвитку цих вмінь і закладає здобувачам фахової передвищої освіти спеціальності 223 «Медсестринство», освітньо-професійної програми «Сестринська справа», вивчення дисципліни «Фармакологія з медичною рецептурою».

Список використаних джерел:

1. Lomova, N. O. (2016). Медсестринський процес у клінічній фармакології. *Медсестринство*, (4). <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2015.4.6089>.
2. Особливості застосування лікарських засобів у похилому та старечому віці (О.П. Вікторов). <https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/cardiology-uk/section-6-uk/glava-4-osoblivosti-zastosuvannya-likarskih-zasobiv-u-pohilomu-ta-starechomu-vitsi/>. (дата звернення: 21.04.2023).
3. Взаємодія лікарських засобів (О.П. Вікторов). <https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/cardiology-uk/section-6-uk/glava-5-vzayemodiya-likarskih-zasobiv/>. (дата звернення: 16.04.2023).
4. **Медсестринство в терапії:** Підручник/ За заг. ред. М.І. Шведа, Н.В. Пасечко. Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. 546 с.
5. Богуцька О.Є. Фармацевтичні несумісності. **Фармацевтична енциклопедія**. <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/333/farmaceutichni-nesumisnosti>. (дата звернення: 10.04.2023).

Григола О., Матвійчук Л.

Ковельський фаховий медичний коледж

**ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД УЧАСТІ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ
КОВЕЛЬСЬКОГО ФАХОВОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ
У ПРОХОДЖЕННІ ТРЕНІНГОВИХ КУРСІВ ІЗ МЕДИЧНОГО РЯТІВНИЦТВА,
ОРГАНІЗОВАНОГО В РАМКАХ ПРОГРАМИ ERASMUS+
ДЛЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЄКТУ «Я ТЕЖ МОЖУ ВРЯТУВАТИ ТВОЄ ЖИТТЯ!»**

Актуальність. Ми живемо у час інновацій та період глобальних і фундаментальних змін і катаклізмів. Ефективність освітнього процесу залежить від багатьох чинників, зокрема фінансового та матеріального забезпечення, розбудови внутрішньої системи забезпечення якості освіти та висококваліфікованості педагогічних працівників. Важливу роль в освітньому процесі відіграє міжнародна співпраця, оскільки дозволяє студентам та викладачам отримати доступ до різноманітних світових ресурсів, досвіду та підходів до навчання. Для здобувачів освіти - це можливість навчатися за кордоном, брати участь у міжнародних стажуваннях та програмах обміну, а також співпрацювати зі студентами з різних держав. Для викладачів - це можливість обмінюватися знаннями та досвідом із колегами з інших країн, брати участь у міжнародних конференціях і семінарах, а також розробляти спільні проєкти та дослідження. Міжнародна співпраця також сприяє розвитку міжкультурної компетентності учасників освітнього процесу, оскільки дозволяє їм знайомитися з різними культурами, що допомагає розвивати толерантність, відкритість і повагу до надбань та здобутків інших народів.

Методи дослідження: вивчення наукових розвідок; метод анкетування; кількісний та якісний аналіз даних.

Мета даної статті полягає в аналізі практичного досвіду участі здобувачів освіти Ковельського фахового медичного коледжу у проходженні тренінгових курсів із медичного рятівництва, організованого в рамках програми Erasmus+.

Оскільки сьогоdnішній світ є глобалізованим та взаємопов'язаним, міжнародна співпраця в галузі освіти стає все більш важливою для забезпечення якісної та конкурентоспроможної освіти. Досягнення мети потребує вирішення таких **завдань**:

1) проаналізувати значення міжнародної співпраці на основі проведеного анкетування серед здобувачів освіти Ковельського фахового медичного коледжу, які брали участь у проходженні тренінгових курсів із медичного рятівництва, організованого в рамках програми Erasmus+ для реалізації проєкту «Я теж можу врятувати Твоє життя!»;

2) дослідити важливість розвитку міжнародної співпраці для освітнього процесу Ковельського фахового медичного коледжу.

Відповідно до Закону України «Про фахову передвищу освіту» (ст.74,75), де зазначено, що міжнародна співпраця та обмін досвідом у сфері фахової передвищої освіти є важливим чинником її розвитку, забезпечення якості та конкурентоспроможності, розширення можливостей для студентів, викладачів, науковців, дослідників та інших фахівців у здобутті нових знань, навичок та компетенцій [1], адміністрація КФМК 20 жовтня 2022 року уклала угоду про партнерство із ФРВДЕіОЗ (Польща) та долучилися до участі в міжнародній програмі Erasmus+. У період із 4 по 23 листопада 2022 року наші студенти взяли участь у проходженні тренінгових курсів із медичного рятівництва для реалізації проєкту «Я теж можу врятувати Твоє життя!», упродовж якого всі учасники мали дуже насичений графік, великий спектр різних активностей. Програма містила проведення лекційних та практичних занять, під час яких студенти вчилися правильно діяти в екстремальних ситуаціях і працювати в команді. За цей час вони отримали знання та навички з надання домедичної допомоги. Завдяки участі в проєкті здобувачі освіти ознайомилися із системою екстреної медичної допомоги в Польщі, роботою фельдшера лікарні швидкої медичної допомоги, відвідали штаб-квартиру ДПС в Ціхоцінеку, де ознайомилися з бойовими машинами та технікою ДСНС тощо.

З метою аналізу результатів академічної мобільності було проведено опитування серед учасників даного проєкту. На запитання «Як Ви оцінюєте якість тренінгу по 5-бальній шкалі, де 1 - дуже погано, а 5 - дуже добре?» респонденти ствердно відповіли «дуже добре», тобто, поставили найвищий бал. Студенти зазначили, що тритижневий курс тренінгу складався з лекцій, майстер-класів, роботи в малих групах із репрезентацією результатів, ділових ігор, консультацій, тестувань, які проводили компетентні тренери, що мають достатній досвід та знання. Були організовані: екскурсія у Ціхоцінеку, змагання з волейболу, практикум із вивчення медичної термінології англійською мовою, поїздка до Торуня, де відвідали музей Миколая Коперника та дізналися цікаві факти з життя вченого.

Завдяки програмі Erasmus+ студенти коледжу познайомилися з однолітками із Польщі, проводили разом дозвілля, підвищили рівень знання мов і міжкультурних відносин, повчилися в іноземних спеціалістів, а також освоїли корисні навички для майбутньої професії.

На запитання «Чи здобули Ви корисні знання під час проходження тренінгу?» знову ж таки отримали відповідь «так» виключно від усіх респондентів. Студенти стверджували, що покращили знання і навички, підвищили рівень свідомості щодо принципів та методів надання домедичної допомоги і здатності вчасно реагувати на надзвичайні ситуації та надавати ефективну першу допомогу до приїзду бригади ЕМД. Результати опитування засвідчили, що проходження тренінгу однозначно збільшить шанси на порятунок життя

людей у надзвичайних ситуаціях, перш за все пов'язаних із війною. А отримані знання будуть корисні у повсякденному житті для надання допомоги друзям із травмами на спортивних змаганнях, у разі надзвичайних ситуацій на вулиці або в громадському транспорті.

На запитання «Які знання Ви здобули на тренінгу та чи будуть вони корисні для Вашої майбутньої кар'єри?» учасники відповіли, що дані навчання допомогли здобути різноманітні знання та навички у розпізнаванні екстрених ситуацій і наданні домедичної допомоги; застосуванні елементарних технік реанімації при зупинці серця і дихання; використанні засобів індивідуального захисту під час надання допомоги; в обробці різних видів порізів, саден, забоїв; наданні допомоги при алергічних реакціях; спілкуванні з медичним персоналом та викликом ЕМД; правильному транспортуванню постраждалих до лікарні. Взагалі, тренінг із домедичної підготовки допоміг розширити знання про принципи надання першої допомоги, покращити навички комунікації із постраждалими та медичним персоналом, а також навчитися діяти швидко і впевнено в надзвичайних ситуаціях.

На запитання «Чи порекомендували б Ви цей тренінг іншим студентам?» респонденти надали однозначну відповідь «так, звичайно», що свідчить про високий рівень задоволеності участю у проєкті. Також розповіли про переваги проходження тренінгу із домедичної допомоги, а саме: «такий тренінг збільшив нашу впевненість у вмінні надавати домедичну допомогу в разі необхідності»; «навчилися правильно розпізнавати загрозливі ситуації та виконувати відповідні дії, щоб зменшити ризик подальшого ушкодження або загибелі постраждалих»; «тренінг може бути корисним для людей, які працюють у громадських місцях, таких як магазини, кафе, офіси, або у випадку аварійних ситуацій на вулиці»; «навчилися діяти в екстремальних ситуаціях, що може збільшити шанси на виживання та зменшити ризики для нашого здоров'я»; «отримали можливість практикувати іноземну мову в реальних обставинах». Насамкінець зауважили: важливо пам'ятати, що здатність надавати домедичну допомогу необхідно підтримувати та удосконалювати упродовж життя.

На запитання «Які є Ваші загальні враження щодо проходження тренінгу в рамках програми Erasmus+?» отримали такі відповіді: «навички домедичної допомоги можуть врятувати життя та запобігти подальшим ускладненням стану потерпілого»; «тренінги з домедичної підготовки удосконалили навички та знання з надання першої допомоги при невідкладних станах»; «отримання навичок домедичної допомоги може бути корисним для кожної людини, оскільки надзвичайні випадки можуть трапитись із будь-ким»; «надання домедичної допомоги може значно зменшити ризик подальших ускладнень та покращити шанси на одужання».

Після проходження курсу тренінгу здобувачі освіти отримали сертифікати Youthpass Certificate. Сьогодні студенти та викладачі проводять майстер-класи із надання домедичної

допомоги не лише для школярів міста Ковеля та Ковельської ОТГ, але і для широкої аудиторії, включаючи пожежників, священнослужителів, працівників кафе, хлібопекарні та інших сфер, які можуть стати свідками або учасниками подій, що часто призводять до травм і поранень. Навчання базових навичок домедичної підготовки в умовах війни може допомогти громадянам зрозуміти, що робити у випадку травми або поранення, як зменшити паніку і страх під час виникнення небезпечних ситуацій, оскільки вони будуть знати як діяти.

Отже, проходження тренінгу з домедичної підготовки є необхідним та важливим для кожної людини, яка хоче бути готовою надавати допомогу в невідкладних ситуаціях. Під час війни, коли збільшується ризик поранень та травм, навчання домедичних навичок стає особливо важливим для цивільних та військовослужбовців. Дані вміння дозволяють рятувати життя військовим, які поранені в бою, а також цивільним, які можуть стати жертвами її наслідків. Вони є важливою складовою підготовки до війни, яка може допомогти зберегти життя та здоров'я людей в умовах воєнного конфлікту, збільшити безпеку та благополуччя громадян у різних сферах суспільства.

Варто зазначити, що у рамках міжнародної співпраці сучасна освіта набуває конкурентоздатності та прозорості, а роль українських закладів освіти є подвійною: забезпечити належне навчання для своїх студентів та сприяти максимальному використанню можливостей їх творчого потенціалу в освітньому просторі передових держав. На думку Тетяни Антонюк «Міжнародне співробітництво та інтеграція у галузі освіти є важливою нормою співдружності освітян, оскільки реально сприяє підвищенню мобільності викладачів і студентів, самостійності студентів, рівня їх самоорганізації...Обмін викладачами і студентами...виступає своєрідним каталізатором процесів модернізації і реформування української системи освіти, забезпечує її органічне входження в міжнародний освітній простір» [2].

Отже, міжнародна співпраця в освітньому процесі є дуже важливим елементом, який допомагає розвивати як особистісні, так і професійні якості учасників освітнього процесу з багатьох причин. Ось декілька з них:

1. Розширення можливостей для студентів і викладачів. Міжнародна співпраця дозволяє студентам і викладачам отримати досвід навчання і викладання в іншій культурній та академічній обстановці. Це може збільшити їх розуміння світу, збагатити освітній досвід, а також підвищити рівень мовної компетентності.

2. Розвиток міжкультурної компетентності. Освітній процес має не тільки академічну, а й соціальну складову. Міжнародна співпраця допомагає студентам та викладачам розвивати міжкультурну компетентність, тобто здатність ефективно взаємодіяти з людьми з інших культур.

3. Підготовка до професій в галузі охорони здоров'я. Адже розвиток системи екстреної медичної допомоги в Україні передбачає створення таких нових професій як екстрений медичний реагувальник, екстрений медичний технік та парамедик. І саме останній має стати головною ланкою ЕМД, що надає пацієнту повний спектр екстреної допомоги на догоспітальному рівні. Міжнародний досвід може стати важливою конкурентною перевагою для студентів, які планують будувати кар'єру в інших галузях, які мають потребу в базових знаннях із домедичної підготовки, наприклад, пожежники, поліцейські, спортсмени тощо.

Список використаних джерел:

1. Закон України «Про фахову передвищу освіту» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2745-19>
2. Антонюк Т. Міжнародне співробітництво та інтеграція у галузі освіти як важливий фактор конкурентоспроможності української освітньої системи. Наукові записки. Серія «Історичні науки». Київ, 2013. С. 149–155
3. ЕРАЗМУС+. Керівництво до програми (Programme Guide). Version 1 (2019):24/10/2018. URL: <https://mon.gov.ua/ua/tag/erasmus+>
4. Філіпов В. К. Вплив глобалізаційних процесів на соціальний інститут освіти. Актуальні проблеми освітнього процесу в контексті європейського вибору України : зб. мат. Всеукр. кр. столу, м. Київ, 17 квітня 2018 р. Київ : КНУБА, 2018. С. 323–328.

Совтус І.

Ковельський фаховий медичний коледж
Волинської обласної ради

ПРОХОДЖЕННЯ ПЕРЕДДИПЛОМНОЇ ПРАКТИКИ СТУДЕНТАМИ ІV КУРСУ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 223 МЕДСЕСТРИНСТВО ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ ТА В ПОСТПАНДЕМІЧНИЙ ПЕРІОД

Пріоритетом фахової передвищої освіти є практична підготовка спеціаліста медсестринства, професійний рівень якого відповідає сучасним потребам практичної охорони здоров'я, який володіє загальними та фаховими компетентностями, усвідомлює нагальну необхідність самоосвіти та самовиховання шляхом безперервної професійної освіти [1].

Однією із основних складових фахової підготовки молодших бакалаврів за спеціальністю 223 Медсестринство у медичному коледжі є практична підготовка.

В Законі України «Про фахову передвищу освіту» в розділі I «Загальні положення» статті 50 «Практична підготовка осіб, які здобувають фахову передвищу освіту» в пункті 1 зазначено, що практична підготовка осіб, які навчаються у закладах фахової передвищої освіти, здійснюється шляхом проходження ними практики на підприємствах, в установах та організаціях (базах практики) згідно з укладеними закладами фахової передвищої освіти договорами або у структурних підрозділах закладу, що забезпечують практичну підготовку [2].

Мета: висвітлення особливостей проходження переддипломної практики студентами ІV курсу спеціальності 223 Медсестринство під час пандемії та в постпандемічний період.

Для вивчення окресленої теми використано **методи:** системний, аналітичний, індукції, дедукції, аналізу наукової літератури, освітніх нормативних документів підготовки фахівців фахової передвищої освіти.

Важливим аспектом підготовки молодших бакалаврів у Ковельському фаховому медичному коледжі є практична підготовка студентів, яка здійснюється відповідно до Наказу МОЗ України за № 690 від 07. 10. 2005 року «Про затвердження Положення про організацію та проведення практики студентів вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів І-ІІ рівнів акредитації» [4], згідно з навчальними планами, програмами та Тимчасового порядку організації освітнього процесу в Ковельському фаховому медичному коледжі Волинської обласної ради у 2022 році на період карантину в зв'язку з поширенням коронавірусної хвороби (COVID-19), запровадженням воєнного стану згідно із Указом Президента України «Про введення воєнного стану в Україні» від 24. 02. 2022 року № 64/2022, відповідно до

листів МОН України «Про організацію освітнього процесу» від 06. 03 2022 року № 1/3371-22, «Про практику застосування трудового законодавства у галузі освіти і науки під час дії правового режиму воєнного стану» від 07. 03. 2022 року № 1/3378-22, «Про деякі питання організації роботи закладів фахової передвищої, вищої освіти на час воєнного стану» від 07. 03. 2022 року № 235 було організовано проходження переддипломної практики для студентів IV курсу спеціальності 223 Медсестринство (освітня програма Сестринська справа) з 3 по 12 травня 2022 року в дистанційному режимі, а з 13 травня по 13 червня 2022 року в очному режимі відповідно до графіка. Для здобувачів освіти, які перебувають за межами України, було організовано проходження переддипломної практики у дистанційному режимі відповідно до заяв.

