

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 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
ВПНЗ «ЛЬВІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО ШЕВЧЕНКА
HEALTH TECH WITHOUT BORDERS

МАТЕРІАЛИ

II Міжнародної науково-практичної конференції

«ЛІКАРІ ТА МЕДСЕСТРИНСТВО: ТРАНСФОРМАЦІЯ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ПОСТВОЄННЕ ВІДНОВЛЕННЯ»

16-17 травня 2024 року

м. Луцьк

УДК 614.256:342.76(477)(043)

Рекомендовано Вченою радою Комунального закладу вищої освіти «Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради (Протокол № 6 від 26 червня 2024 р.)

Лікарі та медсестринство: трансформація в умовах війни та поствоєнне відновлення : матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф., 16-17 трав.. 2024 / за ред. Т. В. Пастрик, А. М. Лазько, Н. П. Гальчун. Луцьк : КЗВО «Волинський медичний інститут», 2024. 84 с.

До збірника увійшли матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Лікарі та медсестринство: трансформація в умовах війни та поствоєнне відновлення», що відбулася 16-17 травня 2024 року в змішаному форматі.

Тези подаються в авторській редакції. Відповідальність за точність поданих фактів, цитат, цифр і прізвищ несуть автори та їх наукові керівники.

КЗВО «Волинський медичний інститут», 2024

ЗМІСТ

Оксана Батюх, Людмила Мазур	5-6
Якість сну в пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу	
Юрій Валецький, Сергій Калинчук, Руслана Валецька, Кшиштоф Гжесік	6-9
Ситуація з туберкульозу в Україні та у Волинській області: реалії та шляхи покращення	
Тетяна Волощук, Лариса Радько	9-10
Особливості волонтерської діяльності фармацевтів під час військового стану	
Наталія Гальчун, Галина Шукалович	11-14
Модель формування міжкультурної компетентності медичного працівника	
Олександра Гандзюк,	14-17
Складові формування національних цінностей студентів медичних інститутів у процесі опанування курсу «Українська мова за професійним спрямуванням»	
Галина Гвоздецька, Оксана Жукуляк, Олександр Бульбук, Віталій Глов'як, Ірина Біцька, Руслана Бігун	17-19
Основні аспекти покращення практичної підготовки медичних сестер у фаховому медичному коледжі ІФНМУ в умовах воєнного стану. Роль інтерактивного навчання	
Галина Гвоздецька, Оксана Жукуляк, Руслана Бігун, Наталія Геник, Надія Ємець	19-22
Принципи прекоцепційної підготовки у жінок із блюванням вагітних в анамнезі	
Мар'яна Горин, Лілія Логойда, Мар'ян Піпонські	22-24
Експериментальні підходи до розробки методик аналізу двох АФІ різної полярності в лікарських засобах	
Людмила Дудра, Тетяна Гащишин, Світлана Самусь	24-26
Роль медичної сестри у збереженні репродуктивного здоров'я жінок України	
Оксана Кихтюк	26-27
Протидія гандикапізму у роботі клінічного психолога	
Марія Козігора, Наталія Ярошук	27-30
Форми психологічного втручання для збереження й підтримки психічного здоров'я учасників освітнього процесу в умовах війни	
Наталія Коструба	30-31
Психологічна підтримка хронічно хворих пацієнтів	
Борис Кузьмів, Квітослава Мажак, Олена Ткач	31-34
Туберкульоз як психоемоційна травма	
Руслан Левочко	34-37
Принципи становлення медичного капеланства	
Катерина Люшук, Оксана Семенюк	37-40
Студентський проєкт як засіб підвищення пізнавальної активності при вивченні хімії	
Галина Марараш	40-43
Розвиток емпатії та особистісно-поведінкового компонента професійно-особистісної компетентності медичних сестер	
Андріан Марченко	43-47
Порівняння потреб інформаційного забезпечення викладання освітнього компонента «Фармакологія» для студентів спеціальностей галузі знань 22	
Охорона здоров'я	
Олександр Масюк	47-48
Мітохондріальна Єва і у-хромосомний Адам в контексті Священного Писання	
Христина Новак-Мазепа, Ольга Мазепа, Тетяна Томчук	48-50

Вплив симуляційного навчання на формування професіоналізму майбутніх медичних сестер	
Леся Пасічник, Мирослава Мушкевич	50-52
Психологічні особливості адиктивної поведінки в осіб різного віку	
Богдана Патута	52-54
Особливості виникнення «втоми від співчуття» у представників допомагаючих професій	
Віктор Пенько	54-57
Студентоцентризм та критичне мислення	
Мар'яна Синенко, Марія Марущак	57-58
Характеристика мотиваційних чинників роботи медсестер з високим рівнем оптимізму залежно від профілю відділення	
Андрій Сітовський	58-60
Взаємозв'язок прихильності пацієнтів до профілактики серцево-судинних хвороб та рекомендацій лікаря	
Наталія Смолюк	60-62
Стан здоров'я та емоційного виснаження медичних сестер в умовах війн	
Богдан Степан, Михайло Загрійчук, Іван Марчук, Антон Кувайцев, Ерік Свіржевський	62-64
Неоклюзійна мезентеріальна ішемія (NOMI) у пацієнта після алотрансплантації трупної донорської нирки. Клінічний випадок	
Богдан Степан, Михайло Загрійчук, Іван Марчук, Антон Кувайцев, Ерік Свіржевський	64-67
Пневмонія викликана. Клінічний випадок	
Ігор Трутяк, Василь Трунквальтер, Оксана Трутяк, Віталій Іващенко	67-68
Проблемні питання ампутації кінцівок у поранених з бойовою травмою	
Оксана Усова, Іван Гень, Анастасія Усова	68-70
Функціональні очікування при ампутаціях нижніх кінцівок внаслідок мінно-вибухової травми	
Оксана Усова, Анна Горобей	70-71
Обґрунтування реабілітаційних втручань при контрактурах кисті	
Тетяна Федотова	71-74
Переживання морального дистресу в умовах тривалого травматичного стресу	
Світлана Чорній, Юлія Данилевич	74-76
Оцінка психоемоційного стану медичних сестер після тривалого використання засобів індивідуального захисту	
Тетяна Шевчук	76-77
Стан показників електричної активності серця у старшокласників, які перехворіли на коронавірус	
Наталія Шуляк	77-80
Розробка аналітичних методик визначення аторвастатину та лізіноприлу в лікарських засобах	
V. T. Stepan, O. O. Petelytskyi, B. T. Stepan	80-83
Immune Status Rehabilitation in Abdominal Sepsis Using Reconvalescent Hyperimmune Plasma	

ОКСАНА БАТЮХ, доктор філософії з медсестринства
Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського
batyukho@ukr.net

ЛЮДМИЛА МАЗУР, доцент, кандидат медичних наук
Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
mazur@tdmu.edu.ua

ЯКІСТЬ СНУ В ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Постановка проблеми. Модифіковані фактори ризику визначають ступінь коригування поведінки пацієнта, котрий має схильність до хронічних захворювань. Поставлені чіткі цілі на шляху профілактики дозволять забезпечити відтермінування чи контроль над розвитком цукрового діабету (ЦД) 2 типу. Цукровий діабет є не лише масштабною проблемою, економічним тягарем охорони здоров'я, а й значним фактором ризику серцево-судинних захворювань, що й визначає доказовість необхідності визначення стратегій профілактики його в пріоритетності. 90 % випадків діабету припадає саме на цукровий діабет 2 типу і зростання поширеності є викликом до дій та невинних пошуків нових моделей профілактики. Сон є важливим фактором для регулювання багатьох фізіологічних функцій, пов'язаних з метаболізмом [1]. Дослідження доводять, що близько 90% пацієнтів з цукровим діабетом мають хоча б одну проблему зі сном [2]. Віддзеркалюючи вікове зростання ЦД 2 типу, протягом останнього століття спостерігається зворотне зниження тривалості сну [3]. Науковці доводять, що як короткий, так і тривалий сон пов'язані зі значно підвищеним ризиком ЦД 2 типу, що підкреслює важливість відповідної тривалості сну для його відтермінування або профілактики [4]. Тому дослідження у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу показників сну та їх зв'язків сприятиме визначенню нових концепцій профілактики

Мета. Визначити індекс якості сну та охарактеризувати його компоненти у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу.

Методи дослідження. У дослідженні взяло участь 50 пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу. Для визначення та оцінки індексу якості сну використовували опитувальник Pittsburgh Sleep Quality Index (Пітсбурзький індекс якості сну). Загалом у дослідженні взяли участь 56,0 % (28 осіб) жінок та 44,0 % (22 особи) чоловіків. У дослідження включено 4 пацієнти віком 25-44 роки, 14 осіб – 44-60 років та 32 особи – 60-75 років. Серед респондентів 32,0 % є пенсіонерами, 44,0 % працевлаштовані та 24,0 % не працюють. З усіх осіб, включених у дослідження, хворіють ЦД 2 типу 0,5-5 років – 40,0 % осіб, 6-10 років – 46,0 % та 11-15 років – 14,0 % пацієнтів. У 58,0 % обстежених усієї вибірки спостерігалася надмірна маса та у 42,0 % нормальна маса тіла

Результати. Встановлено, що пацієнти досліджуваної вибірки мають переважно погану якість сну – 72,0 % (36 осіб) респондентів й 28,0 % (14 осіб) хорошу якість сну. Серед чоловіків 63,6 % (14 осіб) мають погану та 36,4 % (8 осіб) хорошу якість сну, а серед жінок дані підгрупи становили 78,6 % (22 особи) та 21,4 % (6 осіб) відповідно. Поганий сон відмічено в 87,5 % (14 осіб) пенсіонерів, 54,5 % (12 осіб) респондентів, котрі працюють, а також 83,3 % (10 осіб), що не працюють. Пацієнти з тривалістю ЦД 2 типу 0,5-5 років та 6-10 років переважно мають погану якість сну, що виявлено у 80,0 % (60 осіб) й 73,9 % (17 осіб) відповідно. Пацієнти з тривалістю ЦД 2 типу 11-15 років переважно мають хороший сон – 57,1 % (4 особи). Серед респондентів як з нормальною, так і з надмірною масою тіла переважає погана якість сну – у 81,0 % (17 осіб) та 65,5 % (19 осіб) відповідно, при цьому лише у 19,0 % (4 особи) та 34,5 % (10 осіб) відповідно, визначено хороший сон. При оцінюванні компонентів сну діагностовано переважання когорт пацієнтів із такими показниками: досить добру суб'єктивну якість сну в 76,0 % (38 осіб), зокрема 18 чоловіків та 20 жінок; незначну складність компоненти затримки

сну у 56,0 % (28 осіб); необхідний для засинання час в межах 16-30 хвилин – у 56,0 % пацієнтів (10 чоловіків та 18 жінок); тривалість сну в межах 6-7 годин – у 60,0 % осіб (10 чоловіків і 20 жінок); ефективність сну > 85 % у 88,0 % (44 особи) обстежених; незначну складність порушення сну в 76,0 % (38 осіб). При цьому 88,0 % (44 особи) досліджуваних не застосовували ліків для сну протягом останнього місяця; незначну складність денної дисфункції спостерігали в 56,0 % пацієнтів (14 чоловіків і 14 жінок). Проблеми із сном через те, що прокидалися посеред ночі або рано вранці, відмітили 44,0 % пацієнтів в обсязі рідше одного разу на тиждень та 32,0 % осіб в обсязі один або два рази на тиждень. Серед респондентів усієї вибірки 20,0 % (10 осіб) протягом останнього місяця погано спали через те, що не могли комфортно дихати, 52,0 % (26 осіб) рідше одного разу на тиждень відчували, що занадто жарко під час сну та 24,0 % (12 осіб) бачили погані сни. Мали лише дуже невелику проблему у збереженні достатнього ентузіазму протягом останнього місяця 48,0 % (24 особи) обстежених з ЦД 2 типу.

Висновки. Визначення якості та тривалості сну дозволяє оцінювати взаємозв'язки досліджуваних параметрів у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу та здійснювати вплив на ризик та прогресування діабету 2 типу шляхом запровадження оновлених підходів профілактики. Відповідні дослідження дозволяють удосконалити стандартні рекомендації та визначити фактори, які негативно впливають на ризик діабету 2 типу та громадське здоров'я в цілому.

Список використаної літератури

1. Grandner MA, Seixas A, Shetty S, Shenoy S. Sleep Duration and Diabetes Risk: Population Trends and Potential Mechanisms. *Curr Diab Rep.* 2016;16(11):106. doi:10.1007/s11892-016-0805-8.
2. Ogilvie RP, Patel SR. The Epidemiology of Sleep and Diabetes. *Curr Diab Rep.* 2018;18(10):82. Published 2018 Aug 17. doi:10.1007/s11892-018-1055-8.
3. Parameswaran G, Ray DW. Sleep, circadian rhythms, and type 2 diabetes mellitus. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2022;96(1):12-20. doi:10.1111/cen.14607.
4. Zhilei Shan, Hongfei Ma, Manling Xie, Peipei Yan, Yanjun Guo, Wei Bao, Ying Rong, Chandra L. Jackson, Frank B. Hu, Liegang Liu; Sleep Duration and Risk of Type 2 Diabetes: A Meta-analysis of Prospective Studies. *Diabetes Care* 1 March 2015; 38 (3): 529-537.

ЮРІЙ ВАЛЕЦЬКИЙ, доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри медсестринства та екстреної медицини
КЗВО «Волинський медичний інститут»
waletski@gmail.com

СЕРГІЙ КАЛИНЧУК, кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри медсестринства та екстреної медицини
КЗВО «Волинський медичний інститут»
sergeykalinchuk@gmail.com

РУСЛАНА ВАЛЕЦЬКА, кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри медсестринства та екстреної медицини
КЗВО «Волинський медичний інститут»
ruslana.valetska@gmail.com

КШИШТОФ ГЖЕСІК, директор Малопольської лікарні
легеневих хвороб та реабілітації ім. Едмунда Войтили, Польща
krzysztof.grzesik@wp.pl

**СИТУАЦІЯ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ ТА У ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ: РЕАЛІЇ
ТА ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ**

Постановка проблеми. Епідемія туберкульозу (ТБ) має місце в усьому Світі. Дана хвороба не подолана в жодній країні. Вона відбувається відповідно до певних закономірностей. Однак швидкість, з якою ТБ виникає в конкретному регіоні, та її масштаби можуть різнитись залежно від певних чинників: початкових епідеміологічних показників, часу початку впровадження систематичних заходів щодо боротьби з цією хворобою та їх ефективності, матеріальних можливостей системи охорони здоров'я та соціально-економічного розвитку країни, стану захворюваності на різні хвороби і таке інше.

Україна знаходиться в складній ситуації щодо ТБ, особливо щодо лікарськостійких його форм. Починаючи з 1995 року, коли було зареєстровано епідемію цієї хвороби, вона продовжує тривати та змінюватись у певних аспектах. Щороку від ТБ в Україні помирає біля 10 тисяч пацієнтів, що означає понад 27 смертей щодня. Ця епідемія продовжує набувати обертів і стає загрозливою навіть для економіки України.

Загалом відомо, що специфічний процес залежить від різних чинників, яких нараховують більше ста. Багато з епідеміологічних показників мають взаємозв'язки, тому зміни в одному можуть призвести до відповідних змін в інших. Однак в літературі існують різні точки зору на роль і пріоритетність різних чинників у впливі на поширення ТБ серед населення. Більшість авторів визнають недостатню ефективність чинної системи протитуберкульозних заходів в нових умовах епідемічного процесу [1-3].

Питаннями стратегій подолання ТБ в Україні, деякими епідеміологічними та клінічними аспектами ТБ займалися С. Іванов, О. Краснова, Т. Коновалова, Т. Литинська, Н. Ляхова, Т. Плужнікова, Н. Рингач, С. Свирид, В. Степаненко, Р. Степаненко, О. Федоренко. Вивченням, як Ю. Фещенко, П. Дорошенко, В. Куц, В. Матусевич, В. Мельник, Т. Луцишин та інші [4-5].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вважає ТБ, поряд з ВІЛ-інфекцією, вірусними гепатитами та малярією, однією із найбільш небезпечних інфекційних хвороб та актуальною проблемою для всього світу у зв'язку зі зростанням захворюваності, смертності та інших епідеміологічних показників [1].

Туберкульоз є однією з 10 провідних причин смерті у світі серед інфекційних недуг [1]. На думку експертів ВООЗ, складна епідеміологічна ситуація щодо ТБ у світі посилюватиметься, якщо не робити зусиль із її стримування [4].

Згідно з Global tuberculosis report 2023, у 2022 році в світі в 7,5 млн. осіб ТБ діагностовано вперше, їх офіційно зареєстрували як хворих на ТБ. Це перевищило показник до початку епідемії (7,1 мільйона у 2019 році), на 16,0 % перевищило показник 2021 року, на 28,0 % – показник 2020 року і стало найвищим показником за один рік з моменту початку глобального моніторингу ВООЗ за ТБ. Суттєве зростання у 2022 році свідчить, що в багатьох (але не в усіх) країнах відбулося значне покращення доступу до медичних послуг та їх надання. Це також, ймовірно, відображає діагностику значної кількості людей, які захворіли на ТБ у попередні роки, але діагноз яким було поставлено із запізненням через пандемію COVID, а також збільшення кількості людей, які захворіли на ТБ [1-4].

Деякі аспекти ситуації з туберкульозу ми аналізували раніше й давали пропозиції щодо шляхів ефективної боротьби з цією недугою в наших попередніх публікаціях [1-5].

Враховуючи вище написане, зауважимо, що питання боротьби з туберкульозом потребують подальшого вивчення та пошуку ефективних методів боротьби з цією хворобою. Тому наше дослідження – актуальне.

Мета дослідження. Проаналізувати сучасну епідемічну ситуацію з туберкульозом в Україні та у Волинській області і запропонувати заходи з її покращення.

Методи дослідження базуються на фундаментальних положеннях і методологічних засадах сучасної доказової статистики та статистики охорони здоров'я. У ході дослідження для вирішення конкретних завдань були використані загальнонаукові методи дослідження. Для інтерпретації статистичних показників і виявлення причинно-наслідкових зв'язків ми залучили науковців та організаторів фтизіатричної служби з України та Польщі як експертів, а також представників громадських організацій, які займаються питаннями туберкульозу.

Результати дослідження. За даними ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» у 2023 році кількість уперше зареєстрованих в Україні захворювань на ТБ, включно з його рецидивами, становила 19 851, або 48,4 на 100 000 населення, що на 7,3% більше аналогічного показника 2022 року (18 510, або 45,1 на 100 000 населення).

Показник захворюваності на ТБ серед дітей 0–14 років склав 10,4 на 100 000 дитячого населення (в абсолютних значеннях – 639 випадків, що становить 3,2% від загальної кількості зареєстрованих випадків ТБ у 2023 році), що більше на 40,5% порівняно з показником 2022 року (7,4 на 100 000 дитячого населення). Збільшення захворюваності на туберкульоз серед дітей 0–14 років у 2023 році тісно пов'язане з погіршенням епідемічної ситуації серед дорослих.

Показник захворюваності на ТБ серед підлітків (15–17 років включно) збільшився на 55,3% – із 10,3 до 16,0 на 100 000 осіб відповідної вікової групи (196 випадків у 2023 році проти 127 – у 2022 році).

Захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини, порівняно з 2022 роком збільшилася на 5,1% і становить 8,2 на 100 000 населення (3350 випадків захворювання на ТБ/ВІЛ у 2023 році проти 3191 – у 2022).

Захворюваність на туберкульоз серед працівників закладів охорони здоров'я України у 2023 році збільшилася до 156 осіб (2022 рік – 148 осіб).

Протягом 2023 року на всі форми активного туберкульозу (нові випадки та рецидиви) у Волинській області захворіло 745 осіб, що становить 73,1 на 100 тис. населення (2022 рік – 616 хворих або 60,5 на 100 000 населення; ріст захворюваності на 21%). На нові випадки туберкульозу захворів 621 пацієнт, що склало 61,0 на 100 000 населення (2022 рік – 466 осіб, 48,7 на 100 000 населення; ріст показника на 25,2%). Показник рецидивів туберкульозу незначно підвищився порівняно із минулим роком – на 3,3% та складає 12,2 на 100 000 населення (2022 рік – 11,8 на 100 000 населення). Відмічається різке зростання туберкульозу серед дитячого населення: у 2023 році – захворіло 93 дитини віком (2022 рік – 19 дітей; ріст захворюваності – у 4,9 рази).

На нашу думку, для подолання епідемії ТБ потрібно ефективно виконати такі три найбільш першочергових завдання:

1. Своєчасно виявляти хворих на ТБ.
2. Ізолювати хворих на ТБ органів дихання – бактеріовиділювачів.
3. Правильно й контрольовано проводити етіотропне лікування аж до повноговилікування.

Якщо це не буде виконуватись належним чином – епідемію подолати не вдасться. При цьому, найбільш показовим результатом ефективної роботи по боротьбі з ТБ є відсутність або значне зменшення інфікованості населення збудником ТБ.

Для підвищення успішності заходів боротьби із ТБ в Україні, на нашу думку, необхідне:

- впровадження обов'язкових профілактичних медичних оглядів усього населення з метою своєчасного виявлення випадків захворювання на ТБ (в тому числі – впровадження обов'язкових профілактичних медичних оглядів на ТБ осіб з числа внутрішньо переміщених під час взяття їх на облік);
- створення достатнього ліжкового фонду для забезпечення стаціонарного лікування хворих на ТБ;
- розробка дієвого закону про примусове лікування ТБ або ізоляцію хворих на ТБ, які ухиляються від лікування, оскільки вони створюють загрозу інфікування інших осіб.

Висновки. Як в Україні, так і у Волинській області спостерігається погіршення епідеміологічної ситуації з туберкульозом у 2023 році. Про це свідчить зростання захворюваності на туберкульоз (особливо серед дитячого населення) та деякі інші статистичні показники. Нами запропоновано певні заходи для покращення ситуації з туберкульозом в Україні, а саме: в пріоритеті мають бути своєчасне виявлення хворих на туберкульоз, ізоляція

хворих на ТБ органів дихання – бактеріовиділювачів, а також проведення правильного контрольованого етіотропного лікування аж до повного вилікування.

Список використаної літератури

1. Валецький Ю. М., Валецька Р. О., Гришук Л. А., Сахелашвілі М. І., Загорулько В. М., Мажак К. Д., Пахарчук С. М., Патракеєва Л. Я. Епідеміологічні тенденції щодо туберкульозу в Україні на початку пандемії COVID-19. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2021. №4 (47). С. 36-42. DOI: <http://doi.org/10.30978/TB2021-4-36>
2. Валецький Ю. М., Валецька Р. О., Гришук Л. А., Загорулько В. М., Патракеєва Л. Я., Пахарчук С. М. Туберкульоз в Україні під час пандемії COVID-19. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2022. №4 (51). С. 45-50. DOI: <http://doi.org/10.30978/TB2022-4-45>
3. Валецький Ю.М., Валецька Р.О., Федонюк Н.Р., Патракеєва Л.Я., Пахарчук С.М., Новак-Мазепа Х.О., Пашук Б.В. До питання туберкульозу в Україні під час пандемії COVID-19. Перспективи та інновації науки. (Рубрика «Медицина»). 2023. №6 (24). С. 17-25. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-6\(24\)](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-6(24))
4. Валецький Ю. М., Гришук Л. А., Валецька Р. О., Неділько І. М., Загорулько В. М. Туберкульоз в Україні на початку пандемії COVID-19. Science, Practice and Theory: Proceedings of the IV International Scientific and Practical Conference, Tokyo, February 01-04, 2022. Tokyo, Japan. 2022. Pp. 282-290.
5. Валецький Ю. М., Ничипорук В. О., Валецька Р. О. Сучасні особливості епідеміологічної ситуації з туберкульозу в Україні (огляд). Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2024. №1. С.103-108. DOI: 10.30978/TB2024-1-103.

ТЕТЯНА ВОЛОЩУК, викладач

КЗВО «Волинський медичний інститут»

tetiana_voloshchuk@vmi.volyn.ua

ЛАРИСА РАДЬКО, викладач

КЗВО «Волинський медичний інститут»

larysa_radko@vmi.volyn.ua

ОСОБЛИВОСТІ ВОЛОНТЕРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТІВ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

Постановка проблеми. Волонтерство є невід’ємною складовою допомоги державі під час військового стану. Кожен житель України долучається до допомоги, використовуючи усі можливі вміння та навички. Фармацевтичні працівники з перших днів повномасштабного вторгнення почали долучатись до волонтерської діяльності, вони комплектували аптечки, збирали та закупляли необхідні медикаменти та вироби медичного призначення, надавали першу домедичну допомогу, виготовляли різноманітні фітозасоби, мазі, настої, настойки, тощо. Фармацевти і нині продовжують працювати в прифронтових містах та селищах і надавати медичну та фармацевтичну допомогу населенню [3]. Долучаються до допомоги і студенти спеціальності 226 Фармація, промислова фармація.

Саме тому **метою** цього дослідження є вивчення особливостей волонтерської діяльності фармацевтів, її значення у суспільстві.

Методи дослідження. У даному дослідженні були використані теоретичний аналіз, систематизація наукових джерел та узагальнення результатів дослідження.

Результати дослідження. Згідно Закону України «Про волонтерську діяльність», волонтерська діяльність – добровільна, соціально спрямована, неприбуткова діяльність, що здійснюється волонтерами шляхом надання волонтерської допомоги. Волонтер – фізична особа, яка добровільно здійснює соціально спрямовану неприбуткову діяльність шляхом надання волонтерської допомоги [1]. Найчастіше фармацевт надає волонтерську допомогу,

яка входить до його фахових компетенцій, а саме: надавати фармацевтичну допомогу споживачам лікарських засобів, виконувати інформаційно-просвітницьку роботу, надавати домедичну допомогу.

У перші місяці повномасштабного вторгнення у фармацевтичній сфері гостро відчувалась відсутність багатьох медикаментів, багато складів було зруйновано, були проблеми з логістикою. Багато аптек опинилось під окупацією і фармацевти часто ризикуючи, навіть в умовах, які загрожували їхньому життю, приходили до аптек і допомагали: надавали домедичну допомогу, старались задовольнити потреби населення із тих медикаментів, які залишились в наявності. Також варто зазначити, що після 24 лютого 2022 року багато жінок із фармацевтичною та медичною освітою пішли добровольцями до Збройних сил України. На даний момент фармацевти продовжують надавати волонтерську допомогу, адже досі існує велика потреба у медикаментах для військових, внутрішньо переміщених осіб, цивільних, які постраждали від збройної агресії російської федерації проти України [4]. Фармацевти щоденно отримують запити на формування аптек і часто самі створюють благодійні збори, які призначення для задоволення медичних потреб.

Долучаються і студенти до волонтерської діяльності. Студентство є одним із найважливіших ресурсів волонтерської діяльності. Варто зазначити, що саме найчисельнішою групою волонтерів, які працюють у соціальній сфері, є студентська молодь, у цьому і полягає особливість волонтерського руху в Україні. У студентів-волонтерів особливі мотиви для добровільної соціальної роботи. Насамперед їх цікавлять професійні проблеми. Для них більше важливі спілкування з професіоналами в обраній спеціальності, знайомство з новими методиками і технологіями, все, що може їм допомогти у подальшому стати висококваліфікованими фахівцями і працевлаштуватися [2]. Зокрема, маємо досвід студентів-фармацевтів Волинського медичного інституту, які ще з 2014 року почали виготовлювати різноманітні чаї з лікарської рослинної сировини та ранозагоювальну мазь. За 10 років студенти під керівництвом викладачів виготовили разом більше 2000 кг фіточаїв та ранозагоювальної мазі. Студенти добровільно залучаються до роботи, на волонтерських засадах самостійно заготовляють необхідну для виготовлення чаїв та мазей лікарську рослинну сировину, проводять благодійні ярмарки, розробляють рецептуру та виготовляють чаї та мазі. За їхніми словами, волонтерство допомагає краще засвоїти професійні навички, дає змогу проводити наукові дослідження, дозволяє відчувати важливість своєї професії у суспільстві, дарує позитивні емоції від усвідомлення того, що студенти можуть зробити власний внесок у перемогу України.

Висновки. Волонтерська діяльність фармацевтів є важливою під час військового стану, оскільки існує велика потреба у забезпеченні населення та військових у медикаментах та виробках медичного призначення. Залучення студентів до волонтерської діяльності допомагає їм покращити професійні навички, більш глибоко розуміти проблеми та потреби суспільства. Загалом волонтерська діяльність може надати студентам не лише можливість допомогти іншим, а й зробити значний внесок у розвиток особистості та підготовку до майбутніх професійних викликів.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про волонтерську діяльність». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3236-17#Text> (Дата звернення : 29.03.2024).
2. Мусевич А. Л., Остапчук О. Л. Волонтерська діяльність студентів під час навчання у ВНЗ. Соціальна педагогіка. 2016. URL: <http://surl.li/gzwbwk> (Дата звернення : 29.03.2024).
3. Гайдай А. Ю., Чорній В. В. Проблеми фармацевтичної галузі в умовах війни. Бізнес, інновації, менеджмент: проблеми та перспективи. *Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції*. 2024. С. 131-132.
4. Стасенко Т. Про що говорять фармацевти: результати «воєнного» дослідження. The Pharma Media. 2022. URL: <https://thepharma.media/uk/marketing/30539-o-cem-govoryat-farmacevty-rezultaty-voennogo-issledovaniya-13102022> (Дата звернення : 29.03.2024).

НАТАЛІЯ ГАЛЬЧУН, завідувачка
навчально-методичного кабінету
КЗВО «Волинський медичний інститут»
nataliia_halchun@vmi.volyn.ua

ГАЛИНА ШУКАЛОВИЧ, викладач
КЗВО «Волинський медичний інститут»
halyna_shukalovych@vmi.volyn.ua

МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ МІЖКУЛЬТУРНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Постановка проблеми. Володіння медичним працівником міжкультурною компетентністю стає нагальною потребою сьогодення та необхідною умовою професіоналізму фахівця галузі охорони здоров'я, що виступає вагомим критерієм його конкурентоспроможності на українському та світовому ринку надання медичних послуг. Саме тому перед викладачами іноземної мови медичних ЗВО надзвичайної важливості набуває проблема формування мультикультурної компетентності здобувачів освіти. Для реалізації даного завдання нами розроблено педагогічну модель формування міжкультурної компетентності майбутніх медичних працівників (рис. 1).

Мета. Провести аналіз розробленої моделі формування міжкультурної компетентності майбутніх медичних працівників.

Методи дослідження: вивчення, систематизація та узагальнення даних науково-методичних джерел, теоретично-порівняльний аналіз, теоретичне моделювання.

Результати. Розкриття сутності процесу формування міжкультурної компетентності майбутнього медичного працівника стало основою розробки педагогічної моделі формування даної компетентності. У структурі моделі виокремлено такі взаємопов'язані блоки.

Цільовий блок включає цілі, на основі яких визначаються завдання щодо формування інтеркультурної компетентності майбутніх фахівців галузі охорони здоров'я. Даний блок є системоутворюючим. Дані сучасних досліджень свідчать про потребу у кваліфікованих фахівцях, які здатні вибудовувати ефективну співпрацю в полікультурному середовищі [1], тобто їм притаманні навички soft skills [2, с. 165]. Усі цілі та завдання розробляються відповідно до соціального замовлення – запиту суспільства на медичного працівника. Мета – формування транс-культурної компетентності студентів-медиків, як життєво важливої фахової риси конкурентоспроможного медичного працівника.

Теоретико-методологічний блок. Комунікативний, пропедевтичний, інтегративний, соціокультурний та компетентнісний підходи забезпечують формування мультикультурної компетентності здобувачів вищої медичної освіти у процесі оволодіння іноземною мовою. Компетентнісний підхід забезпечує умови для формування міжкультурної компетентності студентів-медиків шляхом упровадження мовних, мовленнєвих, екстралінгвістичних засобів специфічно медичного характеру. Соціокультурна складова змісту навчання визначає й обумовлює використання іноземної мови в конкретних ситуаціях полікультурного соціуму та забезпечує розвиток таких здібностей здобувачів освіти як: лінгвокраїнознавча, соціолінгвістична та культурознавча спостережливість, соціокультурна сприйнятливість, соціокультурна неупередженість. Н. Божко вважає, що «інтеграція в світі вирішує безліч завдань: розвиває ерудицію, логіку, мислення і потенціал студентів, формує професійні та загальнокультурні компетенції» [3, с. 97]. Загальногуманістична парадигма освітнього компонента «Іноземна мова за професійним спрямуванням» тісно пов'язана із професійними ОК спеціальності 223 Медсестринство. Вивчення іноземної мови відповідно до інтегративного підходу забезпечує більш усвідомлену мотивацію майбутніх медиків, поглиблення інтересу до опанування освітніми компонентами професійного і практичного циклу тощо.

Пропедевтичний підхід забезпечує особливі умови для здобуття знань, умінь та навичок майбутніми медиками під час занять з іноземної мови, за яких відбувається незалежна оцінка та осмислення професійно важливих проблем у процесі оволодіння фаховими дисциплінами.

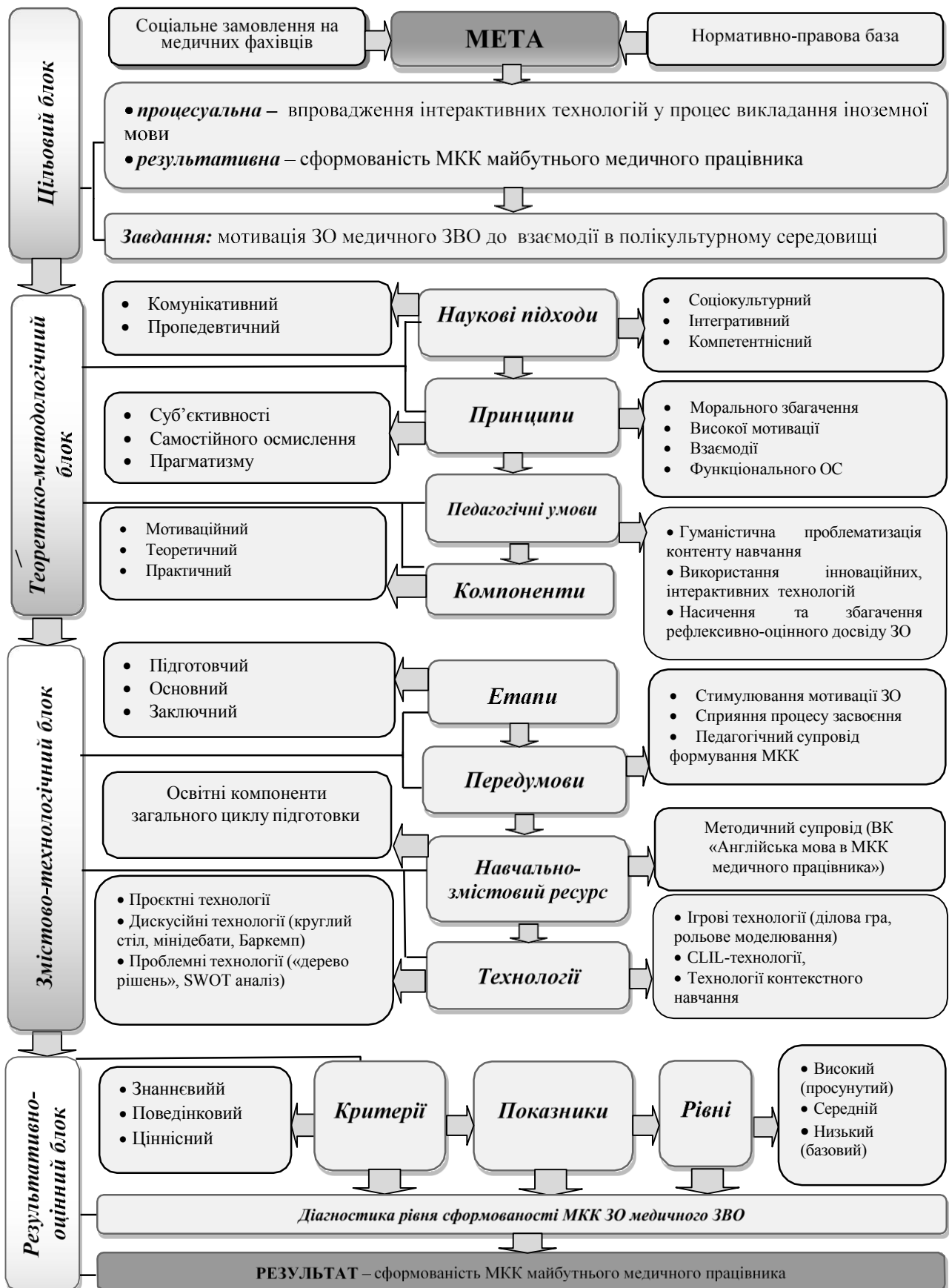


Рисунок 1 – Модель формування міжкультурної компетентності

здобувачів вищої медичної освіти

Компетентнісний підхід як інновація національної освіти є пріоритетом у системі сучасної професійної підготовки. Аксіологічний, мотиваційний, рефлексивний, когнітивний, операційно-технологічний, етичний, поведінковий та соціальний компоненти відображають ключову фахову компетентність здобувача вищої медичної освіти. Це відображає сутність процесу формування змісту професійної освітньої підготовки медика «на результат» [4].

У ході науково пошук було диференційовано принципи формування полікультурної компетентності здобувачів вищого медичного закладу освіти: суб'єктності, самостійного мислення, прагматизму, морального збагачення, взаємодії в організації та управлінні видами освітньої діяльності, стійкої мотивації до діяльності, функціональності освітнього середовища. Усім визначеним принципам притаманні взаємопов'язаність, взаємозумовленість, взаємодоповнюваність з одночасним визначенням стратегії формування інтеркультурної компетентності студентів-медиків. Саме шляхом дотримання цих принципів реально досягти позитивного результату в ході багатоаспектної професійної підготовки фахівця-медика, у тому числі й у формуванні його міжкультурної компетентності.

Імплементація моделі формування мультикультурної компетентності студента-медика відбувається через виконання педагогічних умов, що забезпечують її функціонування. А саме: першої умови – гуманістичної проблематизації змісту іншомовної освіти комплексом професійних завдань та моделюванням майбутньої діяльності; другої умови – упровадження інноваційних інтерактивних технологій навчання іноземній мові в ході формування полікультурної компетентності студентів медичного ЗВО; третьої умови – забезпечення майбутніх спеціалістів медичної галузі рефлексивно-оцінними навичками та прийомами.

Змістовно-технологічний блок розробленої моделі визначає зміст освітнього процесу: сам процес формування інтеркультурної компетентності студента-медика, послідовність його провадження, технологічне забезпечення. Підготовчий, основний та заключні етапи складають процес формування досліджуваної компетентності здобувачів медичної освіти. Найважливішим і центральним є основний етап, у ході реалізації якого вибудовується архітектура педагогічної моделі формування крос-культурної компетентності студентів-медиків у ході оволодіння іноземною мовою, перевіряється ефективність запропонованої моделі, диференціюються нові невідомі характеристики, провадиться педагогічний експеримент.

Технологічний блок включає порядок перебігу процесу формування мультикультурної компетентності здобувачів освіти у ході вивчення іноземної мови та комплекс організаційних форм й технологій освітньої діяльності. «Ефективними педагогічними освітніми технологіями формування міжкультурної компетентності здобувачів освіти медичного ЗВО на заняттях з іноземної мови є педагогічні технології активного навчання, спрямовані на інтенсифікацію творчої, когнітивної, дослідницької та комунікативної діяльності студентів» [5]: проєктні технології, дискусійні технології (мінідебати, круглий стіл, Баркемп), технології проблемного навчання (SWOT-аналіз, «дерево рішень»), ігрові технології, CLIL-технології, технології контекстного навчання тощо

Результативно-оцінний блок забезпечує виконання функцій моніторингу, аналізу та корекції; визначає рівні сформованості міжкультурної компетентності майбутніх фахівців-медиків відповідно до раніше встановлених критеріїв й отриманих результатів; демонструє ефективність розробленої моделі. Оцінка її ефективності провадиться за допомогою критеріально-оцінного апарату, розробленого відповідно до Стандарту першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22Охорона здоров'я спеціальності 223 Медсестринство та Європейської рамки кваліфікацій (EQF).

Висновки. Процес розробки моделі формування інтеркультурної компетентності студентів-медиків у ході оволодіння іноземною мовою становить комплексну логістику теоретико-практичної діяльності із засвоєння здобувачами освіти усіх компонентів міжкультурної компетентності. Запропонована модель – це зразок організації іншомовного навчання для підготовки майбутніх спеціалістів медичної сфери. Даній моделі притаманні

цілісність, відкритість, прогностичність, результативність. Гармонійний симбіоз прийомів та методів даної моделі із традиційними підходами іншомовного навчання забезпечує досягнення максимальних результатів у процесі формування міжкультурної компетентності майбутніх медичних працівників.

Список використаної літератури

1. Гордійчук С. Створення стандартів нового покоління у забезпеченні якості медичної освіти. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2016. Вип. 1-2. С. 121-126. URL: <http://surl.li/rnjtw> (Дата звернення : 26.04.2024).
2. Коваль К. О. Розвиток «soft skills» у студентів – один з важливіших чинників працевлаштування. *Вісник Вінницького політехнічного університету*. Вінниця, 2015. № 2. С. 162-167.
3. Божко Н. Інтегративний підхід до навчання в контексті реформування системи освіти України. *Молодь і ринок*. 2018. № 7 (162). С. 84-89.
4. Система управління якістю медичної освіти в Україні : монографія / І. Є. Булах та ін. Дніпро : АРТ-ПРЕС, 2003. 212 с.
5. Юсеф Ю. В., Плахотнік А. М. Гуманітаризація освіти у процесі підготовки майбутніх лікарів до професійної комунікації. *Науковий вісник Донбасу*. 2012. № 4. URL: <http://surl.li/rnljq> (Дата звернення : 26.04.2024).

ОЛЕКСАНДРА ГАНДЗЮК, кандидат філологічних наук,
доцент, старший викладач кафедри дисциплін загальної підготовки
КЗВО «Волинський медичний інститут»
sandra.olek.uk@gmail.com

СКЛАДОВІ ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНИХ ЦІННОСТЕЙ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ІНСТИТУТІВ У ПРОЦЕСІ ОПАНУВАННЯ КУРСУ «УКРАЇНСЬКА МОВА ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ»

Постановка проблеми. Одне з найважливіших завдань сучасної медичної освіти – формування національних цінностей у студентів медичних інститутів. Це завдання набуває особливої актуальності у контексті глобалізації та інтеграції України в світовий простір, де важливо зберегти власну ідентичність та культурні цінності.

Курс «Українська мова за професійним спрямуванням» відіграє ключову роль у цьому процесі. Він не лише сприяє вивченню мови як засобу комунікації, але й є потужним інструментом усвідомлення національної приналежності, історії, традицій та цінностей, бо він скерований на «формування та розвиток комунікативної професійно орієнтованої компетенції особистості, яка здатна реалізувати свій творчий потенціал на потреби держави» [1 с. 9].

Мета дослідження полягає у показі складових формування національних цінностей студентів медичних інститутів у процесі викладання курсу «Українська мова за професійним спрямуванням».

У роботі використано **описовий метод**.

Результати. Формування національних цінностей – це багатогранний процес, який включає в себе:

- Розвиток мовної компетенції, що дозволяє студентам глибше зануритися в культурний контекст та зрозуміти національну специфіку медичної практики.
- Виховання поваги до культурної спадщини, яка є фундаментом для розуміння сучасних етичних норм та моральних принципів.
- Розвиток критичного мислення, що допомагає студентам аналізувати та оцінювати інформацію через призму національних інтересів та цінностей.

У процесі опанування курсу студенти не тільки набувають знань, але й формують своє ставлення до професії, вчаться бути відповідальними перед суспільством та власною країною.

Формування національних цінностей студентів медичних інститутів у процесі вивчення курсу "Українська мова за професійним спрямуванням" може включати наступні складові:

1) Знання історії та культури: вивчення мови нерозривно пов'язане з поглибленням знань про історію, культуру та традиції України, що сприяє формуванню національної свідомості.

2) Мовну компетентність: оволодіння державною мовою на високому рівні є ключовим для професійного спілкування та взаємодії в суспільстві, а також для розвитку національної ідентичності. Мовна компетентність відіграє важливу роль у багатьох аспектах суспільного життя. Ось докладніше про це: Мовна компетентність включає:

- Грамотність: Здатність правильно читати, писати та розуміти мову.
- Лексичні знання: Розуміння великої кількості слів та виразів, що є специфічними для різних сфер життя.
- Комунікативні навички: Вміння використовувати мову для ефективного спілкування та вираження думок.
- Культурне розуміння: Освіта, що включає знання про культуру, історію та традиції, пов'язані з мовою.

Володіння державною мовою також сприяє консолідації суспільства, оскільки мова є потужним засобом зміцнення національної свідомості та збереження національної ідентичності. Це особливо важливо для країн, які проходять процес формування національної ідентичності, де мовний фактор може бути предметом дискусій та потребує вирішення.

3) Етику та моральні цінності: курс може включати елементи медичної етики та моральності, які є важливими для формування професійних цінностей майбутніх лікарів.

– Медична етика. Це галузь, яка вивчає норми, принципи та методи оцінювання, орієнтовані на здоров'я людини, його поліпшення та збереження. Вона включає в себе розуміння та застосування етичних кодексів, таких як Етичний кодекс лікаря України, який відображає основоположні поняття для медицини.

– Деонтологія. Це розділ медичної етики, який охоплює етичні норми і принципи поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків. Вона включає в себе дотримання конфіденційності, чесності, порядності та інших моральних принципів.

– Моральні цінності. Це основи, на яких будується професійна діяльність лікаря, включаючи відносини з пацієнтами та колегами. Вони важливі для забезпечення високої якості догляду за пацієнтами та підтримки довіри в медичному співтоваристві.

4) Розвиток критичного мислення: вивчення мови сприяє аналітичному підходу до інформації, що є важливим для формування особистісних та громадянських цінностей. Розвиток критичного мислення через вивчення мови може включати такі аспекти:

– Аналіз мовних структур. Розуміння того, як мова впливає на сприйняття інформації, та як вона може бути використана для маніпулювання думками.

– Оцінку джерел інформації. Навички критичного мислення допомагають визначати достовірність та об'єктивність інформації, що сприяє формуванню обґрунтованих суджень.

– Розвиток аргументації. Вивчення мови дозволяє краще структурувати власні аргументи та критично оцінювати аргументи інших.

– Формування особистісних цінностей. Критичне мислення сприяє самостійному формуванню власних переконань, заснованих на аналізі, а не на прийнятті готових думок.

– Громадянську відповідальність. Вміння критично мислити важливе для розуміння соціальних процесів та активної участі в громадянському житті.

Розвиток критичного мислення є невід'ємною частиною освіти та саморозвитку, що дозволяє не тільки краще розуміти мову, але й більш ефективно взаємодіяти з навколишнім світом та формувати власну ідентичність.

5) Соціальну відповідальність: курс може акцентувати на важливості соціальної відповідальності та внеску кожного у розвиток суспільства та держави. Ось кілька аспектів, які можуть бути інтегровані у курс для розвитку соціальної відповідальності:

- Етичні дилеми. Обговорення та аналіз етичних ситуацій, з якими можуть зіткнутися медики, для розвитку здатності приймати обґрунтовані та морально відповідальні рішення.
- Вивчення прав людини. Ознайомлення з основними правами пацієнтів та обов'язками медичних працівників, щоб забезпечити гідне та поважне ставлення до кожного індивіда.
- Громадська активність. Залучення студентів до волонтерських програм та громадських ініціатив, які сприяють здоров'ю та благополуччю громади.
- Культурна компетентність. Розвиток навичок міжкультурного спілкування та розуміння культурної різноманітності в медичній практиці.
- Мова та комунікація. Вдосконалення комунікативних навичок для ефективного спілкування з пацієнтами, колегами та широкою громадськістю.

Такий підхід не тільки підвищує рівень мовної підготовки студентів, але й сприяє формуванню відповідального ставлення до своєї професії та суспільства в цілому. Він допомагає студентам розуміти важливість своєї ролі у зміцненні національних цінностей та виховує покоління медиків, які будуть не тільки кваліфікованими, але й соціально відповідальними громадянами.

6) Професійну майстерність: розвиток професійної мови та термінології, що є необхідним для якісного виконання професійних обов'язків.

Для формування національних цінностей через цей предмет можна використовувати такі методи:

- Інтеграція з іншими дисциплінами: Зв'язок мови з медичними знаннями, історією медицини, філософією та етикою.
- Дискусії та дебати: Організація дискусій на актуальні теми, що стосуються медицини та суспільства.
- Проектна робота: Створення проектів, які досліджують внесок медицини в розвиток національних цінностей.
- Вивчення творів: Аналіз літературних та наукових творів, що відображають національні цінності.
- Практичні завдання: Розробка та виконання завдань, які вимагають застосування мовних навичок у професійному контексті.

Такий підхід дозволяє не тільки підвищити рівень мовної освіти, але й сприяє формуванню цілісної системи цінностей, яка відповідає сучасним викликам та потребам суспільства.

Висновки. Курс «Українська мова за професійним спрямуванням» є не тільки важливим елементом медичної освіти, але й має велике значення для формування національних цінностей студентів. Вона має важливий вплив на студентів: вони навчаються критично мислити та аналізувати інформацію, враховуючи національні інтереси; розвивають емпатію та відповідальність перед суспільством, що є основою для професійної етики; курс сприяє інтеграції студентів у медичну спільноту, засновану на спільних цінностях та ідеалах.

На майбутнє потрібно продовжувати розвивати та оновлювати програму курсу, щоб вона відповідала сучасним викликам та потребам суспільства. Також важливо забезпечити, щоб курс включав актуальні теми, які відображають сучасні національні реалії та виклики. Необхідно стимулювати студентів до самостійного вивчення та дослідження української мови та культури.

Отже, курс «Українська мова за професійним спрямуванням» закладає фундамент для підготовки висококваліфікованих медичних працівників, які будуть не тільки професіоналами у своїй галузі, але й гідними представниками української нації.

Список використаної літератури

1. Шевчук Світлана Володимирівна. Українська мова за професійним спрямуванням / С. В. Шевчук, І. В. Клименко. 2-ге вид., випр. і допов. Київ. Алерта, 2011. 694 с.

ГАЛИНА ГВОЗДЕЦЬКА,
завідувачка сестринським відділенням,
викладач-методист кафедри
акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового
фаховий медичний коледж
Івано - Франківського національного медичного університету,
GvozdetkaG_0310@ukr.net

ОКСАНА ЖУКУЛЯК,
асистент кафедри акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового
Івано-Франківський національний медичний університет
ksjuhazhukuljak@gmail.com

ОЛЕКСАНДР БУЛЬБУК,
директор фахового медичного коледжу,
кандидат медичних наук, доцент
Івано-Франківський національний медичний університет
bulbuk77@gmail.com

ВІТАЛІЙ ГЛОВ'ЯК,
завідувач навчально-виробничої практики
фахового медичного коледжу,
Івано-Франківський національний медичний університет
doc.glovyak@gmail.com

ІРИНА БІЦЬКА,
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри травматології, ортопедії
і невідкладної військової хірургії
Івано-Франківський національний медичний університет
iryna.bitska@gmail.com

РУСЛАНА БІГУН,
доктор філософії, асистентка кафедри
акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового
Івано-Франківський національний медичний університет
ruslana.gotsaniuk@gmail.com

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ПОКРАЩЕННЯ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ФАХОВОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ІФНМУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ. РОЛЬ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ

Постановка проблеми. Викликами сучасної системи охорони здоров'я України є дефіцит висококваліфікованих, конкурентноспроможних спеціалістів, зокрема медичних сестер та братів. Вектор підготовки фахових молодших бакалаврів в умовах сьогодення спрямований на поглиблене засвоєння та опанування практичними навичками і вміннями [1]. А кількість практичних навичок і вмінь, якими повинні володіти фахівці спеціальності 233 Медсестринство різко зростає, а під час освітнього процесу для відпрацювання практичних навичок досить складно, а іноді і неможливо, враховуючи біоетичні принципи та права пацієнтів (вимагають їхньої згоди на виконання маніпуляцій чи інших втручань), забезпечити

здобувачів тематичними пацієнтами. Тому з кожним роком все більш гостро постає правовий аспект навчання здобувачів мануальних навичок безпосередньо «біля ліжка хворого»[2]. Для опанування фахових компетенцій навчання повинно бути, перш за все, практично орієнтованим. [3]. Це означає, що студенти з початку вивчення освітніх компонентів, які формують фахові компетентності, повинні освоювати практичні навички та вміння застосовувати її на практиці. Для цього заняття проводяться у тренінгових та симуляційних центрах, де здобувачі відпрацьовують практичні навички та удосконалюють свої вміння. В Університеті відкриті та працюють сучасні тренінгові центри на більшості клінічних кафедр, сучасний симуляційний центр, центр ОСКІ. Для ефективного впровадження інноваційних технологій створені та оновлюються сучасні інтернет – сторінки та сайти кафедр, викладачів, де розміщені всі необхідні навчально-методичні матеріали, пізнавальні відео- та фото матеріали. Інша важлива інформація.

Метою роботи було оцінити ефективність пасивної та інтерактивної моделей навчання, зокрема, при викладанні освітньої компоненти «Медсестринство у акушерстві» студентам III курсу фахового медичного коледжу ІФНМУ у 2022-2023 навчального року.

Результати дослідження. У дослідженні взяли участь 48 студентів III курсу денної форми навчання спеціальності 223 Медсестринство ОПП «Сестринська справа», які методом «конвертів» рівномірно були розподілені на 2 групи по 24 студенти: I- контрольна група, де застосовували пасивну модель навчання, II (основна група), де навчання проходило із використанням рольових ігор під час проведення практичних занять. Здобувачі II групи кооперували по двоє чоловік, де один виконував роль медсестри а інший - пацієнтки. Кожній з таких груп був запропонований клінічний кейс або ситуація і обмежений час для вирішення. При цьому здобувачі, повинні продемонструвати, вміння самостійно критично мислити, аналізувати причинно-наслідкові зв'язки для правильного виявлення проблеми пацієнтки, постановки сестринського діагнозу, складання плану догляду, проведення незалежних та залежних втручань, а при необхідності вміння надати невідкладну допомогу. Це і сприяє розвитку клінічного мислення, так необхідного в майбутній професії медика. Аналіз ефективності засвоєння матеріалу визначали шляхом проведення діагностичного 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 позитивних відповідей суттєво відрізнявся і складав 60–63 % і 88–90% відповідно для контрольної і основної груп. Під час підсумкової перевірки знань та вмінь, отримані результати у здобувачів основної групи були вищими на 35% у порівнянні з контрольною групою.

На нашу думку, при використанні такого інтерактивного інструменту значно скорочується дистанція між викладачем і здобувачами, вони стають партнерами і зароджуються довірливі стосунки. Це дозволяє викладачу виявити питання, які потребують більш детального розбору, а студенту – бути активним учасником освітнього 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 фахівців у галузі медсестринства є інтерактивні методи, що спонукають студентів до взаємодіяльності, діалогу з іншими суб'єктами освітнього процесу. При цьому кожен здобувач має конкретне завдання, за виконання якого він повинен публічно відзвітувати, або від його діяльності залежить якість виконання поставленого перед групою завдання.

Список використаної літератури

1. Модернізація організації навчального процесу в університеті: сучасні принципи викладання на європейських засадах / Н. К. Гребень, Л. І. Остапюк, М. Р. Мруга, О. В. Стеченко // Реалізація Закону України «Про вищу освіту» у вищій медичній та фармацевтичній освіті України : тези доп. Всеукр. навч.-наук. конф. Тернопіль : ТДМУ, 2015. С. 87-88.
2. Створення симуляційного центру: засади та керівні настанови. Досвід програми «Здоров'я матері та дитини»: посібник. К.: Вістка, 2018. 56 с.

3. Артьоменко С.С. Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід / В.В. Артьоменко, С.С. Семченко, О.С. Єгоренко [та ін.] // Одеський медичний журнал. 2015. № 6. С. 67-74.

ГАЛИНА ГВОЗДЕЦЬКА,

завідувачка сестринським відділенням,

викладач-методист кафедри

акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового

фаховий медичний коледж

Івано-Франківського національного медичного університету,

GvozdetskaG_0310@ukr.net

ОКСАНА ЖУКУЛЯК,

асистента кафедри акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового

Івано-Франківський національний медичний університет

ksjuhazhukuljak@gmail.com

РУСЛАНА БІГУН,

доктор філософії, асистента кафедри

акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового

Івано-Франківський національний медичний університет

ruslana.gotsaniuk@gmail.com

НАТАЛІЯ ГЕНИК,

доктор медичних наук, професор,

професор кафедри акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового

Івано-Франківський національний медичний університет

n.i.henyk@gmail.com

НАДІЯ ЄМЕЦЬ

кандидат медичних наук,

лікар акушер-гінеколог

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології

ім ак. О. М. Лук'янової НАМНУ»

pin-cet@ukr.net

ПРИНЦИПИ ПРЕКОНЦЕПЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ У ЖІНОК ІЗ БЛЮВАННЯМ ВАГІТНИХ В АНАМНЕЗІ

Постановка проблеми. Найбільш поширеним ускладненням І триместру вагітності є блювання вагітних, причини розвитку та патогенез якого на даному етапі ще досконало не вивчений. Згідно останніх наукових даних приблизно 60% вагітних зранку відзначають нудоту і блювання [1, 2]. Блювання вагітних – це патологічний стан вагітності, що пов'язаний із розвитком плідного яйця або його елементів і характеризується різноманітністю симптомів. В даний час частота блювання спостерігається у 60-80% вагітних, а необхідність у госпіталізації 12-17,8% усіх випадків [1, 4]. У 20-30% вагітних жінок нудота та блювання спостерігаються аж до пологів [3], а у 1-2% вагітних діагностується надмірне блювання, що спричиняє дегідратацію, порушення обміну речовин [2, 3]. На преконцепційному етапі важливим є надходження макро та мікроелементів, вітамінів Одним із найважливіших вважається вітамін D, який забезпечує адекватну імунологічну адаптацію жінок до вагітності, і в певній мірі попереджає розвиток нудоти та блювання.

Мета дослідження: Оцінка ефективності розробленої комплексної прекоцепційної підготовки жінок із блюванням вагітних в анамнезі.

Матеріали та методи дослідження: Під спостереженням знаходились 100 жінок з блюванням вагітних в анамнезі різного ступеня важкості, які звернулись до жіночої консультації з метою планування наступної вагітності. До контрольної групи віднесено 30 жінок із фізіологічним перебігом вагітності та пологів в анамнезі. Всім жінкам усіх груп проводилось дослідження вмісту 25 (ОН)D як проміжного продукту обміну вітаміну D в сироватці крові електрохемілюмінесцентним методом у сертифікованій приватній лабораторії «Прімамед» м. Івано-Франківська.

Жінки основної групи було розділено методом «конвертів» на дві групи : Група А - 50 жінок, які отримували запропоновані лікувально-профілактичні заходи та група Б - 50 жінок, які не отримували прегравідарної підготовки.

Усім жінкам групи А, які планували вагітність, на прекоцепційному етапі призначали протягом 3 місяців до настання вагітності та в першому триместрі вагітності по 4000 ОД на добу препарату АКВАДЕТРИМ перорально та вітамінно – мінеральний комплекс «Елевіт пронаталь» по 1 таблетці зранку, запиваючи склянкою води. Перед початком прегравідарної підготовки показники вмісту 25(ОН)D в сироватці крові у пацієнок А і Б груп були однаковими.

Статистична обробка результатів досліджень проводилась шляхом застосування методів варіаційної статистики за допомогою програм Statistica 6.0 і Microsoft Excel 5.0. Достовірність різниці перевіряли за критерієм Хі квадрат. Різниця між величинами, які порівнювались, вважалась достовірною при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення: На початку дослідження вихідний рівень вмісту 25 (ОН)D в сироватці крові у жінок із блюванням в анамнезі склав 25,9 нг/мл у групі А, 25,91 нг/мл у групі Б та 28,0 нг/мл у жінок контрольної групи ($p < 0,05$).

У таблиці 1 наведено результати аналізу вихідного вмісту 25 (ОН)D в сироватці крові у жінок основної та контрольних груп до початку прегравідарної підготовки.

Таблиця 1

Розподіл жінок по групах залежно від вмісту 25 (ОН)D в сироватці крові

Рівень вітаміну D	Основна група, 100 жінок				Контрольна група, 30 жінок	
	Група А, 50 жінок		Група Б, 50 жінок		Кількість жінок, (n, %)	Вміст 25 (ОН) D в сироватці, нг/мл
	Кількість жінок, (n, %)	Вміст 25 (ОН) D в сироватці, нг/мл	Кількість жінок, (n, %)	Вміст 25 (ОН) D в сироватці, нг/мл		
Нормальний	9 (18) *	39,53±1,9 9	9 (18) *	39,52±1,8 5	19(63,3)	37,81±1,72
Недостатність	19 (38) *	24,29±0,5 6	19 (38) *	24,28±0,4 4	9(30,0)	27,90±0,32
Дефіцит	22 (44) *	13,90±0,6 1	22 (44) *	13,92±0,5 9	2(6,7)	18,30±1,42

Примітка * - різниця достовірності порівняно із показниками контрольної групи $p < 0,05$

Як видно із наведених даних, перед початком прегравідарної підготовки групи А і Б не різнилися середнім вмістом рівня 25 (ОН)D. Тільки у 18,0% жінок із основної групи визначається достатній рівень 25 (ОН)D, а у жінок контрольної групи достатній рівень спостерігається у 63,3% ($p < 0,05$).

Недостатність та дефіциту вітаміну D у пацієнок із основної групи(А і Б) значно переважали над кількістю пацієнок з нормальним рівнем вітаміну D. Під час вивчення ефективності застосування комплексу лікувально-профілактичних заходів щодо вмісту

вітаміну D протягом двох місяців, встановили позитивний ефект у жінок із групи А в порівнянні із групою Б (таблиця 2.)

Таблиця 2

Розподіл жінок по групах залежно від вмісту 25 (ОН)D в сироватці крові після
прегравідарної підготовки

Рівень вітаміну D	Група А, 50 жінок		Група Б, 50 жінок	
	Кількість жінок, (n, %)	Вміст 25 (ОН) D в сироватці, нг/мл	Кількість жінок, (n, %)	Вміст 25 (ОН) D в сироватці, нг/мл
Нормальний	27 (54) *	42,61±1,67	10 (20)	39,61±1,83
Недостатність	14 (28) *	26,36±0,59	20 (40)	24,20±0,64
Дефіцит	9 (18) *	17,42±0,52	20 (40)	13,72±0,51

Примітка * - різниця достовірності порівняно із показниками групи Б, $p < 0,05$

Отже, після запропонованого комплексу прегравідарної підготовки достатній рівень вітаміну D визначено у 54,0% (на 36% вище від вихідного рівня) жінок із групи А у порівнянні із 20 % у жінок групи Б, недостатність спостерігалася у 28 % пацієнток групи А у порівнянні із вихідним рівнем 38 % (на 10% менше вихідного рівня), а дефіцит - у 18% пацієнток групи А у порівнянні із вихідним рівнем 44% (на 26% менше вихідного рівня)($p < 0,05$).

Через 2 місяці застосування запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів рівень вмісту 25 (ОН)D в сироватці крові у жінок склав 28,8 нг/мл у групі А та 25,84 нг/мл - у групі Б.

Слід відзначити, що через 3 місяці прекоцепційної підготовки вагітність наступила у 48 жінок А групи, що становить 96% та у 40 жінок (80%) групи порівняння. Усім жінки групи А і Б під час вагітності до 12 тижнів гестації отримували запропонований нами комплекс лікувально-профілактичних заходів. Прояви блювання вагітних спостерігалися тільки у 10 жінок групи А, що становить 20,8% , а у Б групі – 25 жінок (62,5%).

У жінок із А групи переважали симптоми блювання вагітних легкого ступеня, а у жінок із групи Б -блювання середнього ступеня та надмірне блювання (таблиця 3).

Таблиця 3

Розподіл жінок по за ступенем важкості блювання

Ступінь важкості	Група А , n= 10		Група Б, n= 25	
	n	%	n	%
Легкий	7	70%*	8	32%
Середній	2	20%*	7	28%
Важкий	1	10%*	10	40%

Примітка * - різниця достовірності порівняно із показниками групи Б, $p < 0,05$

Висновки:1. При застосуванні лікувально-профілактичного комплексу прегравідарної підготовки препаратом Аквадетрим 2000 Од на добу перорально та вітамінно-мінерального комплексу «Елевіт пронаталь» зменшується кількість випадків недостатності та дефіциту вітаміну D ($p < 0,05$), що позитивно впливає в подальшому на перебіг вагітності.

2. При застосуванні запропонованої нами прегравідарної підготовки відсоток настання вагітності був достовірно вищим -96 % проти 80%($p < 0,05$).

3. Аналіз перебігу І триместру вагітності показала у пацієнток групи А достовірну нижчу частоту проявів блювання (у 3 рази.) ($p < 0,05$), що відповідає клінічно значущому ефекту запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Список використаної літератури

1. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG practice bulletin № 189: nausea and vomiting of pregnancy. Obstet Gynaecol [Internet]. 2018

2. Венцківський БМ, Запорожан ВН, Сенчук АЯ, Скачко БГ. Гестози: рекомендації для лікарів. Київ; 2017.

3. Ebrahimi N, Maltepe C, Einarson A. Optimal management of nausea and vomiting of pregnancy. Int J Womens Health. 2020.
4. Lee NM, Saha S. Nausea and vomiting of pregnancy. Gastroenterol Clin North Am [Internet]. 2018
5. Linseth G, Vari P. Nausea and vomiting in late pregnancy. Health Care Women Int. 2021.

МАР'ЯНА ГОРИН, доктор філософії за спец.

226 Фармація, промислова фармація,
асистент кафедри фармацевтичної хімії,
tverdun_mamy@tdmu.edu.ua

ЛІЛІЯ ЛОГОЙДА, доктор фармацевтичних наук,
професор, завідувач кафедри фармацевтичної хімії
ТНМУ ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України
logoyda@tdmu.edu.ua

МАР'ЯН ППОНСКИ,
директор інструментального відділу контролю якості
Компанії «Replek Farm Ltd.», Північна Македонія

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ МЕТОДИК АНАЛІЗУ ДВОХ АФІ РІЗНОЇ ПОЛЯРНOSTІ В ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБАХ

Постановка проблеми. Існуючі аналітичні методики визначення метопрололу та мельдонію в субстанції та лікарських засобах (ЛЗ) часто мають обмежене застосування через не завжди достатню селективність/специфічність, трудомісткість та невідповідність принципам «зеленої хімії». На сьогоднішній день підходи до розробки спектрофотометричних та хроматографічних методик дещо змінилися. Вчені підтвердили, що застосування мельдонію в комплексній терапії хворих на стабільну стенокардію та супутню артеріальну гіпертензію дозволяє підвищити ефективність традиційної антиангінальної терапії та покращити якість життя пацієнтів.

Мета роботи. Запропонувати наукові підходи до розробки методик аналізу мельдонію і метопрололу в ЛЗ.

Методи дослідження. Високоєфективна рідинна хроматографія з УФ детектуванням (ВЕРХ/УФ), абсорбційна спектрофотометрія в ультрафіолетовій (УФ) та видимій областях; методи моделювання аналізу та візуалізації багатомірних даних – методи валідації, регресійний та кореляційний аналіз, методи визначення впливу аналітичної методики на навколишнє середовище (метод аналітичної еко-шкали, методи AGREE (Analytical GREENness) та GAPI (Green Analytical Procedure Index).