Переддипломна практика проводиться після проходження теоретичного курсу, успішного складання іспитів та заліків, передбачених навчальними планами. Під час переддипломної практики студенти виконували обсяги роботи відповідно до програм практики. Метою практики є оволодіння здобувачами освіти сучасними методами, формами організації праці, формування професійних умінь і навичок для прийняття самостійних рішень під час виконання функціональних обов'язків в реальних ринкових і виробничих умовах. Завдання навчальної практики – ознайомлення студентів із специфікою майбутньої професії, здобуття професійних умінь, навиків, набуття загальних та фахових компетентностей, відповідно до освітньо-професійної програми, виховання потреби систематичного поновлення знань та творчого їх застосування в практичній діяльності.

Процес набуття студентами практичних навичок і вмінь можна умовно поділити на два основні етапи: перший – відпрацювання практичних навичок в кабінетах доклінічної практики коледжу на муляжах, фантомах, навчальних симуляторах з метою доведення фахових умінь до стадії автоматизму; другий – виконання навичок в умовах стаціонару, поліклініки, амбулаторії, робота з реальними пацієнтами на клінічних базах під керівництвом методичних керівників і медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів.

На першому етапі, з метою формування у студентів фахових компетентностей, вміння правильно, швидко зорієнтуватись, прийняти рішення та бездоганно виконати ту чи іншу маніпуляцію, незамінним є використання різноманітних інтерактивних технологій навчання, які дозволяють вирішувати задачу забезпечення практичного оволодіння навчальною інформацією у студентів, активізації пізнавальної діяльності і пізнавальної самостійності, використання сучасних симуляційних технологій, які надають можливість відпрацювати практичні навички, що унеможливорює ризик для здоров'я пацієнтів, являють собою альтернативний підхід до симуляції пацієнта і продемонстрували переваги в створенні контексту догляду за пацієнтами з можливістю реалізації нових технологій, таких як

доповнена реальність [1, 3].

Практична підготовка повинна відповідати сучасним європейським тенденціям у сфері навчання, де медична сестра – це активна незалежна одиниця, а усі фахові компетенції, які формуються під час навчання, повинні вдосконалюватись відповідно до європейських стандартів шляхом поглибленого вивчення європейського досвіду професійної підготовки майбутніх медичних сестер, інтеграції закладів фахової передвищої освіти до європейського освітнього простору [1]. Важливою складовою процесу набуття студентами фахових компетентностей є практичний досвід участі здобувачів освіти Ковельського фахового медичного коледжу у проходженні тренінгових курсів із медичного рятівництва, організованого в рамках програми Erasmus + для реалізації проєкту «Я теж можу врятувати Твоє життя!», адже міжнародна співпраця та обмін досвідом у сфері фахової передвищої освіти є важливим чинником її розвитку, забезпечення якості та конкурентоспроможності, розширення можливостей для студентів, сприяє розвитку міжкультурної компетентності.

На другому етапі процесу набуття студентами практичних навичок і вмінь найбільший ефект в організації і проведенні переддипломної практики досягається завдяки дотриманню навчального плану проходження практики, тісному контакту з закладами практичної охорони здоров'я та взаємодії усіх учасників освітнього процесу. Студенти проходили практику, відповідно до затверджених графіків, у різних відділеннях лікувально-профілактичних закладів, під керівництвом методичних та безпосередніх керівників практикою працювали з реальними пацієнтами.

Студенти-практиканти залучаються до організації і виконання різних форм санітарно-освітньої роботи, адже робота з пропаганди та формування здорового способу життя, профілактики найбільш поширених захворювань є невід'ємною і обов'язковою частиною фахової компетентності студентів коледжу, як майбутніх медичних працівників [5].

Для здобувачів освіти, які перебували за межами України, проходження переддипломної практики у дистанційному режимі було організовано шляхом використання інформаційно-мережевих технологій через організацію системи співпраці у Google Classroom, для організації відеоконференцій – платформа Zoom, а також у хмарному середовищі коледжу «iCloud». Методичним керівником під час проведення практики застосовувались різноманітні інтерактивні технології навчання, зокрема: кейс-метод, метод дебріфінгу і т.д., які забезпечують максимальну навчальну діяльність студентів, сприяють формуванню загальних та фахових компетентностей. Діапазон прийомів і методів активізації навчання, які використовувалися в практичній підготовці студентів коледжу, здійснювався залежно від конкретних дидактичних завдань та специфіки освітнього процесу.

Для забезпечення професійної мотивації навчання студентів систематично проводимо

діагностику мотивів навчання.

Висновки. Формування у студентів знань, вмінь, навичок, робота в закладах охорони здоров'я згідно стандартів операційних процедур, вдосконалення клінічного мислення, що відбувається під час проходження переддипломної практики – запорука професійної майстерності майбутніх медичних працівників, невід'ємна складова освітнього процесу при підготовці фахового молодшого бакалавра впродовж усього періоду навчання в медичному коледжі, що забезпечує здатність розвитку і формування професійної компетентності майбутнього фахівця медсестринства, скорочення періоду адаптації на робочому місці, сприяє підвищенню конкурентоспроможності на ринку надання медсестринських послуг.

Список використаних джерел:

1. Sovtus I. Practical training is an integral part of the educational process in the preparation of a professional junior bachelor of nursing. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży. Nauki medyczne i nauki o zdrowiu. Seria: Zeszyty Naukowe. Łomża, 2021. №83. P. 24-33. URL: https://zeszyty-naukowe.wsa.edu.pl/download/ZN-83-3_2021.pdf
2. Закон України «Про фахову передвищу освіту». [Електронний ресурс] // ВВР. – 2019 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2745-19#Text>
3. І. Березовська, М. Головач, І. Совтус. Комп'ютеризоване моделювання в медичній освіті. Інклюзивне навчання при порушенні слуху: практики викладання природничих наук: Навчальний посібник / за. ред. І. Березовської, К. Мінакової. Львів: Простір-М, 2021. С. 89 – 95.
4. Наказ МОЗ України за № 690 від 07.10.2005 р. «Про затвердження Положення про організацію та проведення практики студентів вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0007-06#Text>
5. Совтус І. М. Санітарно-освітня робота – найважливіша умова проведення ефективної профілактики захворювань / І. М. Совтус // Міжнародна проектна діяльність як елемент розвитку професійності компетентності спеціалістів медсестринства: матеріали з Міжнародного науково-педагогічного семінару, Ломжа, 16. 12. 2021 р. / За науковою редакцією Пьотр Поніхтера, Зоя Шарлович. Видавництво: MANS w Łomży, 2022. С. 158-161. URL: https://drive.google.com/file/d/1QL--EdkRlodrCpuugO1Bq1NK1S9mbWpZ/view?usp=share_link

**ФОРМУВАННЯ УЯВЛЕННЯ ПРО ХВОРОБУ
В ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ НА ЗАНЯТТЯХ ІЗ ЛІТЕРАТУРИ
(НА МАТЕРІАЛІ РОМАНУ ДЖОНА ГРІНА «ПРОВИНА ЗІРОК»)**

Професійне мислення у студентів-медиків формується під час вивчення клінічних дисциплін, однак на логіку мислення щодо спостереження, діагностування та лікування хвороб мають вплив і дисципліни із загального циклу підготовки. Особливості формування клінічного мислення на заняттях із математики та психології досліджували Лукашенко М.В. та Ружанська Н.М. [3]. Засоби художньої літератури також можуть допомогти формувати уявлення про хворобу, її психологічні та соціальні наслідки.

Онкохвороба і супутні випробування все частіше стають об'єктом суспільної рефлексії та предметом читацького обговорення. Сучасна література має достатньо таких прикладів: «Оскар і Рожева пані» Еріка-Емманюеля Шмітта (2002), «Дівчина з дев'ятьма перуками» Софі ван дер Стап (2006), «Позолочена рибка» Барбари Космовської (2007), «Шапочка і кит» Катерини Бабкіної (2015), «Я, Ніна» Яніни Соколової та Ольги Купріян (2019). Цій темі присвячено і роман Джона Гріна «Провина зірок» (2011), який входить до шкільної програми із зарубіжної літератури за 11 клас (рівень стандарт).

У центрі досліджуваного роману – історії боротьби пацієнтів із раком. Хоч і книга не є документацією особистого досвіду, а художнім твором, «Провина зірок» – той приклад переживання тяжкої ситуації, якого потребує багато підлітків.

Мета цього дослідження – з'ясувати, яким чином вивчення роману Джона Гріна «Провина зірок» допомагає здобувачам медичної фахової передвищої освіти сформуванню уявлення про онкохворобу та етапи її переживання.

Виклад матеріалу. Особистість головних героїв роману Джона Гріна можна розкрити в таких аспектах: якість життя онкологічного хворого; характерні риси хворої на рак людини; ставлення до хвороби; зміни, що відбуваються з пацієнтом [3, с. 26]. Так, життя шістнадцятирічної Гейзел – оповідачки цієї історії, зазнало кардинальних змін. Вона була змушена покинути «нормальну» школу, навчання перестало бути основним її заняттям, коло її друзів змінилося («мої батьки – найближчі друзі»), а для можливості дихати їй необхідно носити за собою кисневі балони. Сімнадцятирічний Огастас через остеосаркому втратив ногу і був змушений покинути професійне заняття баскетболом; їхній товариш, сімнадцятирічний Айзек після операцій цілком втратив зір (одне око в ранньому дитинстві, інше – в

підлітковому). Керівник групи підтримки Патрик хоч і подолав онкохворобу, та залишився, за спостереженням Гейзел, на рівні «убогого животіння».

Варто відзначити, що герої Гріна у ході переживання хвороби зазнали і емоційних змін: стиль спілкування набув іронічного, іноді навіть саркастичного характеру, життєві установки стали виключно екзистенційними, а поведінку молоді часто визначала віра в ритуали та метафори. Приміром, Гас, який переживає рецидив хвороби, носить із собою цигарки, які ніколи не курить, вважаючи це своєрідною перемогою над смертю: *«Це метафора, ось дивися: ти тримаєш у зубах смертельно небезпечну річ, але не даєш їй можливості виконати своє смертельне призначення»* [4]; він носить футболку своєї команди, хоч і ніколи не зможе більше стати її гравцем; Гас залюблений у світ відеоігор і вважає комп'ютерну реальність найбільш реальною. Знайомлячись із батьком Гейзел, хлопець говорить про свою історію хвороби так: *«Ногу я відрізав не з чистого задоволення, хоча це непоганий спосіб скинути вагу. Ноги такі важкі!»* [4]. Використання гумору, а саме сарказму, на думку вчених Rothermich K, Ogunlana A, Jaworska N, може служити копінг-стратегією у складних ситуаціях, хоч і людина використовує його не завжди усвідомлено [2].

Загалом своє життя Огастас порівнює з американськими гірками, які йдуть лише вгору. Коливання психоемоційного стану характерне у переживанні хвороби онкопацієнтом: від полюсу надії до полюсу розпачу.

Вплив хвороби спровокував і зниження рівня соціалізації персонажів: *«Гейзел розуміла, що вона ніколи не зможе природно спілкуватися з людьми, бо вони почуватимуться ніяково і відчуватимуть докори сумління. Тож їй подобалося бути на самоті»* [4]. Дівчина вважала себе «гранатою», тобто небезпечною, а, отже, свідомо мінімізувала свої контакти зі світом та іншими людьми, що є проявом психологічної дезадаптації.

У романі відображені деякі стадії адаптації особистості до онкології. В експозиції йдеться про те, що Гейзел живе з раком щитовидної залози вже три роки, і на момент знайомства з читачем дівчина, на думку її рідних та терапевта, перебуває в «паралізуючій, клінічній» депресії. Автор перелічує її ознаки: дівчина рідко виходить із дому, багато часу марніє в ліжку, знов і знов перечитує ту саму книжку, нечасто їсть і чимало часу присвячує думкам про смерть [4]. Поширеність депресії серед онкологічних хворих значно вища, ніж у загальній популяції. В кожного четвертого онкологічного хворого діагностуються ті чи інші симптоми депресії [6].

Завдяки терапевтичному альянсу дівчина опиняється в групі підтримки, яка допомагатиме їй переживати свій діагноз. Цей епізод важливий не тільки тим, що читач може проаналізувати один з етапів переживання онкохвороби, а й зрозуміти провідну роль психосоціальних ресурсів у медико-психологічній роботі з онкохворими.

Можна стверджувати, що досвід участі в групі підтримки став відправною точкою для переживання Гейзел наступної стадії адаптації до онкології – остаточного прийняття факту хвороби, чому посприяла можливість порівняти досвіди, поділитися страхами, відчути себе частиною соціуму, завести нових друзів, і, зрештою, навіть закохатися. На цьому етапі відбувається етап посттравматичного зростання дівчини: вона відкривається, стає впевненішою, починає реалізовувати свої мрії та бажання. Про це свідчить хоча б той факт, із яким захватом Гейзел готується до подорожі в Амстердам, як очікує зустрічі з улюбленим автором і з яким настроєм мандрує («вийти в місто готовим узяти від життя все»). Гасове ж захоплення і бажання «жити на повну» було продиктоване рецидивом хвороби: юнак перервав курс паліативної допомоги заради цієї поїздки. Згідно з дослідженнями Patricia Moreno та співавторів, особи з прогресуючим або метастатичним раком також визнають пошук сенсу наприкінці життя важливим та бачать позитивні наслідки свого досвіду [1].

Висновки. Отже, вивчення художніх текстів, які містять приклади переживання хвороби, дає змогу сформуванню в здобувачів медичної освіти базові елементи клінічного мислення. У перспективі вважаємо за доцільне дослідити формування в здобувачів усвідомлення необхідності застосування біопсихосоціального підходу в клінічній практиці.

Список використаних джерел:

1. Moreno P.I., Horner F.S., Torzewski J.B., Thomas J.L., Gradishar W., Victorson D., Penedo F.J.. Study design and protocol for tailored Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to optimize quality of life in women living with metastatic breast cancer. *Contemp Clin Trials Commun.* 2021 Dec 17;25:100870. doi: 10.1016/j.conctc.2021.100870.
2. Rothermich K, Ogunlana A, Jaworska N. Change in humor and sarcasm use based on anxiety and depression symptom severity during the COVID-19 pandemic. *J Psychiatr Res.* 2021 Aug;140:95-100. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.05.027. Epub 2021 May 24.
3. Березнянська В. Порівняння психологічних особливостей онкохворого в хворобі та ремісії інструментами транзакційного аналізу. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2019. 259 с.
4. Грін Джон. Провина зірок / перекл. Віри Назаренко. URL: <https://www.ukrlib.com.ua/world/printit.php?tid=9158> (дата звернення 20.10.2023)
5. Лукашенко М., Ружанська Н. Формування клінічного мислення на немедичних предметах. *Молодий вчений*, № 9 (61), вересень 2018 р. С. 150–154.
6. Отрощенко Н.П., Отрощенко І.П., Отрощенко П.О. Проблеми депресії та аутоагресивних проявів у онкохворих / *Radiation Diagnostics, Radiation Therapy*, № 4. 2019. С. 23–27.

Мельник В.

Ковельський фаховий медичний коледж
Волинської обласної ради

ПЕДАГОГІЧНІ ІННОВАЦІЇ У ФОРМУВАННІ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Постановка наукової проблеми. У сучасних складних і трагічних умовах, що випали на долю українського суспільства, перед викладачами закладів фахової передвищої освіти особливо гостро постало завдання щодо забезпечення сфери охорони здоров'я високо-професійними медичними працівниками. Адже випускник фахового медичного коледжу повинен бути готовим вміло надавати медичну допомогу не тільки цивільному населенню, але й працювати у військових медичних закладах, виконувати завдання з медичного забезпечення військових частин у районах бойових дій. Для цього необхідні глибокі, сучасні знання з обраної професії, вміння клінічно мислити, грамотно працювати з інформацією, бути креативним та комунікабельним, мужнім і рішучим, володіти сучасними вміннями й навичками, самостійно збагачувати власний інтелект, тобто, бути компетентним фахівцем. А тому особливо актуальною є проблема щодо активного впровадження в медичній освіті нових технологій у процес навчання та виховання з метою підвищення рівня професійної компетентності майбутніх медичних фахівців.