Результати. Розроблено та валідовано УФ-спектрофотометричну методику визначення метопрололу тартрату в субстанції та монокомпонентних ЛЗ. Обмеженнями щодо застосування запропонованої УФ-спектрофотометричної методики є аналіз метопрололу в комбінованих ЛФ за умови, що інший АФІ буде поглинати в діапазоні 220-230 нм. Для подальшої розробки спектрофотометричних методик визначення метопрололу як реагенти відібрано БКЗ, БФС, БТС. Розроблено та валідовано спектрофотометричні методики кількісного визначення метопрололу тартрату в субстанції та ЛЗ за реакцією з БКЗ, БФС, БТС, експериментально обґрунтовано оптимальні умови утворення продуктів взаємодії

метопрололу тартрату з БКЗ, БФС, БТС – вибір концентрації реагента ($1.6 \cdot 10^{-4}$ М розчину БКЗ, $2.0 \cdot 10^{-4}$ М розчину БФС, $1.6 \cdot 10^{-4}$ М розчину БТС), органічного розчинника (БКЗ, БФС – метанол, БТС – ацетонітрил), аналітичної довжини хвилі (БКЗ – 624 нм, БФС – 595 нм, БТС – 402 нм), встановлено коефіцієнти стехіометричних співвідношень «метопрололу тартрату–БКЗ/БФС/БТС» (1:1) та показники чутливості реакції. Запропоновані спектрофотометричні методики визначення метопрололу показали відмінний 430 результат «зеленості» методами аналітичної еко-шкали, AGREE, GAPI, оскільки при розробці методик не використовувалися токсичні розчинники та мінімізувалася пробопідготовка. Усі чотири розроблені спектрофотометричні методики визначення метопрололу в субстанції та ЛЗ переважають за екологічністю раніше опубліковані методики. Запропоновано методологію вибору реагенту для розробки спектрофотометричних методик визначення мельдонію в субстанції та ЛЗ. Для подальшої розробки спектрофотометричної методики визначення мельдонію відібрано алізарин. Розроблено та валідовано спектрофотометричну методику кількісного визначення мельдонію в субстанції та ЛЗ за реакцією з алізарином, експериментально встановлено оптимальні умови проведення кількісного визначення (концентрація розчину алізарину – 0.8 %, об'єм 0.8 % розчину алізарину – 0.5 мл, аналітична довжина хвилі – 517 нм, час нагрівання – 20 хв, температура – $(95 \pm 2) ^\circ\text{C}$), стехіометричні співвідношення реагуючих компонентів «мельдоній-алізарин» (1:1) та показники чутливості реакції. Запропонована спектрофотометрична методика визначення мельдонію в субстанції та ЛЗ за реакцією з алізарином не є достатньо «зеленою», тому актуальною залишається розробка ВЕРХ методики визначення мельдонію в субстанції та ЛЗ. Проте, не зважаючи на описаний факт, дана методика може застосовуватися для проведення арбітражного контролю.

З метою розробки ВЕРХ-методик визначення мельдонію в субстанції та ЛЗ апробовано дві рухомі фази (0.25 % KPF6 – 0.1 % 85 % H_3PO_4 95 % – 5 % ACN та 0.3 % біс-(трифторометан)сульфаміду літію 97 % – 0.1 % 85 % H_3PO_4 80 % – 20 % ACN) та хроматографічну колонку Agilent Zorbax C-18 SB (4.6 мм i.d. X 150 мм, 3.5 мкм). Хаотропний ефект аніонів (KPF6 та біс-(трифторометан)сульфаміду літію) на мельдоній вплинув на міграційну поведінку аналіту. Обидві рухомі фази включали, крім хаотропу, використання ацетонітрилу та регулювання рН за допомогою 0.1 % розчину 85 % H_3PO_4 . Довжину хвилі детектування (190 нм, 195 нм, 200 нм, 205 нм) підбирали експериментальним шляхом. У результаті проведених досліджень, запропоновано 2 концепції та отримано 8 ВЕРХ варіацій. Валідація аналітичних методик показала їх придатність для цілей фармацевтичного аналізу.

З метою розробки ВЕРХ методики одночасного визначення двох аналітів із різницею в полярностях (мельдоній та метопролол), апробовано три хроматографічні колонки та різні склади рухомих фаз з низьким та високим відсотком ACN, що сформульовано в 12 ВЕРХ варіацій та 3 підходи. Усі три хроматографічні колонки (LiChrospher 100 CN двох розмірів (4 мм ? 250 мм, 5 мкм), (4 мм ? 125 мм, 5 мкм), Waters Spherisorb CNRP (4.6 мм ? 250 мм, 5 мкм), ZORBAX StableBond CN (4.6 мм ? 250 мм, 5 мкм)) були придатними для одночасного визначення мельдонію та метопрололу за різних умов щодо складу рухомої фази. Використання фосфатного буфера забезпечує стабільні та відтворювані результати з високою чутливістю для обох аналітів, що забезпечується високою УФ-прозорістю ACN та фосфату і дозволяє проводити визначення в коротшому діапазоні довжин хвиль 190–195–200 нм. Чутливість з УФ-детектором для мельдонію приблизно в 11-20 разів вища порівняно з 431 методиками з використанням розведеної TFA, залежно від обраної порівняльної довжини хвилі. Підкислення рухомої фази викликає погіршення симетрії піків, особливо мельдонію. Збільшення відсотка ACN з обома типами неорганічних частин рухомої фази, фосфатного буфера та розведеної TFA, дає закриття піків із зменшенням надмірної роздільної здатності, а потім розширення ширини піку, що знижує чутливість методики, особливо для мельдонію. Розмір, площа та висота піку менш чутливі до змін у моніторингу довжини хвилі за наявності TFA порівняно з H_3PO_4 , тоді як наявність 13 мМ $\text{NH}_4\text{H}_2\text{PO}_4$ викликає значні зміни в обох розмірах піків, мельдонію та метопрололу. Використання комбінації ACN з розведеною H_3PO_4 забезпечує чутливе вимірювання за нижчої довжини хвилі 190 нм, так само, як і з

комбінаціями $\text{NH}_4\text{H}_2\text{PO}_4$. Однак наявність навіть розведеної 0.065–0.07 % TFA не дозволяє проводити чутливі вимірювання в діапазонах нижче 195 нм через високі граничні значення органічної кислоти. У разі необхідності використання методики для ВЕРХ/МС, комбінація рухомих фаз із розведеною TFA є рекомендованою для всіх перевірених CN ціаноколонок, з перевагою Zorbax CN-SB, яка є найбільш стабільною в кислому значенні рН. У разі потреби використання методики для ВЕРХ визначення з УФ, PDA, флуоресцентним детектором, комбінація $\text{NH}_4\text{H}_2\text{PO}_4$ з ACN є рекомендованим варіантом вибору рухомої фази, що забезпечує високопродуктивний аналіз для лабораторій контролю якості. Обидві варіації рухомих фаз повторно оптимізуються для точного налаштування пікових положень елюювання та досягнення роздільної здатності. Оскільки методики з $\text{NH}_4\text{H}_2\text{PO}_4$ та H_3PO_4 з кращим вибором CN-колонки чутливіші до мельдонію в 10–17 разів порівняно з методиками з розведеною TFA, перші рекомендовані для рутинних високопродуктивних аналізів мельдонію та метопрололу у ЛФ, тоді як друга група з TFA ідеально підходить для аналізу біологічних зразків з застосуванням ВЕРХ/МС, де МС детектор підвищуватиме чутливість методики. Враховуючи результати, отримані при валідації аналітичних методик та вивченні «зеленості», ми рекомендуємо 9 (рухома фаза – ACN – 0.15 % $\text{NH}_4\text{H}_2\text{PO}_4$ (60:40), хроматографічна колонка – Zorbax CN SB) та 10 (рухома фаза – ACN – 0.15 % $\text{NH}_4\text{H}_2\text{PO}_4$ (50:50), хроматографічна колонка – Zorbax CN SB) варіації як оптимальні, оскільки стостерігається низьке значення МВ та МКВ, експресність (час хроматографування – 3.5 хв), бал за методом AGREE – 0.77.

Висновки. Запропоновані спектрофотометричні та хроматографічні методики визначення метопрололу та мельдонію в субстанції та ЛЗ є «зеленими», простими у виконанні, нетрудомісткими (без нагрівання та корегування значення рН), недорогоговартісними та можуть застосовуватися в рутинному аналізі ЛЗ та при проведенні арбітражного контролю.

Список використаної літератури

1. Beta-Blocker Evaluation in Survival Trial. Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00000560> (accessed on July 07, 2023)
2. European Pharmacopoeia. 11th ed. 2022. Available from: <https://www.edqm.eu/en/european-pharmacopoeia-ph.-eur.-11th-edition> (accessed on August 04, 2023)
3. Horyn M., Piponski M., Zaremba T., Kucher T., Krstevska Balkanov S., Bakovska Stoimenova T., Korobko D., Potikha N., Kryskiw L., Logoyda L. Application of salts of chaotropic anions in the development of HPLC methods for the determination of meldonium in dosage forms // ScienceRise: Pharmaceutical Science. 2023. 1 (41). P. 14-22.
4. Piponski M., Horyn M., Grncaroska K., Oleshchuk O., Petrovska E., Angelevski S., Uglyar T., Kucher T., Logoyda L. Concepts for a new rapid and simple HPLC method for simultaneous determination of Metoprolol and Meldonium in pharmaceutical dosage forms // Sci. Pharm. 2022. Vol. 90. P. 65.
5. Horyn M., Kucher T., Kryskiw L., Poliak O., Zarivna N., Peleshok K., Logoyda L. Development of the spectrophotometric method for the determination of metoprolol tartrate in tablets by using bromocresol green. ScienceRise: Pharmaceutical Science. 2022. Vol. 5 (39). P. 55-63.

ЛЮДМИЛА ДУДРА, викладач
КЗВО «Волинський медичний інститут»,
лікар акушер-гінеколог КП ЛКПБ
liudmila_dudra@vmi.volyn.ua
ТЕТЯНА ГАЩИШИН, викладач
КЗВО «Волинський медичний інститут»
tetiana_hashchyshyn@vmi.volyn.ua
СВІТЛАНА САМУСЬ, викладач
КЗВО «Волинський медичний інститут»

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ЗБЕРЕЖЕННІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК УКРАЇНИ

Постановка проблеми. Репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб або немочі з усіх питань, що відносяться до репродуктивної системи, її функцій і процесів. Репродуктивне здоров'я передбачає задоволеність і безпечність сексуального життя, спроможність до відтворювання нових поколінь. Репродуктивні права базуються на визнанні основного права всіх пар та осіб вільно і відповідально вирішувати, яку кількість дітей, в який час і з якими інтервалами вони хочуть мати, а також можливість досягти найвищих стандартів сексуального та репродуктивного здоров'я [1].

З початком повномасштабної агресії, розв'язаної російською федерацією проти України, відмічається різке погіршення демографічних показників. Почастішали випадки насильства, поганий вплив мають колосальні стреси через втрати родичів, рідних, майна, вимушене переселення. Згідно даних ООН, вплив війни на репродуктивне здоров'я руйнівний.

Зазначене посилює необхідність в забезпеченні охорони репродуктивного здоров'я усіма можливими ланками, організаціями, структурами та їх тісною співпрацею. Звісно, на перший план виходить робота фахівців-медиків, в тому числі медичних сестер.

Основною метою даного дослідження є вивчення ролі медичних сестер у підвищенні рівня знань населення України з питань збереження репродуктивного здоров'я.

Методи і матеріали дослідження: систематизація спеціальної літератури з проблематики дослідження, теоретичний аналіз та узагальнення.

Результати дослідження. Планування сім'ї корисне для збереження здоров'я матері і дитини, оскільки у жінок з'являється можливість визначити оптимальні інтервали між вагітностями та попередити незаплановану вагітність у молодому чи більш старшому віці. Уникнення незапланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зменшення малюкової та материнської смертності. Сучасна контрацепція як основний засіб планування сім'ї для пар вже давно зарекомендувала себе як безпечний метод [1].

Згідно практичних настанов МОЗ України, всі медичні спеціалісти повинні бути підготовлені до надання консультування з питань планування сім'ї та методів контрацепції.

Кваліфікована медична сестра повинна вміти:

- провести консультування з питань здорового способу життя, профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом;
- допомогти з вибором методу запобігання небажаної вагітності;
- провести своєчасне консультування вагітних жінок та жінок після пологів, їх партнерів щодо післяпологової контрацепції;
- своєчасно виявляти жінок з важкою екстрагенітальною патологією, яким протипоказана вагітність у зв'язку з ризиком для життя;
- проводити у навчальних закладах роботу з питань сексуальної освіти.

Заходи з планування сім'ї мають потенціал:

- знизити рівень материнської смертності на 32%, рівень малюкової та дитячої смертності на 10%;
- знизити рівень незапланованої вагітності на 71%;
- попередити 80% заражень ВІЛ завдяки правильному та послідовному використанню презервативів;
- у разі використання сучасних методів контрацепції усіма жінками з ризиком небажаної вагітності, це б допомогло знизити рівень незапланованої вагітності [2].

Висновки. Питання репродуктивного здоров'я надзвичайно важливе, особливо на сучасному етапі життя нашої держави. Велика роль у досягненні цілей належить саме медичним сестрам, які тісно співпрацюють з пацієнтами. Медичні сестри територіальних

громад, кабінетів сімейних лікарів, амбулаторій, шкіл, відділень стаціонару повинні бути готові до просвітницької діяльності з питань контрацепції, профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом, профілактики онкологічних захворювань. Для цього треба мати знання, уміння та навички.

А ми, лікарі акушер-гінекологи, викладачі, маємо можливість підготувати, навчити майбутніх медиків методикам консультування з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї.

Список використаної літератури

1. Сучасні аспекти планування сім'ї : навчальний посібник / Г. Адамова та ін. 2-ге вид. Київ: МОЗ, 2015. 320 с.
2. Методи контрацепції відповідно до періодів життя : навч. посіб. / Г. Адамова та ін. 2-ге вид. Київ: МОЗ, 2015. 272 с.

ОКСАНА КИХТЮК, кандидат психологічних наук,
доцент кафедри загальної та клінічної психології
ВНУ імені Лесі Українки

ПРОТИДІЯ ГАНДИКАПІЗМУ У РОБОТІ КЛІНІЧНОГО ПСИХОЛОГА

Соціум кожної країни у світі постійно бореться з проявами інтолерантного ставлення щодо людей із особливими потребами. У час повномасштабної війни в Україні зросла кількість осіб із різною формою інвалідності. Психологи, соціологи, медики постійно стикаються із руйнівними суспільними взаємовідносинами, коли протиставляються здорові та хворі люди. Проблема гандикапізму (інвалідності) в Україні є серйозною та актуальною. Основні аспекти цієї проблеми включають соціальну відчуженість, недостатність доступу до інфраструктури та послуг, а також нерівні можливості для людей із інвалідністю. Однією з ключових проблем є недостатність адаптованих приміщень та інфраструктури для людей з обмеженими можливостями. Інфраструктура великої кількості міст та селищ, окремих будівель, вулиць і транспортних засобів не пристосована для зручного користування такими особами. Ці умови ускладнюють їхнє повсякденне життя та обмежують доступ до освіти, праці та розваг. Важливою соціальною проблемою є недостатність державних програм та послуг підтримки для людей із інвалідністю. Брак фінансування та низький рівень готовності соціуму до прийняття та усвідомлення громадськості про цю проблему призводять до відчуття відчуженості та обмеженості серед цієї категорії населення. Тому важливо враховувати питання соціальної адаптації та підтримки людей з інвалідністю у сфері працевлаштування. Часто вони зустрічаються зі стигматизацією та ускладненими умовами у трудовій зайнятості. Для вирішення цих проблем потрібно усвідомлювати застосування комплексного підходу, який включає в себе зміни в законодавстві, покращення доступності інфраструктури, розвиток програм підтримки та підвищення усвідомленості суспільства щодо прав та потреб людей з інвалідністю.

Клінічні психологи можуть відігравати важливу роль у протидії гандикапізму та надання психологічної допомоги людям із інвалідністю. Головними напрямками є надання психологічної підтримки та консультування для людей з інвалідністю, щоб допомогти їм управляти стресом, депресією, тривогою та іншими психічними труднощами, пов'язаними з їх станом; праця над підвищенням самоповаги та позитивного самовизначення у людей з інвалідністю, щоб вони могли відчувати себе цінними та здатними до досягнень, не зважаючи на свої обмеження; популяризація усвідомленості про права та потреби людей з інвалідністю, а також боротьба зі стигматизацією, що допомагає підвищити їхню соціальну інтеграцію та активність у суспільстві; допомога у розвитку навичок адаптації до нових умов життя, у тому числі допомога в оволодінні техніками самообслуговування, комунікації та інших важливих навичок; робота з установами, школами та робочими місцями для створення інклюзивного

середовища, де люди з інвалідністю можуть відчувати себе комфортно та займати активну роль; підтримка родин та близьких людей, щоб допомогти їм зрозуміти та підтримувати особу з інвалідністю, а також збільшити рівень розуміння та толерантності в родинному оточенні.

Дослідження гандикапізму охоплюють широкий спектр тем і аспектів, від медичних та фізичних аспектів до соціальних та психологічних впливів інвалідності на людину і суспільство загалом [1; 2]. Медичні дослідження спрямовані на розуміння природи та механізмів виникнення різних видів інвалідності, включаючи генетичні фактори, травми, захворювання та інші медичні аспекти. Дослідження, що оцінюють функціональні можливості людей з інвалідністю, такі як рухові здібності, зорові та слухові функції, когнітивні вміння та інші аспекти [2]. Дослідження впливу інвалідності на психічне здоров'я та емоційний стан людини, включаючи депресію, тривожність, стрес, а також психосоціальну адаптацію та самовизначення [3]. Дослідження, спрямовані на вивчення соціальної взаємодії та інтеграції людей з інвалідністю в різні аспекти життя, включаючи освіту, працю, відпочинок та інші сфери [5]. Дослідження, які оцінюють економічні наслідки інвалідності на рівні індивіда, сім'ї та суспільства в цілому, включаючи витрати на медичне обслуговування, підтримку та соціальні послуги [6]. Дослідження, які вивчають правовий статус та права людей з інвалідністю, а також етичні аспекти стосовно дискримінації, доступності та гідної якості життя [1; 4].

Протидія гандикапізму в час війни в Україні вимагає комплексного підходу, оскільки конфліктне середовище може погіршити умови життя людей з інвалідністю. Забезпечення доступу до якісної медичної допомоги та реабілітаційних послуг для поранених у воєнний час осіб з інвалідністю. Це включає створення спеціалізованих медичних центрів та реабілітаційних програм. Надання психологічної підтримки та консультування для військових та цивільних осіб з інвалідністю, які пережили травми або втрати під час війни. Стимулювання розвитку та впровадження адаптивних технологій, які допоможуть людям з інвалідністю покращити їхній доступ до освіти, роботи та інших сфер життя. Забезпечення соціальної підтримки та інклюзивних програм для людей з інвалідністю, які можуть втратити робочі місця або стати соціально вразливими через війну. Проведення освітніх кампаній та інформування громадськості про права та потреби людей з інвалідністю, а також боротьба зі стигматизацією та дискримінацією. Співпраця з міжнародними гуманітарними організаціями та участь у програмах допомоги для людей з інвалідністю, які постраждали внаслідок війни.

Список використаної літератури

1. Арнц Теоретична модель особи з комплексом гандикапу та основні форми його прояву. *Науковий вісник ХДУ. Серія Психологічні науки*. 2021. № 2. с. 7-13;
2. Гриненко О.М., Лактюшина Т.Л., Суріна О.О. Особливості учнів початкових класів із тяжкими порушеннями мовлення навичок свідомого мовного аналізу. *Актуальні питання корекційної освіти* : зб. наук. пр. випуск 5, Т. 2. Кам'янець-Подільський : Медобори, 2015. С. 77-86.
3. Гошовська Д. Т., Фінів О. Я., Психологічні особливості гандикапізму як негативного й упередженого ставлення до людей з вадами здоров'я. *Психологія: реальність і перспективи: Збірник наукових праць РДГУ*. 2020. № 14. С. 53-58
4. Ставицький О. О. Гандикапізм: психологічний аналіз. Монографія. Рівне: Принт Хаус, 2013. 352 с.
5. Bogart, K. R., Lund, E. M., & Rottenstein, A. (2018). Disability pride protects self-esteem through the rejection-identification model. *Rehabilitation Psychology*, 63, 155-159. URL: <http://dx.doi.org/10.1037/rep0000166>
6. Erikson, W., Lee, C., & Von Schrader, S (2015) Disability Statistics from the 2013 American Community Survey (ACS). Ithaca, NY: Cornell University Employment and Disability Institute (EDY) from www.disabilitystatistics.org

МАРІЯ КОЗІГОРА, доктор філософії за спеціальністю Психологія,
старший викладач кафедри педагогіки та психології
КЗВО «Луцький педагогічний коледж»,
mkozihora@lpc.ukr.education

НАТАЛІЯ ЯРОЩУК, практичний психолог
КЗВО «Луцький педагогічний коледж»
nyaroschuk@lpc.ukr.education

ФОРМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ Й ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ВІЙНИ

Військовий конфлікт, що станом на теперішній час проходить на території України, безпосередньо торкається значної кількості цивільних осіб та руйнівним чином впливає на їх психологічне здоров'я, що виводить на перше місце питання надання їм кваліфікованої, якісної та ефективної психологічної підтримки [2].

Сучасне становище українського суспільства формує особливий запит до психологічної науки і практики. Внаслідок надзвичайних подій, які відбуваються в Україні, гостро постала потреба у соціально-психологічній підтримці і супроводі різних соціальних груп, а також у психологічній допомозі окремим людям.

Почуття страху, гніву, розгубленості або смутку; нездатність довіряти іншим, агресивна поведінка, високий рівень ризикованої поведінки, відсутність самозахисних стратегій поведінки, самозвинувачення, почуття провини, соціальна ізоляція суттєво впливають на якість життя людини. Тому першочерговим постає питання надання психологічної допомоги, формування стресостійкості здобувачів освіти та його самозбереження. Психологічна допомога – область практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетентності, на розширення психологічних можливостей людей і надання психологічної допомоги та психологічної підтримки як окремій людині, так і сім'ї, групі людей чи організації [3]. Психологічна допомога може надаватися на побутовому (психологічна підтримка) та на професійному рівнях. Відмінність професійної психологічної допомоги від неформальної психологічної допомоги полягає в тому, що фахівці:

- підготовлені для такої діяльності;
- орієнтуються на принципи надання психологічної допомоги, у своїй діяльності опираються на теорію;
- діють згідно правил, прийнятих у межах професійної спільноти, їхня діяльність санкціонується суспільством [3].

У зв'язку з цим підвищується роль і значення професійної діяльності працівників психологічної служби системи освіти, які здійснюють соціально-психологічний супровід освітнього процесу. Суттєвою умовою для збереження та підтримки психологічного здоров'я особистості в умовах війни є здійснення різних видів інтервенцій (психологічних втручань).

Головним пріоритетом діяльності закладів освіти є забезпечення психологічної стійкості учасників освітнього процесу. Основними формами психологічного втручання в закладі освіти є психологічна діагностика, психологічна просвіта, психологічне консультування, психологічний тренінг.

Психодіагностика проводиться для з'ясування особливостей актуальної ситуації в медичному, психічному, особистісному, професійному, соціальному та побутовому планах.

Особлива увага має бути спрямована на проведення просвітницьких заходів для педагогів щодо ознайомлення з особливостями вікових проявів на гостру стресову ситуацію в дітей; навчання протоколам надання першої психологічної допомоги через створення безпечного освітнього середовища; використання в професійній діяльності методів розвитку стресостійкості, технік саморегуляції та профілактики емоційного вигорання.

Психологічна просвіта (психоедукація) зі здобувачами освіти спрямована на розвиток навичок стійкості до стресу, саморегуляції, самопомоги та взаємопідтримки, навчання особливостям першої психологічної допомоги, набуття навичок подолання наслідків складних життєвих ситуацій.

Інформування стосовно можливості отримати психосоціальну підтримку, психологічну, повідомлення про наявність та функціонування цільових груп підтримки здійснюється через сторінку Психологічної служби у мережі Facebook. Обов'язково учасникам освітнього процесу розповсюджуються буклети просвітницького (соціальна, психологічна та медична просвіта) та інформаційного характеру (адреси фахівців, груп самодопомоги, сайти, телефони, зокрема телефон «гарячої лінії» тощо).

У листі МОН «Про пріоритетні напрями роботи психологічної служби у системі освіти у 2023/2024 навчальному році» від 21.08.2023 запропонована ще одна форма психологічного втручання для збереження психічного здоров'я – так звані «психологічні хвилинки» під час занять, які допоможуть здобувачу освіти впоратися зі стресом та його наслідками, емоційно налаштуватися на урок, на плідну роботу, завдяки чому створюватиметься сприятлива атмосфера, яка дасть змогу дітям розслабитися, зняти емоційне напруження, відновити почуття безпеки та психоемоційного комфорту, що є природним механізмом стабілізації. Регулярне впровадження «психологічних хвилин» у зручний час та слухній нагоді допоможе здобувачу освіти стати більш спокійним, врівноваженим, а також дасть змогу краще зрозуміти свої почуття [4].

Наступна форма втручання – групова робота – проведення психологічних тренінгів, спрямованих на збереження і зміцнення психічного здоров'я, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів вирішення власних психологічних проблем, сприяння підвищенню позитивних індивідуальних ресурсів особистості, таких як стресостійкість, емоційний інтелект. Наше завдання – допомогти дітям опрацювати неефективні реакції на стрес, навчити технікам, які допоможуть стабілізуватися стан.

Психологічна підтримка – загальний термін для позначення усього спектру різноманітних заходів терапевтичного психологічного впливу, що покликані допомогти клієнту успішно подолати певні кризові або важкі життєві події, впоратися з ними з мінімальними психологічними втратами, подолати наслідки психологічного травмування, а також відновити психологічний ресурс, зберігаючи, таким чином, психологічне здоров'я та благополуччя. Зміст заходів психологічної підтримки значно залежить від конкретної, реальної ситуації, в якій вона реалізується. Спираючись на таке визначення, можна стверджувати, що робота фахівця, який надає постраждалій особі психотерапевтичну підтримку, містить одночасно елементи діагностичної, консультативної, корекційної та психотерапевтичної допомоги, тобто в екстреному порядку використовується увесь арсенал наявних у нього засобів психологічного супроводу [5].

«Психічне здоров'я кожного учасника освітнього процесу – це одне з ключових завдань організації, а також якісного та безпечного навчання дітей. через вплив війни такої підтримки потребують усі учасники освітнього процесу, від працівника дитячого садочку до університету, а також від найменших до найстарших здобувачів освіти», – зазначив Олег Єресько [1].

Незважаючи на масштабність і складність проблеми, система освіти має у своєму розпорядженні значні можливості для надання допомоги учасникам освітнього процесу. Її професійний та організаційний ресурс, сфера соціального впливу дають змогу здійснювати комплексний і системний підхід до всіх учасників освітнього процесу.

Список використаної літератури

1. Важливо підтримувати психічне здоров'я кожного учасника освітнього процесу – відбулась стратегічна сесія міжвідомчої координаційної ради URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/vazhливо-pidtrimuvati-psihične-zdorovya-kozhnogo-uchasnika-osvitnogo-procesu-vidbulas-strategichna-sesiya-mizhvidomchoyi-koordinacijnoyi-radi> (Дата звернення : 29.04.2024).

2. Мороз Л. І., Діхтяренко С. Ю. Психологічний супровід постраждалих від війни. *Підтримка психологічного здоров'я особистості в умовах війни: матеріали VI Всеукраїнських психологічних читань «Удосконалення професійної майстерності майбутніх психологів»*, 21 квітня 2023 р. Умань. С.11-15

3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / за заг. ред. Л. Царенко Том 2. Київ, 2018. 240 с.

4. Про пріоритетні напрями роботи психологічної служби у системі освіти у 2023/2024 навчальному році: Лист МОН від 21.08.2023. URL: <https://imzo.gov.ua/psychologichnyj-suprovid-ta-sotsialno-pedahohichna-robota/normatyvno-pravova-baza/> (дата звернення: 29.04.2024).

5. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту: навчально-методичний посібник / за ред. К. Б. Левченко, В. Г. Панок, І. М. Трубавіна. Київ : Агенство «Україна», 2015. 175 с.

НАТАЛІЯ КОСТРУБА, доктор психологічних наук,
доцент кафедри загальної та клінічної психології
Волинський національний університет імені Лесі Українки

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ХРОНІЧНО ХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ

Психологічна симптоматика поширена у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями. Без належного супроводу такі психологічні симптоми можуть бути основною причиною низької якості життя.

Результати дослідження українських науковців підтверджують ефективність проактивної психологічної та психіатричної підтримки для лікування соматично хворих пацієнтів, які також виявляють субклінічну тривогу. Науковці рекомендують, що має діяти мультидисциплінарна медична команда, яка здійснює проактивну психологічну та психіатричну підтримку, реалізує різні втручання на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування, включаючи психоосвіту та психологічні втручання низької інтенсивності. На основі рекомендацій Національного інституту охорони здоров'я та досконалості догляду (NICE) ці методи демонструють багатообіцяючі результати у пацієнтів із тривожними розладами, а психоедукаційні заходи довели ефективність у лікуванні психічних розладів та неінфекційних захворювань [3].

Італійські науковці досліджували, чи соціальна підтримка незалежно пов'язана з психологічним благополуччям у пацієнтів з хронічним мієлоїдним лейкозом (ХМЛ). Багатофакторний логістичний регресійний аналіз показав, що більша соціальна підтримка була незалежно пов'язана з меншою тривожністю та депресією, а також з вищим позитивним самопочуттям, самоконтролем і життєвою силою. Порівняння з популяційними нормами з поправкою на вік і стать показало, що депресія і самоконтроль є тими основними психологічними вимірами, які значно покращуються завдяки соціальній підтримці. Це дослідження підтверджує, що соціальна підтримка є критично важливим фактором, пов'язаним із психологічним благополуччям пацієнтів з ХМЛ, які лікуються сучасними довічними цільовими методами лікування [2]. Схоже дослідження провели науковці на іншій вибірці. Висновки свідчать про те, що і формальна, і неформальна соціальна підтримка може ефективно покращити психічне здоров'я хворих на рак [4].

Хронічні хворі (ті, хто страждає на онкологічні, психіатричні чи серцеві захворювання) можуть мати труднощі з пошуком правильної психологічної підтримки. Одним із способів потенційно охопити будь-кого є використання соціальних медіа, якими часто користуються хронічні пацієнти з метою ознайомлення з їхніми захворюваннями або для пошуку психологічної підтримки в інших із подібними захворюваннями. Науковці дослідили як використовувалися соціальні медіа в клінічних дослідженнях для надання психологічної підтримки пацієнтам з хронічними захворюваннями. І виявили, що часто соціальні медіа

використовуються не на повну силу. Взаємодія «рівний-рівному», за результатами досліджень, була найпоширенішою взаємодією, а чати та форуми — найпоширенішими платформами соціальних мереж. Серед переваг соціальних мереж: пацієнти можуть легко використовувати їх, щоб розширити свої можливості в управлінні своїм захворюванням. Соціальні медіа можуть бути ефективним способом надання психологічної підтримки хронічним пацієнтам [1].

Необхідність психологічної підтримки у медичних закладах підтримується на рівні держави. В Україні віднедавна цільову неспеціалізовану підтримку можуть надавати сімейні лікарі на первинній ланці, де виявляють потребу у подальшому психологічному супроводі і відповідно, якщо така потреба існує, направляють до фахівця (психолога, психотерапевта, психіатра). Керівництво mhGAP та його версія для надзвичайних гуманітарних станів пропонує медичним працівникам, які не є спеціалістами у сфері психічного здоров'я, протоколи оцінки та ведення поширених психічних розладів, таких як депресія, гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, суїцидальна поведінка, розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин та інших ПНПР розладів. Тобто це світова практика і напрацювання, які постійно оновлюються.

Отже, здійснений огляд психологічних досліджень підтверджує ефективність психологічної підтримки пацієнтів із хронічними хворобами. Навіть неспеціалізована психологічна підтримка на рівні комунікації та взаємодії значно покращує якість життя таких пацієнтів. Також науковці наголошують на важливості використання сучасних онлайн-технологій, які підвищують доступність психологічної підтримки для будь яких пацієнтів.

Список використаної літератури

1. Bert F., Lo Moro G., Giacomini G., Minutiello E., Siliquini R. Social media for psychological support of patients with chronic non-infectious diseases: a systematic review. Health Promotion International. 2023. Volume 38. Issue 2. <https://doi.org/10.1093/heapro/daad006> (дата звернення: 29.04.2024).
2. Efficace F., Breccia M., Cottone F. et al. Psychological well-being and social support in chronic myeloid leukemia patients receiving lifelong targeted therapies. Support Care Cancer. 2016. №24, P. 4887-4894. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3344-6> (дата звернення: 29.04.2024).
3. Khaustova O.O., Markova M.V., Driuchenko M.O., et al. Proactive psychological and psychiatric support of patients with chronic non-communicable diseases in a randomised trial: a Ukrainian experience. General Psychiatry. 2022. № 35:e100881. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100881> (дата звернення: 29.04.2024).
4. Zhu, W. The Impact of Social Support on the Mental Health of Cancer Patients: Evidence from China. Psycho-Oncologie. 2024. Vol. 18(1), P. 69-77. <https://doi.org/10.32604/po.2023.046593> (дата звернення: 29.04.2024).

БОРИС КУЗЬМІНОВ, доктор медичних наук, професор,
директор науково-дослідного інституту епідеміології та гігієни
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
kuzminovborys@gmail.com

КВІТОСЛАВА МАЖАК, кандидат біологічних наук,
старший науковий співробітник
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
kwitoslawaw@ukr.net

ОЛЕНА ТКАЧ, кандидат медичних наук,
старший науковий співробітник
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
olenatkach54@ukr.net

ТУБЕРКУЛЬОЗ ЯК ПСИХОЕМОЦІЙНА ТРАВМА

В області туберкульозу йде бурхлива робота з вивчення всіх його сторін і лише одна залишається ніби осторонь розробки – це вивчення психіки хворого. А тим часом саме за цієї хвороби вона надає такий могутній вплив на соматичні сторони захворювання.

Ф. Г. Яновський, 1923

Постановка проблеми. Військова агресія російської федерації проти України, численні медичні, соціально-економічні, екологічні та інші фактори, що підвищують ризик інфікування та вразливість людей до туберкульозу (ТБ), включаючи ВІЛ, коронавірус, цукровий діабет та інші неінфекційні хвороби, вживання тютюну, алкоголю та наркотиків, психічні розлади, бідність, безробіття, перебування в місцях позбавлення волі та міграцію, стигму уповільнюють темпи прогресу [1]. Недостатній вплив на соціальні детермінанти здоров'я й управління поведінковими факторами ризику, високий рівень стигми та дискримінації в розрізі подолання ТБ потребують консолідації зусиль держави та суспільства на національному, регіональному та місцевому рівнях, адже збереження здоров'я населення України – цінність, що має стратегічне значення для розвитку держави. Впровадження сучасних підходів до надання медичної допомоги людям, які хворіють на ТБ, потребує оновлення підходів як до профілактики, діагностики, лікування, так і до медико-психосоціального супроводу пацієнтів з ТБ та членів їхніх сімей з акцентом на потреби осіб із груп підвищеного ризику та ключових груп захворювання на ТБ з метою якісного надання медичної допомоги, активнішого залучення наукових установ та громад, впровадження міжсекторального співробітництва до питань протидії захворюванню.