Мета дослідження. Визначення й обґрунтування теоретичних основ ширшого упровадження педагогічних інновацій для формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер на прикладі вивчення курсу патоморфології та патофізіології.

Методи дослідження. Аналіз психолого-педагогічної та науково-методичної літератури, узагальнення педагогічного досвіду з проблем формування професійної компетентності майбутніх фахівців.

Результати та висновки. Дослідженню окремих питань щодо проблем формування професійної компетентності, як засвідчує аналіз наукової літератури, приділяли значну увагу такі науковці, як А. Шаховська, В. Олійник, С. Козак та ін. Ними визначена професійна компетентність як складний багатовимірний феномен, розкрито її зміст та ключові компетентності, вказано проблеми формування компетентностей у майбутніх фахівців.

Компетентність – динамічна комбінація знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, інших особистих якостей, що визначає здатність особи успішно соціалізуватися, провадити професійну та/або подальшу навчальну діяльність [1]. Основними структурними компонентами формування компетентностей у студентів спеціальності 223

Медсестринство є теоретичні знання, практичні вміння й особисті якості майбутнього фахівця. Загальні та професійні (фахові) компетентності формуються в послідовних розділах курсу навчання, під час вивчення різних дисциплін і безпосередньо визначають специфіку освітньо-професійної програми та кваліфікацію випускника. Патоморфологія й патофізіологія належать до фундаментальних медичних наук природничо-наукової підготовки. Вивчаючи структурні й функціональні основи хвороб, вони служать як теорії медицини, так і клінічній практиці. Адже знання, практичні навички та вміння, отримані студентами при вивченні патоморфології й патофізіології, професійно інтегровані в спеціальні дисципліни та формують у студентів клінічне мислення.

Щоб за короткий час випустити компетентних фахівців, які готові вирішувати сучасні завдання, необхідно активно впроваджувати інноваційні методи, зокрема, контекстне, імітаційне, проблемне, дистанційне навчання. Дистанційне навчання – навчання з опорою на використання новітніх інформаційно-комунікаційних технологій і засобів, яке відкриває можливості для організації та створення нового формату викладання дисциплін з урахуванням специфіки, складності та багатогранності медичної освіти, нових форм та підходів до медичного навчання [2]. Воно сприяє розвитку у студентів здатності до самостійного пошуку інформації, творчості, активного використання інформаційних технологій, без чого неможлива робота успішного фахівця. У мережі Інтернет досить багато навчальних посібників та іншого матеріалу, що дозволяє працювати самостійно й отримувати необхідну інформацію з патоморфології та патофізіології. Проте викладач повинен бути порадником, який допомагає студентам розібратися у великому потоці інформації та навчитися закріплювати й застосовувати знання на практиці.

Основою проведення лекційних і практичних занять має бути повна візуалізація освітнього процесу. Використання комп'ютера сприяє підвищенню інтересу, активізації та загальної мотивації навчання завдяки новим формам роботи, використанню привабливих і швидкозмінних форм подання інформації, прагненню отримати вищу оцінку; індивідуалізації навчання – кожен працює в режимі, який його задовольняє; доступу студентів до «банків інформації», можливості оперативно отримувати необхідні дані в достатньому обсязі; об'єктивності перевірки й оцінювання знань, умінь і навичок студентів [3]. Лекції з мультимедійним супроводом дозволяють демонструвати для всієї аудиторії відеоролики, анімацію, комп'ютерні таблиці, схеми, графологічні структури, слайди з макро- й мікропрепаратами, проводити аналіз структурних змін органів і тканин на різних стадіях хвороби та в разі її ускладнень. Студенти з великим задоволенням та зацікавленістю сприймають залучення відеороликів під час вивчення різних тем дисципліни, зокрема: «Система гемостазу», «Зсідання крові та його механізми», «Бронхіальна астма: як приборкати

небезпечну хворобу». Дані технології дозволяють візуалізувати різноманітні патологічні стани, посилити наочність.

Інформаційно-комп'ютерні технології з успіхом використовуються і на практичних заняттях, адже це дозволяє, при необхідності, зосередити увагу всіх студентів бригади одночасно на вирішенні певного завдання. На екрані демонструється проблемне питання або завдання для всієї підгрупи; після обдумування запропонованого завдання викликається для відповіді той чи інший студент (як при фронтальному опитуванні), після чого пропонується іншим студентам прокоментувати відповідь свого товариша. Така опція, як анімація, у режимі «Показ слайдів» дозволяє після відповідей і коментарів усіх студентів виділити або відкрити на екрані правильну відповідь на тестове запитання чи ситуаційну задачу. Для зменшення затрат часу на проведення контролю знань застосовуємо онлайн-тестування в навчальній хмарі «lCloud». При проведенні аналізу результатів виконання тестових завдань пропонується студентам бригади самим пояснити, чому саме дана відповідь є правильною, адже це дозволяє глибше зрозуміти логіку побудови тестового завдання.

Ефективність будь-якого навчання, незалежно від того, в якій формі воно проводиться – дистанційній або очній, залежить від декількох критеріїв: мотивації, необхідного обсягу якісного навчального матеріалу, урізноманітнення методів навчання та контролю знань студентів. У разі дотримання цих названих критеріїв студент отримує максимальний результат від навчання [4]. Для забезпечення максимальних результатів від навчання розроблені й упроваджені в педагогічний процес методичні розробки, варіанти тестових завдань, електронні посібники та презентації для самопідготовки студентів, які охоплюють питання щодо структурних основ патологічних процесів, їх етіології, пато- і морфогенезу, класифікації при захворюваннях внутрішніх органів. У методичних розробках вказано перелік знань та вмінь, якими повинен оволодіти студент для реалізації поставленої мети й подано список рекомендованої літератури, необхідної для формування базових знань та практичних навичок. Ці матеріали, розміщені в навчальній хмарі «lCloud», постійно поповнюються та поновлюються.

Вирішенню проблеми формування фахових компетентностей послуговує ширше впровадження інтерактивного навчання. Використовуючи різні методики інтерактивного навчання на практичних заняттях із патоморфології та патофізіології, намагаємось дотримуватися основних принципів інтерактивного навчання: діалогічної взаємодії, кооперації й співробітництва, активно-рольової (ігрової) і тренінгової організації навчання [5]. В інтерактивному навчанні викладачу належить бути організатором процесу навчання, консультантом, фасилітатором, не замикаючи навчальний процес на собі. Головними у процесі навчання є зв'язки між студентами, їх взаємодія та співпраця. Із величезної кількості

технологій інтерактивного навчання найчастіше використовуються наступні: робота в парах, робота в малих групах, рольові (ділові) ігри, окремі методи конкурентного навчання. Так, при роботі в парах кожна з пар студентів отримує кейси різних видів ситуаційних задач, вирішує та доповідає результати.

Робота в малих групах надає всім студентам рівну можливість брати участь у навчанні, практикуючи навички співробітництва та спілкування. Це часто буває неможливим у великому колективі. Застосовуються наступні варіанти методу малих груп: з елементами ділової гри; у вигляді каруселі; метод малих конкурентних груп. Як приклад рольової (ділової) гри є практичне заняття на тему: «Загальна характеристика патофізіологічних змін при захворюваннях системи крові. Патологічні зміни еритроцитів і лейкоцитів», яке проводиться у формі ділової гри «Залік для медсестер терапевтичного відділення щодо патологічних змін еритроцитів і лейкоцитів при захворюваннях системи крові». Серед методів, які поєднують у собі гру, емоційне захоплення, дослідницьку діяльність і дискусії, перевага віддається методу мозкового штурму, зокрема таким його варіантам, як прийоми «Фішбоун», «Кубування», «Ромашка запитань» або «Ромашка Блума», технології «Шести капелюхів».

При застосуванні методу «конкурентних груп», студенти розподіляються на кілька мінігруп, які конкурують між собою у вирішенні певної проблемної ситуації. Проблема ситуація – усвідомлене суб'єктом ускладнення, шляхи подолання якого потребують пошуку нових знань, нових способів дій [5]. Теоретичні знання студент засвоює краще, усвідомлюючи, що зможе їх застосувати для вирішення певної проблемної задачі. Завдання для всіх мінігруп однакові й забезпечуються необхідними світлинами, результатами аналізів за темою тощо. Досвід підказує, що при складанні завдань для студентів слід враховувати специфіку такої дисципліни, як патоморфологія та патофізіологія, даючи додаткові пояснення. Особливий акцент необхідно робити на індивідуальному рівні складності, одночасно всі завдання мають бути спрямовані на досягнення основних навчальних цілей: освоєння та закріплення знань і навичок, уміння узагальнювати й робити висновки, застосовувати знання в різних умовах. Це сприяє підвищенню рівня самостійності в освоєнні навчального матеріалу, допитливості та формування клінічного мислення [4].

Таким чином, формуванню професійних компетентностей майбутніх медичних сестер покликані сприяти різноманітні педагогічні інновації, позитивне ставлення студентів до вивчення конкретної дисципліни, сформованість світогляду, спрямованість особистості майбутнього фахівця, а також прагнення до постійного процесу самоосвіти та можливості розвиватись.

Список використаних джерел:

1. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. Голос України. 2017. 27 верес. (№ 178 – 179). С. 10 – 22.
2. Биков Г. Ю. Інновації в організації досліджень та розробок у галузі інформаційно-комунікаційних технологій в освіті у світлі викликів XXI сторіччя. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2019. Т. VIII: Психологічна теорія і технологія навчання. Випуск 10. С. 55 – 74. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v8/i10/7.pdf> (дата звернення: 21. 04. 2023).
3. Фіцула М. М. Педагогіка : посіб. Київ : Академія, 2002. 528 с.
4. Лашкул Д. А. Особливості викладання клінічних дисциплін при змішаній формі навчання в умовах пандемії COVID-19. *Досвід впровадження змішаної форми навчання у ЗДМУ, траєкторія розвитку та місце в системі вищої медичної освіти* : матеріали навч.-метод. відеоконф. Центр. метод. ради (26 трав. 2021 р., м. Запоріжжя). Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. С. 12-13. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/14044/1/%d1%8112-13.pdf> (дата звернення: 25.04.2023).
5. Сисоєва С. О. Інтерактивні технології навчання дорослих : навч.-метод. посіб. Київ : ВД ЕКМО, 2011. 320 с.

Яремко А., Коцар В.

КЗВО «Волинський медичний
інститут»

ІННОВАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ТЕЛЕГРАМ-МЕСЕНДЖЕРА ЯК ОСВІТНЬОЇ ПЛАТФОРМИ

До кінця ХХ – початку ХХІ століття на основі взаємопроникнення різних технологій і систем виробництва, переробки, передачі, розподілу інформації формуються умови для якісно нового етапу у розвитку інформаційно-комунікаційної інфраструктури та в цілому інформаційного середовища, яке поступово стає домінуючим у розвитку людського суспільства.

Епоха цифрових технологій дозволяє знаходити нові способи ефективного навчання. Цифровізація є процесом переведення інформації в цифрову форму. Найбільш затребуваним і результативним сьогодні є гібридний формат навчання, тобто. поєднання онлайн-і офлайн-форм.

Постійні трансформації та оновлення вимагають від аудиторії швидкої адаптації. Проте процес адаптації у різних поколінь відбувається по-різному.

Соціальна мережа – це онлайн-сервіс, що дозволяє створювати соціальні зв'язки, вступати до міжособистісних комунікацій, поширювати різноманітну інформацію. Саме соціальні мережі як важлива частина сучасного медіапростору надають цифровий контент у різноманітних формах. С. Феамезі, Х. Тебрайзі та Е. Челек (S. Faramarzi, H. H. Tabrizi, A. Chalak) переконують, що Telegram як інструмент соціальних мереж є одним із засобів навчання [3].

Переведення навчання в онлайн-простір прискорює процес зміни освітнього середовища. Соціальні мережі набули нового значення для всіх учасників освітнього процесу. Традиційне навчання не спроможне задовольнити студентів попередньою системою освіти, а для сучасної молоді соціальні мережі – це частина звичного життя. Ефективне сприйняття інформації із соціальних мереж обумовлено візуальними інтерфейсами, які інтуїтивно зрозумілі кожному користувачеві.

Науковці Е. Їнк та Н. Квіндалайн (A. Yinka, N. Queendarline) наголошують на високій популярності використання Telegram серед студентства під час вивчення навчальних предметів, продуктивності від застосування цього додатка у викладанні певного предмета. [4].

Використання соціальних мереж в освітньому процесі сприяє обміну інформацією,

підвищує мотивацію студентів у навчальній діяльності, стимулює розвиток творчих здібностей та пізнавальний інтерес. Всі ці чинники позитивно впливають на формування знань та вмінь.

У відповідь на цифровізацію та цифрову трансформацію через зміну мислення нового покоління необхідно актуалізувати навчальний процес, використовуючи різні види активності студентів. Сучасний світ надає нам багато можливостей та інструментів для цього.

С. Бойко наголошує на таких перевагах використання Telegram з освітньою метою:

- зменшення кількості не підготовлених до заняття студентів внаслідок зростання їх інтересу до предмета;
- підвищення якості підготовки завдяки легкому й швидкому доступу майбутнього фахівця до завдань і навчальних матеріалів з дисципліни, що знаходяться на його власному мобільному пристрої;
- подолання негативного впливу кліпового мислення [1].

У Волинському медичному інституті проведено анкетування, в якому студенти визначали найпоширеніший канал комунікації для навчання. Найбільшу кількість отримав Telegram, тому варто детальніше зупинитися на висвітленні алгоритму співпраці викладача та студентів за допомогою цієї соцмережі.

Отже, про переваги телеграм перед тими ж Viber і WhatsApp:

- безкоштовний
- можливість встановлення на будь-якій платформі (смартфон, планшет, комп'ютер)
- наявна веб-версія в браузері
- у ньому немає реклами
- об'єм хмарного сховища для медіафайлів необмежений.

Telegram має можливість створення ботів та каналів, і це відрізняє його від інших месенджерів. Бот-програма, яка дозволяє відповідати на запитання користувача, шукати інформацію, консультувати клієнтів та навіть підтримувати ігри в інтерфейсі месенджера. Канали – це чати, які дозволяють надсилати повідомлення необмеженій кількості користувачів, підписаних на нього. Це суміш блогу та стрічок новин.

Унікальні можливості цього месенджера: мовлення у прямому ефірі на необмежену кількість користувачів з можливістю трансляції відео, звуку, екрану телефону, зі збереженням запису ефіру після його закінчення; опитування - вікторини із програмуванням правильних відповідей питання; можливість використання чат-ботів, що розширюють можливості педагога.

Для ефективного процесу навчання за допомогою Telegram, варто використати

можливості створення групи, супергрупи, каналу, секретного чату, особистого чату.

Чат-боти також є невід'ємною частиною нашого каналу. Для публікації матеріалу з необхідною нам структурою та оформленням використовуватиметься чат-бот «Controller Bot». Він дозволяє публікувати текст, фотоматеріали, відеоматеріали, музику та голосові повідомлення, а також проводити відкладену публікацію матеріалу, що дозволить викладачеві зробити автоматичну публікацію навчального матеріалу за розробленим ним планом.

Для створення опитувань всередині каналу використовуємо чат-бота Quiz Bot, який створює неанонімні тести, з обмеженням часу на відповідь. Після виконання тесту студент побачить, скільки правильних відповідей він вибрав за тест, а викладач має можливість переглянути статистику учасників тесту.

Для дистанційних занять варто використовувати інструмент «Аудіотрансляція». Цей інструмент дозволяє проводити трансляції 1000 користувачів з можливістю транслювати звук, відео з камери, а також дублювати екран. Месенджер також має можливість зберігати трансляцію після її закінчення у форматі аудіо, або відео.

Швидка доставка повідомлень та файлів; передача файлів будь-якого формату; зв'язок будь-якого виду; створення та використання одностороннього каналу інформації; створення конференцій; безпека та приватність; мультиплатформність – саме такий широкий функціонал соцмереж сприяє підвищенню якості процесу навчання.