Туберкульоз як довготривале захворювання, безумовно, призводить до змін психоемоційного стану хворої людини, які негативно впливають на перебіг захворювання, ефективність лікування і його наслідки. Низка авторів відмічають у хворих на ТБ часті функціональні порушення, такі як дратівливість, плаксивість, головні болі, сонливість, млявість, зниження інтересу до оточуючих, зменшення ініціативності [2]. Для хворих на ТБ характерні відсутність критичного відношення до захворювання, поведінкові розлади з алкогольними ексцесами, зниження інтелекту, виражена тривожність, тривалий страх, депресія. Захворювання змінює життєві плани хворого, перспективу на майбутнє, приносить хворому цілий ряд негативних емоцій, стресових станів, деформує емоційно-вольову сферу, руйнує, як родинні, так і суспільні стосунки. Серед чинників, які істотно впливають на прихильність хворих на ТБ до лікування, неабияке місце посідає їхній психологічний стан. Тому захворювання на ТБ слід розглядати як психотравмуючу ситуацію, яка обумовлена специфічними емоційними реакціями, поведінкою, здатною змінювати світогляд, ставлення людини до дійсності.

Існуючий підхід до організації психосоціальної допомоги фтизіатричним пацієнтам свідчить про відсутність системи психологічної реабілітації у фтизіатрії в Україні в сучасних умовах, що є суттєвою перешкодою ефективній терапії при ТБ. Вищевикладене стало підставою для даного дослідження.

Мета дослідження: вивчити психосоціальний стан хворих на ТБ для розробки програм психологічної підтримки пацієнтів для формування прихильності до лікування.

Методи дослідження. Проведено анонімне анкетування 288 хворих, в яких вперше діагностовано туберкульоз легень (ВДТБ) (І група), та 149 хворих із рецидивами туберкульозу (РТБ) (ІІ група). Результати опитування хворих за категоріями випадків та умовами лікування статистично опрацьовані за загальноприйнятими методами. Для аналізу значущості факторів впливу на розвиток, лікування та його ефективність використані стандартні програми MS Excel та Epi Info [3]. Статистичну обробку даних здійснювали за загальноприйнятими методами варіаційної статистики. Оцінка направленості та сили зв'язку між факторами розвитку ТБ, психосоціальним станом проводилась за допомогою кореляційного аналізу з обчисленням коефіцієнту кореляції (r).

Результати досліджень. Узагальнені результати опитування виявили, що серед захворілих як І, так і ІІ групи переважали особи чоловічої статі – $71,9 \pm 3,4$ % та $78,4 \pm 3,1$ %

відповідно. Однією з причин більш високої захворюваності є те, що серед чоловіків швидкими темпами формується група соціально-дезадаптованого населення, ризик захворювання якої досить високий. Середній вік хворих I групи становив $42,0 \pm 5,3$, а хворих II групи – $49,6 \pm 7,2$ років. У віковій структурі хворих I групи переважали особи працездатного віку, які складали $49,4 \pm 3,8$ %, у II групі – $31,9 \pm 3,9$ %. Серед чоловіків з рецидивом процесу найбільша питома вага припадає на безробітних ($69,9 \pm 3,1$ %), серед жінок - на пенсіонерів ($63,6 \pm 3,6$ %). В I групі обстежених було $9,8 \pm 2,2$ % службовців, робітників $39,2 \pm 3,7$ %, інші групи професій становили $51,0 \pm 3,8$ %; в другій групі обстежених: $13,0 \pm 2,6$ % – службовці, $60,9 \pm 3,7$ – робітники, інші групи професій – $26,1 \pm 3,4$ %. Серед хворих II групи в порівнянні з I групою збільшився відсоток малозабезпечених осіб, відсоток пенсіонерів серед хворих на рецидив збільшився з $23,8 \pm 3,3$ % до $42,6 \pm 3,7$ %, відсоток інвалідів по ТБ з $13,5 \pm 2,6$ % до $37,5 \pm 3,6$ % ($p < 0,01$). За час хвороби виникли суттєві зміни соціально-професійного статусу хворих. На момент захворювання постійне місце роботи мали $62,2 \pm 3,7$ % хворих з ВДТБ легень та $29,0 \pm 3,4$ % хворих на РТБ ($p < 0,01$). У хворих на РТБ спостерігалось збільшення відсотку непрацюючих осіб.

Встановлено, що у $61,4 \pm 3,7$ % хворих I групи та у $80,7 \pm 3,0$ % хворих II групи в анамнезі спостерігались скарги невротичного характеру – апатія, тривожність, відчуття страху, подразливість, комплекс неповноцінності, депресія. За час хвороби, зі слів хворого, відбулися суттєві зміни соціально-професійного статусу. На момент захворювання постійне місце праці мали $65,3 \pm 3,6$ % хворих I групи і $30,1 \pm 3,5$ % хворих II групи; в основному, це були особи працездатного віку. Втративши основну роботу або отримавши інвалідність ($59,7 \pm 3,7$ %), $39,2 \pm 3,7$ % хворих займалися некваліфікованою працею і мали низький нестабільний дохід. Достовірно частіше ($p < 0,01$) погіршилися умови життя у хворих із рецидивами захворювання.

За «межею бідності», маючи середньомісячний дохід на одного члена сім'ї нижче прожиткового мінімуму, знаходилося $31,8 \pm 3,5$ % хворих I групи і $58,5 \pm 3,7$ % II групи.

Захворювання на ТБ погіршило взаємовідносини хворого з родичами та оточуючими, а у $37,5 \pm 3,6$ % призвело до зміни сімейного стану – розпаду сім'ї. Відсутність моральної підтримки родичів і друзів у $75,6 \pm 3,2$ %, відчуття самотності у $80,1 \pm 3,0$ % пояснює негативну реакцію пацієнта на хворобу. Ставлення родичів до $59,7 \pm 3,7$ % хворих, яким встановили діагноз «туберкульоз», змінилося в гіршу сторону, до $21,6 \pm 3,1$ % залишилося без змін, і жоден із хворих не відмітив, що відношення родичів до нього покращилося. Таке відношення родичів до хворого посилюється страхом заразитися, тому між ними відбувається обмеження контакту. Водночас, результати опитування показали, що всі хворі потребують моральної підтримки та співчуття. Захворювання на ТБ звузило коло інтересів у $37,5 \pm 3,6$ % хворих, змінило звичний спосіб життя у $39,2 \pm 3,7$ % та погіршило матеріальне становище у $82,4 \pm 2,9$ % хворих. Майже 80 % хворих вважають, що хвороба стала причиною погіршення їх соціального статусу, розвитку «соціальної фобії», що утруднює адаптацію до хвороби, впливає на власну поведінку, ефективність і режим лікування, перешкоджає бажанню повертатися до попереднього життя, знижує прагнення до видужання, мотивацію до лікування. Встановлено, що $52,3 \pm 3,8$ % хворих I групи соромляться своєї хвороби, їм про неї важко говорити, а $69,9 \pm 3,5$ % хворих II групи зуміли в якійсь мірі адаптуватись до ситуації. Життєві плани в результаті хвороби достовірно частіше змінювалися в осіб із вперше виявленим процесом – $80,1 \pm 3,0$ % проти $41,5 \pm 3,7$ % у хворих із рецидивами. У зв'язку з погіршенням матеріального становища хворих на ТБ $80,7 \pm 3,0$ % обстежених вважають, що їм необхідна фінансова підтримка.

Порівняння психологічного стану залежно від строків лікування довело, що у хворих, які лікувалися понад 3 місяці, ознаки депресивних розладів були більш вираженими, ніж у тих, хто лікувався менше 3-ох місяців. У 65,0 % хворих, які лікувалися понад 3 місяці, депресивні розлади значно ускладнили спілкування з іншими людьми, виконання щоденних обов'язків, бажання щось робити. У 62,5 % із таких пацієнтів була констатована депресія помірної та середньої тяжкості проти 25,2 % у тих, хто лікувався менш як 3 місяці ($p < 0,05$). Погіршення відношення оточуючих, обмеження кола контактів реально призводять хворого до положення

«соціального вигнання», що більш властиво для хворих із рецидивами ТБ – $70,5 \pm 3,4$ %. Отже, хворі на ТБ потребують проведення спеціальної корекції з подолання «соціальної фобії». У $81,8 \pm 2,9$ % хворих відбулася зміна поглядів як матеріальних, так і моральних цінностей та мотивацій, тому для проведення довготривалої терапії необхідно допомогти хворому сформулювати нові цілі в житті та знайти для нього індивідуальну мотивацію до видужання. Це можливо досягти при проведенні цілеспрямованої психологічної корекції психоемоційного стану хворого. Здійснення переходу на інтегровану та людино-орієнтовану модель надання послуг з ТБ, шляхом визначення функцій і механізмів взаємодії, які спрямовані на забезпечення прихильності до лікування та профілактики ТБ, догляду, підтримки та соціального захисту людей, які хворіють на ТБ, людей з ТБ інфекцією або людей, які отримують профілактичне лікування ТБ, а також членів їх сімей суб'єктами у сфері подолання ТБ – надавачами протитуберкульозної медичної допомоги, органами державної влади та місцевого самоврядування, інститутами громадянського суспільства дозволить досягти поставлених цілей.

Висновки. Проведені дослідження дали змогу виявити основні психічні порушення, які спостерігаються у хворих на ТБ, а саме: алкоголізм, депресію та тривожні розлади. Наведені порушення можуть погіршуватися через соціально-економічний стан хворих, низький рівень освіти, стигматизацію тощо. Надання особистісно-орієнтованої допомоги пацієнтам може підвищити ефективність лікування ТБ та якість їхнього життя.

Психологічної корекції потребує більшість хворих на ТБ легень. Найуразливішими щодо розвитку депресивних розладів є хворі з РТБ і МЛС-ТБ, а також усі хворі із терміном лікування понад 3 місяці. Оскільки психологічний супровід терапії є істотним ресурсом підвищення ефективності лікування, пошук нових сучасних індивідуалізованих підходів (з урахуванням категорії хворих і термінів лікування) до їх психологічної реабілітації доцільно вважати перспективним напрямом подальших наукових розробок у фтизіатрії.

Що пропонуємо для переселених осіб, осіб з вогнищ туберкульозу.

На основі проведених досліджень вважаємо необхідним організовувати на базі протитуберкульозних диспансерів (амбулаторій, громад) «школи» для хворих на ТБ та їх родичів. У рамках «шкіл» повинні працювати фтизіатр, психолог та соціальний працівник, які будуть проводити як групові, так і індивідуальні заняття. Фтизіатр ознайомлює пацієнтів та його родичів з основними відомостями про ТБ, принципами його лікування. Робота психолога направлена на психологічну корекцію особистості хворого, формування у нього правильного відношення до дійсності, хвороби та її лікування. Соціальний працівник вивчає та уточнює соціальні проблеми хворого, надає допомогу у їх вирішенні.

Список використаної літератури

1. Стратегія розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги. Посилання: (www.umj.com.ua/uk/novyna-252882-rozrobleno-strategiyu-rozvitku-sistemi-protituberkuloznoyi-medichnoyi-dopomogi).
2. І. О. Новожилова, Н. І. Лінник, Е. Р. Тарасенко, А. Н. Приходько, В. Г. Матусевич, І. В. Бушура. Ставлення хворих на туберкульоз до захворювання та лікування. Укр. пульмонолог. журнал. 2021, № 2. С. 11-15. DOI: 10.31215/2306-4927-2021-29-2-11-1
3. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистичні методи в медико-біологічних дослідженнях з використанням Excel. Київ: Морион, 2000. 320 с.

РУСЛАН ЛЕВОЧКО, ієрей, магістр релігієзнавства,
Волинська православна богословська академія,
військовий капелан 6 прикордонного Волинського загону
rus.levochko@gmail.com

Постановка проблеми. Релігія та віра є невід’ємною частиною життя людини та суспільства, а священнослужитель – невід’ємною частиною мультидисциплінарної команди паліативної допомоги. Душпастирська турбота над хворими полягає у духовній та релігійній опіці. Це є фундаментальним правом пацієнта та обов’язком Церкви (див. Мф. 10:8; Лк. 9:2; Лк. 10:9). Така турбота є суттєвим та специфічним завданням медичних капеланів у закладах охорони здоров’я. По суті, медичне капеланство виступає службою капеланів, які представляють різні конфесії, мають богословську і спеціалізовану душпастирську клінічну освіту та уповноважені релігійними організаціями здійснювати душпастирську опіку в закладах охорони здоров’я, спрямовану на забезпечення релігійних і духовних потреб пацієнтів, їхніх сімей та медичного персоналу. Капеланство є особливим служінням, яке покликане допомагати потребуючим, тому однією із обов’язкових передумов для впровадження медичного капеланства в Україні є налагодження дієвої співпраці на рівні державно-конфесійних та міжконфесійних стосунків. У даному дослідженні автор намагається розкрити поняття та принципи становлення медичного капеланства в Україні, враховуючи специфіку служіння у сфері надання паліативної допомоги.

Мета даного дослідження полягає у аналізі основних принципів та засад становлення медичного капеланства в Україні.

Методи дослідження. У даній праці використовувалися загальні методи емпіричного наукового дослідження, такі як спостереження, аналіз, порівняння та абстрагування.

Результати дослідження. Терміном «капелан» визначаються священнослужителі, які служать та душпастирюють у спільнотах закритого типу: армії, пенітенціарній системі, лікарнях, студентських містечках, соціальних та медичних установах. Термін «капелан» сягає своїми коренями четвертого століття і пов’язаний із життям святого Мартина Турського. Капелан (лат. *capellanus*) – священнослужитель, який служив у похідному храмі, який назвали «капелою», де зберігалась частина плаща св. Мартина.

Священнослужитель, який духовно опікується над хворими в медичних закладах, окреслюється терміном «медичний капелан». Одна із ключових місій медичного капелана – бачити тих, які потребують милосердя, і бути милосердним до тих, що є в скруті [1, с. 105]. Душпастир в системі охорони здоров’я (капелан) покликаний забезпечувати духовну підтримку в лікарняному середовищі.

Медичний капелан має навчитися бачити особу, а не хворобу, підтримувати відкриту та спокійну позицію, практикувати уважне слухання, приймати різні почуття, запропонувати підтримку рідним пацієнтів, навчитися відкривати різні горизонти надії, полегшити прощання з допомогою слів або мовчання, запропонувати втіху в молитві. Сфера медичного капеланства охоплює душпастирське служіння у різноманітних ділянках медичної опіки, служіння духовним та релігійним потребам страждаючих і тих, хто ними опікуються, звертаючись до особистісних, релігійних, культурних та спільнотних ресурсів.

Візит капелана до пацієнта не повинен відбуватися у формі проголошення істинності віри чи вираження оціночних вражень щодо поведінки інших людей, а бути нагодою встановити сприятливі взаємини допомоги, вислуховуючи переживання та думки страждаючих. Першою вимогою до пастиря є передавати людяність. Вшановувати людину означає прийняти й освятити повноту того, що є людським. Виклик «стати людяними, щоб робити людяними інших» [2, с. 104] стосується всіх і не завершиться ніколи.

Розглядаючи мультирелігійний контекст медичного капеланства, слід визначити роль, поведінку, цілі та завдання капеланства загалом.

Основним завданням капелана є звіщати і передавати любов Бога тим, хто тілесно і духовно страждає, супроводжуючи їх солідарною любов’ю. Для розвитку місії капелана важливо бути поруч із хворим. Крім його особистої глибокої духовності, він мусить бути професійно підготовлений до компетентного служіння в лікарнях, розуміти психологію людей, які мають тяжкі хвороби, налагоджувати стосунки з ними та медичним персоналом. Капелан має стати центром, двигуном дії для пробудження духу милосердя в лікарні [5, с. 93]. Присутність капелана у лікарні не має бути суто фізичною чи актом прозелітизму

(настійливим схилянням до своєї віри). Капелан повинен бути правдивим взірцем людяності, моральних та духовних цінностей, які випливають із віри в Бога.

Завдання капелана полягає у допомозі відкриття присутності Бога у житті пацієнта. Особиста присутність біля недужого відбувається, коли душпастир підходить до хворого і залишається поруч у постійному слуханні, подібно як Ісус виявляє ініціативу й підходить до учнів по дорозі до Емауса (Лк. 24: 13), щоб запитати про причину їхнього пригнічення та смутку: «А як вони розмовляли та сперечалися між собою, сам Ісус наблизився, ішов разом з ними» (Лк. 24: 15). Присутність означає бути собою, бути ліками для пацієнта, а не поспішати дарувати подарунки (образки, молитовники) чи починати діяти у вигляді повчання, настанов, рекомендацій [1, с. 107]. Таку присутність можна окреслити формулою взаємообміну «Я – ТИ», коли провідним завданням виступає «бути поруч із людиною».

Душпастир існує, щоб проголошувати не себе, а Когось більшого за себе. У критичні моменти життя людина відчуває глибоку потребу у комусь, хто би підтримав її у пошуках сенсу, щоб відкрити присутність Бога у людській душі. Капелан має бути присутній під час багатьох життєвих потрясінь, аби скеровувати людей від відчаю до внутрішнього зцілення.

Медичний капелан має за обов'язок відкривати духовний простір для спілкування. Це передбачає не насаджування конфесійної точки зору, а також упевненість у тому, що пацієнт, незважаючи на його приналежність до іншої конфесії чи релігії, є тут і зараз завжди важливішим, ніж все, що роз'єднує. Не заперечуючи конфесійні чи релігійні відмінності, можна говорити про досвід страждання, життя і віру «з» або «без» акценту до конфесійної особливості [3, с. 56]. Також це означає не забувати з'ясувати у пацієнта, чи співрозмовник не бажав би приходу душпастиря його власної конфесії чи релігії. Капелани служать пацієнтам, їхнім родичам та близьким, відвідувачам та персоналу:

- проголошуючи та захищаючи цінність та гідність кожної людської особистості;
- пригадують екзистенційний (насушний) та духовний виміри страждань, хвороби та смерті;
- пригадують про зцілюючу, підтримуючу, провідну та примиряючу силу релігійної віри;
- намагаються побачити духовні потреби людей з різним релігійним та культурним підґрунтям, поважаючи їхні особисті переконання;
- намагаються захистити пацієнта від небажаних духовних втручань;
- надають підтримуючу духовну опіку через співчутливе слухання та розуміння тих, хто перебуває в розпачі;
- забезпечують виконання релігійних обрядів згідно з певною релігійною традицією.

Україна є багатоконфесійною країною, що обумовлює формування мультирелігійного контексту медичного капеланства. Надзвичайно важливим для забезпечення права на свободу совісті та віровизнання є екуменічний розвиток відносин у сфері медичного капеланства. Дана тема висвітлює напрям удосконалення мультирелігійних відносин у духовному супроводі хворих, членів сімей та медпрацівників задля уникнення прозелітизму та захисту прав пацієнта і його близьких, максимальної допомоги тим, хто її потребує.

Висновки. Таким чином, ключову роль у сприянні впровадженню та розвитку капеланського служіння в системі охорони здоров'я відіграють релігійні організації. Душпастирська опіка у сфері охорони здоров'я визначається як діяльність в закладах охорони здоров'я, яка спрямована на забезпечення релігійних і духовних потреб як пацієнтів, членів їх сімей, так і медичного персоналу.

Підсумовуючи вищенаведене, варто відзначити основні цілі медичного капеланства:

1. Бути у лікарні символом близькості відкритої релігійної спільноти. Бути тим, через кого Бог служить людині, супроводжуючи її на шляху випробувань.

3. Робити свій внесок у залучення віруючих до гуманізації охорони здоров'я.

Капеланство виконує низку завдань:

1. Звершення релігійних обрядів та благословень;

2. Гуманізація медичних закладів – допомога у забезпеченні центральної ролі пацієнта, цілісності догляду, гідного ставлення до кожної людини;

3. Співпраця з волонтерами – залучення релігійних спільнот та інших людей до служіння ближнім, що мотивує і гуманізує охорону здоров'я;

4. Проведення навчальних курсів для медпрацівників для духовного та етичного зростання й розвитку взаємодії з іншими;

5. Екуменічний та міжрелігійний діалог: лікарня – це місце, яке приймає людей різних культур, рас чи релігій. Тож розвиток і широта охоплення духовної праці вимагають, щоб медичний капелан виконував різні ролі, відповідаючи на знаки часу, умови і потреби тих, з ким він зустрічається.

Незважаючи на актуальність даної тематики, нечасто вона стає предметом спеціальних досліджень в Україні, тому потрібні подальші дослідження для стандартизації надання духовної опіки в закладах охорони здоров'я.

Список використаної літератури

1. Книга життя: посібник для медичних капеланів, які працюють у сфері паліативної допомоги / Андрійшин Людмила-Оксана, Брацюнь Олександра, протоієрей П'яста Руслан та ін. Київ. ТОВ «Видавничий дім «КАЛИТА», 2023. 264 с.

2. Панграцці А. Слідами доброго самарянина. Пасторальна праця в сфері охорони здоров'я. Львів: Друкарські куншти, 2015. 119 с.

3. Психологічний супровід та духовна опіка паліативного пацієнта. Львів: Друкарські куншти, 2015. 250 с.

4. Розвиток медичного капеланства в Україні: передумови, потреби та перспективи розвитку: Матеріали Всеукраїнської міжконфесійної конференції. Київ, 2016. 376 с.

5. Слухати з любов'ю: посібник з пастирського порадиництва. Львів: Друкарські куншти, 2007. 221 с.

КАТЕРИНА ЛЮШУК, кандидат педагогічних наук

КЗВО «Волинський медичний інститут

kateryna_liushuk@vmi.volyn.ua

ОКСАНА СЕМЕНЮК, викладач

КЗВО «Волинський медичний інститут

oksana_semeniuk@vmi.volyn.ua

СТУДЕНТСЬКИЙ ПРОЄКТ ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ПІЗНАВАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ПРИ ВИВЧЕННІ ХІМІЇ

Постановка проблеми. Традиційні методи навчання не завжди дають бажаний ефект. Студенти неохоче сідають за підручник і просто виконують домашні завдання, розв'язують теоретичні вправи, задачі, особливо з такого освітнього компонента як хімія. Адже хімія завжди асоціюється з вибухом, реакцією, експериментом. Нажаль, кількість годин, відведених програмою на вивчення предмету, не сприяє обширній експериментальній діяльності на занятті. Доводиться шукати альтернативу. Ефективним у цьому випадку, на нашу думку, є метод проєктів. Це педагогічна технологія, яка включає сукупність дослідницьких, проблемних, пошукових методів, в основі яких лежить творчий підхід. Метод орієнтований на індивідуальну чи групову роботу, яку студенти виконуватимуть певний, конкретно визначений, проміжок часу (кілька годин, кілька днів, кілька місяців). А якщо проєкт із використанням ужиткового експерименту, то тут і інтерес до предмету зростає, і бажання пошукати необхідну інформацію на просторах інтернету з'являється.

Мета: дослідження впливу проєктної технології навчання на пізнавальну активність здобувачів освіти при вивченні хімії.

Виклад матеріалу. Метод проєктів був розроблений ще на початку ХХ століття американським педагогом і філософом Джоном Дьюї та його учнем Вільямом Гердом Кіппатриком. В основі методу намагання зацікавити дітей, розвинути творчу ініціативу та самостійність, навчити застосовувати здобуті знання в повсякденному житті, тобто встановити чіткий зв'язок між знаннями, набутими вміннями та застосуванням їх на практиці. Метод проєктів є засобом перетворення «школи навчання» на «школу життя», поєднанням теорії і практики, полягає не лише в постановці певного розумового завдання, а й у практичному його виконанні.

Проектна технологія організації навчання, або метод проєктів, останні роки набуває розповсюдження. Він цілком підтримує сучасну тенденцію особистісно зорієнтованої освіти. Центральне місце у проектній технології займає власне поняття «проєкт». Проєкт ми розглядаємо як задуманий студентом (виходячи із власних спонукань, інтересів і бажань) план, ідея, прагматичного спрямування, у результаті втілення якої автор повинен отримати конкретний результат.

Метод проєктів – це педагогічна технологія, орієнтована на застосування та здобуття нових знань (часто шляхом самоосвіти). Він має ряд переваг: максимальний розвиток особистості здобувача освіти; посилення мотивації до навчання; урізноманітнення способів навчання. Студент (учень) – активний учасник процесу, у нього формується конструктивне критичне мислення, виробляється особистий аналітичний погляд на інформацію, він може вільно обирати шлях і спосіб діяльності для досягнення поставленої мети. Навіть якщо проєкт не вдался, здобувач освіти, проаналізувавши помилки, мотивований до повторного експерименту, до здобуття нових знань, до визначення інших шляхів для досягнення бажаного результату.

Проєкти можна класифікувати за різними критеріями: за способом виконання (дослідницькі, практичні, інформаційні), за кількістю виконавців (групові, індивідуальні), за терміном виконання (короткочасні, довготривалі). Проте реалізувати проєкт від початку і до кінця в межах одного заняття неможливо. Робота над проєктом має певні етапи: планування ідеї проєкту в межах програми, його типу та кількості виконавців; оголошення ідеї на занятті; обговорення, уточнення, конкретизація ідеї; формування груп виконавців і розподіл завдань між ними; практичне виконання проєкту; проміжний контроль результатів; оформлення проєкту; представлення проєкту.

Проектна діяльність є важливим інструментом формування життєвих компетентностей. Особливо, коли це стосується вивчення хімії. Це наука не теоретична в підручнику, а наука про навколишній світ, про те, що ми їмо, п'ємо, в що одягаємось, чим прибираємо в оселі... Знання з цього предмету та їх правильне практичне використання може зробити життя більш цікавим, комфортним, безпечним. На нашу думку, не варто нехтувати таким методом. Проте використання проектної технології у навчальній діяльності не повинно бути самоціллю педагога, як данина моді щодо використання інноваційних технологій. Тут важливим є гармонійне поєднання традиційних і новітніх форм.

Першокурсникам коледжу було запропоновано взяти участь у Всеукраїнському фестивалі студентських проєктів з ужиткової хімії. Зацікавилось багато (20). На обдумування ідеї мали тиждень. З пропозиціями прийшли восьмеро. Ідеї були різні: два волонтерські проєкти щодо виготовлення окопних свічок і багаторазових грілок, три дослідницьких, які стосувались виявлення хімічних сполук (крохмалю, глюкози, аскорбінової кислоти, крейди) в харчових продуктах та вивчення процесів, що супроводжують приготування їжі, два прикладного характеру: видалення плям з одягу та виготовлення клею, один стосувався впливу хімічних речовин на ріст і розвиток рослин. Кожну ідею обговорили, склали індивідуальні плани що до реалізації, визначили питання, яким слід приділити більше уваги і

встановили чіткі терміни завершення експерименту (один місяць). Умовами участі передбачено наявність відзнятого відео-дослідів та підготовка презентації.

Під час реалізації проєкту студенти отримували консультативну допомогу. Здійснювалось коригування виконання дослідів, інтерпретації отриманих результатів, попередній перегляд презентацій, їх вдосконалення. Усі інші студенти, які не наважились або полінувались реалізувати власні ідеї, з цікавістю спостерігали за процесом підготовки. Тому виникла ідея провести студентський семінар із представлення проєктів у коледжі, адже найкращі критики і судді – це найближчі друзі, одногрупники, однокурсники.

Семінар «Хімія поряд» відбувся. У програмі були проєкти: «Вогники перемоги. Виготовлення окопних свічок», «Виготовлення багаторазових грілок», «Хімія на тарілці. Смаколики знань», «Визначення вітаміну С в яблуках», «Визначення доброякісності меду», «Клей своїми руками», «Чисто і без плям. Хімчистка одягу і текстилю», «Вплив перекису водню на ріст рослин». Кожен проєкт студенти приймали з цікавістю, були уважними, брали участь в обговоренні, задавали питання.

Після семінару було проведено опитування студентів щодо доцільності використання проєктної діяльності при вивченні хімії. В анкетуванні взяли участь 80 студентів першого курсу. 100% опитаних вважають що проєктна діяльність буде сприяти ефективнішому засвоєнню хімічних знань; 97,8% здобувачів освіти вважають, що виконання проєктів допомагає забезпечити практичний досвід у вивченні хімії; готові представити власні проєкти лише 34,8% респондентів, хоча погоджуються, що впровадження проєктів із ужиткової хімії в навчальний процес зробить його цікавішим, 97,8% студентів. На запитання: «Які конкретні переваги ви бачите у застосуванні проєктних завдань під час вивчення хімії?» студенти давали різні відповіді, але суть зводилась до одного: завжди легше вивчати те, що можна перевірити і застосувати дома, переконатись в його дієвості.

Міні-проєкти ми практикуємо під час вивчення окремих тем. Наприклад, розглядаючи тему «Вуглеводи», завжди пропонуємо студентам перевірити наявність крохмалю в харчових продуктах (картопля, яблуко, сир, ковбаса). У темі «Білки» можна самостійно провести біуретову реакцію (взаємодія з купрум (II) сульфатом в лужному середовищі) та денатурацію білка курячого яйця етиловим спиртом. Дуже подобається здобувачам освіти перевіряти адсорбційну здатність активованого вугілля та інших сорбентів. Під час приготування випічки спостерігаємо ефектну реакцію між содою та оцтовою кислотою, а якщо навіть випадково на полум'я газової конфорки потрапить сода чи сіль, то спостерігаємо якісну реакцію на катіон натрію. Звісно, не кожному вистачає насаги відзняти відео експерименту та пояснити його з хімічної точки зору, тому заохочуємо їх оцінкою. Спосіб досить ефективний. Із 30 студентів, як правило, 7-8 (а це майже 27%) готові працювати над перевіркою прикладного характеру хімічних знань.

Висновки. Отже, вивчивши думку здобувачів освіти та спираючись на власний досвід, можна стверджувати, що проєктна діяльність є потребою часу і необхідністю сьогодення та майбутнього, вона є важливим інструментом для активізації пізнавальної активності студентів. Така діяльність може включати не лише проведення «домашніх» експериментів й розв'язування практичних завдань, пошук теоретичної інформації в мережі Інтернет та її критичний аналіз. Цей процес може не лише сприяти глибшому розумінню хімічних явищ, але й розвивати критичне мислення та творчість здобувачів освіти. Крім того, використання інтерактивних інструментів, таких як віртуальні лабораторії або відеуроки, може зробити навчання хімії більш захопливим і доступним, дозволяє залучити студентів до вивчення науки та стимулює їх активну участь у навчальному процесі.

Таким чином, використання проєктної технології сприяє розвитку соціально активного, освіченого громадянина України, формує життєві компетентності здобувачів освіти за

допомогою рефлексії їхніх дій, оскільки саме вони допомагають студентам проявити вміння і здібності, орієнтуватися в сучасному суспільстві, приймати правильні рішення в нестандартних ситуаціях, аналізувати й контролювати власну діяльність, розв'язувати проблеми, працювати в команді. Наведена модель навчання охоплює формування та розвиток всіх ключових компетентностей, комплекс яких є центральним в системі компетентнісного підходу, створює умови розвитку творчої всебічно розвиненої особистості.

Список використаної літератури

1. Джабка С.Б. Метод проектів як реалізація особистісно орієнтованого навчання на уроках хімії // Хімія. Біологія. 2003. № 13. С. 4-6
2. Загнибіда Н.М. Метод проектів на уроках хімії. Тернопіль-Харків: Ранок, 2011. 128 с.

ГАЛИНА МАРАРАШ, доктор філософії
зі спеціальності Медсестринство, доцент кафедри соціальної
медицини та організації охорони здоров'я,
Буковинський державний медичний університет
galya.fedorchuk@gmail.com

РОЗВИТОК ЕМПАТІЇ ТА ОСОБИСТІСНО-ПОВЕДІНКОВОГО КОМПОНЕНТА ПРОФЕСІЙНО-ОСОБИСТІСНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Постановка проблеми: Професійно-особистісна компетентність медичних сестер є важливою складовою успішної практики в медичній сфері. Вона включає в себе не лише технічні навички, а й особистісні якості, які сприяють ефективній роботі в медичному середовищі. Ось деякі ключові аспекти професійно-особистісної компетентності медичних сестер [3, 5]:

1. Фахові знання та навички. Медичні сестри повинні мати глибокі знання про медичні процедури, лікування та догляд за пацієнтами. Це включає в себе вміння виконувати медичні процедури, використовуючи правильні техніки та інструменти.
2. Емпатія та співчуття. Важливо мати здатність співпереживати та розуміти потреби пацієнтів, проявляти турботу та підтримку у важкі часи.
3. Комунікативні навички. Медичні сестри повинні мати вміння ефективно спілкуватися як з пацієнтами, так і з іншими членами медичного персоналу. Це включає в себе як усну, так і письмову комунікацію.
4. Вміння приймати рішення. В ситуаціях невизначеності або терміновості медичні сестри повинні бути здатні швидко аналізувати інформацію та приймати обґрунтовані рішення.
5. Ефективне керівництво собою. Це включає в себе вміння працювати самостійно та в команді, при цьому зберігаючи високі стандарти професійної поведінки та етики.
6. Навички управління стресом. Робота медичною сестрою може бути напруженою та вимагати емоційної стійкості. Медичні сестри повинні мати навички керування стресом та збереження психологічного благополуччя.

Загалом професійно-особистісна компетентність медичних сестер визначається їхньою здатністю поєднувати фахові знання та навички з емоційною і соціальною інтелігентністю для надання високоякісного догляду за пацієнтами.

Мета: Проведення навчання та тренінгів, зокрема, організація спеціалізованих навчальних програм та тренінгів із фахових навичок, комунікаційних та лідерських вмінь

допоможе медичним сестрам покращити їхні знання та навички, а також розвинути емпатію та співчуття.

Методи дослідження: Дослідження проводилося на вибірці 23 медичних сестер, котрі працюють у команді з лікарями у КНП «Міська поліклініка № 1» м. Чернівці.

Комунікативний компонент вивчали за допомогою тесту «Комунікабельність» за В.Ф. Ряховським, тесту «Діагностика рівня розвитку комунікативної культури» за С.В. Знаменською і методики «Діагностика емоційних бар'єрів в міжособистісному спілкуванні» за В.В. Бойко; особистісно-поведінковий компонент досліджували за допомогою методики В.В. Бойко «Діагностика рівня емпатійних здібностей» [1, 6]. Для статистичної обробки даних був застосований пакет аналізу даних STATISTICA 12.6. Враховуючи непараметричний розподіл вихідних показників, для вияву достовірних взаємозв'язків між досліджуваними ознаками розраховували коефіцієнт рангової кореляції r_s за Спірменом [8].