С. Сергіна зауважує актуальність використання месенджерів як загальноприйнятого каналу комунікації з метою оптимізації, покращення й модернізації процесу навчання. Науковець увиразнює кросплатформенну особливість Telegram, адже цей додаток працює на платформах iPhone, Android, WindowsPhone, а також дає можливість заходити до свого облікового запису з декількох пристроїв: як мобільного, так і ноутбука [2].

Отже, соцмережі допомагають реалізувати більшість форм освітнього процесу, які допомагають в освітньому процесі. Telegram має широкий функціонал, дозволяє розміщувати навчальний матеріал у різних форматах та створювати тестові завдання на відпрацювання навчального матеріалу. Швидка доставка повідомлень та файлів; передача файлів будь-якого формату; зв'язок будь-якого виду; створення та використання одностороннього каналу інформації; створення конференцій; безпека та приватність; мультиплатформність – саме такий широкий функціонал соцмереж сприяє підвищенню якості процесу навчання.

За підсумками використання Telegram в процесі навчання зроблено інформацію доступною, мобільною та зручною; проведено перевірку знань за допомогою онлайн-тестів; об'єднано весь медіа-контент та джерела з предмета; спрощено процес комунікації зі студентами.

Список використаних джерел:

1. С. А. Бойко, «Мобільний додаток Telegram як інноваційний засіб активізації роботи студентів при вивченні іноземної мови», *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука»*, т. 4, № 66 (1), с. 27-31, 2019. [Електронний ресурс]. Доступно: <https://www.internauka.com/uploads/public/15532023517160.pdf>. Дата звернення: Березень. 10, 2023
2. С. В. Сергіна, "Використання Telegram в процесі оволодіння іноземною мовою у рамках дистанційного навчання", на *IV міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. Сучасні виклики і актуальні проблеми науки, освіти та виробництва: міжгалузеві диспути*, Київ, 2020, с. 245-250. [Електронний ресурс]. Доступно: <https://core.ac.uk/download/pdf/323538144.pdf>
Дата звернення: Берез. 10, 2023.
3. S. Faramarzi, H. H. Tabrizi, & A. Chalak, «Telegram: an instant messaging application to assist distance language learning», *Teaching English with Technology*, vol. 19, no. 1, p. 132-147, 2019. [Електронний ресурс]. Доступно: <https://www.tewtjournal.org/issues/volume-2019/volume-19-issue-1> Дата звернення: Лют. 15, 2023.
4. A. R. Yinka, & N. N. Queendarline, "Telegram as a social media tool for teaching and learning in tertiary institutions", *International Journal of Multidisciplinary Research and Development*, vol. 5, no. 7, p. 95- 98, 2018. [Електронний ресурс]. Доступно: <http://www.allsubjectjournal.com/archives/2018/vol5/issue7/5-7-26>. Дата звернення: Лют. 15, 2023.

Новак-Мазепа Х., Томчук Т.,

Мельник Р.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

РОЗВИТОК SOFT SKILLS У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З МЕДСЕСТРИНСТВА

Постановка наукової проблеми. У світлі реформи медсестринської освіти, особливо інтеграції її в педагогіку, інтенсивного розвитку набуло питання розвитку Soft Skills майбутніх фахівців медсестринства. М'які навички є актуальним аспектом сестринського догляду, що орієнтований на людину, засвоєння яких є не менш важливими, ніж опанування навичок практичної діяльності медичних сестер [1].

Мета. Провести огляд вітчизняних та закордонних літературних джерел щодо впровадження стратегій опанування Soft Skills майбутніми медсестрами під час професійного навчання та застосування їх в процесі спілкування з пацієнтами.

Методи дослідження. Аналіз даних нових освітніх можливостей впровадження навчання м'яким навичкам для підвищення стандарту медсестринського догляду. Інтегративний огляд літератури проводився з використанням трьох електронних баз даних: PubMed, Medline і Google Scholar, використовуючи ключові слова: Soft Skill, м'які навички, навички м'якого спілкування, навички медсестринства, мистецтво медсестринства, медсестринська педагогіка.

Результати. З появою глобалізації та технологічного перевороту в галузі охорони здоров'я майбутня медсестра вимагає різносторонньої підготовки в процесі формування її як фахівця. Це включатиме розвиток м'яких навичок, які є обов'язковими для встановлення стосунків між медсестрою та пацієнтом. М'які навички дозволяють більш ефективно використовувати знання та уміння, що засвоєні медсестрами в процесі навчання [1]. Відсутність ефективного спілкування є великою перешкодою в отриманні інформації від пацієнта, встановленні контакту та здійснення успішних заходів медсестринського процесу [1,2].

У протипагу використання відповідних педагогічних прийомів, які покращують навчання та розвиток навичок спілкування, мають безпосередній вплив на покращення догляду за пацієнтом та на покращення медсестринського догляду загалом, що в цілому підвищує загальний рівень задоволеності пацієнтів медсестринським доглядом.

Висновки: Окрім набуття знань і фахових умінь, навчальна програма медсестер може і повинна включати більше м'яких навичок для підвищення стандарту догляду. Україна, як і

решта світу, вступає в нову еру, яка вимагає мобілізації нових навичок, а саме Soft Skills, які удосконалять компетентнісну базу досвіду, знань і навичок фахівців з медсестринства. Переосмислення та інтеграція м'яких навичок у освітні програми навчання медсестер за допомогою інноваційних стратегій навчання дозволить формувати у майбутніх медичних сестер комунікативні компетенції, притаманні справжнім лідерам медсестринства.

Список використаних джерел:

1. Lee Keng Ng. The perceived importance of soft (service) skills in nursing care: A research study Nurse Education Today. *Nurse Educ Today*. 2020. Vol. 85, 104302. DOI: 10.1016/j.nedt.2019.104302.
2. Azzouzi Widad, Gantare Abdellah Strategies. Used to Teach Soft Skills in Undergraduate Nursing Education: A Scoping Review. *Journal of Professional Nursing*. 2022. Vol. 42, P. 209-218. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.07.010>
3. Daisuke Fukuta, Maki Iitsuka Nontechnical Skills Training and Patient Safety in Undergraduate Nursing Education: A Systematic Review. *Teaching and Learning in Nursing*. 2018. Vol.13, no. 4. P. 233-239. DOI:[10.1016/j.teln.2018.06.004](https://doi.org/10.1016/j.teln.2018.06.004).

Семенюк О., Паращук З.,

Шелепетень Л.

КЗВО «Волинський медичний інститут»

РОЛЬ УЖИТКОВОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ В РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ ПРИ ВИВЧЕННІ ХІМІЧНИХ ДИСЦИПЛІН

Удосконалення сучасної освіти спрямоване на переорієнтацію процесу навчання на розвиток особистості здобувача освіти, навчання його самостійно оволодівати новими знаннями [3]. Сучасна молода людина об'єктивно змушена бути більш мобільною, інформованою, критично і творчо мислячою, значить і більш мотивованою до самонавчання і саморозвитку.

Результати навчальної діяльності студентів на всіх етапах освіти не можуть обмежуватися знаннями, вміннями, навичками. Метою навчання мають бути сформовані компетентності, як загальна здатність, що базується на знаннях, досвіді та цінностях особистості [1].

Компетентності не суперечать знанням, вмінням, навичкам, вони передбачають здатність осмислено їх використовувати [7]. Удосконалення компетентнісного підходу полягає в тому, щоб навчити здобувачів освіти застосовувати набуті знання й уміння в конкретних навчальних та життєвих ситуаціях.

Мета цього дослідження – з'ясувати, як виконання ужиткового хімічного експерименту сприяє формуванню та розвитку ключових компетентностей здобувачів освіти.

Виклад матеріалу. Відповідно до основних цілей освіти, структурного представлення соціального та особистісного досвіду, основних видів діяльності здобувачів освіти, які дають можливість опановувати соціальний досвід, здобувати життєві та практичні навички в сучасному соціумі, [2] виділяється перелік ключових освітніх компетентностей: **ціннісно-сміслова компетентність**, що стосується світогляду, ціннісних орієнтирів, здатності бачити й розуміти навколишній світ, усвідомлювати свою роль та призначення, уміння обирати цільові та знаннєві установки, приймати рішення; забезпечує механізм самовизначення та окреслює індивідуальну освітню траєкторію та програму життєдіяльності студента; **загальнокультурна** компетентність визначає коло питань, в яких необхідно бути добре обізнаним, мати пізнання та дуже широкий досвід діяльності; **навчально-пізнавальна** компетентність становить сукупність компетентностей у сфері самостійної пізнавальної діяльності, що включає логічні, методологічні, евристичні, загально навчальні аспекти

пізнання у співвідношенні з реальними об'єктами вивчення; **інформаційна** компетентність передбачає здатність здобувача освіти самостійно шукати, аналізувати та відбирати необхідну інформацію, систематизувати, переробляти, зберігати та передавати її за допомогою сучасних інформаційно-пошукових технологій та гаджетів; **комунікативна** компетентність включає знання необхідних мов, способів взаємодії з оточуючими окремими людьми та подіями, навички роботи в групі, відігрівання соціальних ролей, вміння презентувати себе, написати лист, анкету, заяву, поставити запитання, вести діалог, дискусію тощо; **соціально-трудова** компетентність означає володіння знаннями та досвідом у сфері громадянсько-суспільної діяльності, у соціально-трудовій сфері, у сфері сімейних стосунків та обов'язків, у питаннях економіки, права, професійного самовизначення; компетентність **особистого самовдосконалення** передбачає засвоєння способів фізичного, духовного й інтелектуального саморозвитку, емоційної саморегуляції та самопідтримки; опанування способами діяльності у власних інтересах і можливостях з метою самопізнання, розвитку сучасних необхідних особистих якостей, формуванні психологічної грамотності, культури мислення й поведінки; застосування правил особистої гігієни; турботу про власне здоров'я, статеву грамотність, внутрішню екологічну культуру; комплекс якостей, пов'язаних з основами безпечної життєдіяльності [1].

Одним з найдоступніших і перевірених практикою шляхів активізації пізнавальної діяльності студентів на заняттях є відповідна організація самостійної роботи. Вона займає особливе місце, тому що студент набуває знань тільки в процесі особистої самостійної навчальної діяльності [5].

Метою самостійної роботи при викладанні дисциплін природничого циклу є поглиблення і розширення знань здобувачів, розвиток пізнавального інтересу до навчальної дисципліни/предмета, активності, творчості та самодіяльності, виховання любові до природи.

В практиці навчання кожен тип самостійної роботи представлений різноманітністю видів: робота з підручниками, довідниками; розв'язання різноманітних завдань, ситуаційних задач; виконання індивідуальних та групових завдань; домашні лабораторні дослідження та спостереження; підготовка доповідей та рефератів; технічне моделювання та конструювання.

Домашній (ужитковий) хімічний експеримент це вид самостійної експериментальної роботи, яку студенти мають можливість проводити в індивідуальному порядку вдома, використовуючи лабораторний посуд та обладнання виготовлене власноруч або придбане як наочне приладдя. Він передбачає самостійне виконання дослідів у домашніх умовах за завданням викладача з використанням ужиткових речовин (речовин особистої гігієни, смакових та харчових продуктів, речовин медичного призначення)[6].

Домашні дослідження виконуються під контролем і керівництвом викладача, який дає для

цього студентам інструкції (письмову або усну). Інструктування проводиться на занятті або в позааудиторний час. Для студентів, які мають недостатні навички з організації самостійної роботи, розробляються детальні інструкції.

Домашні спостереження можна використовувати на занятті під час активізації опорних знань, в процесі засвоєння нових знань та їх удосконалення. Основними завданнями такого експерименту є поглиблення знань з хімії, розвиток пізнавального інтересу до вивчення дисципліни, вдосконалення експериментальних умінь, вивчення значення хімії у практичній діяльності та житті людини. Включення студентів не тільки в спостереження за виконанням демонстраційних експериментів викладачем, забезпечить всебічне формування експериментальних умінь та дозволить усвідомлено оволодівати знаннями хімічної науки [3]. Адже, за висловленням Конфуція: «Скажи мені – і я забуду, покажи мені – і я запам'ятаю, дай мені зробити – і я зрозумію».

Діяльність, що має у своїй основі глибокий інтерес не лише до результату, а й до її процесуальних компонентів, найпродуктивніша, адже саме від неї людина має найбільше задоволення.

Висновки. Отже, використання домашнього хімічного експерименту має широкі можливості у формуванні більшості з визначеного переліку ключових компетентностей здобувачів освіти. Використання ужиткового хімічного експерименту у підготовці майбутніх фахівців дасть можливість їм адаптуватися до практичної професійної діяльності та реалізовувати її у відповідності до існуючих вимог.

Список використаних джерел:

1. Компетентнісний підхід у вищій школі теорія та практика. Монографія за загальною редакцією О. А. Жукової, А. І. Комишана. Харків, 2021. 264 с.
2. Наталія Гальчун. Міжкультурна компетентність як складник професійної компетентності медичного працівника. Актуальні питання гуманітарних наук. Міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. Вип. 43. 2021. Т. 1. С. 211-219.
3. Студентоцентрований навчальний процес як запорука забезпечення якості вищої медичної освіти: матеріали ІІІ навч.-метод. конф. ХНМУ (Харків, 29 січня 2020 р.) / Міністерство охорони здоров'я України, Харк. нац. мед. ун-т. Харків : ХНМУ, 2020. Вип. 10. 236 с.
4. Лашевська Г. Медіаосвітній потенціал навчального експерименту з елементами ужиткової хімії. Біологія і хімія в рідній школі. 2018. № 4 (127). С. 21–22.

5. Мартишок Г.В. Хімічний експеримент. Практикум: Навч. Посібник. Рівне: Видавничий центр РДГУ, 2011. 263с.
6. Вороненко Т. Проектна діяльність учнів у навчанні природничих предметів. Біологія і хімія в рідній школі. 2015. 34 с.
7. Грабовий А. К. Ужитковий хімічний експеримент: Науково-методичний посібник для студентів та вчителів хімії. Черкаси : ЧНУ імені Богдана Хмельницького, 2015. 200 с.
8. Бухальська С. Є. Компетентнісний підхід. Теоретичний аналіз ключових дефініцій вищої медичної освіти. Нова педагогічна думка. 2009. №2. С. 84–85.

ФОРМУВАННЯ КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ МАТЕМАТИКИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ

Постановка наукової проблеми. Будь-яка сфера діяльності вимагає від сучасного фахівця вміння приймати рішення, усвідомлювати свою роль та призначення в команді, використовувати надані можливості, вміння вирішувати проблеми, тобто, гнучко адаптуватися у змінних життєвих ситуаціях, самостійно набуваючи необхідних знань, критичного мислення, інформаційну культуру та грамотність. Професійна компетентність майбутнього фахівця розглядається як показник якості освіти. Тому вивчення та аналіз особливостей процесу її формування в усіх галузях, зокрема медичній, є пріоритетним завданням педагогічної науки та знаходиться у полі зору при викладанні математичних дисциплін.

Аналіз стану навчання математики показує, що результати навчання студентів, рівень їхньої математичної культури, пізнавальної активності і самостійності не є достатнім, а проблема активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів фахової передвищої освіти при вивченні математичних дисциплін залишається актуальною [1].

Метою статті є розроблення принципів підходів до створення, удосконалення, впровадження та ефективного формування професійних компетентностей в процесі викладання математики в медичних закладах освіти.

Методи дослідження. Зміст навчання математики на рівні стандарту це, насамперед, оволодіння загальною математичною культурою, термінологією, вироблення так званого математичного стилю мислення, основними складовими якого є: логіка, аналіз, просторова уява, прогнозування, класифікація об'єктів, вміння встановлювати закономірності та обирати математичну модель для розв'язку поставленої задачі, виявляти зв'язки між різними явищами та вміння приймати рішення тощо.

Проте, під час навчання математики виникає низка проблем, з якими стикаються студенти під час вивчення математичних дисциплін, серед них: низький рівень базової теоретичної підготовки з математики, недостатній рівень практичних умінь та навичок щодо використання цих знань, низька мотивація при вивченні математики, відсутність бажання самостійного опрацювання навчального матеріалу студентами, невміння застосовувати математичні знання для формалізації практичних задач та їх розв'язування.

Враховуючи, що ефективність процесу навчання в контексті реалізації компетентнісного підходу залежить від таких важливих чинників, як: умотивованість

студента, компетентнісного наповнення змісту освітнього процесу та компетентності викладача, формуються доцільні напрями у вирішенні вищезазначених проблем.

Відповідно до вимог сучасного освітнього простору виникає необхідність зміни цільових орієнтирів професійних педагогічних підходів, тобто зсув акцентів:

- з жорсткого контролю навчання студентів на самоконтроль (самостійне) навчання студентів;
- із зовнішньої мотивації (отримання гарних оцінок) на внутрішню мотивацію (отримання знань);
- з отримання теоретичних знань та навичок на вміння застосовувати набуті знання та навички;
- з ролі викладача як експерта – на викладача у ролі консультанта, радника;
- з оцінювання успішності здобувача освіти на оцінювання не лише студента, а й отримання постійних відгуків, так званого зворотного зв'язку, від студентів про ступінь важкості сприйняття предмета чи його окремих тем, доступність подання матеріалу викладачем і інші рекомендації та зауваження від студентів.

Результат засвоєння навчального матеріалу із подальшим вмінням застосовувати отримані знання та самовдосконаленням навиків у самостійній професійній діяльності фахівця залежить від орієнтації цілей, змісту і засобів навчання та здійснення цілеспрямованих змістових і методологічних зв'язків навчальної дисципліни з практикою. Особливо це стосується медичної освіти, оскільки їй притаманна специфіка викладання, що полягає у поєднанні теоретичної та практичної складових навчального процесу [2].

Тому актуальним є навчання математики, зорієнтоване на забезпечення міцного і свідомого оволодіння студентами системою математичних знань і вмінь, здатних застосовувати знання в практичних ситуаціях. Вирішенню даного завдання сприяє наповнення курсу алгебри і початків аналізу прикладними задачами практичної спрямованості [3], що задовольняють такі методичні вимоги:

1. Задачі повинні:

- мати реальний практичний зміст, який забезпечує ілюстрацію практичної цінності і значущості набутих математичних знань;
- відповідати навчальним програмам і чинним підручникам з курсу алгебри і початків аналізу щодо методів і фактів, які будуть використовуватися в процесі їх розв'язування;
- демонструвати практичне застосування математичних ідей у різних галузях природознавства, зокрема в біології, генетиці, екології, хімії, медицині, фармації;

- викликати в здобувачів освіти пізнавальну зацікавленість, давати можливість демонструвати ефективне використання математичних знань на практиці поняття і терміни задач мають бути відомі або інтуїтивно зрозумілі студентам.
- 2. Числові дані в прикладних задачах повинні відповідати існуючим на практиці, тобто, бути реальними.

Необхідно зазначити, що процесу розв'язування прикладних задач властиві всі етапи математичного моделювання. В узагальненому вигляді це:

- переклад задачі з природної мови тієї галузі, де вона виникла, на мову математики;
- розв'язування отриманої математичної задачі;
- інтерпретація отриманих результатів, тобто, переклад розв'язку математичної задачі з мови математики на мову тієї галузі, де вона виникла.

В підсумку, кожен студент уміє здобувати інформацію для розв'язання певної проблеми, аналізувати її, висувати гіпотези щодо вирішення проблеми, робити необхідні узагальнення, встановлювати статистичні закономірності, робити аргументовані висновки, застосовувати отримані результати для розв'язання нових проблем.

Формування ключових компетентностей відбувається і в процесі різноманітних видів діяльності на заняттях та поза заняттями: активних, інтерактивних, індивідуальних, групових. Всі вони важливі, бо діюча особистість повинна зуміти виконати й просту механічну роботу, й складну творчу.

Висновки. Суть освітнього процесу в умовах компетентнісного підходу зводиться до створення педагогічних умов і ситуацій, які можуть привести до формування тієї або іншої компетенції. Даний підхід характеризується практичною спрямованістю результатів навчання та створенням умов для розвитку кожного студента, здатного самостійно розв'язувати життєві проблеми, сформувавши їх у задачі з подальшим пошуком інформації, її обробки, визначення моделі для її розв'язку, прийняття рішення та вміння нести відповідальність за результат.

Список використаних джерел:

1. Кульбашна Я. Професійна майстерність викладача як основа формування професійної компетентності майбутніх стоматологів. Неперервна професійна освіта: теорія і практика. 2019. Вип. 5 – 6. С. 48 – 55.
2. Дівнич Т. Я. Новітні технології навчання у підготовці майбутніх лікарів-стоматологів. Вісник проблем біології і медицини. 2018. Вип. 4(2). С. 39 – 42.
3. Прикладні задачі природничого характеру в курсі алгебри і початків аналізу: практикум. Навчальний посібник. Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2010. 128 с.

Дужич Н.

Тернопільський національний
медичний університет
імені І. Я. Горбачевського

ХАРАКТЕРИСТИКА ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ МЕДСЕСТЕР, ЩО ЗДОБУВАЮТЬ ВИЩУ ОСВІТУ

Постановка наукової проблеми. Професія медсестри дотична до людських стосунків, що часто призводить до конфліктів у стресових умовах [1]. Наукові дані пов'язують емоційний інтелект (ЕІ) зі здатністю справлятися зі стресом [2, 3], керувати конфліктами [1] та бути лідерами [4]. Компетенції ЕІ є важливими компонентами професійної медсестринської практики та включають здатність демонструвати емпатію та самосвідомість, а також мотивувати інших і демонструвати чудові навички міжособистісного спілкування [5]. Компетенції ЕІ також мають вирішальне значення для медсестер в управлінні емоціями під час роботи з мультидисциплінарними командами, необхідними для вдосконалення клінічної практики та покращення результатів лікування пацієнтів [6]. ЕІ є важливим для медсестер, оскільки він впливає на їхні здібності приймати рішення, клінічне судження та самопочуття, що безпосередньо впливає на якість медсестринського догляду [7].

ЕІ визначається як розуміння, використання та управління своїми емоціями в позитивний спосіб для зменшення стресу, здатності ефективно спілкуватися, співпереживати, долати проблеми та вирішувати конфлікти [8]. ЕІ передбачає здатність бути уважним до власних почуттів, а також до почуттів інших, контролювати власні дії, заохочувати інших і впливати на них, а також ефективно регулювати емоції. ЕІ сприяє емоційному, інтелектуальному та професійному прогресу [9].

Метою дослідження було проаналізувати результати тестування MSCEIT щодо складових емоційного інтелекту медичних сестер, здобувачів вищої освіти.

Методи дослідження. У дослідження було включено медичних сестер, які здобувають перший рівень вищої освіти у Тернопільському національному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського. Емоційний інтелект оцінювали за допомогою тесту MSCEIT, адаптованого Ю. Широн [10]. При інтерпретації отриманих результатів кількість балів 90 - 110 оцінювали як середній рівень, нижче 90 балів – як нижче середнього рівня і понад 110 балів як вище середнього рівня.

Статистичну обробку результатів здійснювали з використанням комп'ютерної програми STATISTICA 7.0.

Результати. З метою оцінки ЕІ було проаналізовано компоненти тесту MSCEIT, а саме, ідентифікація емоцій, використання емоцій, розуміння та аналіз емоцій та свідоме керування. Встановлено, що нижче середнього рівня у респондентів виявляли ідентифікацію емоцій, а також розуміння та аналіз емоцій, що вказує на несформований в них емоційний інтелект. Показник коефіцієнта кореляційної надійності альфа Кронбаха становив 0,86, що свідчить про високу надійність отриманих результатів дослідження.

Висновки. Результати дослідження показали, що не всі випускники першого рівня вищої освіти здобувають компетентність ЕІ незважаючи на те, що освітня програма повністю забезпечує можливість сформувати дану компетентність, а освітній процес здійснюється в середовищі, де якість освіти підтримує розвиток ЕІ.

Список використаних джерел:

1. Morrison J. The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *J Nurs Manag.* 2008; 16:974–83.
2. Adamson E. Caring behaviour of nurses in Malaysia is influenced by spiritual and emotional intelligence, psychological ownership and burnout. *Evid Based Nurs.* 2014;17:121.
3. Görgens-Ekermans G, Brand T. Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: A questionnaire study on nurses. *J Clin Nurs.* 2012;21:2275–85.
4. Codier E, Kamikawa C, Kooker BM, Shoultz J. Emotional intelligence, performance, and retention in clinical staff nurses. *Nurs Adm Q.* 2009;33:310–6.
5. Doas MD. What are the potential outcomes of integrating emotionally competent behaviours into the care of psychiatric patients? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2013;20:405–10.
6. Fernandez R, Salamonson Y, Griffiths R. Emotional intelligence as a predictor of academic performance in first-year accelerated graduate entry nursing students. *J Clin Nurs.* 2012;21:3485–92.
7. Дужич Н. В., Єгер О. Й., Синенко М. Ю., Марущак М. І. Вплив емоційного інтелекту на ефективність роботи медичної сестри. *Вісник медичних і біологічних досліджень.* 2023. № 1. С. 38 – 43.
8. Segal J, Smith M, Robinson L, Shubin J. Improving emotional intelligence. *EQ.* 2019. Retrieved from <https://www.helpguide.org/articles/mental-health/emotional-intelligence-eq.htm?pdf=13508>
9. Hart PL, Brannan JD, De Chesnay M. Resilience in nurses: an integrative review. *J Nurs Manag.* 2014;22(6):720-734. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x
10. Широу Ю. Тест емоційного інтелекту MSCEIT: опис, валідація та адаптація. *Galician economik journal.* № 1 (74) 2022. С. 141–151.

Сакевич В., Трибрат Т., Петров Є.,
Казаков Ю.

Полтавський державний медичний
університет

ПРОБЛЕМА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ АКАДЕМІЧНОЇ ТА ПРОФЕСІЙНОЇ МОБІЛЬНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Постановка наукової проблеми. Сучасний ринок праці характеризується динамічністю та нестабільністю, що зумовлює необхідність у фахівцях, здатних до аналізу виробничих і соціальних процесів, креативного використання у своїй практичній професійній діяльності набутих у закладі вищої освіти знань, умінь та навичок, знаходження реальних шляхів виходу з ризикованих ситуацій при вирішенні складних професійних завдань, тобто, професійно мобільних. Сьогодні суспільству потрібен фахівець, котрий володіє гнучким мисленням, швидко пристосовується до будь-яких змін, самостійний та ініціативний. Тому головною ідеєю сучасної медичної освіти є створення такої системи, яка забезпечить кожному можливість одержання та оновлення знань, самореалізацію, самовдосконалення та неперервний розвиток. Адже розвиток людини в системі неперервної освіти передбачає, перш за все, рух, а отже, мобільність.

Професійна мобільність репрезентує шляхи до безперервного навчання в умовах динамічних змін та здатності адаптуватися до них. Саме сформована професійна мобільність передбачає становлення майбутнього медичного працівника як незалежну, сформовану особистість. Професійна мобільність надає прагнення до самовдосконалення й самоосвіти, які є невід'ємними факторами професійного зростання.

Доведено, що академічна мобільність – це найпотужніший чинник формування професійної мобільності і розвитку загальноосвітнього освітнього та наукового простору, засіб підвищення якості освіти та розвитку культурного обміну. Вона збільшує рівень затребуваності випускника закладу вищої освіти на ринку праці, надає можливість для професійної самореалізації, самовдосконалення, підвищує рівень кваліфікації майбутнього медичного працівника.

Мета: обґрунтувати взаємозв'язок академічної та професійної мобільності студентів закладів вищої та передвищої медичної освіти.

Виклад основного матеріалу дослідження. Розглянуто взаємозв'язок академічної та професійної мобільності здобувачів освіти медичного спрямування. Професійна мобільність має багато складових і чинників, що впливають на її реалізацію. Визначення професійної

мобільності та її складових розкрито в роботах Горюнової Л. В., Зеєр Е. Ф. з співавторами, Сушенцевої Л. Л. та інших авторів. Процес формування професійної мобільності працівника, зокрема медичного профілю, відбувається в нерозривній єдності розвитку чотирьох її компонентів – мотиваційного, когнітивного, комунікативного і рефлексивного. Здобувачів освіти з перших курсів слід мотивувати на розробку індивідуальної освітньої траєкторії – програму досягнень індивідуальних цілей свого розвитку в обраній ними складній спеціальності. Професійна мобільність передбачає готовність фахівця до зміни професійних завдань, робочого місця, здатність швидко опановувати нові спеціальності. Дослідженню сутності академічної мобільності присвятили свої праці зарубіжні науковці: А. Бьом (A. Bohm), А. Гевет (A. Hewett), С. Джонс (S. Jones), Н. Кемп (N. Kemp), Д. Міре са (D. Meares), Д. Пієрс (D. Pearce) та інші. Різні аспекти академічної та професійної мобільності з'ясовували вітчизняні дослідники Є. Іванченко, А. Карапетян, Р. Пріма, Л. Сушенцева, В. Триндюк, І. Шпекторенко та ін.

Згідно із Законом України академічна мобільність – це можливість учасників освітнього процесу навчатися, викладати, стажуватися чи проводити наукову діяльність в іншому вищому навчальному закладі (науковій установі) на території України чи поза її межами. Право на академічну мобільність забезпечується на підставі міжнародних договорів про співробітництво в галузі освіти та науки, міжнародних програм та проектів, договорів про співробітництво між закладами вищої освіти. Воно може бути реалізоване учасниками освітнього процесу з власної ініціативи та за підтримки адміністрації закладу вищої освіти, у якому навчається чи працює громадянин. Право на академічну мобільність повинно відповідати усім принципам Болонської декларації. Джерелами фінансування міжнародної академічної мобільності є міжнародні програми: Темпус, Еразмус+, ERASMUS MUNDUS, ДААД (Німеччина), Марія Кюрі, Жан Моне тощо. В умовах модернізації системи фахової передвищої та вищої освіти зростає роль навчального закладу, який забезпечує студенту здатність здобути вищу професійну освіту за обраною спеціальністю, а також оцінити правильність свого професійного вибору. Професійна мобільність випускника закладу медичного профілю визначається не тільки його змогою удосконалювати та змінювати спеціалізацію, а й умінням приймати самостійні та нестандартні рішення, спрямовані на підвищення рівня своєї кваліфікації, здатністю швидко освоювати нове освітнє професійне та соціальне середовище.

Міжнародна академічна мобільність в Полтавському державному медичному університеті здійснюється згідно з офіційними угодами:

1. Двостороння угода про академічну мобільність з Університетом Арістотеля (м. Салоніки, Греція) за програмою Erasmus+, 2015 – 2022 pp. (students, PhDs and staff)

2. Двостороння угода про академічну мобільність з Університетом Сантьяго-де-Компостела (Іспанія) за програмою Erasmus+, 2019 – 2025 pp. (PhDs and staff)

3. Двостороння угода про академічну мобільність з Університетом Ла-Ріохи (Іспанія) за програмою Erasmus+, 2022 – 2023 pp. (students and staff)

4. Двостороння угода про академічну мобільність з Варшавським медичним університетом (Польща) за програмою Erasmus+, 2022 – 2028 pp. (undergraduate, PhD students and staff)

Здобувачі освіти здійснюють поїздки до європейських вищих навчальних закладів на стажування, навчання, підвищення кваліфікації, проходження практики в результаті отримання гранту або за рахунок фінансування зазначених вище програм. Окремо розроблені критерії для заохочення студентів, які мають найвищі досягнення в освіті та науці. Дотепер досить гостро стоїть проблема володіння іноземною мовою як фактор, що впливає на участь у програмах мобільності, оскільки це є одним із критеріїв участі у конкурсі на програми.

У рамках двосторонніх угод за програмою Erasmus+ академічну мобільність здійснили здобувачі освіти: Денисенко Аліна, 2016–2017 навчальний рік, (Університет Арістотеля, м. Салоніки, Греція); Безкоровайна Анна, 2017–2018 (Університет Арістотеля, м. Салоніки, Греція); Касьянова Валерія, Топуз Катарина, 2017–2018 (Університет Поля Сабатьє, м. Тулуза, Франція); Липко Анастасія, 2021–2022 (Університет Ла-Ріохи, м. Логроньо, Іспанія).