Результати та висновки. Характеризуючи комунікативний компонент професійно-особистісної компетентності медичних сестер, потрібно відзначити переважаючі високий (44,26%) та середній (31,15%) рівні їх комунікабельності, поєднані з абсолютно домінуючим середнім рівнем (91,80%) сформованості комунікативної культури (рис. 1, 2).

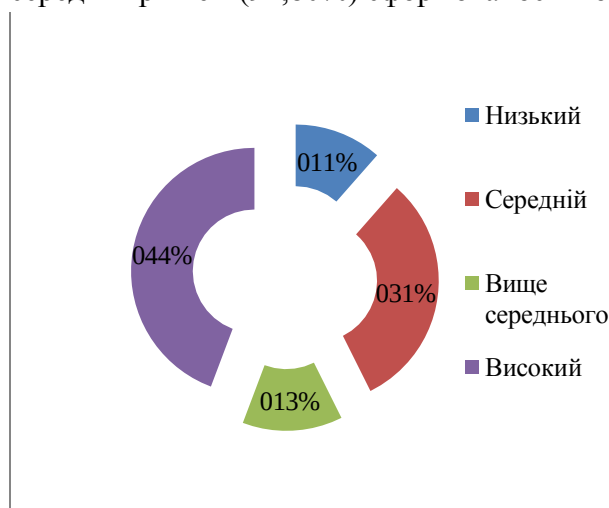


Рисунок 1 – Частота (%) вияву різних рівнів комунікабельності медичних сестер (n=23)

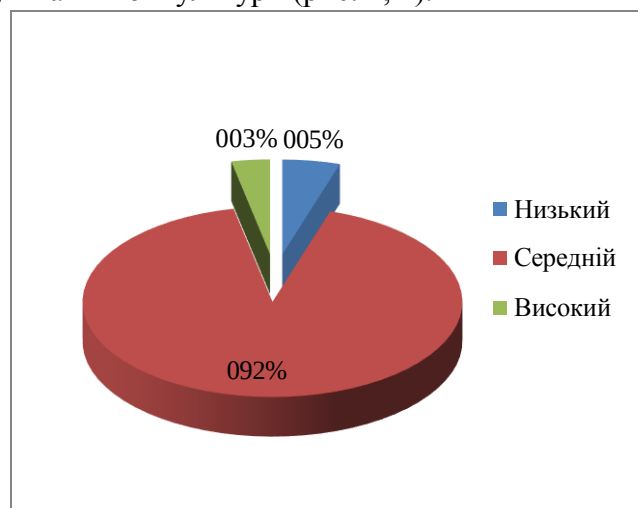


Рисунок 2 – Частота (%) вияву різних рівнів сформованості комунікативної культури медичних сестер (n=23)

На основі описаних рівнів комунікабельності можна зробити такі висновки та визначити шляхи подальшого розвитку для медичних сестер [3, 5]:

1. Високий рівень комунікабельності:

- Необхідно навчити медичних сестер ефективному самоконтролю та самоорганізації, особливо в ситуаціях, коли їхня енергія або емоції можуть перешкоджати професійній діяльності.
- Тренування навичок управління стресом та способів заспокоєння може допомогти медичним сестрам керувати своїми реакціями на стресові ситуації та конфлікти.

2. Середній рівень комунікабельності:

- Необхідно зосередитися на підвищенні рівня толерантності та вмінні приймати різноманітність в інших людях.
- Тренування навичок ефективного вирішення конфліктів та прийняття ініціативи у спілкуванні може покращити взаємодію медичних сестер з пацієнтами та колегами.

Загальною метою розвитку комунікабельності для медичних сестер буде покращення якості спілкування з пацієнтами та колегами, збільшення рівня ефективності та зниження

можливості конфліктів у робочому середовищі. Тренінги, курси та інші освітні програми можуть бути корисними ресурсами для досягнення цих цілей [5].

Поряд з цим у медичних сестер проявляються ускладнюючі взаємодію (50,82%) і дезорганізуючі (40,98%) емоційні «перешкоди» у спілкуванні, насамперед такі як небажання зближуватися з людьми, негнучкість, нерозвиненість емоцій, невміння управляти емоціями, домінування негативних емоцій; трохи меншою мірою – неадекватний прояв емоцій (рис. 3).

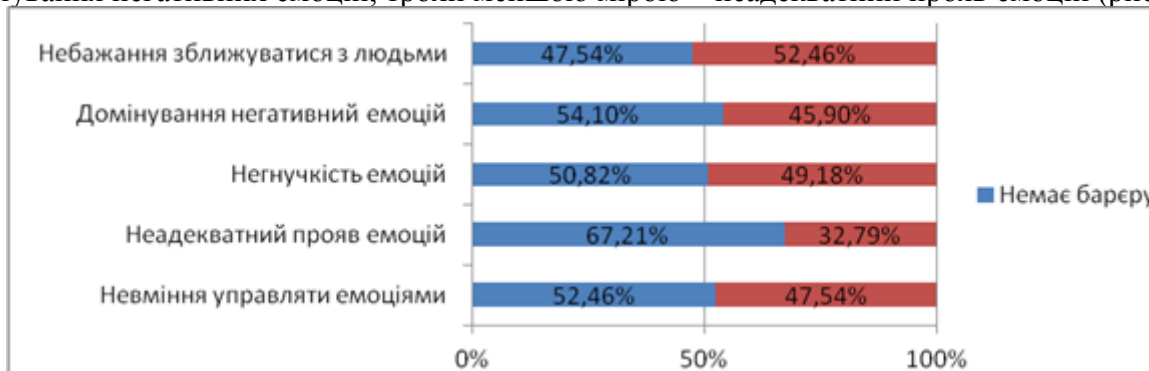


Рисунок 3 – Частота (%) діагностування різного виду емоційних бар'єрів, «перешкод» у спілкуванні медичних сестер (n=23)

Статистичний аналіз за допомогою критерію рангової кореляції Спірмена, r_s показав, що у медичних сестер із більш високою кваліфікаційною категорією як оцінкою рівня їх професійної майстерності вияв такого емоційного бар'єру як неадекватний прояв емоцій достовірно знижується ($r_s = -0,26$ при $p = 0,05$), тобто чим вища кваліфікаційна категорія медичної сестри, тим менше у її спілкуванні виникає труднощів через неадекватний прояв емоцій [8]. Тож підвищення професійної компетентності медичної сестри виявляється взаємопов'язаним, зокрема, з подоланням емоційних «перешкод» у спілкуванні.

Особистісно-поведінковий компонент професійної компетентності медичних сестер досліджували через емпатійні здібності, а також такі особистісні установки як активність та оптимізм [2, 4, 9].

Характеризуючи особистісно-поведінковий компонент професійно-особистісної компетентності медичних сестер терапевтичного відділення, потрібно відзначити переважаючий (75,41%) знижений рівень їх емпатійності, насамперед за рахунок недостатнього розвитку проникливості в емпатії, емоційного та інтуїтивного каналів емпатії [4, 7] (рис. 4).

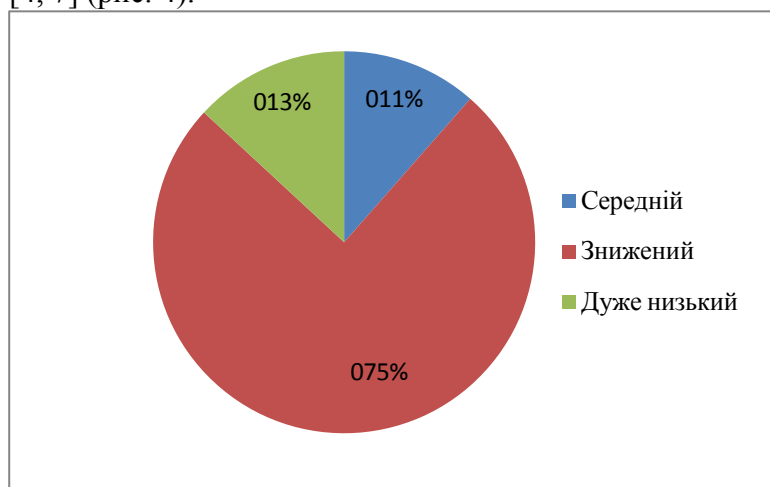


Рисунок 4 – Частота (%) вияву різних рівнів розвитку емпатійних здібностей медичних сестер (n=23)

Із цими висновками важливо розглянути стратегії для покращення емпатії та особистісно-поведінкового компонента професійно-особистісної компетентності медичних сестер терапевтичного відділення [2, 4, 5]:

1. **Тренінги з розвитку емпатії.** Організація спеціалізованих тренінгів та семінарів, спрямованих на вдосконалення навичок емпатії та розуміння емоційних потреб пацієнтів, може допомогти медичним сестрам стати більш чутливими та розуміючими.

2. **Практика рефлексії.** Заохочення медичних сестер вести рефлексивний щоденник, в якому вони відображають свої емоції та реакції на спілкування з пацієнтами. Це допоможе їм зрозуміти власні емоційні реакції та реакції пацієнтів на їхні дії.

3. **Підтримка та співпраця в колективі.** Створення сприятливого робочого середовища, де медичні сестри можуть відчувати підтримку та обмінюватися досвідом з колегами, може сприяти подальшому розвитку їхніх емпатійних здібностей.

4. **Терапевтичне навчання.** Включення в програми навчання модулів, що спрямовані на розвиток емпатії та розуміння психології пацієнтів, може допомогти медичним сестрам отримати необхідні знання та навички.

5. **Самостійне вивчення літератури.** Заохочення медичних сестер до самостійного вивчення літератури та документальних фільмів про емпатію та спілкування з пацієнтами може допомогти їм зрозуміти і покращити їхні емпатійні навички.

Ці стратегії можуть сприяти подальшому розвитку емпатії та особистісно-поведінкового компонента професійно-особистісної компетентності медичних сестер і покращити якість надання медичної допомоги.

Список використаної літератури

Бойко В. В. Діагностика рівня емпатійних здібностей [Інтернет]. URL:

<http://testik.com.ua/diagnostyka-rivnya-empatijnyh-zdibnostej-v-v-bojko/> (дата звернення: 07.05.2024).

1. Журавльова Л. П., Шпак М. М. Емпатія як психологічний механізм розвитку міжособистісного емоційного інтелекту. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2015. Vol. 3, Issue 49. P. 85-88.

2. Левківська С. М. Формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер як наукова проблема. *Вісник Житомирського державного університету. Педагогічні науки*. 2014. Вип. 1. С. 124-131.

3. Лучків В. З. Емпатія як чинник асертивних поведінкових стратегій. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2016. Vol. 4, Issue 88. P. 72-76.

4. Марараш Г. Г. Характеристика професійно-особистісної компетентності медичних сестер. *Art of Medicina*. 2020. № 2. С. 108-115. doi: <http://dx.doi.org/10.21802/artm.2020.2.14.108>

5. Методика «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкування» (за В. В. Бойко) [Інтернет]. URL: <https://vipsoft.blob.core.windows.net/contest/c497532026a08131460d90a255206eda.pdf> (дата звернення: 07.05.2024).

6. Основні обов'язки та професійні дії медичної сестри терапевтичного відділення / В.В. Сиволап та ін. Запоріжжя, 2017. 112 с.

7. Фетісов В. С. Пакет статистичного аналізу даних STATISTICA. Ніжин, 2018. 114 с.

8. Чуйко Г. В. Емпатія в контексті моральних почуттів. *Psychological Journal*. 2018. № 5. С. 40-54. doi: <http://dx.doi.org/10.31108/1.2018.5.15.3>

АНДРІАН МАРЧЕНКО, викладач

КЗВО «Волинський медичний інститут»

andrian_marchenko@vmi.volyn.ua

ПОРІВНЯННЯ ПОТРЕБ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТА «ФАРМАКОЛОГІЯ» ДЛЯ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ГАЛУЗІ ЗНАНЬ 22 ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Одним з освітніх компонентів, вивчення якого є важливим для подальшого набуття та розвитку фахових компетентностей здобувачів вищої (магістерської) фармацевтичної та

медичної освіти, є фармакологія. Контроль знань із фармакології винесений на КРОК (ЄДКІ) і, що головне, якісні знання дисципліни є необхідним компонентом комплексної підготовки медичного (фармацевтичного) працівника та є постійно затребуваними під час професійної діяльності медичних працівників. При цьому інформативне забезпечення компоненту та зміст фахових компетентностей для цих спеціальностей є різними для однієї і тієї ж дисципліни.

Наприклад, для фармацевтів вивчення фармакології забезпечує формування наступних фахових компетентностей:

- Здатність здійснювати консультування щодо рецептурних і безрецептурних лікарських засобів та інших товарів аптечного асортименту; фармацевтичну опіку під час вибору та реалізації безрецептурного лікарського засобу шляхом оцінки співвідношення ризик/користь, сумісності, показань і протипоказань керуючись даними про стан здоров'я конкретного хворого із врахуванням біофармацевтичних, фармакокінетичних, фармакодинамічних і фізико-хімічних особливостей лікарського засобу та інших товарів аптечного асортименту;

- Здатність забезпечувати раціональне застосування рецептурних і безрецептурних лікарських засобів та інших товарів аптечного асортименту згідно з фізико-хімічними, фармакологічними характеристиками, біохімічними, патофізіологічними особливостями конкретного захворювання і фармакотерапевтичними схемами його лікування.

- Здатність використовувати у професійній діяльності знання нормативно-правових, законодавчих актів України та рекомендацій належних фармацевтичних практик.

Відповідно, основні програмні результати навчання, що забезпечуються дисципліною:

- Визначати переваги і недоліки лікарських засобів різних фармакологічних груп із урахуванням їхніх хімічних, фізико-хімічних, біофармацевтичних, фармакокінетичних та фармакодинамічних особливостей. Рекомендувати споживачам безрецептурні лікарські засоби та інші товари аптечного асортименту з наданням консультативної допомоги та фармацевтичної опіки;

- Визначати вплив факторів, що впливають на процеси всмоктування, розподілу, депонування, метаболізму та виведення лікарського засобу і обумовлені станом, особливостями організму людини та фізико-хімічними властивостями лікарських засобів;

- Планувати і реалізовувати професійну діяльність на основі нормативно-правових актів України та рекомендацій належних фармацевтичних практик.

- Для медиків, вивчення фармакології забезпечує формування наступних фахових компетентностей:

- Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань.

Вивчення дисципліни забезпечує набуття таких базових умінь:

- Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи; встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання;

- Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), враховуючи вік пацієнта, його перебування в умовах закладу охорони здоров'я, за межами закладу чи на етапах медичної евакуації, у т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, а в разі необхідності розширення стандартної схеми вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря-керівника в умовах лікувальної установи.

Таким чином, для фармацевта фармакологія є одним з основних компонентів професійної підготовки, який в подальшому буде постійно використовуваний під час діяльності фармацевтичного працівника, зокрема у сфері забезпечення наявності лікарських засобів, контролю якості ліків, їх збереження, відпуску та фармацевтичної опіки.

Для медика фармакологія є компонентом, що переважно забезпечує подальшу підготовку фахівця і слугує базою для вивчення клінічних дисциплін; він є необхідним для раціонального призначення лікарських засобів та забезпечення належного лікування хворого.

Щодо інформації, яку необхідно отримати фармацевтом (медиком) для належного виконання своєї роботи, теж є відмінності.

Наприклад, для фармацевта вивчення НПЗЗ (нестероїдних протизапальних засобів) має бути спрямоване на забезпечення належного відпуску ЛЗ (знанні торговельних назв, цінової лінійки препаратів), можливості безрецептурного використання (рекомендування фармацевтом), забезпечення належного застосування ЛЗ, попередження розвитку побічних ефектів та/або зменшення їх проявів.

Тобто вивчення фармакології для фармацевта та медика, при спільності базових знань з предмету, має відмінності у кінцевих можливостях (потребах) застосування знань з предмету. Фармацевт повинен знати належність лікарських засобів до фармакологічних груп; правила раціонального застосування (прийому) ліків, можливі побічні ефекти та заходи їх усунення (корекції); можливість (доцільність) поєднання ліків (за наявності виявлених можливих несумісностей, або посилення побічних ефектів); арсенал безрецептурних лікарських засобів, які він може порекомендувати відвідувачу аптеки (за умови ситуації, що не вимагає втручання лікаря); а також зв'язок між фармакологічними властивостями препаратів та правилами транспортування, зберігання, обліку та відпуску.

Питання вибору рецептурного ЛЗ не є компетенцією фармацевта. Питання вибору групи ЛЗ, конкретного ЛЗ з урахуванням стану конкретного хворого та потреби вирішення клінічної ситуації (особливо з урахуванням можливих супутніх патологій) – компетенція медика. Медику необхідні знання щодо самої можливості використання ЛЗ, його взаємодії з організмом людини на рівні впливу на біохімічні процеси, органи, можливим впливом на інші органи чи системи, прогнозування тривалості дії ЛЗ в залежності від особливостей фармакокінетики ЛЗ, можливостей елімінації організмом хворого, можливості посилення терапевтичних ефектів одного препарату іншим. Питання раціонального призначення ліків із урахуванням можливого синергізму, антагонізму в конкретній клінічній ситуації – компетенція медика. Проблема вибору препарату з урахуванням балансу користь/небезпека – це проблема вибору медика.

Фармацевт повинен знати:

- Що він має відпустити хворому – який конкретно лікарський препарат (з наявних в аптеці) відповідно до МНН, дозування, ЛФ призначеного лікарем;
- Про які застереження щодо використання ЛЗ він має поінформувати хворого;
- Який ЛЗ він може порекомендувати відвідувачу для вирішення ситуації, що не потребує втручання лікаря;
- Як, відповідно до фармакологічних властивостей, необхідно зберігати, обліковувати та відпускати ЛЗ, забезпечити його якість та не допустити обіг фальсифікованих та субстандартних ЛЗ.

Медик повинен знати:

- Які (який) ЛЗ можуть вирішити клінічну ситуацію;
- Які переваги використання саме цього препарату, або який препарат підходить саме для цього пацієнта;
- Яким чином реалізується дія препарату, наприклад, для вибору препарату, що впливає саме на певну ланку патологічного процесу, можливість впливу на інші органи та системи, наявні супутні патології, тощо (що буде визначати можливість застосування ЛЗ);
- Які застереження є щодо прийому ЛЗ (можливість вживання інших ЛЗ, здійснення хворим професійної діяльності, зручність, різні види небезпек, тощо);
- Можливість наступної терапії, тощо.

Наприклад, за наявності у пацієнта запалення сполучної тканини, суглобів (артриту) у лікаря може виникнути необхідність призначення НПЗЗ з метою усунення больового синдрому, зменшення запального процесу.

При цьому він повинен зважати на:

а) механізми реалізації ефектів конкретних ЛЗ (для прикладу, порівняємо диклофенак, целекоксиб, набуметон, але дуже стисло!). Диклофенак – неселективний інгібітор ЦОГ2 (1:1), набуметон – переважно інгібітор ЦОГ2 (1:10), целекоксиб – високоселективний інгібітор ЦОГ2 (1:100). (1).

Відповідно, більшим протизапальним ефектом (і, на перший погляд, терапевтичною ефективністю) буде володіти целекоксиб, найменшою – диклофенак.

Проте, у зв'язку саме з вибірковістю впливу на ЦОГ2, целекоксиб не впливає на агрегацію тромбоцитів, але одночасно пригнічує утворення простагліну.

Існує ймовірність, що зміна співвідношення тромбосан/простаглінін може сприяти виникненню тромбозів.

У здорових осіб збільшення ризику тромбоутворення невелике, позаяк ендотелій судин виділяє інші захисні речовини, зокрема, оксид азоту. Однак воно стає реальним за наявності різних супутніх захворювань, при яких вірогідність виникнення тромбозів підвищена (2).

Диклофенак, своєю чергою, як неселективний інгібітор ЦОГ2 пригнічує також ЦОГ1, зменшуючи утворення тромбосану. Набуметон за впливом на тромбосан знаходиться між ними.

Звідси різниця у можливих побічних ефектах (можливості розвитку, сили, частоти розвитку).

б) побічні ефекти ЛЗ. Диклофенак, в першу чергу, може мати негативний вплив на ШКТ (ульцерогенна дія) та на систему згортання крові (геморагії). Целекоксиб, крім попередніх, має ризик розвитку застійної СН, фібриляції шлуночків, цереброваскулярної недостатності. Набуметон – знову між ними.

Звідси необхідність зважати на супутні патології у хворого.

в) супутні захворювання, вікові особливості. Диклофенак – небезпека загострення виразкової хвороби та посилення кровотеч, целекоксиб – загострення ІХС, ішемічного інсульту. Вікові обмеження: диклофенак – 14 років, набуметон – 18 років, целекоксиб – не рекомендований дітям.

Отже, зважаючи на важкість захворювання, супутні патології, вік, стан організму хворого та терапевтичну доцільність, призначені інші ЛЗ, медик має вибрати певний ЛЗ, певного дозування, вибрати режим прийому та призначити хворому (3).

Фармацевт, своєю чергою, має запропонувати хворому лікарський препарат (згідно МНН виписаного хворому лікарем ЛЗ) відповідного дозування та запропонувати заходи для попередження розвитку (зменшення проявів) побічних дій.

Слід зазначити, що саме на фармацевті лежить відповідальність за забезпечення фармакоекономічної ланки (за умови амбулаторного лікування хворого) лікувального процесу. Тобто за наявності кількох лікарських засобів одного МНН (призначеного лікарем), однакової ЛФ, однакової дози існує великий ціновий діапазон окремих препаратів.

Наприклад, якщо лікар призначив хворому препарат з групи НПЗЗ – целекоксиб, в аптеці можуть бути такі:

ДЕНОКСИБ, капсули 20мг №30 – 359,00 грн.; ЛЕКОКСА, капсули 20мг №30 – 276,00 грн.; РАНСЕЛЕКС, капсули 20мг №10 – 166,00 грн.; РЕВМОКСИБ, капсули 20мг №10 – 155,00 грн.; ФЛОГОКСИБ капсули 20мг № 10 – 97,00 грн.; ЦЕЛЕБРЕКС капсули 20мг №20 – 425,00 грн. (3).

Зрозуміло, що можливість придбання ЛЗ впливає на дотримання хворим курсу лікування і навіть на можливість дотримання комплексного лікування (за наявності), оскільки висока вартість одного компоненту лікування обмежує можливість використання інших компонентів. Також фармацевт має зважати на якісні показники ЛЗ (біоеквівалентність).

Узагальнюючи в причинно-наслідковому ланцюзі «патологія – ЛЗ – застосування», для медика головним є правильність вибору ЛЗ; для фармацевта – можливість забезпечити хворого ліками та провести фармапіку.

Список використаної літератури

1. Побічна дія ліків : підручник для студентів вищих закладів медичної освіти/І. Ф. Беленічев, Н. О. Горчакова, Н. В. Бухтіярова [та ін.]; Запорізький державний медичний університет. Вінниця : Нова Книга, 2021. - 360 с. ISBN 978-966-382-901-2.
2. Фармакологія за Рангом і Дейлом : пер. 9-го англ. вид.: у 2 т. Т. 1 / Джеймс М. Ріттер, Род Флавер, Грем Ф24 Гендерсон, Юн Конг Лоук, Девід Мак'юен, Гамфрі П. Ранг ; наук. ред. пер. : Ганна Зайченко, Микола Хайтович. - К.: ВСВ «Медицина», 2021. хіі, 588 с. ISBN 978-617-505-875-6 (укр., т. 1).
3. Інформаційна система «Компендіум», <https://compendium.com.ua/uk/atc/m01ab15/> (дата звернення: 29.04.2024).

ОЛЕКСАНДР МАСІЮК, здобувач освіти
Волинська православна богословська академія ПЦУ
oleksandrmasiuk12@gmail.com

МІТОХОНДРІАЛЬНА ЄВА І Y-ХРОМОСОМНИЙ АДАМ В КОНТЕКСТІ СВЯЩЕННОГО ПИСАННЯ

Постановка проблеми. Сьогодні звичною справою є визначення спорідненості по ДНК наших клітин. Для цього достатньо взяти зразок слини із внутрішньої поверхні щоки (так званий буккальний епітелій) і віддати його в лабораторію для генетичного аналізу. Сучасні методики дозволяють швидко і якісно провести порівняння хромосом і встановити, чи є їхні носії найближчими родичами (дочкою, сином, братом, сестрою, бабусею, дідусем, племінником чи племінницею).

А чи можна за ДНК встановити більш далекі родинні зв'язки? Виявляється, можна. Тільки для цього звичні хромосоми аутосоми наших клітин не підійдуть. У процесі статевого розмноження аутосоми піддаються рекомбінації.

Мета дослідження. Розкрити генетичний аспект походження людини з біблійної точки зору та на основі останніх досліджень у сфері генетики.

Методи дослідження. Теоретичний і методологічний.

Результати дослідження. Половину генів ми отримуємо від батька, а іншу половину – від матері. Крім того, гомологічні хромосоми обмінюються своїми частинами. В загальному встановити далеких родичів буде важко, проте в наших клітинах є інша ДНК – ДНК Мітохондрій – кліткових органів, які служать для забезпечення клітини енергією.

На відміну від ядерної ДНК, яку ми отримуємо на половину від батька і на половину від матері, самі мітохондрії і їх ДНК дитина отримує тільки із материнської яйцеклітини. Оскільки мітохондріальна ДНК не піддається рекомбінації, зміни в ній можуть відбуватися виключно завдяки не частим випадковим мутаціям.

Шляхом послідовності мітохондріальної ДНК і виникненні в ній з часом мутацій можна не тільки визначити ступінь спорідненості людей, які живуть сьогодні, але і приблизно вирахувати час, необхідний для накопичення мутацій в тій чи іншій популяції людей, і відповідно визначити її вік.

У 1987 році американський учений Вільсон опублікував результати порівняння мітохондріальної ДНК отриманих від 141-єї людини, серед яких були представники всіх рас (42 національності). Результати порівняння показали, що все сучасне людство веде своє походження від однієї жінки, яку назвали Мітохондріальною Євою на честь біблійної Єви.

Вільсон побудував генеалогічне дерево, яке свідчило про наявність найбільшої диференціації мітохондріальних генів в Африці, з чого він зробив висновок, що батьківщиною Єви була Африка. Тепер постало завдання визначити вік нашої праматері, а для цього потрібно лише знати швидкість накопичення мутацій мітохондріальних генів.

Вік Мітохондріальної Єви було визначено в межах 100–200 тис. років. Однак ці цифри базувались на багатьох гіпотетичних припущеннях, перевірити правильність яких було неможливим. Тому вчені генетики вирішили використати інший підхід, а саме визначити кількість мутацій в популяції сучасної людини і на основі цього розрахувати вік Мітохондріальної Єви. Такі дані були опубліковані групою Парсонса в 1997 році [1].

Провівши аналіз мітохондріальної ДНК в 327 паралельних генеалогічних парах «мати–дитина», вчені виявили швидкість мутагенезу, яка відповідає одній мутації коду контрольної частини ДНК в 30 поколіннях. Приблизно такий же результат – одна мутація в 40 поколінь – був отриманий і групою Хауелла на основі меншої вибірки в 80 пар. «При такій швидкості мутагенезу мітохондріальної ДНК вік Єви складає 6000 – 6500 років» [1].

Томас Парсон сказав: «Використання нашої емпіричної швидкості калібровки молекулярних годин мітохондріальної ДНК призводить до віку мітохондріальної ДНК MRCA (першої людської жінки) приблизно в 6500 років».

Ця дата була опублікована в низці наукових і науково-популярних журналах. Вона, звісно ж, є орієнтовною і її не варто сприймати буквально.

Як відомо, в генетичному плані чоловіка від жінки відрізняє наявність особливої статеві хромосоми – Y-хромосоми, яка передається виключно по чоловічій лінії. Вона як мітохондріальна ДНК не рекомбінує, тому різниця в нуклеотидному складі є наслідком мутагенезу. Результат вивчення декількох тисяч проб взятих із представників різних народів теж виявився сенсаційним. Все людство виникло від одного чоловіка, якого назвали на честь біблійного Адама Y-хромосомним Адамом. Батьківщиною Адама була все та ж Африка.

Висновки. На основі цих досліджень ми можемо лише констатувати, що, не зважаючи на певні розбіжності з біблійним вченням про походження людства, все ж ми знайшли підтвердження існування історичних Адама і Єви як єдиних прабабків людства. Проте не варто забувати і про безліч розбіжностей між Біблією і цими відкриттями. По-перше, Біблія говорить, що Адам і Єва були створені Богом, а не шляхом еволюційного розвитку; по-друге, вони жили разом в один час, а не відокремлено в різні відрізки часу; по-третє, крім них Бог не створював інших людей до них. Це лише основні відмінності, хоча насправді їх є більше, але для людей віри, тих, хто вірить книзі Буття, варто знати, що це відкриття є ще одним свідченням істинності Божого творіння і істинності того, що сказано в Біблії (хоча і є чимало протиріч).

Список використаної літератури

1. Thomas Parsons, Kevin Sullivan, Dianna L. Berry. Nature Genetics. May 1997 / A high observed substitution rate in the human mitochondrial DNA control region (дата звернення: 29.04.2024).

ХРИСТИНА НОВАК-МАЗЕПА, доктор філософії
за спеціальністю Медсестринство, старший викладач
кафедри медсестринства та екстреної медицини,
КЗВО «Волинський медичний інститут»

novak-mazepa@vmi.volyn.ua

ОЛЬГА МАЗЕПА, викладач
КЗВО «Волинський медичний інститут»
olha_mazepa@vmi.volyn.ua

ТЕТЯНА ТОМЧУК, викладач
КЗВО «Волинський медичний інститут»

ВПЛИВ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІОНАЛІЗМУ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Постановка проблеми. У сучасному світі медсестринська освіта стає все складнішою і вимагає від майбутніх сестер медичних глибокого розуміння та ефективної дії у різних ситуаціях практичної діяльності. Симуляційне навчання вважається одним із найбільш ефективних методів підготовки здобувачів освіти до реальної медичної практики. Однак важливо розуміти, який саме вплив має симуляційне навчання на формування професіоналізму майбутніх медичних сестер. Чи забезпечує воно не лише технічні навички, а й розвиток міжособистісних вмінь, емоційної стійкості та етичної поведінки, необхідних для успішної практики в сучасних умовах медичного середовища? Тому важливим є постійний моніторинг та ретельний аналіз даного аспекту сучасної медичної освіти та визначення його впливу на підготовку фахівців спеціальності «Медсестринство» [1].

Метою даного дослідження є глибоке розуміння впливу симуляційного навчання на формування професіоналізму майбутніх медичних сестер. Конкретні цілі дослідження включають:

1. Вивчення ефективності симуляційного навчання у формуванні практичних навичок та умінь у студентів спеціальності 223 «Медсестринство» [2].

2. Аналіз впливу симуляційного навчання на розвиток міжособистісних взаємозв'язків, комунікативної компетенції та емоційної стійкості майбутніх медичних сестер. [3]

3. Визначення ролі симуляційного навчання у формуванні етичних засад та професійних цінностей у здобувачів [4].

4. Оцінка сприйняття та задоволення студентів від участі у симуляційних заняттях та їх вплив на мотивацію до навчання та вибір майбутнього професійного спрямування [5].

Також важливим є встановлення позитивного або негативного впливу симуляційного навчання на підготовку майбутніх медичних сестер і визначення його значення у контексті покращення якості медичної освіти.

Методи дослідження. У нашому дослідженні було використано аналіз наукової літератури, опитування та спостереження за здобувачами фахової передвищої освіти спеціальності 223 «Медсестринство» освітньо-професійних програм «Сестринська справа» та «Лікувальна справа» Луцького базового фахового медичного коледжу Комунального закладу вищої освіти «Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради, а також за здобувачами вищої освіти першого (бакалаврського) рівня спеціальності 223 «Медсестринство» спеціалізації 223.01 «Медсестринство» та 223.02 «Екстрена медицина» під час проведення симуляційних занять. В опитуванні загалом взяли участь 98 респондентів.

Результати. Проведений аналіз наукової літератури та спостереження підтверджують, що симуляційне навчання має значний вплив на формування професіоналізму майбутніх фахівців спеціальності «Медсестринство». Згідно даних опитувальника, 88% респондентів надають перевагу симуляційному навчанню як більш ефективному у порівнянні з традиційними лекціями та практичними заняттями. 92% здобувачів освіти вважають, що участь у симуляційному навчанні підвищила їх впевненість у власних навиках і здатність впоратися з медичними сценаріями та відмічають позитивну реакцію на реалістичність симуляцій і їхню відповідність реальним клінічним ситуаціям. Після проведення тренінгів у симуляційній кімнаті 79% респондентів пов'язують зростання професійної мотивації з отриманим досвідом. Загалом більшість учасників віддає перевагу симуляційному навчанню перед традиційними методами, вважаючи його ефективнішим, а участь у симуляційному навчанні сприяє підвищенню їх впевненості у власному професіоналізмі. Можливість вдосконалення навиків у безпечній та контрольованій обстановці дозволяє здобувачам збільшити впевненість у власних можливостях та значно підвищує рівень мотивації.

Висновки. Симуляційне навчання відіграє ключову роль у формуванні професіоналізму майбутніх фахівців з медсестринства. За допомогою симуляційних занять здобувачі набувають практичних навиків та умінь, розвивають так звані м'які навички, тобто уміння ефективно спілкуватися з пацієнтами та колегами, розвивають командну роботу та здатність до колективної дії. Крім того, симуляційне навчання сприяє підвищенню рівня самовпевненості студентів, а також їх готовності до роботи у реальних умовах. Воно стає невід'ємною складовою сучасної медсестринської освіти, що дозволяє підготувати майбутніх медичних сестер до професійної діяльності на високому рівні.

Список використаної літератури

1. Cant RP, Cooper SJ. Simulation-based learning in nurse education: systematic review. *J Adv Nurs*. 2010. Vol. 66, No. 1. P. 3-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05240.x>
2. Cantrell M.A, Franklin A., Leighton K., Carlson A. The evidence in simulation-based learning experiences in nursing education and practice: An umbrella review. *Clinical Simulation in Nursing*. 2017. Vol. 13, no. 12. P. 634-667. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.08.004>
3. Lapkin S, Fernandez R, Levett-Jones T, Bellchambers H. The effectiveness of using human patient simulation manikins in the teaching of clinical reasoning skills to undergraduate nursing students: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev*. 2010. Vol. 8, no. 16. P. 661 -694. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05240.x>
4. INACSL Standards Committee, Hallmark, B., Brown, M., Peterson, D.T., Fey, M., Morse, C. Healthcare Simulation Standards of Best Practice TM Professional Development. *Clinical Simulation in Nursing*, 2021. Vol. 58. P. 5 -8. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.007>
5. Moran V., Wunderlich R., Rubbelke C. Simulation: Based Practices in Nursing Education, 2018. 54 p.