Участь у європейських програмах академічної мобільності дозволило кожному здобувачу освіти отримати якісну освіту з обраної спеціальності; ознайомитись з іншими моделями організації освітнього процесу; отримати доступ до наукових лабораторій і бібліотек провідних наукових та інноваційних центрів; вивчити історію, культуру та традиції інших країн; удосконалювати рівень володіння іноземною мовою. Академічна мобільність дала змогу дослідити «на місці» поле майбутньої спільної діяльності. Особисті відносини, які склалися між учасниками академічної мобільності з обох боків, стали підґрунтям для проєктів, спільних досліджень, інтегрованої професійної діяльності у майбутньому.

Результати та висновки. На наш погляд, академічна мобільність – це найпотужніший чинник формування професійної мобільності і розвитку загальносвітового освітнього та наукового простору, засіб підвищення якості освіти та розвитку культурного обміну. Академічна мобільність – це засіб реалізації освітніх маршрутів і планів для майбутнього фахівця медичної сфери. Вона збільшує рівень затребуваності випускника на ринку праці, надає можливість для професійної самореалізації, самовдосконалення, підвищує рівень кваліфікації медичного фахівця. На рівні студента академічна мобільність – це участь у культурному діалозі; розширення кругозору; набуття нових унікальних професійних навичок;

удосконалення навичок володіння іноземними мовами; підвищення конкурентоздатності на ринку праці; формування та розвиток професійної мобільності. На загальнодержавному рівні академічна мобільність сприяє: підвищенню якості освіти і науки відповідно до міжнародних освітніх стандартів; підвищенню рівня освіченості населення; залученню в контекст загальноосвітніх трендів розвитку; збільшенню інтелектуального потенціалу країни; забезпеченню ринку праці конкурентоздатними, професійно мобільними фахівцями. Отримання академічним складом та студентами міжнародного досвіду, підвищення статусу українських вузів на світовій арені є надзвичайно важливими, враховуючи європейський вектор розвитку нашої держави.

Список використаних джерел:

1. Про вищу освіту: Закон України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556> – 18.
2. Положення про порядок реалізації прав на академічну мобільність: Постанова Кабінету Міністрів України № 579 від 12 серпня 2015 року. URL: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=248409199>
3. Положення про навчання студентів та аспірантів, стажування наукових і науково-педагогічних працівників у провідних вищих навчальних закладах та наукових установах за кордоном: Постанова кабінету Міністрів від 13. 04. 2011. № 411. [електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2011-%D0%BF#Text>
4. Жукевич І. Професійна компетентність майбутнього правоохоронця: сутність і складові. Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи. 2013. Вип. 6. С. 54 – 60.
5. Дебич М . А . Теоретичні засади інтернаціоналізації вищої освіти: міжнародний досвід : монографія. Ніжин : ПП Лисенко, 2019. 408 с.

Синенко О., Єфименко Н.,

Серажим С.

Полтавський базовий медичний
фаховий коледж

СИМУЛЯЦІЯ НА ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТТЯХ – КЛЮЧ ДО МАЙБУТНЬОГО МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Симуляція бере свій початок із застосування у військовій та авіаційній сферах. Сьогодні це реалізується на різних рівнях медичної освіти та сертифікації. Однак її використання залишається нерівномірно розподіленим по всьому світу через неправильне уявлення про її вартість і складність, а також через відсутність доказів її послідовності та обґрунтованості. Впровадженню також може перешкоджати низка факторів, унікальних для місцевості та її норм. Середовища з бідними ресурсами можуть отримати вигоду від перенаправлення зовнішніх коштів на короткострокові проекти моделювання на співпрацю з місцевими експертами та місцеві джерела матеріалів для зменшення загальних витрат і досягнення довгострокових переваг. Нещодавнє зміщення уваги в бік безпеки пацієнтів і заклики до скорочення тривалості навчання обтяжили викладачів наданням необхідної кількості та якості клінічного навчання здобувачів за короткий час. Крім того, пандемія COVID-19 серйозно перешкодила клінічній освіті, спрямованій на стримування поширення хвороби. Симуляція може бути корисною за цих обставин і підвищити впевненість здобувача. Інтеграція симуляції в навчальні програми є важливим кроком її впровадження. Ця технологія стає важливою в медичній освіті завдяки виділенню коштів для практики та майстерного навчання під наглядом кваліфікованих фасилітаторів.

Викладачі Полтавського базового медичного фахового коледжу вже давно використовують симуляційне навчання. У нашій роботі зараз значна увага приділяється таким платформам, як PhET, Gastro EX, Touch Surgery, Pulm Ex, Labster. Викладачі систематично переглядають адаптацію, спектр використання, важливість і проблеми ресурсів симуляції в медичній освіті та якнайкраще їх реалізують відповідно до теорій навчання та посібників з практики. Адміністрація коледжу, зі свого боку, створює та оснащує кабінети, де таке навчання стає доступним кожному здобувачеві освіти.

25 листопада 2022 року МОН України та «Labster» – провідна платформа для віртуальних лабораторій та інтерактивної науки, оголосили про співпрацю. Головна мета – забезпечення доступу до якісного дистанційного та змішаного навчання на платформі «Labster», що надає безкоштовний доступ до своїх інтерактивних курсів усім школам,

коледжам та університетам України.

Симуляція пропонує нашим здобувачам освіти відповідні можливості для практики своїх клінічних навичок у безпечному середовищі. Безпрецедентні глобальні катастрофи дають можливість дослідити моделювання як життєздатний інструмент навчання. Майбутні дослідження мають бути зосереджені на стійкості медичної освіти на основі симуляції та моделювання.

Габа описав 11 вимірів застосування моделювання в медичній освіті. Найчастіше використовують п'ять компонентів цих вимірів: рольові ігри, стандартизовані пацієнти (СП), тренери з виконання часткових завдань, комп'ютерний пацієнт і електронний пацієнт/віртуальна реальність (ВР).

СП – це навчені особи, які можуть надати стислу історію хвороби та відобразити релевантні фізичні знахідки для свого сценарію. Їх широко використовують медичні викладачі по всьому світу, оскільки для набору не потрібні жодні технології. СП також можуть ефективно симулювати широкий спектр медичних та етичних сценаріїв. Їх валідність і надійність в оцінці клінічних навичок досить висока.

Тренажери з частковими завданнями містять представлення лише компонента людського тіла. Їх часто використовують субспеціалісти, які визнають переваги навмисної практики для отримання майстерності в технічних, процедурних або психомоторних навичках. Високоякісні симулятори можуть демонструвати численні клінічні сценарії, вони є інтерактивними та реактивними. Сучасні тренажери для часткових завдань із тактильним зворотним зв'язком (тобто створення досвіду дотику шляхом застосування сили, вібрації чи руху у відповідь на дії користувача) все частіше приймаються в інтервенційних та хірургічних навчальних спеціальностях, таких як офтальмологія та ортопедія.

Розвиток симуляційних центрів на сьогодні усуває складний розрив між потребами викладача та доступом до обладнання. Незважаючи на нещодавні внески в спектр точності моделювання та скорочення витрат, проблеми щодо його узгодженості та обґрунтованості є основною причиною затримки глобального застосування.

З огляду на стрімку зміну структури надання медичної допомоги, здобувачі-медики та резиденти стикаються з додатковим викликом, щоб бути в курсі найновіших стандартів медичної допомоги. Саме тут симуляція може процвітати. Вона може надати всім здобувачам прийнятну різноманітність і кількість клінічних сценаріїв. Крім того, ознайомлення всіх учасників з однаковими сценаріями та незвичайними клінічними випадками може дозволити більш стандартний підхід до клінічних навчальних програм. Це також може бути корисним у подальшому для студентів-медиків.

Більшість медичної допомоги тепер надається бригадами, а симуляція є невід'ємною

частиною підвищення безпеки пацієнтів за допомогою управління кризовими ресурсами та методів командного навчання. Справжнє командне навчання має перевагу перед імпровізованим командним навчанням, оскільки воно дає змогу краще навчатися через спостереження, вербальне навчання, переконання та посилення фізіологічних реакцій, викликаних знайомством учасників. Крім того, симуляція команди тестування на місці дає набагато більш конструктивні результати, ніж проведення вправ у центрі моделювання.

Важливо також позбутися помилкового уявлення про те, що симуляція призначена лише для покращення психомоторних навичок. Дослідження показують, що симуляція покращує афективне міжособистісне спілкування учасників і сприяє появі більш емпатичних і досвідчених професіоналів, які приходять на роботу. Користь моделювання полягає в тому, що дозволяє учасникам переглядати клінічні сценарії та практикувати навички індивідуально та колективно, як команда, для досягнення компетентності.

Таким чином, симуляційна модель медичної освіти – це модель, в основі якої лежить безпека пацієнтів. Її широке використання надасть можливість уникнути недоліків при практичній підготовці та вдосконалювати навички у безпечному середовищі.

Список використаних джерел:

1. Sellberg C., Lindmark O., Rystedt H. Learning to navigate: the centrality of instructions and assessments for developing students' professional competencies in simulator-based training. *WMU J Marit Affairs*. 2018; 17: 249-265.
2. So H.Y., Chen P.P., Wong G.K., Chan T.T. Simulation in medical education. *JR Coll Physicians Edinb*. 2019; 49: 52-7.
3. Запорожан В. М., Тарабрін О. О. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи. Суми: ПФ «Видавництво «Університетська книга», 2018.

**Чечотіна С., Шакіна Е., Власенко Н.,
Сидоренко А., Луценко Р.**
Полтавський державний медичний
університет

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ З ТОКСИКОЛОГІЄЮ БАКАЛАВРАМ МЕДСЕСТРИНСТВА ЗА УМОВ ЗАОЧНОЇ (ДИСТАНЦІЙНОЇ) ФОРМИ НАВЧАННЯ

Постановка проблеми. Сьогодні в Європі та в Україні триває дискусія про необхідність медсестрам мати вищу освіту. Це передусім пов'язано з їх участю у виконанні медичних процедур високої складності, роботі з високотехнологічним обладнанням у високоспеціалізованих відділеннях закладів охорони здоров'я. Йдеться також про передачу частини функцій лікарів медичним сестрам, з чим пов'язана додаткова потреба у висококваліфікованих фахівцях, що формує попит на їх підготовку. Унаслідок цих процесів медсестринство має стати повноцінною, незалежною медичною професією і однією з передумов цього є поширення програм підготовки медичних сестер рівня повної вищої освіти (бакалавра і магістра) [1].

Мета роботи: проаналізувати ефективність викладання клінічної фармакології з токсикологією бакалаврам медсестринства за умов заочної (дистанційної) форми навчання.

Методи дослідження: аналіз, синтез та узагальнення теоретично-методичних основ процесу розробки технологій викладання клінічної дисципліни дистанційно, представлення методичних підходів до їх реалізації.

Результати. Клінічна фармакологія з токсикологією є обов'язковою компонентою ОПП Сестринська справа. Ця навчальна дисципліна закладає основи теоретичних знань та практичних навичок у професійній діяльності майбутніх бакалаврів медсестринства та сприяє формуванню умінь їх застосування в областях:

- клінічної фармакології – щодо аналізу та корекції фармакотерапії у людини, здійснення вибору найефективнішого і найбезпечнішого препарату для індивідуалізованої терапії та профілактики з урахуванням супутніх захворювань хворого;
- токсикології – щодо орієнтування у питаннях загальної токсикокінетики і токсикодинаміки, надання необхідної допомоги при отруєннях лікарськими засобами та іншими ксенобіотиками.

Навчальна дисципліна «Клінічна фармакологія з токсикологією» за умов заочної (дистанційної) форми навчання базується на вивченні здобувачами дисциплін на основі

освітнього ступеня молодшого бакалавра (молодшого спеціаліста) та закладає основи вивчення здобувачами освіти дисциплін: медичне та фармацевтичне товарознавство, клінічне медсестринство у внутрішній медицині, хірургії, педіатрії, що передбачає інтеграцію з цими дисциплінами та формування вмінь застосування знань з клінічної фармакології та токсикології в процесі подальшого навчання та у професійній діяльності. Згідно робочому навчальному плану на вивчення дисципліни відводиться 90 годин (3 кредити ЄКТС), у тому числі: лекції – 4 години, практичні заняття – 8 годин, дистанційне навчання 36 годин (12 годин – синхронно, 24 години – асинхронно), самостійна робота 42 години [2].

Мета дисципліни спрямована на підготовку висококваліфікованих конкурентноспроможних, компетентних бакалаврів медсестринства, які мають достатній обсяг теоретичних знань та практичних навичок, що необхідні для чіткого виконання лікарських призначень, обґрунтованого використання лікарських препаратів на основі клінічних рекомендацій, стандартів діагностики та лікування, формулярів, переліку життєво необхідних і найважливіших лікарських засобів для проведення сучасної індивідуалізованої, контрольованої фармакотерапії, із використанням основних даних з фармакокінетики і фармакодинаміки, з урахуванням взаємодії лікарських засобів та проявів побічних реакцій, положень доказової медицини та надання невідкладної допомоги при отруєннях лікарськими засобами та іншими токсикантами.

Основними завданнями вивчення дисципліни є надання здобувачам освіти теоретичних знань щодо визначення групової належності лікарських засобів, їх фармакокінетики, фармакодинаміки, проявів можливої побічної дії, симптомів передозування, мір, що запобігають виникненню та сприяють усуненню побічних реакцій, показань до призначення і взаємодії з іншими лікарськими препаратами та визначення особливостей застосування лікарських засобів для фармакотерапії невідкладних станів і гострих отруєнь, а також набуття здобувачами освіти знань, умінь, практичних навичок та здатності ефективно і професійно виконувати медсестринську діяльність [2].

З метою полегшення засвоєння дисципліни «Клінічна фармакологія з токсикологією» для здобувачів розроблено «Силабус», в якому наведено таку інформацію: мета, завдання, компетентності й результати навчання, формуванню яких сприяє навчальна компонента, структура дисципліни, тематичні плани лекцій, практичних занять, дистанційних занять із зазначенням основних питань, що розглядаються; перелік індивідуальних завдань, теоретичні питання та перелік практичних навичок до підсумкового модульного контролю, критеріїв оцінювання знань, матеріали для підготовки до підсумкового модульного контролю, рекомендована базова, допоміжна література, інформаційні ресурси з гіперпосиланнями.

В еру новітніх технологій для організації дистанційного навчання на допомогу

приходять інтернет-ресурси, платформи для онлайн-спілкування, соціальні мережі. Для ефективного опанування навчальною дисципліною у міжсесійний період ми проводимо навчання на онлайн-платформах у синхронному та асинхронному режимі. На нашій кафедрі викладачі використовують платформи: ZOOM, Edmodo, Google Classroom, а також активно спілкуються зі студентами за допомогою додатків Viber, Skype, Telegram та електронної пошти [3].

У поточному навчальному році для організації дистанційного навчання з медсестрами-бакалаврами ми використовували освітню платформу Google Classroom, на базі якої викладач у віртуальному кабінеті створює відповідні класи та завантажує освітній контент: силабус, тематичні плани лекцій, практичних занять, дистанційних занять, електронні навчальні посібники, ідентифікатор і код доступу до ZOOM-конференції, час її проведення. Здобувачі освіти були запрошені до класу через код доступу, що надсилався у чат спілкування з групою месенджера Viber або Telegram. Необхідно зазначити, що доступ здобувачів до ресурсів класу можливий із будь-якого інтернет браузера, а також через мобільні додатки, доступні на iOS і Android, які дозволяють користувачам робити фото та прикріпляти їх до завдань, виконувати тестові завдання, опановувати навчальні матеріали, коментувати інформацію. У класі навчальний матеріал був структурований за темами. До кожної теми додавались презентації та довідкові текстові матеріали у форматі PDF, посилання на вебресурси, відео матеріали. Для контролю знань здобувачів освіти викладачі до кожної теми завантажували фармакотерапевтичні завдання, тестові завдання у Google Forms. Після закінчення виконання тесту здобувач мав можливість отримати результат, ознайомитись з помилками і дізнатися правильну відповідь. Для ефективної взаємодії між викладачем і здобувачами освіти використовували обмін коментарями у класі. Консультативна допомога здійснювалась шляхом надання відповідей на запитання в чатах спілкування з групою в месенджерах.

Проведення дистанційних занять у синхронному режимі ми здійснювали на платформі ZOOM. Під час онлайн-зустрічі викладачі проводили опитування здобувачів освіти за темою заняття з використанням інтерактивних методів навчання, надавали відповіді на запитання, акцентували увагу на загальних помилках при виконанні завдань, опублікованих у класі. Оскільки більшість здобувачів освіти працюють у закладах охорони здоров'я, викладачі диференціювали питання з урахуванням їх професійної діяльності. Такий підхід до організації навчання сприяв мотивації здобувачів. Активне онлайн-спілкування в умовах воєнного стану в країні включало надання емоційної підтримки здобувачам, надавались посилання на служби психологічної допомоги.

Ми мали й певні перешкоди при навчанні в режимі онлайн: проблеми з інтернет-провайдерами, швидкістю передачі сигналу та інші. У поточному навчальному році певні

труднощі з організацію освітнього процесу виникали у зв'язку з вторгненням агресора в нашу державу. Під час повітряної тривоги не всі здобувачі мали змогу приєднатися до ZOOM-конференцій, тому що питання безпеки є в пріоритеті. З метою запобігання порушенням режиму роботи об'єднаної енергетичної системи України НЕК «Укренерго» застосувало превентивні та аварійні відключення світла. У зв'язку з цим ми не обмежували здобувачів освіти у терміні виконання завдань на освітній платформі.

Після завершенню навчання медсестри-бакалаври складають зовнішній ліцензійний іспит «Крок Б. Сестринська справа». Для успішної підготовки до цього іспиту ми підготували вибірку тестових завдань за вісім років з фармакотерапії з вказівкою правильної відповіді та розмістили інформацію в Google класі. Під час проведення проміжного та підсумкового контролю знань викладачі використовували ці тестові завдання, а також розглядали алгоритм їх вирішення під час проведення дистанційних занять у синхронному режимі.

Кафедра визнає результати навчання, здобуті шляхом неформальної та/або інформальної освіти в порядку, визначеному Положенням про неформальну та інформальну освіту учасників освітнього процесу Полтавського державного медичного університету. Здобувачам освіти у Google класі надавались посилання на платформи щодо підвищення кваліфікації медичних сестер. Вони були залучені до участі у роботі V міжнародного конгресу «Antibiotic resistance STOP!», що проходив у режимі онлайн 12 – 13 листопада 2022 року.

Висновки. Ми вважаємо, що впровадження в навчальний процес інформаційно-комп'ютерних технологій і цифрових освітніх ресурсів, регулярне підвищення кваліфікації викладачів щодо опанування технологіями дистанційного навчання, розвиток медіаосвітніх і комунікативних компетентностей викладачів є основою зростання якості викладання клінічної фармакології з токсикологією. Раціональне застосування інноваційних технологій, інтерактивних методів викладачем посилює педагогічний вплив на формування творчого потенціалу здобувачів освіти, підвищення їх професійного рівня. Таким чином, створене віртуальне освітнє середовище сприяло ефективному оволодінню знаннями, уміннями та формуванню практичних навичок з клінічної фармакології з токсикологією здобувачів за умов заочної (дистанційної) форми навчання бакалаврів медсестринства.

Список використаних джерел:

1. Ніколаєв Є. Система освіти медичних сестер в Україні. URL: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/Nursing-education-in-Ukraine-2019-report.pdf>
2. Луценко Р. В., Чечотіна С. Ю., Сидоренко А. Г. Робоча програма навчальної дисципліни:

Клінічна фармакологія з токсикологією підготовки фахівців першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальності 223 «Медсестринство», ОПП Сестринська справа (заочна (дистанційна) форма навчання). Кафедра фармакології, клінічної фармакології та фармації. Полтава, 2022. 26 с.

3. Чечотіна С. Ю., Луценко Р. В., Сидоренко А. Г., Колот Е. Г., Луценко О. А. Реалії й перспективи викладання фармакології студентам-медикам за умов дистанційної форми навчання. Реалії, проблеми та перспективи вищої медичної освіти : матер. навч.-наук. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 25 березня 2021 р. Полтава : УМСА, 2021. С. 284 –286.

Власенко Н., Чечотіна С., Луценко О.
Полтавський державний медичний
університет

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Постановка проблеми. Сьогодні зростає роль медичних сестер, як фахівців, що багато часу контактують з пацієнтами, їх родинами, близькими, ефективно здійснюють належний догляд за хворими, виконують призначення лікаря в амбулаторних і стаціонарних умовах. Медсестра бакалавр – це висококваліфікований фахівець, що пройшов підготовку, має гуманістичний світогляд, високі загальнолюдські цінності, чітку громадську позицію, конкурентоспроможність, усвідомлює етико-деонтологічний і соціальний аспект професійної діяльності, забезпечує надання належних медичних послуг та покращує рівень якості охорони здоров'я загалом. Це партнер лікаря, що виконує багато самостійних функцій, збирає інформацію про хворого, вивчає його потреби й проблеми, планує та реалізовує план лікування пацієнтів певних груп, відповідно, консультуючись з лікарем, ставить до відома лікаря про зміни у здоров'ї хворого; спільно з лікарем бере участь в обходах, реалізовує його призначення не лише щодо діагностичних, а й лікувальних заходів, здатний діяти незалежно та в співпраці з іншими фахівцями галузі охорони здоров'я [1, 2].

Мета роботи: висвітлити роль медичних сестер бакалаврів у сучасній системі охорони здоров'я та обґрунтувати шляхи поліпшення їх професійної підготовки.

Методи дослідження. У дослідженні використовували пізнавальний і аналітичний методи.

Результати. На сучасному етапі втілення в освіту України європейських стандартів, загострюється проблема підвищення якості освіти, що ускладнюється воєнним станом в країні. Сучасне освітнє середовище має забезпечувати умови для формування кваліфікованої особистості медсестри бакалавра, яка гармонійно впишеться в нові надзвичайно складні умови праці та структуру реформованої галузі охорони здоров'я. Навчання повинно базуватися на основі особистісної зацікавленості, яке буде сприяти формуванню її пізнавальної активності на основі потенційних інтересів. В основі інноваційних методів навчання повинні бути методика, що розвиватимуть інтуїтивне мислення, вміння знаходити, фільтрувати та систематизувати інформацію. Метою професійної підготовки нині є формування компетентних фахівців, які можуть максимально втілювати свій потенціал у певній галузі трудової діяльності. Значний інтерес становить сучасний досвід підготовки

медсестер у країнах Європи, аналіз професійного зростання, надзвичайно перспективним є розвиток міжнародного співробітництва, що допоможе успішній інтеграції нашої країни в єдиний європейський простір. Останніми роками в зв'язку із пандемією коронавірусної хвороби та за умов воєнного стану велика увага приділяється організації самостійної роботи здобувачів освіти та дистанційному навчанню. Нова роль викладача полягає в умінні за допомогою спеціальних технологій використати гнучкість, модульність при поданні інформації та контролі рівня засвоєння матеріалу. Підготовка медичних сестер першого (бакалаврського) рівня вищої освіти базується на основі повної загальної середньої освіти, на основі молодшого спеціаліста, на основі фахового молодшого бакалавра. Основне завдання підготовки фахівців – надати можливість здобувачам освіти опанувати або вдосконалити навички сестринської справи, поглибити знання, сформувати навички управлінської діяльності та професійної майстерності. Отримавши кваліфікацію бакалавра сестринської справи можна працювати на посадах старшої медичної сестри відділення, помічника сімейного лікаря, головної медичної сестри лікувальної установи, викладача сестринської справи в медичному коледжі, заступника головного лікаря з питань медсестринства, наукового співробітника. При підготовці бакалаврів сестринської справи важливу роль потрібно приділити формуванню творчої, компетентної особистості, що володіє діловим ставленням до роботи, оперативністю мислення, доброзичливим, витриманим і тактовним ставленням до пацієнтів та колег, високою культурою поведінки та спілкування. Навчання передбачає багатоступеневість, логічну наступність та безперервність освіти, гнучкість освітніх програм з урахуванням поточних проблем практичної охорони здоров'я.

Висновки. У роботі викладено сучасні дані щодо професійних та етичних якостей медичної сестри бакалавра. Зміни в суспільстві, розвиток новітніх технологій в очному, дистанційному навчанні, в галузі охорони здоров'я, потреба постійного професійного самовдосконалення, високі вимоги до якості освіти та компетентності бакалаврів сестринської справи призвели до необхідності вдосконалення освітнього процесу. Підготовка висококваліфікованих кадрів до фахової діяльності повинна передбачати урахування зарубіжного та вітчизняного досвіду навчання, спрямованість освітнього процесу на формування професійної компетентності особистості майбутнього фахівця. Без ретельного перегляду програм підготовки та перепідготовки фахівців бакалаврів сестринської справи, без впровадження сучасних новітніх технологій в навчання та організацію сестринської допомоги, без матеріальної та правової підтримки, раціонального впровадження медичних сестер та без подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я просто не можливо уявити.

Список використаних джерел:

1. Сакевич В. Д., Казаков Ю. М., Трибрат Т. А. Методологія алгоритмів виконання практичних навичок з основ медсестринства : навч. посіб. в 2 частинах. Полтава, 2022. Ч.1. 156 с., Ч.2. 176 с.
2. Сестринська справа : підручник (ВНЗ I-III р.а.) 3-є вид., випр. / Н. М. Касевич та ін. ; за ред. В. І. Литвиненка. Київ : Медицина, 2017. 816 с.

Поручинський А., Поручинська Т.
Волинський національний університет
імені Лесі Українки

**ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ЗІ СТУДЕНТАМИ
СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ 222 МЕДИЦИНА ТА 227 ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ НА
МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ ВОЛИНСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

«Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну та запровадження воєнного стану внесли свої корективи, фактично, у всі сфери суспільного життя. Система вищої освіти не є виключенням. Під час воєнного стану перед нею постали нові виклики, реагувати на які вкрай необхідно задля збереження вищої освіти в Україні та підвищення її вкладу у соціально-економічний розвиток країни та її регіонів» [1].

На державному рівні було прийнято низку рішень із безпекових питань в умовах воєнного стану щодо особливостей функціонування закладів освіти, зокрема вищої, організації навчального процесу, збереження кадрового потенціалу та матеріальних ресурсів тощо.

Волинський національний університет імені Лесі Українки, реагуючи на виклики воєнного стану, вжив ряд заходів, серед яких: облаштування укриттів, проведення інструктажів, тренінгів, впровадження ряду змін до організації освітнього процесу, робота професорсько-викладацького складу, організація підтримки викладачів та студентів, активізація волонтерської роботи.

Варто зауважити, що в університеті, попри усі труднощі воєнного часу, пріоритетним завданням є якість освіти.

Волинський національний університет імені Лесі Українки розташований у північно-західному регіоні України, де немає активних бойових дій (дякуємо Збройним силам України!), дистанційне навчання тривало лише кілька тижнів на початку активної фази війни лютого – квітня 2022 року; кількість викладачів та студентів, які виїхали за кордон є відносно невеликою, майже усі з них уже повернулися в Україну; всі учасники освітнього процесу мали досвід дистанційного навчання протягом пандемії ковіду. Усі ці чинники дозволили зберегти науково-педагогічний персонал і студентів та організувати освітній процес.

На медичному факультеті здійснюється підготовка фахівців за спеціальностями 222 Медицина та 227 Терапія та реабілітація. Дистанційне навчання студентів цих спеціальностей тривало менше, ніж для студентів інших спеціальностей та факультетів університету.

Ефективність освітнього процесу забезпечувалась завдяки активному використанню різноманітних електронних, інформаційних ресурсів. В університеті, в тому числі і на медичному факультеті, активно використовуються можливості ліцензійного пакету Microsoft office 365, OpenTest, Moodle, відкриті джерела сучасної освітньо-наукової інформації, наприклад Rapidminer Studio Free, версія 9.7.000 та інших ресурсів.

З метою якісної фундаментальної медико-біологічної підготовки студентів-медиків та для успішної реалізації особливостей освітньої програми, формування компетентностей та досягнення програмних результатів навчання, адміністрація університету придбала спеціалізоване обладнання та програмне забезпечення, яке активно використовується як в умовах дистанційного, так і очного навчання, зокрема, інтерактивна система анатомічної візуалізації TM Briolight, ліцензійний програмний комплекс Virtual physiology (Марбург, Німеччина), який включає модулі SimNeuron, SimNerv, SimMuscle, SimHeart, SimVessel.

Для надолуження прогалин дистанційного навчання на медичному факультеті були організовані практикуми, під час яких студенти могли набути тих компетентностей та практичних навичок, які передбачені освітніми програмами і яких не можна набути дистанційно.

Треба зазначити, що за період воєнного стану усі практики та практичні заняття, які, згідно з силабусами, мали проводитись на клінічних базах та у реабілітаційних клініках, проводились очно у повному обсязі в лікувальних та реабілітаційних установах, з якими укладені відповідні угоди.

Завдяки адміністрації університету, студенти медичного факультету навіть в умовах воєнного стану мали можливість взяти участь в програмах академічної мобільності, що є важливим елементом якісної підготовки студентів спеціальностей 222 Медицина та 227 Терапія та реабілітація. Так, наприклад, майбутні лікарі та реабілітологи проходили стажування у Люблінському медичному університеті, в Університеті імені Яна Длугоша в Ченстохові (Польща).

Одним із критеріїв якості навчання студентів спеціальностей 222 Медицина та 227 Терапія та реабілітація є успішне складання ліцензійного іспиту КРОК. В університеті розроблена система підготовки до КРОК, викладачами сформована база тестів, до якої мають доступ студенти; здійснюється тестування студентів у тренувальному та контрольному режимах.

Якісна підготовка студентів-медиків на медичному факультеті Волинського національного університету імені Лесі Українки є нашим внеском у перемогу України. Віримо у Збройні сили України та сподіваємось на швидку перемогу України.

Список використаних джерел:

1. Шевчук І., Шевчук А. Освітня аналітика крізь призму війни: виклики та можливості для вищої школи України // економіка та суспільство. Вип. 39. 2022. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-39-80>

Загола О., студентка II курсу
спеціальності Медсестринство ОПП
Лікувальна справа
Ковельський фаховий медичний коледж
Наукові керівники: **Чирук О.**, викладач
догляду за хворими та основ
медсестринства; **Комісарик С.**,
викладач внутрішньої медицини.

АВАРІЙНІ СИТУАЦІЇ В РОБОТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ: ПРИЧИНИ ТА ПРОФІЛАКТИКА

Виконуючи свої професійні обов'язки, медичні сестри щодня наражають себе на небезпеку інфікування при здійсненні догляду за пацієнтом та виконанні інвазивних маніпуляцій. Серед контингенту пацієнтів можуть бути носії збудників або хворі гепатитом В і С, ВІЛ та іншими кров'яними інфекціями.

Зараження може здійснюватись внаслідок травмування чи контакту незахищеної шкіри та слизових з потенційно інфікованим біологічним матеріалом пацієнта.

За даними літератури, ризики передачі інфекції від інфікованого пацієнта медпрацівнику після травми:

- від уколу використаною голкою:
 - гепатит В – 3 - 30%
 - гепатит С – 0,8 - 3%
 - ВІЛ – 0,3%
- через слизові оболонки:
 - ВІЛ - 0,1%.

Мета дослідження:

- встановити актуальність питання травмування та інфікування при виконанні службових обов'язків серед практикуючих медичних працівників середньої ланки;
- дослідити причини травмування та визначити заходи профілактики біологічних аварій.

Методи дослідження:

Опитування медичних працівників на



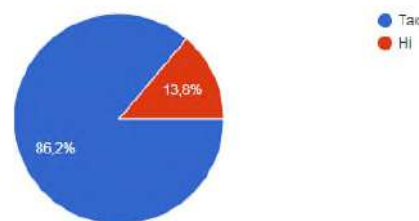
основі розробленої нами анонімної анкети, яка містить запитання:

1. Чи були у Вас травмування при виконанні службових обов'язків?
2. Якщо так, то вкажіть вид травмування.
3. Які, на Вашу думку, причини травмування медичних працівників?
4. Яких заходів, на Вашу думку, слід вжити в лікувальному закладі для зменшення ймовірності травматизації медичних працівників на робочому місці?
5. Чи вважаєте Ви актуальним питання травмування та інфікування медичного персоналу при виконанні службових обов'язків?

Характеристика дослідження.