ЛЕСЯ ПАСІЧНИК, аспірантка кафедри

практичної психології та психодіагностики

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Pasichnyk.Lesia@vnu.edu.ua

МИРОСЛАВА МУШКЕВИЧ, доктор психологічних наук,

професор кафедри практичної психології та психодіагностики

Волинський національний університет імені Лесі Українки

mira_mush@yahoo.com

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ОСІБ РІЗНОГО ВІКУ

Постановка проблеми. Зловживання психоактивними речовинами, алкогольна залежність, тютюнопаління, інтернет-залежність, гемблінг, трудоголія, патологічний шопінг, харчова адикція тощо, окрім прямого впливу на психологічне та фізичне здоров'я, призводять до втрати соціальних та професійних навичок, погіршення матеріального становища, і це є реальним викликом сьогодення. За результатами дослідження в рамках міжнародного проєкту ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), що проводиться в Україні кожні 4 роки з 1995 року серед підлітків, яким виповнилося 16 років, встановлено, що переважна більшість опитаних підлітків, а саме 85,7 %, має досвід вживання алкоголю, кожен п'ятий, а це 22,5 % опитаних, п'є алкогольні напої майже щотижня. Частка підлітків, які вживали хоча б один раз в житті які-небудь наркотичні речовини, склала 18,0 %, а серед дівчат зросла в 1,5 рази порівняно з попереднім дослідженням. Серед опитаних 55,4 % визнають, що проводять забагато часу в соціальних мережах, практично кожен четвертий, а це 23,9 %, повідомив про те, що в нього псується настрій, коли не можна провести час у соціальних мережах. Серед усіх респондентів 6,7 % перебувають у залежності від азартних ігор та 1,5 % підлітків мають проблематичну залежність. Третина опитаних підлітків, а саме 27,5 % вважає,

що проводить забагато часу за комп'ютерними іграми, а 13,9 % опитаних зізнаються, що у них псується настрій через відсутність можливості грати в ігри на комп'ютері, планшеті, смартфоні [1].

Дослідження психологічних особливостей адиктивної поведінки у осіб різного віку є важливим для розуміння чинників формування різних видів адиктивної поведінки, впливу складних життєвих подій на загострення шкідливих звичок, впливу вікових криз на формування адиктивної поведінки. Водночас, дає можливість формувати сучасні підходи до профілактичної роботи з адикціями, визначення груп ризику осіб, схильних до адиктивної поведінки, та профілактичного впливу на них.

Мета. Здійснити теоретичний аналіз наукових джерел щодо досліджень психологічних особливостей адиктивної поведінки у осіб різного віку.

Методи дослідження. У статті застосовано методи теоретичного вивчення наукової літератури: аналіз, синтез, узагальнення.

Результати та висновки. Адиктивна поведінка — комплексна проблема, яка поширюється на усі сфери життєдіяльності особистості. У своїх дослідженнях К. Бердичевська, Н. Берегова, В. Колба, О. Кононенко, В. Лютий, М. Мельничук, М. Рева, А. Ходотаєв зупиняються на психологічних особливостях формування адиктивної поведінки у сучасної молоді. У дослідженні В. Мороза висвітлюється сутність ургентної адикції, трудовогоголізму. Психологічні особливості адиктивної поведінки військовослужбовців досліджують С. Ларіонов, А. Лісовенко, П. Макаренко, Н. Мілорадова, В. Пелехата, С. Терехов, В. Філоненко, Н. Щербак. Дослідники І. Брецько, В. Варга, В. Грицюк, В. Матола, Н. Ремесник, Л. Шклярчук розкривають психологічні особливості харчової адикції. Інтернет-залежність є предметом дослідження А. Борщевської, Ю. Ганган, О. Кресан, С. Лукашук, О. Мельник, О. Петрунько, О. Сілаєвої, О. Ставицького, С. Шеремети. Психологічні чинники схильності до гемблінгу вивчають А. Лісовенко, А. Сальникова, С. Терехов. Дослідники В. Вінс, О. Літвінова, О. Лебідь, М. Свіргун, О. Тороп вивчають вплив сім'ї на формування адиктивної поведінки особистості. Методи профілактики та корекції адиктивної поведінки у своїх дослідженнях пропонують Я. Галич, М. Лагун, С. Ларіонов, П. Макаренко, М. Павлюк, Т. Рябовол, Л. Сердюк.

Фрустрація найбільш значимих аспектів життя молодих людей, а саме інтимно-особистісних, навчальних, трудових, на думку Н. Берегової та В. Колби, може призвести до розвитку хімічних та поведінкових адикцій. Серед основних рис залежної особистості дослідниці наводять такі: інфантильність, прогностична некомпетентність, ригідність і упертість, цікавість і пошукова активність, схильність до ризику, стереотипність та повторюваність поведінки, тривожність, знижена непереносимість труднощів повсякденного життя, кризових ситуацій. Також Н. Берегова та В. Колба пропонують в рамках психопрофілактики адиктивної поведінки дві методологічні моделі: інформаційну (інформування про негативні наслідки адиктивної поведінки) та поведінкову (концентрація на особистісних та соціальних проблемах людини) [2].

Досліджуючи сутність чинників, механізмів та етапів формування адиктивної поведінки В. Мороз зазначає, що звичайна активність особистості стає адиктивною за умови наявності непереборного бажання відійти від реальності шляхом зміни психологічного стану; це бажання займає панівне становище в житті та свідомості людини; поведінка має шкідливі наслідки для соціальних зв'язків та інших сфер життя особистості. Наслідками сучасної професійної діяльності, для якої характерні висока інтенсивність праці, негативний вплив інформаційних та комунікативних стресових чинників, велике навантаження, є виникнення, на думку дослідника, психосоматичних та професійних деформацій, зниження ефективності захисних компенсаторно-адаптаційних механізмів регуляції стану здоров'я та працездатності особистості — ургентна адикція, трудовогоголізм [3].

Для самозахисту на свідомому рівні особистості з адиктивною поведінкою, як стверджує дослідниця В. Пелехата, застосовують механізм «мислення за бажанням». Людина з таким мисленням всупереч логіки причинно-наслідкових зв'язків вважає реальним лише те, що

відповідає її бажанням, процеси мислення підпорядковані емоціям. У всіх різноманітних проявах адиктивна поведінка є спотвореною формою адаптації, зменшення тривожності, регулювання самооцінки [4].

Розробляючи засади психологічної допомоги за запитами, пов'язаними із залежною поведінкою військовослужбовців, С. Ларіонов та П. Макаренко пропонують короткотермінові втручання, що базуються на принципах FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy). Водночас, короткочасні інтервенції не розглядаються як повноцінний захід психологічної допомоги, а мають за мету психоедукацію, мотивування військовослужбовців до зменшення або припинення вживання психоактивних речовин. Дослідники пропонують короткочасний підхід в роботі з адиктами, заснований на моделі поведінкових змін Дж. Прочаскі та ін., що характеризується стадійністю процесу психологічної допомоги, а саме: стадія відсутності усвідомлення проблеми; стадія усвідомлення проблеми; стадія готовності до змін; стадія дій; стадія дотримання змін; стадія рецидиву [5].

Отже, стикаючись зі складними соціально-економічними умовами, особистими численними розчаруваннями, конфліктами, втратами, адиктивна особистість переживає відчуття психологічного дискомфорту і виробляє свій власний спосіб подолання — відхід від проблем — штучна зміна психічного стану. Такий спосіб реакції закріплюється в поведінці людини і стає стратегією взаємодії з дійсністю. Зміна настрою за адиктивним механізмом відбувається за допомогою хімічних (алкоголь, наркотики, тютюн, лікарські препарати) речовин та нехімічних (азартні ігри, робота, соціальні мережі, переїдання або голодування тощо). Негативні наслідки впливають на емоційну, інтелектуальну, вольову сферу особистості. Ефективними підходами в терапії адиктивної поведінки вважають когнітивно-поведінкову терапію, діалектико-поведінкову терапію, управління непередбачуваними обставинами, 12-крокові програми.

Список використаної літератури

1. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні : монографія / О. М. Балакірева та ін. Київ : ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2019. 214 с.
2. Берегова Н., Колба В. Психологічні особливості формування адиктивної поведінки у сучасної молоді // *Psychology Travelogs*. 2023. № 2. С. 15-22.
3. Мороз В. Аналіз поглядів на проблему ургентної адикції та адиктивної поведінки в сучасній психології // *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. № 5. С. 78-86.
4. Пелехата В. Проблема адиктивної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України // *Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих учених, курсантів та студентів : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Вінниця, 17 травн. 2023 р.)*. Вінниця: ХНУВС. 2023. С. 405-408.
5. Ларіонов С., Макаренко П. Засади роботи психолога з персоналом сектору безпеки і оборони у зв'язку із проблемами адиктивної поведінки // *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Вінниця, 24 берез. 2023 р.)*. Вінниця: ХНУВС. 2023. С. 93-96.

БОГДАНА ПАТУТА, викладач
КЗВО «Волинський медичний інститут»
аспірантка факультету психології
Волинський національний інститут імені Лесі Українки
bohdana_pavlova@vmi.volyn.ua

ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ «ВТОМИ ВІД СПІВЧУТТЯ» У ПРЕДСТАВНИКІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ

Постановка проблеми. Люди, які в силу професійної діяльності кожного дня стикаються зі стражданням інших, досить часто відчувають високий рівень стресу, що може впливати на їх емоційний стан. Без використання будь-яких механізмів захисту людина може відчувати втоми від надмірного співчуття. Для того, щоб уникнути цього й зберегти психічне здоров'я тих, хто працює у сфері «людина-людина», важливим є розуміння особливостей виникнення у них втоми від співчуття.

Мета дослідження. Теоретичний аналіз виникнення втоми від співчуття серед представників допомагаючих професій.

Методи дослідження. Теоретичний аналіз і систематизація науково-методичних джерел, порівняння й узагальнення результатів наукових пошуків.

Результати дослідження. У ході теоретичного аналізу наукової літератури, нами з'ясовано, що допомагаючі професії розглядаються як ті, що в процесі діяльності ґрунтуються на взаємодії «людина-людина». Зокрема, С. Гвоздій визначає ці професії як «соціономічні», тобто ті, що допомагають. Діяльність представників соціономічних професій орієнтована на інших людей й характеризується напруженими, складними умовами праці. Зокрема, до цих професій відносять лікарів, психологів, соціальних працівників, рятувальників тощо. Найбільше вразливими до виникнення втоми від співчуття є працівники сфери охорони здоров'я, рятувальники, психологи, оскільки для їх безпосередньої професії характерно приймати ризиковані швидкі рішення, постійно взаємодіяти з іншими під час переживання ними складних ситуацій, проявляти стійкість і в той же час – співчуття й чуйність. Крім того, до працівників цих професій діють постійні психологічні, особистісні та професійні вимоги, оскільки безпосереднім об'єктом їх діяльності є інші люди [1, с. 43-49].

Люди, які працюють у сфері допомоги іншим, постійно піддаються ризикам не лише виникнення стресу, емоційного вигорання, але й виникнення втоми від співчуття. Оскільки робота з людьми у складних умовах впливає безпосередньо на емоційний стан самого працівника, то це свідчить про емоційне навантаження й складність емоційної регуляції, що є одним із факторів ризику виникнення втоми від співчуття. До факторів ризику відносяться емоційно навантажені ситуації, низький рівень підтримки у колективі, відчуття безпорадності на нескінченні потреби тих, хто потребує допомоги. Ще одним із факторів виникнення втоми від співчуття є відсутність ефективної комунікації, а її наслідок – складнощі й непорозуміння у колективі та під час надання допомоги іншим. М. Підгурська, П. Пиріг, опираючись на власні дослідження, зазначають, що допомога іншим в контексті діяльності допомагаючих професій є складною для того, хто надає допомогу, оскільки в критичних моментах відбувається затрата власного професійного, психологічного й морального ресурсу для покращення якості життя інших. Отож, аналіз науково-психологічної літератури дозволяє зробити висновок, що втома від співчуття серед представників допомагаючих професій виникає у результаті постійного відчуття співчуття до інших, разом із тим виникає відчуттям безсилля або безнадійності під час переживання страждань або складних життєвих ситуацій інших людей [3, с. 461-463].

Втома від співчуття у представників допомагаючих професій вивчається у рамках багатьох напрямків психології, зокрема, соціальної, клінічної, а також і суміжних науках – соціології та медицині. Зокрема, особливості виникнення втоми від співчуття у медичних працівників як представників допомагаючих професій S. Robertson, E. Olanloye описують як реакцію на потрапляння в складні чи травматичні ситуації, які проявляються у переживанні постійного стресу, що часто є причиною зміни професії. Вони вважають, що втома від співчуття зменшує турботу про пацієнта, тим самим погіршуються взаємини між медичним персоналом і пацієнтом. При цьому, зазначають S. Robertson, E. Olanloye, професійне вигорання та вторинна травма є частиною лінійної схеми, яка закінчується втомою від співчуття [5, с. 857-864].

Зарубіжні науковці явище «втома від співчуття» у представників допомагаючих професій розглядають крізь призму співчуття: ті, хто допомагають, повинні мати можливість співчувати й співпереживати, тим самим зменшуючи страждання інших. Проте тривалі та неконтрольовані прояви емпатії для лікарів, психологів та інших соціономічних працівників і така виснажлива допомога іншим призводить до втоми від співчуття [4, с. 112-123].

У психологів втома від співчуття часто виникає як наслідок відсутності бар'єрів між собою і клієнтом. Переживання емоцій клієнтів після терапевтичних сесій і нездатність розмежовувати власне життя та роботу в силу емоційного вигорання призводить до втрати власних емоційних ресурсів і втоми від співчуття [2].

Втому від співчуття у контексті роботи рятувальників описують Zaidi, Yaqoob, Saeed, які дійшли висновку, що рятувальники одні з перших взаємодіють з постраждалими і в той же час самі перебувають у небезпеці. Такі складні ситуації, які часто шокують самих рятувальників, залишають травматичний слід. Також постійна жертвність, щоб врятувати когось ціною власного життя, переживання постійного стресу й хронічний контакт із травмами нівелюють задоволення від роботи і є причинами виникнення втоми від співчуття [6, с. 314-318].

Висновки. Аналіз сучасних досліджень особливостей виникнення «втоми від співчуття» у представників допомагаючих професій дозволяє припустити, що складні умови роботи, надмірна емпатія, професійний стрес і ризики емоційного вигорання є чинниками її виникнення.

Список використаної літератури

1. Гвоздів С. (2016). Підготовка майбутніх фахівців соціономічних спеціальностей до безпеки життя і професійної діяльності: зміст і методика. *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського* : зб. наук. пр, 43-49.
2. Кісарчук З., & Омельченко Я. (2017). Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія за ред. Кісарчук З., 225 с.
3. Підгурська, М., & Пиріг, П. (2020). Взаємозбагачення змісту і сутнісного наповнення соціономічних професій. *Наукові заходи Юридичного факультету Західноукраїнського національного університету*, 461-463.
4. Laura Galiana, Noem? Sans?, Inmaculada Mu?oz-Mart?nez, Gabriel Vidal-Blanco, Amparo Oliver, Philip J. Larkin (2022) Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Mediating Role of Self-Compassion in the Prediction of Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Burnout and Wellbeing, *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 63, Issue 1, 112-123, ISSN 0885-3924, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.07.004>.
5. Robertson S., Olanloye E., Hon Y., England A., McNair H., Cruickshank S. (2022). Are radiographers suffering from symptoms of compassion fatigue due to occupational stress: A systematic review, *Radiography*, Volume 28, Issue 3, 857-864, ISSN 1078-8174, <https://doi.org/10.1016/j.radi.2022.04.001>.
6. Zaidi, Yaqoob, N., Saeed H. (2017). Compassion satisfaction, secondary traumatic stress and burnout among rescuers. *J. Postgrad. Med. Inst*, 31, 314–318.

ВІКТОР ПЕНЬКО, кандидат філософських наук,
доцент, завідувач кафедри дисциплін загальної підготовки
КЗВО «Волинський медичний інститут»
iadrp2@ukr.net

СТУДЕНТОЦЕНТРИЗМ ТА КРИТИЧНЕ МИСЛЕННЯ

В останні десятиріччя певна частина людства, вичерпавши потенціальні можливості постіндустріальної цивілізації, розпочала перехід в наступну досконалішу інформаційну цивілізацію. Однією з суттєвих ознак цієї нової цивілізації є освоєння можливостей штучного

інтелекту. За допомогою штучного інтелекту люди отримують можливість швидше та ефективніше осмислювати та вирішувати різного роду практичні та теоретичні завдання, долаючи теоретичний та технологічний консерватизм. Наукові та технологічні традиції набувають відносного характеру. Останнє яскраво демонструє виробництво дронів для потреб війни. Актуальність кожної моделі таких дронів зберігається лише впродовж кількох місяців.

Найближчим часом ця мобільність повною мірою пошириться на економіку, політику, юриспруденцію, медицину, національну безпеку – фактично на всі галузі знання, особливо такі, які безпосереднім чином пов'язані з виробництвом товарів та послуг.

Така перспектива актуалізує проблему формування фахівця нового типу, представника нової цивілізації. Це мають бути ерудовані, творчі люди з гнучким, непересічним, нестандартним способом мислення; особистості, які чітко відрізняють в своїй свідомості колективний, історичний досвід від власних креативних ідей та можливостей. Фахівці, які керуються власноруч винайденими алгоритмами, особливими програми мислення з певних питань. У кінцевому результаті фахівці нового типу повинні поступатись штучному інтелекту лише в швидкості опрацювання варіантів усвідомленої людиною проблеми.

Отже, йдеться про фахівця нового типу, порівняно з індустріальною та постіндустріальною добою історії людства. В зв'язку із цим в сучасну Західну освіту повернулись теми «студентоцентризму» та «критичного мислення». Стосується це й України. Для усвідомлення суті цих тем слід заглянути у європейське минуле. Йдеться про становлення ідей гуманізму епохи Відродження, які після доби так званого Середньовіччя розцвіли в Західній Європі в рамках католицизму та протестантизму. В ті часи на заміну теоцентризму прийшов антропоцентризм – основа теорій гуманізму.

Філософські і релігійні вчення, які базувались на теорії геоцентризму, спирались на переконання щодо слабкості й навіть нікчемності пересічної людини перед Вищими силами, перед церквою, а далі, закономірно, – перед політичною та будь-якою офіційною владою. Вибудовувалась певна логічна послідовність: якщо істина належить виключно Вищим силам та її «представникам» на Землі, а не кожній пересічній людині, то останнім слід коритись «обраним», кожній їх дії та слову, які неодмінно несуть в собі істину. Теоретичний та практичний патерналізм, відповідно якому в рамках віросповідання, науки молодший за статусом має коритись усталеному авторитету. В освіті, навчальному процесі – учень, студент відносно вчителя, викладача має бути пасивною стороною, а тому повинен/повинна слухняно безапеляційно сприймати усе, що іде від їхніх наставників. Фактично йдеться про те, що завданням учнів та студентів є уподібнитись своїм вчителям.

Послідовники антропоцентризму наголошували на тому, що людина є Божим і найкращим серед інших Його творінь. Природна вищість людини визначається наявністю в неї свободи волі, яка, своєю чергою, регулюється здатністю людини самостійно мислити та індивідуально сприймати й трактувати об'єктивну дійсність. Це, своєю чергою, забезпечує за кожною людиною певний творчий потенціал. З точки зору антропоцентристів кожна людина потенційно є не лише об'єктом щодо інших людей та обставин, а й одночасно суб'єктом, тобто активною, а значить творчою стороною у відносинах та процесах.

Саме через свободу, творчість кожна людина здатна проявити свою індивідуальність в своєму та суспільному житті. Переважною стороною цього є те, що людина творча забезпечує суспільний розвиток, чого не може зробити абсолютна «копія» вчителя. Копія є повторенням наявного, яким би це наявне не було.

Творча суб'єктність людини, відповідно до теорій гуманізму, є природною можливістю кожної людини, але яку суспільство може або активувати, або законсервувати. Останнє у всі часи забезпечували релігійні, політичні, економічні, суспільні, правові, освітні, виховні теорії й практики, які виходять з теорії теоцентризму.

Антропоцентризм виходить із переконання, що розвиток будь-чого є процесом саморозвитку. Усе прогресує або деградує в певних предметних рамках, стосується це галактики, окремої планети чи конкретної людини. Деградація, занепад будь-якого природного явища спричиняються відсутністю внутрішнього потенціалу до саморозвитку,

тобто змін на протизагуг зовнішнім викликам цьому явищу. Людина, яка не здатна самостійно змінюватись до рівня протистояння зовнішнім для її сутності загрозам, стає суспільним аутсайдером або гине.

З часу становлення антропоцентризму людство не раз намагалось реалізувати його можливості в науці, освіті та релігії, створюючи центри вільної думки – університети та вдаючись до реформацій церкви. Проте кожного разу в цих суспільних сферах перемагали догматизм та патерналізм. І не завжди через політичні чи економічні причини. Причина поразки в природі самої людини та суспільства.

Отже, в людині, як і в кожному суспільстві, співіснують та протистоять один одному два природних алгоритми: прагнення до сталості, яке тримається на патерналізмі та догматизмі, і заперечення усталеного через усвідомлення його малоефективності. Науці відомо, що охоронцем та продовжувачем часу сталості є суспільство, яке зрікається своїх традицій лише тоді, коли в його складі формується критична маса інакомислячих або новомислячих людей.

До початку інформаційної цивілізації суспільство змінювалось природним еволюційним шляхом, терпляче чекаючи на критичну масу реформаторів. Новітня цивілізація пропонує свій варіант еволюції, яка є в рази динамічнішою та цілеспрямованішою. Якщо в попередніх цивілізаціях людство протистояло силам природи, то тепер воно мусить замислюватись над неминучістю протистояння засобам виробництва, вагомою складовою яких є штучний інтелект. Якщо в попередніх сторіччях людство могло без поспіху навчати три і більше поколінь управлінню одними і тими засобами виробництва, то тепер людині потрібно за три рази за життя переучуватись заради збереження контакту з оновленим або принципово новим виробничим засобом.

Перенавчання людини є результативним, якщо вона робить це не вимушено, а через усвідомлення цінності та мети навчання. В той же час, цінність та мету можна досягнути добровільно, володіючи критичним мисленням [1], [2]. Фактично, критичне мислення можна порівняти та в певних параметрах ототожнити з творчим мисленням. Загалом автори публікацій з питань критичного мислення визначають наступні ознаки цієї форми мислення людини: 1. Уважність та спостережливість; 2. Самоаналіз; 3. Логічне мислення; 4. Допитливість; 5. Впевненість в собі; 6. Інтелектуальна сміливість; 7. Щирість та неупередженість; 8. Стриманість у прийнятті рішення; 9. Віра в силу розуму; 10. Прагнення дошукатись істини.

З переліченого стає очевидним, що в основі критичного мислення лежать як психологічні, так і соціальні фактори, а тому від суспільства, точніше від його освітньої системи, залежать темпи опанування його членами властивостями критичного мислення. Для цього освіта повинна засвоїти адекватні критичному мисленню правила та критерії комунікування. Перш за все це стосується теми «Самоаналіз». Для викладача – це усвідомлення відповідності рівня своїх вмінь і знань завданням формування креативної особи. Для студента, учня – це вміння ставити перед собою цілі з самореалізації своїх природних можливостей. Мета для викладача та студента будується на основі загального уявлення особливостей інформаційної цивілізації.

Своєрідною основою самоаналізу є «Віра в силу розуму» та «Впевненість в собі» – психологічні необхідності вчителя і учня. Фактично стосується готовності вийти за межі відомого й звичного, подолання страху через критику з боку інших та можливі невдалі наслідки. З цього приводу є актуальною давньосхідна мудрість – «проблеми слід сприймати не як покарання, а як випробування». «Прагнення дошукатись істини» у добу інформаційної цивілізації є не ідеалом, а правилом життя, оскільки налаштовує людину на самостійний пошук виходу з будь-якої, здавалось б, тупикової ситуації. Одночасно це є і пошуком відповідей на запитання «Хто я є?», «В чому особливість моїх можливостей?». І навіть пошук відповіді на запитання «В чому полягає моя життєва місія?». Сучасна людина повинна перейматись більше питаннями своєї адекватності інформаційній цивілізації, аніж подібності своєму оточенню.

«Стриманість у прийнятті рішення» – покладання на власні сили, персональна відповідальність за свій вчинок, але не в порядку уникнення сторонньої критики, а наступного кроку дослідження своїх можливостей у певній справі. Людина стримана – це людина, яка попередньо ретельно осмислює свою майбутню справу з метою знайти оптимальний варіант її вирішення, відокремившись від попередніх своїх та суспільних помилок в подібній ситуації. Тут однозначно важливу роль грає вміння моделювати результати та процеси її досягнення, тому критично мисляча людина не може обійтись без «логічного мислення». В рамках логічного або раціонального, абстрактного мислення людина найбільшою мірою набуває суб'єктності у будь-якій справі та відносинах з іншими людьми. Попри академізм науки Логіка, людина вільна вибирати методи логічного осмислення дійсності або самостійно знаходити докази для заперечення інших позицій із конкретних питань. Для цього потрібна «інтелектуальна сміливість», здатність довести, принаймні собі, що персонально винайдене рішення чи відповідь на запитання нічим не гірші від інших або переважають своєю досконалістю.

«Уважність та спостережливість» лежать в основі відчуття та усвідомлення власного Я, яке в такий спосіб доводить своє існування, відмінність від інших людей.

Таким чином, лише критично мисляча людина може стати складовою інформаційної цивілізації, забезпечивши своє виживання та поступ суспільства, до якого вона належить.

Список використаної літератури

1. Конверський А. Є. Критичне мислення. Підручник для студентів вищих навчальних закладів усіх спеціальностей. К.: Центр учбової літератури, 2020. 370 с.
2. Мілян Р. С. Порівняльний аналіз дефініцій «Критичне мислення» та «логічне мислення» *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців* : методологія, теорія, досвід, проблеми // 36. наук. пр. Випуск 54 / редкол. Київ-Вінниця : ТОВ фірма «Планер», 2019. С. 121-125.

Мар'яна Синенко,

аспірант за спеціальністю 223 Медсестринство

Марія Марущак,

професор кафедри функціональної і лабораторної діагностики

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

ХАРАКТЕРИСТИКА МОТИВАЦІЙНИХ ЧИННИКІВ РОБОТИ МЕДСЕСТЕР З ВИСОКИМ РІВНЕМ ОПТИМІЗМУ ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОФІЛЮ ВІДДІЛЕННЯ

Сестринська справа базується на автономних компетенціях і гуманістично-альтруїстичній системі цінностей [1]. Важливість і незалежність сестринської професії та широкий спектр компетенцій медсестер означають, що головне питання мотивації медсестер залишається важливим питанням багатьох керівників [2-4].

Метою даного дослідження було проаналізувати мотиваційні чинники роботи медсестер терапевтичних та хірургічних відділень з високим рівнем оптимізму.

У дослідженні взяли участь 45 медичних сестер, що проходили навчання на постійнодіючих курсах підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів Департаменту охорони здоров'я Закарпатської обласної державної адміністрації. Для визначення мотиваційних чинників роботи медсестер терапевтичних та хірургічних відділень ми використали валідизований опитувальник «Дослідження мотивацій медичного персоналу» Гончарука, диспозиційний оптимізм (LOT-R) оцінювали за опитувальником в адаптації Сичова. Статистичний аналіз здійснювали з використанням комп'ютерної програми STATISTICA 7.0.

Встановлено, що більшість медсестер з високим рівнем оптимізму, незалежно від профілю відділення на перше місце стимулів до роботи ставлять «цікава робота», «тісна співпраця з людьми», «захоплююча робота», на друге місце стимулів ставлять «повага громади до професії», «можливість поєднувати роботу і сім'ю» та «професійний престиж». У той же час високо оптимістичні медсестри терапевтичного профілю у переважній більшості відмічають на другому місці стимулів до роботи «приємні умови праці», на третє місце ставлять «майбутній потенціал

прибутку» та на четверте – «стартова зарплата». На відміну від медсестер терапевтичних відділень, додатковими стимулами високо оптимістичних медсестер хірургічних відділень на першому місці у рейтингу є «робота, щоб допомогти іншим», «безпечна робота», «складна робота», «відповідальність у роботі», на друге місце вони додатково ставлять «гнучкий графік роботи», на третє місце – «можливості просування по службі», «можливості для творчості та оригінальності», «попит на професію» та на четверте місце – «приємні умови праці».

Отже, медсестри терапевтичних і хірургічних відділень з високим рівнем оптимізму мають різні мотиваційні чинники роботи.

Список використаної літератури

1. Guo, B., Zhao, L., Gao, Y., Peng, X., & Zhu, Y. (2017). The status of professional identity and professional self-efficacy of nursing students in China and how the medical documentaries affect them : a quasi-randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 152– 157.
2. Toode, K., Routasalo, P., & Suominen, T. (2011). Work motivation of nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 246–257.
3. Kamil, H., Rachmah, R., & Wardani, E. (2018). What is the problem with nursing documentation? Perspective of Indonesian nurses. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9, 111–114.
4. Mediarti, D., Rehana, R., & Abunyamin, A. (2018). Nurses education and motivation towards nursing care documentation. *Jurnal Ners*, 13(1), 31–35.

АНДРІЙ СІТОВСЬКИЙ, кандидат наук
з фізичного виховання та спорту,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Волинський національний університет імені Лесі Українки
andriy.sitovskiy@gmail.com

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПРИХИЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ДО ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ХВОРОБ ТА РЕКОМЕНДАЦІЙ ЛІКАРЯ

Постановка проблеми. Очікується, що з 2015 по 2035 рік смертність від інсульту зросте на 45%, а загальна кількість випадків інсульту – на 34% у всьому Європейському Союзі [1].

Прихильність до лікування та модифікація способу життя – дві найважливіші рекомендації щодо зниження ризику повторного інсульту [2; 3].

Результати сучасного лікування часто нівелюються слабкою вторинною профілактикою. Тому **метою нашого дослідження** стало вивчення взаємозв'язку прихильності пацієнтів до профілактики серцево-судинних хвороб та рекомендацій лікаря.

Матеріал і методи дослідження. Для вивчення обізнаності про фактори ризику та прихильності до вторинної профілактики інсульту була створена репрезентативна вибірка. Було рандомізовано 282 пацієнти. При рандомізації був врахований розподіл у популяції за віком (до 65 та старше 65 років) та статтю. Середній вік склав $62,85 \pm 10,04$ років. Чоловіків було 157 осіб (55,67 %) та 125 жінок (44,33 %). Жінки були старшими за чоловіків ($64,43 \pm 9,69$ років проти $61,6 \pm 10,17$ років, $z=2,22$, $p=0,026$).

Термін після перенесеного інсульту у середньому становив $2,89 \pm 1,68$ року (від $< 0,5$ року до 9 років). Для жінок середній термін з приводу індексної події склав $2,89 \pm 1,6$ років, для чоловіків $2,9 \pm 1,75$ років.

Обізнаність пацієнтів щодо факторів ризику та прихильність до модифікації факторів ризику повторного інсульту оцінювались на підставі складеного нами опитувальника [4].

Результати дослідження. Для оцінки асоціації щодо застосування пацієнтами яких-небудь не конкретизованих методів профілактики серцево-судинних хвороб та рекомендаціями лікаря застосовувати конкретні заходи вторинної профілактики ми спочатку запитали пацієнтів «Чи застосовуєте Ви які-небудь методи профілактики серцево-судинних хвороб, тобто, чи робите Ви щось для зменшення ризику виникнення чи погіршення цих хвороб?» (варіанти відповіді: «Так» або «Ні»). Встановлено, що 86,86 % пацієнтів відповіли «Так» на це запитання (85,62 % – серед чоловіків та 88,43 % – серед жінок). Слід зазначити, що у даному питанні не акцентується увага на конкретних методах профілактики.

Після цього ми запитали у пацієнтів «Чи рекомендував лікар?»: 1) притримуватись дієти (вживати менше солодкої, жирної їжі); 2) займатись фізичними вправами; 3) вживати менше солоної їжі; 4) менше курити/ покинути курити; 5) вживати менше алкоголю; 6) уникати стресу (пацієнт міг відзначити кілька рекомендацій з варіантом відповіді «Так» або «Ні», варіанти відповідей зачитували чи показували пацієнту). Дане питання було поставлене пацієнтам останнім з переліку питань, що стосуються обізнаності й прихильності пацієнтів до модифікації факторів ризику повторного інсульту. Встановлено, що ті чи інші рекомендації отримала переважна більшість пацієнтів. Зокрема, 79,2 % пацієнтів зазначили, що вони отримали рекомендації притримуватись дієти (вживати менше солодкої, жирної їжі); 76,64 % пацієнтів отримували від лікаря рекомендації вживати менше солоної їжі; 72,63 % отримували від лікаря рекомендації вживати менше алкоголю; 66,67 % отримували від лікаря рекомендації менше курити чи покинути курити; 65,69 % отримували від лікаря рекомендації займатись фізичними вправами; 90,51 % отримували від лікаря рекомендації уникати стресу (табл. 1).

Ми не виявили асоціації між відповідями пацієнтів, що вони застосовують які-небудь не конкретизовані методи профілактики серцево-судинних хвороб та рекомендаціями лікаря застосовувати конкретні заходи вторинної профілактики.

Слід зазначити, що серед пацієнтів, які вказали, що застосовують які-небудь методи профілактики, переважна частина виявилась прихильною до конкретних рекомендацій лікаря. Але значна частина пацієнтів виявилась не прихильною до рекомендацій лікаря, що, очевидно, пов'язано з низькими знаннями про можливості впливу пацієнтів на фактори ризику.

Однак серед пацієнтів, які зазначили, що не застосовують яких-небудь методів профілактики, переважна частина все ж таки дотримувалась цих рекомендацій. Це може пояснюватись формуванням прихильності цих пацієнтів через власні знання, вплив родичів, засобів масової інформації (табл. 1).