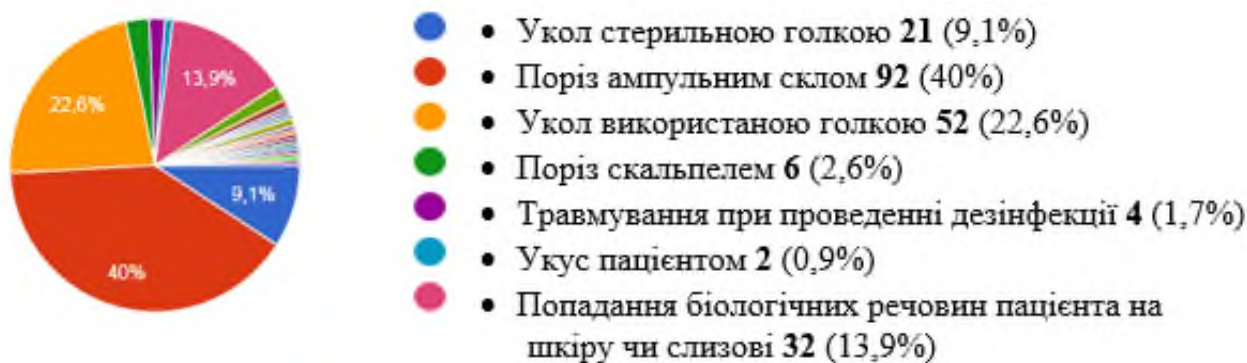
В опитуванні взяли участь 253 респонденти. Учасники опитування – медичні працівники середньої ланки (медичні сестри, фельдшери, акушерки).

На питання «Чи були у Вас травмування при виконанні службових обов'язків?» **218** респондентів дали ствердну відповідь, **35** відповіли – «ні».



На питання «Якщо так, то вкажіть вид травмування», відповіли **230** учасників. Серед видів травмування опитувані вказали:

21 респондент (9,1%) вказали на кілька видів травмування (із зазначених вище) під час своєї професійної діяльності.



Відповіді на питання «Які, на Вашу думку, причини травмування медичних працівників?» були такими:

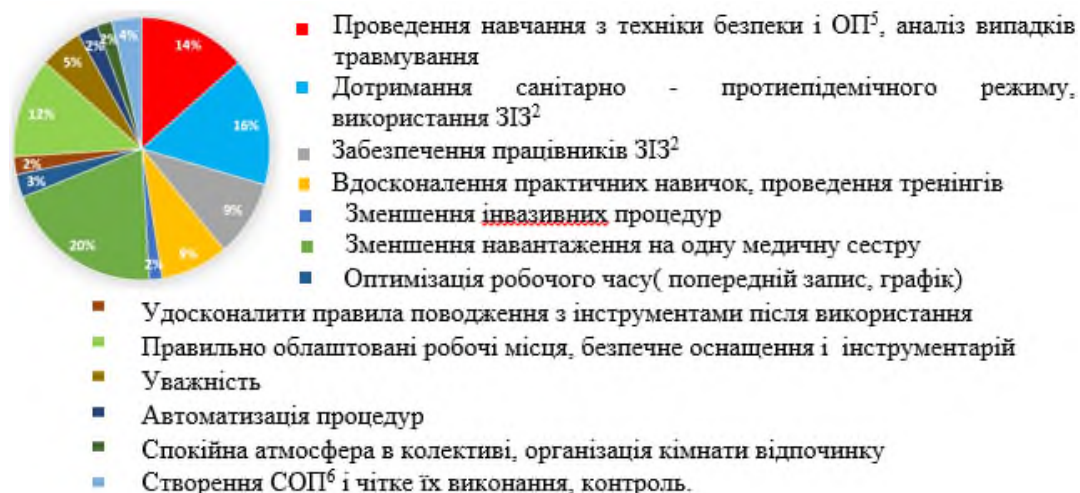
Окремі медичні працівники вказали декілька причин, виходячи з власного досвіду та досвіду колег. Значна частина респондентів причинами травмування вважає власну необережність і неуважність – **65** осіб (23%), поспіх та екстренність надання допомоги – **56** осіб (20%). Також чималу частку складають велике завантаження медичного персоналу, нехтування своєю безпекою та не використання ЗІЗ² – **33** відповіді (12%).

Дані діаграми щодо причин травмування:

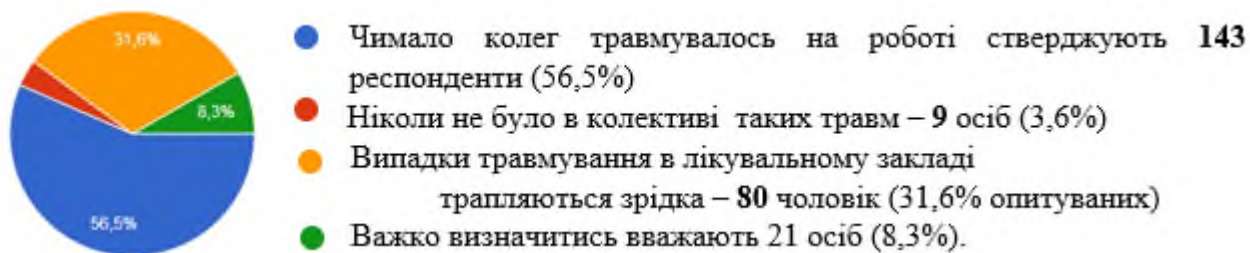


На питання «Яких заходів слід вжити в лікувальному закладі для зменшення ймовірності травматизації медичних працівників на робочому місці?» опитувані відповіли: збільшення штату медпрацівників та зменшення навантаження на одну медичну сестру – **63** відповіді (20%), дотримання санітарно-протиепідемічного режиму, використання ЗІЗ² – **50** (16%). Чимало учасників вважають за потрібне проводити в ЗОЗ⁴ навчання з техніки безпеки й ОП⁵, тренінги дій при аварійних ситуаціях, створення чітких алгоритмів СОП⁶ та вдосконалення практичних навичок. Хоча є й пропозиції у зменшенні, по можливості, інвазивних процедур, використання безголкових провідників та новітнього безпечного оснащення, удосконалення правил обробки використаного інструментарію.

Дані діаграми щодо превентивних заходів травмування на робочому місці:



На запитання «Чи вважаєте Ви актуальним питання травмування та інфікування



медичного персоналу при виконанні службових обов'язків?» отримали наступні відповіді:

Як показало наше дослідження, проблема травмування та інфікування медичних працівників є актуальною. Чимало медичних сестер, фельдшерів та акушерок травмуються на робочому місці, мають ризик інфікування. Причинами травм є необережність та неухважність, поспіх та екстренність надання допомоги, а також велике навантаження медичного персоналу, нехтування своєю безпекою, не використання ЗІЗ² та ін.

Висновки. Пропозиціями респондентів щодо заходів для запобігання травмування та інфікування є: збільшення штату медпрацівників та зменшення навантаження на одну медичну сестру, дотримання санітарно-протиепідемічного режиму, використання ЗІЗ², навчання з техніки безпеки й ОП⁵, проведення тренінгів дій при аварійних ситуаціях, створення СОП⁶ та вдосконалення практичних навичок. Хоча є й пропозиції у зменшенні, по можливості, інвазивних процедур, використання безголкових провідників та новітнього безпечного оснащення, удосконалення правил обробки використаного інструментарію.

Список використаних джерел:

1. Техніка безпеки під час виконання ін'єкцій (11.2020) Довідник головної медичної сестри/електронний журнал. <https://www.medsprava1.com.ua/article/553-qqq-tehnka-bezpeki-pd-chas-vikonannya-nktsy>
2. Наказ МОЗ України №1777 від 03.08.2020 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами» <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control/injection-safety>

ВІЛ¹ – вірус імунодефіциту людини

ОП⁵ – охорона праці

ЗІЗ² – засоби індивідуального захисту

СОП⁶ – стандартні операційні процедури

ПНП³ – потенційно небезпечні предмети

ЗОЗ⁴ – заклад охорони здоров'я

Дев'яткіна Н., Ковальов С.

Полтавський державний медичний
університет

МЕДСЕСТРИНСЬКА СПРАВА У СУЧАСНОМУ СВІТІ

Постановка наукової проблеми. Сучасне медсестринство почало формуватися як дисципліна в 1970-х і 1980-х роках. Лідери цієї епохи поділяли переконання, що медсестринська дисципліна — це вивчення моделей людської поведінки та постійної взаємодії з навколишнім середовищем, включаючи стосунки з іншими та здоров'я [1]. В історичному аналізі літератури з медсестринської дисципліни з'явилися п'ять концепцій, які визначають цю дисципліну: людська цілісність; здоров'я; зцілення і благополуччя; відносини з навколишнім середовищем; турбота.

Мета. Практикуючи з цілісної точки зору, медсестри розуміють динамічну, безперервну взаємодію тіла, мозку, розуму і духу людини між окремими особами, групами, спільнотами та навколишнім середовищем.

Методи дослідження. Постійний розвиток сестринської справи як унікальної дисципліни вимагає цілеспрямованого підходу, тому будь-який подальший розвиток дисципліни повинен мати здатність безпосередньо змінювати стан здоров'я пацієнта [2]. Може знадобитися новий соціальний порядок, у якому вчені, теоретики та практики працюватимуть разом, щоб вирішити питання, пов'язані зі взаємодією великих даних і теорії медсестринства [3]. Успішна інтеграція гуманітарної та медсестринської освіти надає випускникам знання про людські культури, духовні переконання, про фізичний і природний світи, що підтримує підхід до практики. Вивчення історії, критичних расових теорій, критичних теорій медсестринства, критичних цифрових досліджень, планетарного здоров'я та клімату, політики, державної політики, формування політики, образотворчого мистецтва, літератури, мов, а також поведінкових, біологічних і природничих наук є ключовими до розуміння себе та інших, цивільної готовності та залученості та формує основу для клінічних міркувань та подальшого клінічного судження.

Результати. Медсестринська освіта 21-го століття повинна відобразити низку сучасних тенденцій і цінностей і вирішувати кілька питань для формування майбутньої робочої сили, включаючи різноманітність, справедливість та залучення; чотири сфери медичної допомоги (включаючи посилений фокус на первинній медичній допомозі); системна практика; інформатика і техніка; науково-практичні партнерства; навчання протягом кар'єри. Історично освіта медсестер наголошує на клінічній освіті з невідкладної

допомоги. Розглядаючи поточні та майбутні потреби, стає все більш очевидним, що майбутнє надання медичної допомоги відбуватиметься в чотирьох сферах допомоги: 1) профілактика захворювань/зміцнення здоров'я та благополуччя, що включає сприяння фізичному та психічному здоров'ю усіх пацієнтів, а також лікування незначних гострих і періодичних потреб у догляді загалом здорових пацієнтів; досвід (якість і задоволення), покращення здоров'я населення, зниження витрат на охорону здоров'я на душу населення та покращення добробуту персоналу [4]. Все більше приділяється уваги інформатиці в освіті медсестер, що співвідноситься з прогресом у складності та доступності інформаційних технологій, використанням технологій для підтримки процесів охорони здоров'я та клінічного мислення, а також здатністю інформатики та технологій позитивно впливати на результати пацієнтів. Інформаційна технологія охорони здоров'я необхідна для обслуговування, орієнтованого на людину, у всьому континіумі та потребує узгодженості введення користувачами належного процесу та управління якістю. У той час як різні спеціальні ролі в медсестринській справі можуть вимагати різної глибини та широти інформаційних компетенцій, базові інформаційні компетенції є основоположними для всієї медсестринської практики. Змінюються майбутні споживачі медичних послуг. Вони переходять від пасивних учасників медико-орієнтованих середовищ невідкладної допомоги до активних учасників медичних послуг. Вони беруть активну участь у лікуванні не лише своїх хронічних захворювань, але гострих загострень, приділяючи все більшу увагу профілактиці та оздоровленню. Таким чином, медсестрам потрібне розуміння залучення споживачів і досвід у всіх умовах як важлива складова особистісно орієнтованого якісного догляду. У сучасному суспільстві багато людей шукають інформацію та використовують технології, щоб приймати зважені рішення щодо свого здоров'я. Медсестри прагнуть допомогти пацієнтам визначити, яку інформацію використовувати та як її використовувати. Люди хочуть знати про їхні варіанти, коли мова заходить про медичні послуги, що поширюється на використання веб-сайтів для надання інформації про якість і ефективність постачальників, порівняння цін на загальні процедури та перегляд ефективності лікування та підходів до догляду [5]. Значущий практичний досвід у сфері охорони здоров'я починається з особи, яка активно бере участь у подорожі протягом усього періоду догляду. Кожна взаємодія між одержувачем допомоги та медсестрою або медичним працівником створює досвід. Практичний досвід визначається як «сукупність усіх взаємодій, сформованих культурою організації, які впливають на сприйняття пацієнтів протягом усього періоду надання медичної допомоги». У цьому інтерактивному досвіді ставлення та поведінка медсестри мають велике значення. Медсестри вважаються одними з найбільш надійних професіоналів у США. Взаємна довіра є основою для інтерактивних і постійних стосунків, які посилюють позитивний досвід догляду. Ті, хто має позитивний

досвід догляду, часто мають кращі результати. Медсестри в будь-якому місці та на всіх етапах надання медичної допомоги роблять внесок у створення культури, яка підтримує повне залучення людей до догляду за ними та розробку політики, яка забезпечить керівництво для покращення індивідуальної участі. Завдяки залученню та досвіду змінюються майбутні споживачі медичних послуг. Вони переходять від пасивних учасників медико-орієнтованих середовищ невідкладної допомоги до активних учасників медичних послуг. Вони беруть активну участь у лікуванні не тільки своїх хронічних захворювань, але і гострих. Усім професійним медсестрам початкового рівня потрібні знання та вміння, щоб працювати в різноманітних умовах. Відповідно, навчальні програми початкового рівня професійної сестринської освіти готують студентів до загальної практики в усьому тривалості життя та з різними групами населення, зосереджуючись на чотирьох сферах догляду: зміцнення здоров'я та благополуччя/профілактика захворювань; лікування хронічних захворювань; регенеративний або відновлювальний догляд; та хоспісна/паліативна/підтримуюча допомога. Дидактичний, імітаційний, лабораторний і клінічний навчальний досвід готує медсестер до практики в цих різноманітних умовах.

Висновки. Партнерство та спільний догляд є наріжним каменем безпечного та ефективного догляду для окремих осіб, родин, громад чи населення. Партнерство між академічною практикою слугує для найму та утримання медсестер та для підтримки практики і академічної діяльності у зв'язку зі спільними дослідженнями. Розвиток лідерства та спільне зобов'язання змінити дизайн середовища практики. Такі партнерства мають потенціал для полегшення спроможності медсестер досягти освітнього та кар'єрного зростання, підготувати медсестер майбутнього до практики та керівництва, забезпечити механізми для навчання впродовж кар'єри та створити структуру для переходу до програм практики. Успішне партнерство між наукою та практикою базується на повазі, стосунках, взаємності та спільному дизайні.

Список використаних джерел:

1. Smith, M. (2019). Regenerating nursing's disciplinary perspective. *Advances in Nursing Science*, 42(1), 3-16.
2. Jairath, N. N., Peden-McAlpine, C. J., Sullivan, M. C., Vessey, J. A., & Henly, S. J. (2018). Theory and theorizing in nursing science: Commentary from the Nursing Research special issue editorialteam. *Nursing Research*, 67(2), 188–195.
3. Hermann, M. (2004). Linking liberal & professional learning in nursing education. *Liberal Education*, 90(4), 42-47.

4. Bowles, J.R., Adams, J.M., Batchelor, J., Zimmerman, D., & Pappas, S. (2018). The role of the nurse leader in advancing the Quadruple Aim. *Nurse Leader*, 16(4), 244-248.
5. Adler-Milstein, J., & Sinaiko, A. (2019). *Health Affairs Blog*. Will patients be better consumers when they can access their health data? <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20190307.661798/full/>.

Наукове видання

МАТЕРІАЛИ

I Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої 150-літтю Наукового Товариства Шевченка (НТШ)

«ЛІКАРІ ТА МЕДСЕСТРИНСТВО – МЕДИЧНИЙ ФРОНТ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ»

11–12 травня 2023 року

Друкується в авторській редакції

Редакція, видавець і виготовлювач –
КЗВО «Волинський медичний інститут»
(м. Луцьк, вул. Лесі Українки, 2, тел. (0332) 72-36-55).