Таблиця 1

Асоціація виконання пацієнтами заходів профілактики серцево-судинних хвороб із рекомендаціями лікаря, n (% від загальної вибірки)

«Чи рекомендував лікар?»		«Чи застосовуєте Ви які-небудь методи профілактики серцево-судинних хвороб?»		p
		Так, n (%)	Ні, n (%)	
Притримуватись дієти (вживати менше солодкої, жирної їжі)	Так	191 (69,71)	26 (9,49)	$\chi^2=0,78$; p=0,376
	Ні	47 (17,15)	10 (3,65)	
Займатись фізичними вправами	Так	158	22 (8,03)	$\chi^2=0,38$; p=0,534
	Ні	80 (29,2)	14 (5,11)	
	Так	185 (67,52)	25 (9,12)	

Вживати менше солоні	Ні	53 (19,34)	11 (4,01)	$\chi^2=0,78$;
Менше курити/покинути курити	Так	161 (58,61)	22 (8,06)	$\chi^2=0,57$; $p=0,448$
	Ні	77 (28,21)	14 (5,13)	
Вживати менше алкоголю	Так	174 (63,5)	25 (9,12)	$\chi^2=0,06$; $p=0,795$
	Ні	64 (23,36)	11 (4,01)	
Уникати стресу	Так	217 (79,2)	31 (11,31)	$F_p=0,243$
	Ні	21 (7,66)	5 (1,82)	

Ці дані узгоджується з нашими даними, що ми отримали на вибірці пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда [5]. Варто зазначити, що особи, які перенесли інсульт та інфаркт міокарда, мають кілька схожих факторів ризику. Відповідно, для цих груп пацієнтів можуть бути застосовані однакові моделі вторинної профілактики інсульту та інфаркту міокарда.

Висновок. Не виявлено взаємозв'язку прихильності пацієнтів до профілактики серцево-судинних хвороб та рекомендацій лікаря застосовувати конкретні заходи вторинної профілактики.

Потребує подальшого дослідження питання розробки дієвих стратегій формування обізнаності про поведінкові фактори ризику як методу вторинної профілактики інсульту відповідно до можливостей і потреб системи охорони здоров'я України.

Список використаної літератури

1. Stevens E, Emmett E, Wang Y, McKevitt C and Wolfe C. The Burden of Stroke in Europe. King's College London for The Stroke Alliance For Europe (SAFE). 2017. 131 p. URL: <http://strokeeurope.eu/>; (date accessed February 15, 2024)
2. Sichkaruk I, Yagensky A, Belikova N, Dukhnevych L, Indyka S, Sitovskyi A and Sydor N. Self-reported adherence to treatment and arterial hypertension control in patients after ischemic stroke and myocardial infarction. *International Journal Of Hypertension*. 2008. № 26(1). P. 398. PMID: 18795450
3. Sichkaruk I, Yagensky A, Dukhnevych L, Sitovskyi A, Indyka S and Savchuk I. Abdominal obesity in patients after myocardial infarction: association with social, demographic and medical factors. *European Journal of Preventive Cardiology: Abstract book of EuroPrevent*. Rome, Italy. 2013. № 20(1). P. 687. doi: <https://doi.org/10.1177/2047487314530052>
4. А. с. Оцінка якості вторинної профілактики серцево-судинної патології: опитувальник / Ягенський А.В., Сітовський А.М., Белікова Н.О., Індіка С.Я. № 117934 від 07.04.2023; Бюл. № 75.
5. Sitovskyi A., Andriichuk O., Yakobson O., Ulianytska N., Usova O. Compliance to modification of risk factors for recurrent myocardial infarction in the long term of the disease: a randomized study. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*. 2023. № 8(2). P. 82-90. doi: [https://doi.org/10.15391/prrht.2023-8\(2\).02](https://doi.org/10.15391/prrht.2023-8(2).02)

НАТАЛІЯ СМОЛЮК, аспірантка
кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Тернопільський національний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
smoliuk_n@tdmu.edu.ua

СТАН ЗДОРОВ'Я ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ВІЙН

Постановка проблеми. Емоційне виснаження є одним із основних характеристик професійного вигорання, яка проявляється втратою ентузіазму до роботи і концептуалізується

як реакція на розбіжність між навантаженнями, пов'язаними з роботою, і ресурсами, які представлені через відчуття емоційної втоми. Часто емоційне виснаження є наслідком екстремального робочого навантаження та постійного напруження на роботі. Численні дослідження виявили, що емоційне виснаження негативно впливає на фізичне та психічне здоров'я людини та знижує мотивацію й залученість працівників, психологічну відстороненість, уникнення роботи та, зрештою, призводить до відчуття відчуженості від роботи [30].

Серед медичних сестер частота емоційного виснаження коливається від 15% до 89%. Результатом цього є низька продуктивність персоналу та незадоволеність доглядом, який надають медичні працівники [13, 14]. Часто медичні працівники також відчувають емоційне виснаження у формі відчаю, коли їхні старання в наданні медичної допомоги не приносять позитивного результату, стан пацієнтів погіршується, незважаючи на кількість часу та якість наданої їм медичної допомоги [36].

Емоційне виснаження медичних сестер, які надають допомогу пораненим військовим, є мало вивченим. Воно може мати свої, особливі причини, пов'язані з наданням спеціалізованого характеру медичної допомоги військовим, які отримали різної складності поранення чи хвороби.

Метою дослідження було провести порівняльну оцінку рівня емоційного виснаження медичних сестер стаціонарів, які надають медичну допомогу військовим та цивільному населенню.

Методи дослідження. Проведено опитування 292 медичних сестер відділень кластерних і надкластерних закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу військовим та цивільному населенню. Опитувальник включав запитання соціально-демографічного та професійного, а також 22 питання опитувальника К. Маслач і С. Джексона [8], який вважається найбільш адаптованим для характеристики емоційного виснаження як складової професійного вигорання. Критерієм включення у групу дослідження було наявність від учасників інформованої згоди. Статистичний аналіз отриманих результатів проводився за допомогою програмного забезпечення SPSS версії 21.

Результати. Порівняльною оцінкою рівня емоційного виснаження (ЕВ) у медичних сестер, які працюють у закладах охорони здоров'я, що надають медичну допомогу військовим та цивільному населенню, встановлено різні відмінності в залежності від соціально-демографічних та професійних характеристик. Так, за віковими характеристиками найбільш уразливими до ЕВ були молоді медсестри, у яких $EB=18,13\pm13,43$ балів, в той час коли у медсестер віком 50 і більше років $EB=13,94\pm11,37$ балів ($p=0,017$). В одружених медичних сестер $EB=18,37\pm11,04$ балів, а в неодружених $EB=14,65\pm13,24$ балів ($p=0,032$). У залежності від виконання посадових обов'язків найбільшого рівня ЕВ визначалося у маніпуляційних медсестер $EB=22,78\pm16,26$ балів, а найменше – у медсестер, які забезпечують позмінно роботу на медсестринському посту $EB=14,05\pm12,65$ балів ($p=0,012$). Робота медичних сестер, які працюють з пораненими або хворими військовослужбовцями, має суттєвий вплив на ЕВ. Так, у медичних сестер, які постійно забезпечують надання медичної допомоги військовим, рівень $EB=18,01\pm14,17$ балів, а тих, які працюють рідко з військовими або лише з цивільним населенням, $EB=11,07\pm13,43$ балів. Стаж роботи медичної сестри характеризується зворотнім кореляційним зв'язком з рівнем ЕВ медичних сестер, які надають медичну допомогу військовим ($r=0,107$; $p=0,008$).

Висновки: у медичних сестер, які працюють у відділеннях стаціонарів, що надають медичну допомогу військовим, розвивається емоційне виснаження, яке більше виражене у молодих осіб віком до 35 років, які є одруженими, працюють на посаді маніпуляційних медичних сестер та мають стаж роботи до 5 років.

Список використаної літератури

1. Buckley, L., Berta, W., Cleverley, K. *et al.* What is known about paediatric nurse burnout: a scoping review. *Hum Resour Health* 18, 9 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-0451-8> (дата звернення: 29.04.2024).

2. Yang C, Wang X, Zhang X, Liu W, Wang C. Burnout and associative emotional status and coping style of healthcare workers in COVID-19 epidemic control: A cross-sectional study. *Front Public Health*. 2023 Mar 9;11:1079383. doi: [10.3389/fpubh.2023.1079383](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1079383) (дата звернення: 29.04.2024).
3. Maslach C., Jackson S.E. The Measurement of Experienced Burnout. *J. Organ. Behav.* 1981;2:99–113. doi.org/10.1002/job.4030020205 (дата звернення: 29.04.2024).
4. Fradelos E, Tzitzikos G, Giannouli V, Argyrou P, Vassilopoulou C, Theofilou P. Assessment of Burn-Out and Quality of Life in Nursing Professionals: The Contribution of Perceived Social Support. *Health Psychol Res*. 2014;2(1):984. Published 2014, Jan 13. doi:[10.4081/hpr.2014.984](https://doi.org/10.4081/hpr.2014.984) (дата звернення: 29.04.2024).
5. Diehl E, Rieger S, Letzel S, et al. The relationship between workload and burnout among nurses: The buffering role of personal, social and organisational resources. *PLoS One*. 2021;16(1):e0245798. Published 2021, Jan 22. doi: [10.1371/journal.pone.0245798](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245798) (дата звернення: 29.04.2024).

БОГДАН СТЕПАН^{1,2},
 МИХАЙЛО ЗАГРІЙЧУК^{1,3},
 ІВАН МАРЧУК^{1,2},
 АНТОН КУВАЙЦЕВ¹,
 ЕРІК СВІРЖЕВСЬКИЙ¹

¹ Волинська обласна клінічна лікарня,

² Волинський національний університет імені Лесі Українки,

³ Інститут серця МОЗ

НЕОКЛЮЗІЙНА МЕЗЕНТЕРІАЛЬНА ІШЕМІЯ (NOMI) У ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ АЛОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ТРУПНОЇ ДОНОРСЬКОЇ НИРКИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Аналіз літератури

Неоклюзійна мезентеріальна ішемія, далі NOMI (Nonocclusive mesenteric ischemia), – це доволі рідке ускладнення після трансплантації нирки [1, 4]. Його рідкість, низький рівень ознайомленості із проблематикою діагностики та лікувальними стратегіями призводять до високого рівню вторинних ускладнень та смертності [1, 3]. Основна причина смертності при такому синдромі, як можна зрозуміти із назви, це некроз петлі кишківника, перитоніт, поліорганна недостатність [1, 2]. Зважаючи на особливості пацієнтів, що проходять трансплантацію нирки, є декілька обтяжуючих факторів, що робить NOMI таким загрозливим станом [4]. Використання імуносупресивної терапії значно пришвидшує розвиток інфекційних ускладнень та суттєво ускладнює їх течію [2, 3]. Наявність трансплантованого (імунологічно чужорідного) органу з можливістю різкої втрати його функції (через відторгнення чи тромбоз на фоні інфекційних ускладнень) загрожує фульмінантним розвитком ниркової недостатності, що швидко переходить в поліорганну недостатність [4]. NOMI часто виникає через 2-5 днів після виконання алотрансплантації нирки. Це означає, що пацієнт отримує знеболюючі препарати та спазмолітичні засоби, інколи опіатні анальгетики, що дещо розмиває симптоматику перитоніту, призводить до втрати дорогоцінного часу [4]. Зважаючи на вищесказане, якщо можливо, потрібно віддавати перевагу консервативному веденню пацієнтів із NOMI [4].

Клінічний випадок

Чоловік, 42 р., з діагнозом ХХН 5д ст. пролонгована програмним гемодіалізом. Хронічний гломерулонефрит, нефросклероз. Вторинна артеріальна гіпертензія II ст. Ерозивно-еритематозна гастро-дуоденопатія. Дуодено-гастральний рефлюкс. Хворів на ХХН 5 протягом останніх 17 місяців до трансплантації, проходив сеанси програмного гемодіалізу через центральний венозний катетер, через місяць після встановлення діагнозу термінальної ниркової недостатності виконано формування артеріовенозної фістули у нижній третині лівого передпліччя за Чіміно-Брешція.

Операція

Виконана алотрансплантація трупної донорської нирки праворуч. Пацієнт отримувал стандартну схему медикаментозної терапії:

- Такролімус 6 мг. на добу (розділена на 2 прийоми),
- Мікофенолова кислота 1440 мг. на добу (розділена на 2 прийоми),
- Метипреднізолон 22 мг. на добу (розділена на 2 прийоми),
- Еноксапарин 8000 МО на добу (розділена на 2 введення),
- Цефепім 2 г. на добу (розділена на 2 введення),

Додаткова інфузійна неспецифічна терапія.

Епізод NOMI

На третій день після операції виникли різкі болі у лівому підребер'ї, епігастрії, що не полегшувались введенням нефопаму та кетопрофену. На УЗД, що виконано одразу після проявів захворювання, – метеоризм, вільної рідини та газу не виявлено. Трансплантат адекватно кровопостачається, ознак відторгнення/тромбозу не виявлено. Функція трансплантату збережена, сечовиділення активне, рівень креатиніну, сечовини знижується.

МСКТ ОЧП ОМТ з в/в контрастуванням (мал.1) – виявлено порушення накопичення контрастної речовини у стінці петель тонкого кишківника, його проксимального відділу (низхідний та горизонтальний відділ ДПК +15 см за зв'язкою Трейца) з інфільтрацією брижі, зі звуженням просвіту, без ознак мезотромбозу.

ФГДС – циркулярний некроз низхідного та горизонтального відділу ДПК з десквамацією епітелію слизової оболонки.

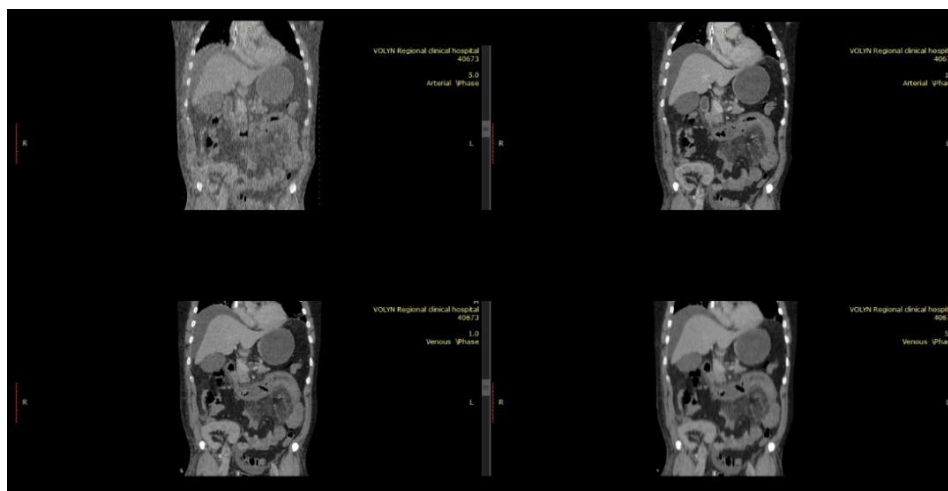


Рисунок 1 – МСКТ з в/в контрастуванням. Візуалізується асцит, потовщена, інфільтрована ДПК та тонка кишка з порушеним накопиченням контрастної речовини у стінці кишки.

Для лікування обрано консервативну тактику, зважаючи на загальний стан пацієнта, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження, відсутність ознак кишкової непрохідності чи перитоніту, вільної рідини, газу в черевній порожнині, а також на загальноприйняті рекомендації, що пацієнти з NOMI повинні вестись консервативно, якщо це можливо, і чим вищий рівень ураження кишківника, а також важче основне захворювання та масштабніша операція, за яких перевага консервативного методу стає ще більш вираженою (за умови відсутності абсолютних показів). Лікування з використанням безперервної інфузії гепарину в/в 1000 МО/год. прокінетики, знеболення, інфузійна терапія. Імуносупресивна терапія з використанням мінімальних дозволених концентрацій (C0 8 нг/мл), відміна мікофенолової кислоти.

Під час лікування пацієнту виконувалась поточна УЗД ОЧП кожних 4 години. ФГДС щоденно. На другу добу після появи симптомів NOMI, початого лікування – виражений клінічний ефект. Перистальтика жвава, перитонеальні симптоми негативні, фізіологічні відправлення збережено, діурез до 5 літрів на добу. Через 4 дні (7-ма п/о доба) симптоматика регресувала повністю. На ФГДС оновлення слизової оболонки ДПК – стінка рожева, соковита, гіперемована. На 9 п/о добу нашкірні шви після алотрансплантації нирки знято, на ФГДС – ознак патології шлунку, ДПК не виявлено. На 10-ту добу пацієнт у задовільному стані виписаний на амбулаторне спостереження. На 3 тиждень до імуносупресивної терапії введено азатіоприн 100 мг/добу на два прийоми. Через місяць, 3, 6, 12 при рутинному контролі ознак тромбозу не виявлялось. На 12-й місяць пацієнта переведено на такролімус пролонгованої дії, стан задовільний, функція трансплантату задовільна, скарг не висуває.

Аналіз

Ускладнення, що розвинулось у пацієнта є доволі рідкісним і загрозливим та не залежить від тактики лікування чи дій медичного персоналу. Пацієнт отримував стандартний медичний догляд, фармакотерапію, котрі встановлені рекомендаціями KDIGO [9]. Зважаючи на оперативне реагування та проінформованість лікуючого медичного персоналу щодо можливості розвитку даного синдрому, даному пацієнту вчасно встановлено діагноз, розпочато лікування. Це дозволило дотримуватись консервативної тактики та уникнути небажаних наслідків NOMI – некрозу кишки. Така тактика повністю відповідала досвіду закордонних колег з центрів трансплантації, де подібні ускладнення виникали не одноразово, зважаючи на обсяг виконаних трансплантацій нирки. Основним, на наш погляд, є саме своєчасність та проінформованість, адже сама антитромботична та гормонотерапія не є чимсь специфічним, дуже складним чи недоступним.

Список використаної літератури

- 1 Mitsuyoshi, A., et. al. (2016). What We Can Learn from Cases of Synchronous Acute Mesenteric Obstruction and Nonocclusive Mesenteric Ischemia: How to Reduce the Acute Mesenteric Ischemia-Related Mortality Rate. *Annals of vascular surgery*, 32, 133.e11-133.e133E17. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2015.11.010> (дата звернення: 29.04.2024).
- 2 Hirabayashi, K., et. al. (2017). Nonocclusive Mesenteric Ischemia *Pediatrics and neonatology*, 58(1), 81-84. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2014.07.008> (дата звернення: 29.04.2024).
- 3 Oda, Y., et. al. (2021). Peritoneal dialysis-related peritonitis complicated with nonocclusive mesenteric ischemia. *CEN case reports*, 10(1), 74-77. <https://doi.org/10.1007/s13730-020-00522-5> (дата звернення: 29.04.2024).
- 4 Tasaki, M., et. al. (2010). Successful treatment of nonocclusive mesenteric ischemia that developed during the peritransplant period following ABO-incompatible kidney transplantation. *Clinical and experimental nephrology*, 14(2), 199-202. <https://doi.org/10.1007/s10157-009-0232-0> (дата звернення: 29.04.2024).

**БОГДАН СТЕПАН^{1,2},
МИХАЙЛО ЗАГРІЙЧУК^{1,3},
ІВАН МАРЧУК^{1,2},
АНТОН КУВАЙЦЕВ¹,
ЕРІК СВІРЖЕВСЬКИЙ¹**

¹ Волинська обласна клінічна лікарня,

² Волинський національний університет імені Лесі Українки,

³ Інститут серця МОЗ

ПНЕВМОНІЯ ВИКЛИКАНА КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Аналіз літератури.

Грибкові інфекції у пацієнтів після трансплантації органів є доволі поширеними у зв'язку із імуносупресивною терапією та тривалою антибіотикотерапією [1]. Пневмонія, викликана кандидозною інфекцією, є доволі загрозливим станом, зважаючи на низький рівень діагностики, помилкову діагностику бактеріальної пневмонії, летальні ускладнення [1, 2]. Основною причиною смертності є ерозивна легенева кровотеча, септицемія з поліорганною недостатністю, дихальна недостатність [1, 2]. Пацієнти після трансплантації органів загалом є доволі вразливими, зважаючи на свій імуносупресивний статус, загальну ослабленість та анемічність, великий стаж антибактеріальної терапії [3, 4]. Теперішній профіль внутрішньогоспітальних грибкових культур показує суттєве зростання штамів з резистентністю до протигрибкових препаратів [1]. У пацієнтів, в яких розвинулась складна грибкова інфекція чи летальні ускладнення, превалювали штами *Candida non-albicans/krusei* [1, 4].

Клінічний випадок.

Чоловік, 55 р., з діагнозом ХХН 5д ст. пролонгована програмним гемодіалізом. Хронічний пієлонефрит, нефросклероз. Вторинна артеріальна гіпертензія ІІІ ст. Хворів на ХХН 5 протягом останніх 5 років до трансплантації, проходив сеанси програмного гемодіалізу через центральний венозний катетер, через місяць після встановлення діагнозу термінальної ниркової недостатності виконано формування артеріовенозної фістули у нижній третині лівого передпліччя за Чіміно-Брешчіа. 27.09.2023 виконана алотрансплантація трупної донорської нирки праворуч. Після операції отримувач загальну схему імуносупресії, антибактеріальної, протигрибкової, противірусної терапії. На момент поступлення 20.11.2024 пацієнт отримувач стандартну схему імуносупресії:

- Такролімус 4 мг на добу (розділений на 2 прийоми),
- Мікофенолова кислота 1440 мг на добу (розділена на 2 прийоми),
- Метипреднізолон 4 мг на добу (розділений на 2 прийоми),
- Бісептол 960 мг на добу (розділений на 2 прийоми),
- Флуконазол 100 мг на добу,
- Валганцикловір 900 мг на добу (розділений на 2 прийоми).

Пацієнт скаржився на болі у ділянці п/о рани. Проведено клінічну лабораторну, інструментальну (УЗД, ФГДС, МСКТ ОГК, ОЧП, ОМТ) діагностику. Діагностовано ідіосинкразію до шовного матеріалу (PDS II 2-0) з формуванням нориці та ретровезикальним абсцесом. Виконано розкриття та санацію, видалення шовного матеріалу. Зважаючи на високий рівень глюкози (16-30 ммоль/л.) пацієнту проведено конверсію імуносупресії на циклоспорин (150 мг. на добу (розділений на 2 прийоми)). Зважаючи на інфекційні ускладнення, пацієнту відмінений прийом мікофенолової кислоти. На третій день після операції пацієнт почав скаржитись на болі за грудиною, кашель. МСКТ ОГК, ОЧП, ОМТ – дренажування ефективне, патології ОЧП, ОМТ не виявлено. У лівій легені, на рівні 5-7 ребра, виявлено кавернозні об'ємні утвори (малюнок 1). Виконано бронхоскопію з лаважем, вміст здано на мікробіологічне дослідження. Виконано дренажування каверн (за Бюлау), вміст здано на мікробіологічне дослідження. Результат посіву – *Candida krusei*, *Klebsiella spp.* Пацієнт переведений на використання вориконазолу 400 мг. на добу (розділений на 2 прийоми), та іміпінем/циластатин 2000/2000 мг. на добу (розділений на 4 прийоми).

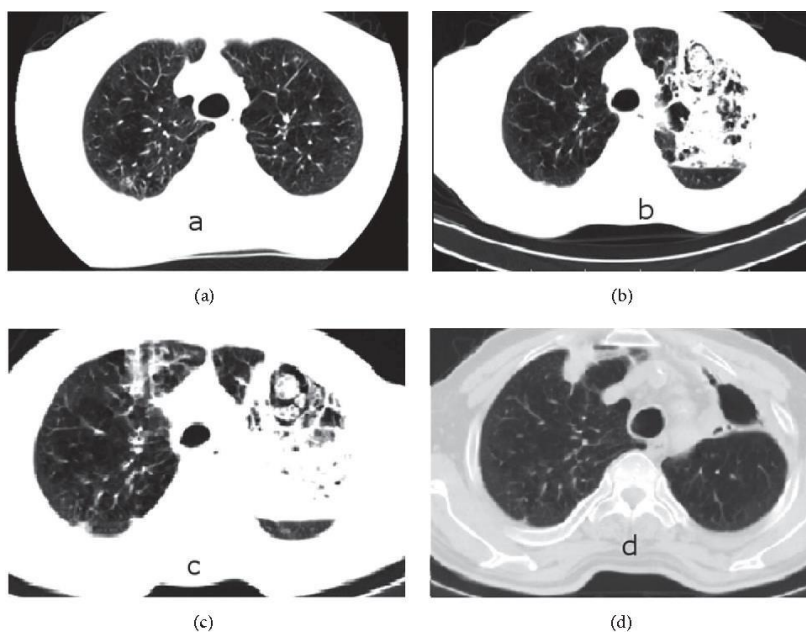


Рисунок 1 – МСКТ: а) Зображення на момент поступлення; б) Зображення через три доби; с) Зображення через тиждень д) Зображення за 2 доби перед розвитком кровотечі

Відміна імуносупресивної терапії не розглядалась, зважаючи на ризик відмови трансплантату та розвиток кризу відторгнення, що було б критичним для пацієнта. Також ми керувались рекомендаціями KDIGO, де вказується збільшення частоти розвитку інфекційних ускладнень, пов'язаних з мультирезистентною мікрофлорою на фоні імуносупресивної терапії, але відсутність зміни контрольних точок (смертність, ПОН) уже під час лікування останніх. Під час лікування регулярний контроль трансплантату, УЗД+доплерографія. Кровообіг зберігався на адекватному рівні, індекси резистентності в межах 0.6-0.8. Швидкість клубочкової фільтрації за весь період лікування не знижувалась нижче 75 мл/хв/1,73м². Під час лікування пацієнт отримував імуносупресивну терапію у мінімальному обсязі, також протигрибкову, антибактеріальну, за посівами, а також протівірусну терапію згідно із рекомендаціями для пацієнтів, що отримують імуносупресію, альбумін в/в, комплекси парентерального харчування, з посиленням ентаральним живленням. Пацієнту проведено переливання еритроцитарної маси для збереження насичення та підтримки загального стану 1.680 мл. за 4 інфузії. Регулярні перев'язки та контроль дренажу грудної порожнини. Виділення з дренажу стали незначними, світлими, майже прозорими, з незначними домішками білкового характеру. Рентгенологічний контроль – виражена позитивна динаміка, очищення каверн від вмісту. Загальний стан пацієнта суттєво покращився, пацієнт повністю відновив самостійне пересування, харчування, почувався задовільно, наполягав на виписці. У ніч перед випискою розвинулась профузна легенева кровотеча.

О 23:15 пацієнт одночасно відкашляв 150 мл яскравої червоної крові, після чого втратив свідомість. Розпочато СЛР. Викликана реанімаційна бригада. Реанімаційні заходи неефективні. О 23:45 констатовано біологічну смерть.

Аналіз

На секції виявлено масивне двобічне ураження легень комбінованою грибово-бактеріальною інфекцією з формуванням каверн у лівій легені. У лівій легені виявлено ерозивно уражену лобарну вену. Ускладнення виникло через контакт пацієнта із агресивним грибовим збудником, слабо чутливим до ворконазолу, та приєднанням мультирезистентної бактеріальної мікрофлори через загальне виснаження пацієнта та прийом імуносупресивної терапії. Лікування пацієнт отримував у повному обсязі згідно із рекомендаціями KDIGO.

Candida krusei є надзвичайно агресивним збудником із хоч і не миттєвим, але обширним прогресуванням та частим формуванням суперінфекції, яка, своєю чергою, призводить до суттєвого росту летальності.

Список використаної літератури

- 1 Meena DS, Kumar D. Candida Pneumonia: An Innocent Bystander or a Silent Killer? *Med Princ Pract.* 2022;31(1):98-102. doi:10.1159/000520111 (дата звернення: 29.04.2024).
- 2 Dermawan JKT, et.al. Candida pneumonia with severe clinical course *Medicine (Baltimore).* 2018;97(2):e9650. doi:10.1097/MD.00000000000009650 (дата звернення: 29.04.2024).
- 3 Erratum: Candida krusei pneumonia in graft-versus-host disease *Ann Med Surg (Lond).* 2024;86(1):629. Published 2024 Jan 10. doi:10.1097/MS9.0000000000001711 (дата звернення: 29.04.2024).
- 4 Sari N, Yanik Yal?in T, Erol ?, et al. Evaluation of Candidemia in Solid-Organ Transplant Recipients. *Exp Clin Transplant.* 2024;22(Suppl 1):160-166. doi:10.6002/ect. MESOT2023.O39 (дата звернення: 29.04.2024).
- 5 Shoham S, Marr KA. Invasive fungal infections in solid organ transplant recipients. *Future Microbiol.* 2012;7(5):639-655. doi:10.2217/fmb.12.28 (дата звернення: 29.04.2024).

ІГОР ТРУТЯК^{1,2}, доктор медичних наук,
професор, завідувач кафедри,
ВАСИЛЬ МАЛИЦЬКИЙ²,
ВАСИЛЬ ТРУНКВАЛЬТЕР¹,
ОКСАНА ТРУТЯК¹,
ВІТАЛІЙ ІВАЩЕНКО¹

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²Військово-медичний клінічний центр Західного регіону

ihortutyak@yahoo.com

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ АМПУТАЦІЇ КІНЦІВОК У ПОРАНЕНИХ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ

У поранених, які поступили у Військово-медичний центр Західного регіону за минулий рік повномасштабної війни Росії в Україні, причинами ушкодження кінцівок у 29% була мінно-вибухова травма, у 47% – осколкові поранення, у 8% – вогнепальні кульові поранення, у 1,5% – термічні ураження, у 14,5% – травматичні ушкодження. Верхні кінцівки були ушкоджені у 22%, нижні – у 32%, у 15% були ушкоджені дві кінцівки, а 31% – мали поєднану бойову травму. Всі поранені мали незагоєні рани з дефектом м'яких тканин. Середній вік пацієнтів – 30 років. Ампутації кінцівок виконані у 6,5% [1] Причинами ампутації були: травматичний відрив сегменту кінцівки, масивні ушкодження і дефекти м'яких тканин та кісткових структур, компартмент і турнікетний синдром, прогресуюча ранова інфекція і сепсис, тотальний ішемічний некроз. Всі пацієнти перед ампутацією потребують детального обґрунтування необхідності операції і психологічної підготовки. Ситуацію ускладнює посттравматичний стресовий розлад і депресія, які спостерігали у 20% поранених. Обґрунтованими поясненнями пацієнту того, що подальше лікування пораненого сегменту кінцівки загрожує його життю, а відновити функцію кінцівки неможливо, досягали порозуміння і згоди на ампутацію. Проблемним питанням залишається больовий синдром в резидуальних кінцівках, який виникає в 42-70% [2,3]. Найбільш частими причинами його є фантомний біль, невроми і гетеротопічна осифікація. Ефективними методами лікування фантомного болю є транскраніальна магнітна стимуляція, болісних термінальних невром – регенеративний інтерфейс периферійного нерва, а гетеротопічної осифікації – міодез.

Список використаної літератури

1. Trutyak I, Malickii V, Samotowka M, Trunkvalter V, Trutyak R, Ivaschenko V. Problematic issues of limb amputations in wounded with combat trauma *Proc Shevchenko Sci Soc Med Sci.* 2023

Dec. 22 [cited 2023 Dec.26]; 72(2): <https://mspsss.org.ua/index.php/journal/article/view/883>. DOI:10.25040/ntsh2023.02.08 (дата звернення: 29.04.2024).

2. Bourke HE, Yelden KC, Robinson KP, Sooriakumaran S, Ward DA. Is revision surgery following lower-limb amputation a worthwhile procedure? A retrospective review of 71 cases. *Injury* 2011; 42: 660-666. (дата звернення: 29.04.2024).

3. Ebrahimzadeh MH, Hariri S. Long-term outcomes of unilateral transtibial amputations. *Mil Med* 2009;174(6): 593-597. DOI: [10.7205/milmed-d-02-8907](https://doi.org/10.7205/milmed-d-02-8907) (дата звернення: 29.04.2024).

ОКСАНА УСОВА, кандидат біологічних наук,
доцент, професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Волинський національний університет імені Лесі Українки
ІВАН ГЕНЬ, аспірант 2 курсу медичного факультету
Волинський національний університет імені Лесі Українки,
АНАСТАСІЯ УСОВА, здобувач освіти
1 курсу медичного факультету
Волинський національний університет імені Лесі Українки
gen.van82@gmail.com

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОЧІКУВАННЯ ПРИ АМПУТАЦІЯХ НИЖНІХ КІНЦІВОК ВНАСЛІДОК МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ

Постановка проблеми. Повномаштабне вторгнення в Україну російської федерації триває вже понад два роки. За цей час кількість поранених військових з ампутаціями нижніх кінцівок внаслідок мінно-вибухової травми (МВТ) стрімко зростає, що становить серйозну медичну, психологічну та соціальну проблему. Реабілітація, відновлення якості життя, пацієнтів з ампутаціями вимагає комплексного, мультидисциплінарного підходу та уваги до функціональних очікувань пацієнтів. Мінно-вибухова травма в більшості випадків це політравма, що ускладнює процес реабілітації та відновлення. Тому важливо звертати увагу на функціональні очікування таких пацієнтів для надання ефективної реабілітаційної допомоги.

Мета дослідження: проаналізувати вплив ампутацій нижніх кінцівок внаслідок МВТ на функціональні можливості пацієнтів.

Методи дослідження. Аналіз та узагальнення даних наукової літератури та інших джерел для вивчення інформації про рівень функціональності пацієнтів з ампутаціями внаслідок МВТ.

Результати дослідження. Повсякденна рухова активність пацієнтів з ампутаціями може значно варіюватися в залежності від рівня ампутації, типу та функціональності протеза, а також від індивідуальних вподобань, життєвого стилю та рівня фізичної підготовки пацієнта. Однак, не зважаючи на це, багато пацієнтів з ампутаціями здатні до активної рухової діяльності та включаються в різні повсякденні активності [1].

Коли пацієнт готовий до протезування, розпочинається період протезування та навчання ходьби на протезі: спочатку – на тренувальному, далі – на первинному. Налаштування протеза зазвичай починається після формування рубця. Відповідно до функціонального класу, пацієнтам рекомендуються відповідні функціональні класи засобів для пересування. Пацієнтам із функціональним класом К«0» не рекомендовано використовувати протези для ходіння або пересування. Пацієнтам з функціональним класом К«1» рекомендується використовувати протези, які відповідають функціональним цілям обмеженого чи необмеженого пересування вдома. Пацієнтам з функціональним класом К«2» рекомендується

використовувати протези, які відповідають функціональним цілям обмеженого пересування поза межами власного помешкання. У разі функціонального класу К«3» рекомендується використовувати протези особам, які пересуваються поза межами власного помешкання, можуть долати більшість перешкод середовища і можуть мати професійну, терапевтичну або тренувальну діяльність. Пацієнтам з функціональним класом К«4» – протези з найвищим рівнем функціональності, спортивні [2].

Критичним результатом для пацієнтів із втратою нижніх кінцівок є ступінь їхньої самостійної рухливості. Функціональна здатність нижньої кінцівки була оцінена за допомогою семи рівнів функції, зазначених власноруч: (1) не може ходити, потрібна допомога для переміщення; (2) не може ходити, не потребує допомоги для перенесення; (3) ходунки побутові (4) громадівець; (5) може ходити з різною швидкістю; (6) може виконувати види діяльності з низьким навантаженням (наприклад, плавання або гольф); (7) активні види діяльності (такі як баскетбол або катання на лижах) [3].

Ампутація внаслідок бойового ураження у військовослужбовця порівняно з такою внаслідок хвороби і травм мирного часу в цивільного має суттєві відмінності і повинна розглядатись та вивчатись окремо. По-друге, контингент пацієнтів з ампутацією в наслідок бойового ураження принципово відрізняється від цивільного з ампутацією в наслідок причин «мирного часу», адже в першому випадку це переважно абсолютно здорові до отримання травми молоді люди з кращою ніж у середньому в популяції фізичною підготовкою, які гірше переживають стрес, пов'язаний з ампутацією, ніж людина похилого віку, яка тривалий час хворіла та неодноразово була попереджена про такий наслідок перебігу хвороби. По-третє, ризики для здоров'я, зокрема щодо серцево-судинної захворюваності та інших патологій внутрішніх органів, не вивчали достатньою мірою ані щодо цивільного контингенту у мирний час, ані для комбатантів з ампутаціями внаслідок бойового ураження. Поодинокі роботи стосовно пацієнтів з ампутаціями зазвичай дуже обмежені у кількості спостережень, що драматично впливає на обґрунтованість висновків, а статистична потужність занадто слабка, щоб виявити та підтвердити тенденції та напрями для подальшого вивчення. Хоча проблема пацієнтів з ампутаціями і вивчається доволі активно, переважно це стосується режимів реабілітації та вибору оптимальних моделей протезів [4].

Середній термін служби традиційного протезу складає приблизно 5 років. Цю проблему допомагає вирішити 3D-друк. Найважливішою перевагою можна вважати комфорт. Більшість традиційних протезів приносять щоденний дискомфорт своїм власникам, чого можна уникнути за допомогою індивідуального підходу до виготовлення протезу за допомогою 3D-принтера. Добре відомий факт, що настрої та налаштування на одужання пацієнта мають суттєве значення для позитивного результату лікування. Цьому сприяють виготовлення друкованих протезів, вони є набагато різноманітніші та комфортніші за звичайні. Це дозволяє пацієнтам обирати зовнішній вигляд, форму, колір, що допомагає перетворити «дефект зовнішності» на можливість самовираження в сучасній формі [5].

Висновок. Наше узагальнення підкреслило необхідність подальших досліджень щодо впливу ампутацій внаслідок мінно-вибухових травм на функціонування пацієнтів. Ампутація, викликана мінно-вибуховою травмою, відрізняється від ампутацій, отриманих в мирний час, що вимагає уваги у визначенні оптимальних підходів до реабілітації. Функціональні очікування пацієнтів з ампутацією залежать від різних факторів, таких як тип та рівень ампутації, кількість вражених кінцівок та присутність політравми. Використання технологій 3D-друку протезів може вирішити проблеми дискомфорту, що виникають при використанні традиційних протезів, сприяючи позитивному психологічному настрою пацієнтів та їхньому бажанню до відновлення функціональних можливостей.

Список використаної літератури

1. Мельник Г. В. Розробка методики оцінки ефективності протезування нижніх кінцівок: дис. ... д-ра філософії: 163 Біомедична інженерія / Мельник Ганна Віталіївна. Київ, 2023. 161 с.
2. Беспаленко А. А., Щеглюк О. І., Кіх А. Ю., Бур'янов О. А., Волянський О. М., Корченко В. В., Михайловська М. М. Алгоритм реабілітації військовослужбовців з ампутацією кінцівок на основі мультипрофесійного та індивідуального підходу. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2020. 1.1. 64-72. DOI: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.1\(1\)-064](https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.1(1)-064)
3. Dougherty P. J., McFarland L. V., Smith D. G., Reiber G. E. Bilateral transfemoral/transtibial amputations due to battle injuries: a comparison of Vietnam veterans with Iraq and Afghanistan servicemembers. *Clin Orthop Relat Res*. 2014 Oct. 472(10). 3010-6. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11999-014-3534-9>
4. Sydorova N. M., Kazmirchuk A. P., Kazmirchuk K. A., Sydorova L. L. Therapeutic implications of limb amputation for the combatant: rationale for the PATRIOT study design and own data. *Current Aspects of Military Medicine*. 2023. 30.2. 162-183. DOI: <https://doi.org/10.32751/2310-4910-2023-30-2-16>
5. Гаркуша М. А., Василенко М. Ю., Павлівна Г. Д. Я., Дерека А. В., Ушакова М. А. Переваги застосування адитивних методів протезування після ампутації на рівні гомілки. In The 1th International scientific and practical conference "Current issues of science and integrated technologies" Milan, Italy. International Science Group 2023, January). January 10-13, 2023. Vol. 799. p. 336

ОКСАНА УСОВА, кандидат біологічних наук,
доцент, професор кафедри
фізичної терапії та ерготерапії
Волинський національний університет імені Лесі Українки
АННА ГОРОБЕЙ, здобувач освіти
1 курсу медичного факультету
Волинський національний університет імені Лесі Українки
usova.oksana@vnu.edu.ua

ОБГРУНТУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ КОНТРАКТУРАХ КИСТІ

Постановка проблеми. На верхню кінцівку, особливо на кисть та пальці, припадає основна частина рухової діяльності людини. Як орган праці вона частіше за інші ділянки тіла контактує з травмуючими агентами як на виробництві, так і в побуті, і пошкоджується при цьому в 30-60% випадків з усіх травм опорно-рухового апарату. Враховуючи її роль в працездатності та інвалідизації хворих, особливу актуальність набувають наслідки травм, особливо контрактури суглобів кисті. Основною причиною розвитку контрактур є відсутність профілактичних заходів, неповна та некваліфікована первинна хірургічна обробка та тактика при лікуванні травм верхньої кінцівки, захворювань та опіків кисті [1]. Контрактура характеризується зменшенням активного та пасивного діапазону рухів і є поширеним ускладненням [2].

Мета. На основі аналізу, синтезу, інтерпретації та узагальнення даних наукової літератури обґрунтувати особливості реабілітаційних втручань при контрактурах кисті.

Результати. Важливою передумовою правильного функціонування руки є її позиціонування в просторі, тобто розташування та просторова орієнтація. Позиція руки залежить від її здатності обертатися і згинатися. Обертання передпліччя дозволяє спрямувати долоню вгору (тобто супінацію) або вниз (тобто пронацію) і є нероздільним від власної орієнтації променевої кістки, враховуючи міцні зв'язки між обома цими структурами [3]. Зап'ястя – це двосуглобова система, що складається з променево-зап'ясткового та середньозап'ясткового суглобів. Між кістками зап'ястя також існує багато дрібніших міжзап'ясткових суглобів. У порівнянні з великими діапазонами рухів, дозволеними в променево-зап'ясткових і середньозап'ясткових суглобах, рух у багатьох міжзап'ясткових суглобах відносно невеликий [4]. Променево-зап'ястковий суглоб є двохосьовим, тому що дозволяє згинання та розгинання, а також променеву і ліктьову супінацію та пронацію. Рухи

зап'ястя відбуваються одночасно в двох суглобах. Ослаблені внаслідок травми або захворювання зв'язки часто призводять до нестабільності зап'ястя і навіть колапсу. Нестабільне зап'ястя може стати болючим і часто призводить до інвалідності. Навіть помірно нестабільне зап'ястя може порушити природну артрокінематику, що зрештою призводить до сильного болю і загального ослаблення, що викликане атрофією навколишніх м'язів [4].

Контрактура – це обмеження рухливості в суглобі при спробі руху в ньому під дією зовнішньої сили. У механізмі розвитку контрактури головною причиною є рубцеве стягування сухожиль, суглобових капсул, може бути стягування шкірою і підшкірної клітковини. Одними з важливих методів фізичної терапії при іммобілізаційній контрактурі є ерготерапія. Проводяться заняття на тренажерах для дрібної моторики за механотерапевтичним столом, ерготерапевт разом із фізичним терапевтом навчає хворого самостійно себе обслуговувати хворою кінцівкою (одягатися, застібати гудзики, користуватися побутовими приладами) [5]. Також лікар терапевт повинен скласти програму вправ, які мають бути спрямовані на збільшення активного та пасивного згинання зап'ястка, розгинання зап'ястка, відведення та приведення зап'ястка, пронації передпліччя та його супінації. Вони також мають бути спрямовані на збільшення сили зап'ястя та утримування. Пацієнтам потрібно надати усні поради щодо того, як швидко вони можуть очікувати, що біль зникне, а їхня сила та функція відновляться. Завданням фізичного терапевта є заохотити пацієнта якомога більше використовувати руку з ураженим зап'ястям у повсякденній діяльності [2].

Висновок: Контрактура кисті – стан при якому обмежується рухливість зап'ястя, порушується її правильне позиціонування та орієнтація у просторі. Завданням фізичного терапевта є покращення рухової функціональності кисті за допомогою різних механотерапевтичних засобів та методів реабілітації.

Список використаної літератури

1. Гайович В.В. Методи відновлення функції кисті у хворих з наслідками травм верхньої кінцівки, ускладнених розгинальними контрактурами п'ястно-фалангових суглобів. *Науковий вісник Ужгородського університету: серія: Медицина* / голов. ред. А. С. Головацький; редкол.: Є. І. Вереш, Ф. Ф. Теличко та ін. Ужгород : УжНУ, 1998. Вип. 5. 41-44. Режим доступу: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/50510>
2. Jongs R. A., Harvey L. A., Gwinn T., Lucas B. R. Dynamic splints do not reduce contracture following distal radial fracture: a randomised controlled trial. *J Physiother.* 2012. 58(3).173-80. doi: 10.1016/S1836-9553(12)70108-X. PMID: 22884184. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22884184/> (дата звернення: 29.04.2024).
3. Soubeyrand M., Assabah B., Bagin M., Laemmel E., Dos Santos A., Creze M. Pronation and supination of the hand: Anatomy and biomechanics. *Hand Surg Rehabil.* 2017 Feb. 36(1). 2-11. doi: 10.1016/j.hansur.2016.09.012. Epub 2016 Oct 27. PMID: 28137437.
4. Mansfield Paul Jackson, Donald A. Neumann. *Essentials of kinesiology for the physical therapist assistant* / Paul Jackson Mansfield, Second edition. 2009. Pg.125
5. Христюк А.Ю. Фізична терапія при іммобілізаційній розгинальній контрактурі променево-зап'ястного суглобу. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова.* 2019. 10 (118). 154-157. Режим доступу: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/26998/Khrystiuk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ТЕТЯНА ФЕДОТОВА, кандидат психологічних наук,
доцент кафедри загальної та клінічної психології
Волинський національний університет імені Лесі Українки

ПЕРЕЖИВАННЯ МОРАЛЬНОГО ДИСТРЕСУ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ

Постановка проблеми. Повномасштабна війна на теренах нашої країни позначилася на життєдіяльності кожного українця, спричинивши істотні зміни у психічному здоров'ї та вплинувши на всі сфери життя. У цьому контексті неабиякого значення набуває вивчення морального дистресу в умовах тривалого травматичного стресу, спричиненого війною в Україні.

Питання вивчення морального дистресу вперше постало в період реадaptaції американських ветеранів-учасників війни у В'єтнамі, у подальшому актуалізувалося у зв'язку зі специфікою професійної діяльності представників медичної сфери (медичного персоналу паліативної та хоспісної медицини), а пізніше, в умовах панування пандемії Covid-19, підійняло необхідність його дослідження на новий рівень. Проте якщо для європейських країн та США питання морального дистресу стосується лише окреслених вище реалій, то в Україні воно поглиблене війною, що зумовлює переживанням тривалого травматичного стресу не лише військовими, а й значною частиною цивільного населення.

Мета: дослідити особливості переживання морального дистресу юнаків в умовах тривалого травматичного стресу, зумовленого війною.

Методи: психодіагностичні (Шкала симптомів моральної травми, Шкала безперервного реагування на травматичний стрес (CTSR), Опитувальник здоров'я пацієнта (PHQ-9)), математичні (обчислення середньогрупових значень та відсотковий аналіз).

Результати: Пілотажне дослідження було реалізоване на базі факультету психології Волинського національного університету імені Лесі Українки у березні-травні 2023 року. В якості діагностованих виступили здобувачі освіти спеціальності «Психологія» освітньо-професійних програм «Психологія» та «Практична психологія». Кількість діагностованих – 53 особи віком 18-19 років. Статевий аспект при аналізі результатів не враховувався.

За шкалою безперервного реагування на травматичний стрес (CTSR) відсотковий розподіл опитуваних виявився наступним: 7,95 % респондентів переживають тривалий травматичний стрес (Група 1), тоді як 92,05 % осіб (Група 2) – мають низький рівень відповідного показника. Причому в Групі 1 за відповідною шкалою встановлено високі результати за усіма шкалами: «виснаження/відчай» – $X_{сер}=10,2$; «лють» – $X_{сер}=6,13$; «страх/розпач» – $X_{сер}=5,13$; «загальний показник» за методикою становить – $X_{сер}=21,3$.

За опитувальником здоров'я пацієнта (PHQ-9) у відповідній групі осіб також констатовано вищі середньогрупові результати ($X_{сер}=14,8$).

У респондентів Групи 2 за шкалою безперервного реагування на травматичний стрес (CTSR) результати виявилися такі: «виснаження/відчай» – $X_{сер}=4,7$; «лють» – $X_{сер}=1,9$; «страх/розпач» – $X_{сер}=1,6$; «загальний показник» за методикою становить – $X_{сер}=8,1$. Середньогрупові результати за опитувальником здоров'я пацієнта (PHQ-9) становлять $X_{сер}=9$.

Відповідні усереднені показники опитуваних двох груп за шкалою безперервного реагування на травматичний стрес (CTSR) та опитувальником здоров'я пацієнта (PHQ-9) зображено на рис.1.

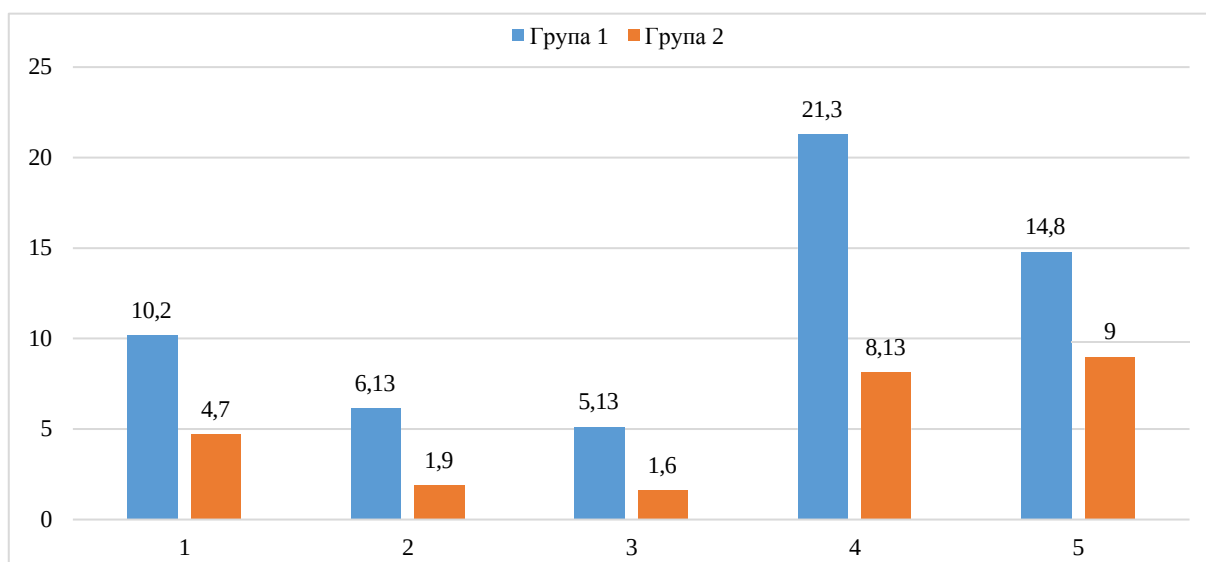


Рисунок 1 – Середні результати діагностованих за шкалою безперервного реагування на травматичний стрес (CTSR) та опитувальником здоров'я пацієнта (PHQ-9)

Примітка: 1 – «виснаження/відчай», 2 – «лють», 3 – «страх/розпач», 4 – «загальний показник», 5 – PHQ-9

На рис. 2 представлено середні результати двох діагностованих груп за шкалою симптомів моральної травми.

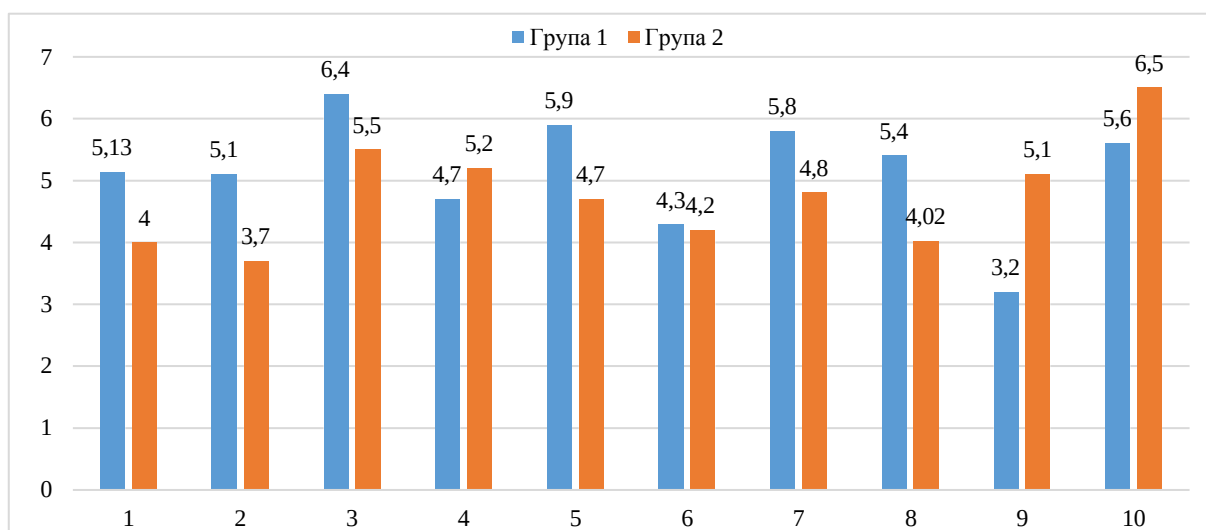


Рисунок 2 – Середньогрупові показники респондентів за шкалою симптомів моральної травми

Примітка: 1 – «зрада», 2 – «провина», 3 – «сором», 4 – «моральне занепокоєння», 5 – «втрата довіри», 6 – «втрата сенсу», 7 – «труднощі з прощенням», 8 – «самоосуд», 9 – «релігійна боротьба», 10 – «втрата віри»

Як демонструє нам рис.2, в респондентів, що переживають тривалий травматичний стрес (Група 1), вищими виявилися результати за шкалами: «зрада» (Хсер=5,13), «провина» (Хсер=5,1), «сором» (Хсер=6,4), «втрата довіри» (Хсер=5,9), «труднощі з прощенням» (Хсер=5,8) та «самоосуд» (Хсер=5,4).

У Групі 2 (опитувані з низьким рівнем переживання тривалого травматичного стресу) продемонстрували вищі результати за шкалами: «моральне занепокоєння» (Хсер=5,2), «релігійна боротьба» (Хсер=5,1) та «втрата віри» (Хсер=6,5).

Практично однаковими виявилися показники за шкалою «втрата сенсу» (Хсер=4,3 в першій групі та Хсер=4,2 – в другій).

Висновки. Отже, розпочате вивчення проблеми визначення особливостей переживання морального дистресу юнаків в умовах тривалого травматичного стресу, зумовленого війною, потребує подальшого ґрунтовного дослідження. Зокрема, що стосується розширення вибірки дослідження, ускладнення методичного інструментарію та методів математичного аналізу даних.

Список використаної літератури

1. Герасименко Л. О. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник. Під редакцією: Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. К.: ВСВ Медицина, 2023. 120 с.
2. Засєкіна, Л., Козігора, М. (2022). Крос-культурна адаптація та стандартизація шкали симптомів моральної травми. *Психологічні перспективи*, 39, 139-152. <http://dx.doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-zas>
3. Федотова Т. В. Переживання морального дистресу особистістю: теоретичне осмислення проблеми. *Психологічні перспективи*. Випуск 40. Луцьк : ВНУ імені Лесі Українки, 2022. С. 180-194 (Index Copernicus) <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-40-fed>
4. Corley, M.C., Elswick, R.K, Gorman, M. and Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *J adv Nurs*. 33, 250-256. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x>
5. Drescher, K.D., Foy, D.W., Kelly, C., Leshner, A., Schutz, K, & Litz, B.(2011). An exploration of the viability and usefulness of the construct of moral injury in war Veterans. *Traumatolog*. 17 (1), 8-13. <http://dx.doi.org/10.1177/1534765610395615>

СВІТЛАНА ЧОРНІЙ, магістр

Тернопільський медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

ЮЛІЯ ДАНИЛЕВИЧ, кандидат медичних наук, доцент

Тернопільський медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ПІСЛЯ ТРИВАЛОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАХИСТУ

Постановка проблеми. Медичні сестри/брати, так само як і інший медичний персонал, активно використовують засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) під час виконання своїх професійних обов'язків. Під час пандемії COVID-19 використання ЗІЗ було особливо важливим та масовим [1, 2, 3]. Проте тривале застосування цих засобів може негативно впливати як на фізичне, так і психічне здоров'я медичного персоналу. Медичні сестри/брати зазнають значного стресу, втоми, тривоги та інших психологічних труднощів. Оцінка їхнього психоемоційного стану є важливою для не лише збереження їхнього власного благополуччя, але й для забезпечення ефективності надання медичної допомоги [4, 5]. Психологічний стрес має соціальний характер, спричинений соціальним впливом або соціальними думками. Він може бути реальним або віртуальним, тобто виникати через суб'єктивне (особистісне) сприйняття певних подій або ситуацій через призму власного досвіду. Психологічний стрес зазвичай впливає на фізичне та ментальне здоров'я, соціальний статус, відчуття самоповаги та інші психологічні аспекти.

Психічний стан медичного персоналу безпосередньо впливає на якість медичної допомоги, яку вони надають. Медичні сестри, які пережили стресові ситуації, можуть виявляти знижену концентрацію, втоми та інші симптоми, що впливають на їхню здатність взаємодіяти з хворими та забезпечувати високий рівень обслуговування. Тому дослідження психоемоційного стану медичних сестер є важливим для вчасного виявлення можливих проблем і вжиття заходів для підтримки їхнього психічного здоров'я

Методи дослідження. Нами використовувалися стандартизовані психологічні тести та анкети для оцінки рівня стресу, тривоги, депресії та загального психічного благополуччя серед медичних сестер.

Результати. У дослідженні взяли участь медичні працівники КНП «Коломийська інфекційна лікарня Коломийської міської ради Івано-Франківської області», де на час пандемії було розгорнуто ковідний госпіталь на 60 ліжок, з яких 45 ліжок для дорослого населення та 15 ліжок педіатричного профілю. Зокрема, ми опитали 55 осіб, серед яких були 31 медична сестра та 24 працівниці молодшого персоналу, які упродовж періоду пандемії надавали допомогу пацієнтам з COVID -19. Всі респонденти були жіночої статі, середній вік у групі медичних сестер – 45,2 роки, у групі молодшого медичного персоналу – 53,8 років.

На початку дослідження за допомогою сформованих у Google-форм опитувальників нами було зібрано інформацію про загальну зміну поведінки представників досліджуваної когорти під час пандемії. Про соціальну ізоляцію повідомили 83 % опитаних, частково гіршу харчову поведінку – 90 %, зростання споживання кави – 64 %, зниження фізичної активності – 87 %, частіші пропуски перерв, зменшення тривалості сну (90 %) та погіршення його якості (98 %) під час пандемії.

При визначенні рівня суб'єктивного стресу в досліджуваних групах за допомогою опитувальника PSS-10 нами було встановлено, що серед молодшого медичного персоналу низький рівень суб'єктивного стресу становив 22 % респондентів, а у медичних сестер – 15 %. Помірний рівень суб'єктивного стресу в обох групах був майже однаковим – 41 % та 43 % відповідно. Сильний рівень суб'єктивного стресу у групі медичних сестер був на 5 % більшим, ніж у молодших медичних працівників. Результати визначення рівня суб'єктивного стресу у досліджуваних групах представлені у таблиці 1.

Таблиця 1. Рівень суб'єктивного стресу за опитувальником PSS-10

Досліджувані групи	низький рівень 0 до 13 балів	помірний рівень 14 до 26 балів	сильний рівень 27 до 40 балів
Медичні сестри	15 %	43 %	42 %
Молодший медичний персонал	22 %	41 %	37 %

Висновки. Психологічний стрес може мати значний вплив на медичних працівників, особливо в умовах пандемії або високого ризику зараження, коли вони стикаються з фізичними навантаженнями та страхом за власне здоров'я, а також зі стресом, пов'язаним зі змінами в робочому середовищі, недостатністю ресурсів та непередбачуваністю ситуацій. Необхідно оптимізувати умови та тривалість праці у засобах індивідуального захисту, підвищити рівень психологічної підтримки медичного персоналу, який працює з пацієнтами з небезпечними інфекціями, та розробити план освітніх заходів та тренінгів для покращення ставлення до засобів індивідуального захисту.

Список використаної літератури

1. Huynh, G., Nguyen, T. N. H., Vo, K. N., & Pham, L. A. (2020). Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 13(6), 260.
2. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1494-18#Text> Про затвердження Мінімальних вимог безпеки і охорони здоров'я при використанні працівниками засобів індивідуального захисту на робочому місці. (дата звернення: 29.04.2024).
3. <https://phc.org.ua/news/vimogi-do-zasobiv-individualnogo-zakhistu-medika-ta-pravila-dezinfekcii-pid-chas-covid-19> вимоги до засобів індивідуального захисту медика та правила дезінфекції під час COVID-19. (дата звернення: 29.04.2024).
4. Moraes M. G. The influence of physical fitness on the symptoms of Burnout / M. G. Moraes, S. L. Calais, C. E. Verardi. // *Journal of Physical Education and Sport*. 2019. №3. p. 949. 90
5. Natascha Mojtahedzadeh The Health Behaviour of German Outpatient Caregivers in Relation to the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study / 1 Felix Alexander Neumann , Elisabeth Rohwer , Albert Nienhaus , Matthias Augustin , Volker Harth , Birgit-Christiane Zyriax , Stefanie

ТЕТЯНА ШЕВЧУК, кандидат біологічних наук,
доцент, завідувач кафедри анатомії людини,
Волинський національний університет імені Лесі Українки

СТАН ПОКАЗНИКІВ ЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ СЕРЦЯ У СТАРШОКЛАСНИКІВ, ЯКІ ПЕРЕХВОРИЛИ НА КОРОНАВІРУС

Постановка проблеми. Коронавірус (SARS-CoV-2), який спричинив пандемію, згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я у 2019 році призвів до мільйонів інфекцій і сотень тисяч смертей у всьому світі. В умовах пандемії основні зусилля спрямували на боротьбу з гострою респіраторною хворобою COVID-19, на вивчення та розуміння біологічної основи патофізіології COVID-19. Гостра респіраторна хвороба COVID-19 створює великий ризик для здоров'я людини і призводять до значної кількості смертельних випадків у всьому світі [1].

Кардіореспіраторна система постійно контактує з агресивними факторами зовнішнього середовища і тому першою вражається при вірусних захворюваннях. Саме тому рівень захворюваності людей на хвороби органів дихання та серцево-судинної системи залишається сьогодні стабільно високим і не має тенденції до зниження. Наукових досліджень про функції серцево-судинної системи організму осіб старшого шкільного віку в період пандемії COVID-19 [2, 4] замало, що й зумовило актуальність даного дослідження.

Метою нашого дослідження є вивчення впливу пандемії COVID-19 на особливості електричної активності серця у старшокласників. Відповідно до поставленої мети були сформульовані наступні **завдання**: дослідити антропометричні показники у досліджуваних дівчат; вивчити зміни показників ЧСС та артеріального тиску в стані спокою і після стандартного фізичного навантаження у осіб, які перехворіли на коронавірус; зробити порівняльний аналіз показників електричної активності серця у досліджуваних.

Методи дослідження: здійснювали аналіз літературних джерел; використовували загальноприйнятну методику антропометрії (зріст, маса, обхват грудної клітки, індекс маси тіла); вимірювання ЧСС і артеріального тиску, методика ЕКГ; метод варіаційної статистики. Вивчення функціональних показників серцево-судинної системи проведено в учнів старших класів Луцького ліцею №25, які перехворіли на коронавірус у легкій формі. Було обстежено 20 осіб жіночої статі віком 17-18 років, яких було поділено на 2 групи: І група – 10 осіб, які хворіли на коронавірус COVID-19 в легкій формі; ІІ група – 10 осіб, здорових (контрольна група). Одержано дані про функціональні зміни показників серцево-судинної системи організму при даній патології. Усі досліджувані були поінформовані про особливості дослідження, а їх батьки надали відповідну згоду на його проведення і на обробку отриманих результатів.

Результати дослідження та висновки. Серед основних серцево-судинних захворювань у людей, які перехворіли на COVID-19, експерти виділяють стенокардію і аритмію. Ці захворювання серця можуть з'являтися безпосередньо через вірус, а також через те, що пацієнти довго перебували у постільному режимі або на апараті штучного дихання. До інших тривалих наслідків коронавірусу відносяться: синдром вірусної втоми, порушення м'язових функцій – зниження м'язового тону, розлади функції органів травлення і низка проблем із психічним здоров'ям, зокрема депресія, безсоння і різні зміни когнітивних функцій [3]. ЕКГ - провідний тест, із високою прогностичною цінністю, який варто використовувати для оцінки ураження серцево-судинної системи у пацієнтів з COVID-19.

У результаті наших досліджень виявлено помітні відхилення у показниках ЕКГ – інтервалів PQ, ЧСС-залежний, а помітна тахікардія збільшує споживання кисню міокардом;

QRS – зміна тривалості вказує на ослаблення функцій серцевого м'яза.

Вірусна інфекція викликає спазм судин, зменшується здатність забезпечити кровопостачання серця, зменшує відсоток збагачення кисню у крові. Підвищення опору відтоку крові призводить до збільшення напруги і обмеження скорочення серцевого м'яза [2].

Показники пропорційності у здорових дівчат (II групи) є нижчими, а у I групи – вищими. Показник маси тіла є вищим у II групі. На основі отриманих даних, було встановлено, що коронавірусна інфекція має негативний вплив на показники серцево-судинної системи. У досліджуваних I групи ЧСС є достовірно вищою, порівняно з досліджуваними контрольної групи. Спостерігається тенденція до підвищення артеріального тиску в середньому на 20-25%.

На основі даних дослідження, які були отримані за допомогою методу електрокардіографії, було встановлено, що окремі електрокардіографічні параметри і види ритмів у обстежених обох груп мають незначні відхилення від норми. Показники ЕКГ у обстежених I групи в окремих випадках (інтервали R-R, P, T та Q-T) є статистично достовірні, що свідчить, все ж таки, про вплив коронавірусної інфекції на стан електричної активності серця.

Список використаної літератури

1. Adu-Amankwaah, J.;Mprah, R.;Adekunle, A. O.;NdzieNoah, M. L.;Adzika, G. K.;Machuki, J. O. A.; Sun, H. Thecardiovascu-laraspectof COVID-19.AnnalsofMedicine, 2021, 53(1), p. 227-236.
2. Alqahtani MS, Abbas M, Alsabaani A, Alqarni A, Almohiy HM, Alsawqaee E, Alshahrani R, Alshahrani S.The Potential Impact of COVID-19 Virus on the Heart and the Circulatory System (2022), *Infect Drug Resist*, 15:1175-1189. URL: <https://www.dovepress.com/the-potential-impact-of-covid-19-virus-on-the-heart-and-the-circulator-peer-reviewed-fulltext-article-IDR> (дата звернення: 29.04.2024).
3. Коробка О. Сучасні уявлення про ураження серцево-судинної системи на тлі COVID-19 та постгострі наслідки. *Кардіологія, Ревматологія, Кардіохірургія*, 2022, №1-2 (80-81).
4. Ткаченко Л.О., Спанчінцева О.А., Тодуров Б.М. Потенційні впливи коронавірусів на серцево-судинну систему в умовах пандемії COVID-19. *Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія*, 2020, № 2. С. 5-17.

НАТАЛІЯ ШУЛЯК, доктор філософії
зі спеціальності 226 Фармація, промислова фармація,
старший викладач кафедри фармацевтичних і хімічних дисциплін,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
nataliia_shuliak@vmi.volyn.ua

РОЗРОБКА АНАЛІТИЧНИХ МЕТОДИК ВИЗНАЧЕННЯ АТОРВАСТАТИНУ ТА ЛІЗИНОПРИЛУ В ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБАХ

Постановка проблеми. Артеріальна гіпертензія та ішемічна хвороба серця – найпоширеніші захворювання, які супроводжується високою смертністю серед осіб працездатного віку та їх інвалідністю від серцево-судинних і цереброваскулярних захворювань. Причиною артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця у більшості випадків є гіперхолестеринемія [1]. Розробка фіксованих комбінацій лікарських засобів з антигіпертензивними та антиатеросклеротичними властивостями, зокрема з включенням статинів, є актуальним завданням сучасної фармацевтичної промисловості. Це дозволяє поєднати ефективність лікування гіпертонії та атеросклерозу з мінімізацією кількості прийнятих препаратів, що покращує комплаєнс пацієнтів до терапії.

Мета роботи - розробка експресних, простих у виконанні, доступних та валідованих спектрофотометричних і хроматографічних методик визначення аторвастатину кальцію та лізиноприлу в субстанціях та ЛЗ.

Методи дослідження - вискоефективна рідинна хроматографія з УФ детектуванням (ВЕРХ/УФ), вискоефективна рідинна хроматографія з подвійним мас-спектрометричним детектуванням (ВЕРХ/МС/МС), абсорбційна спектрофотометрія в ультрафіолетовій (УФ) та видимій областях.

Результати. Розроблено та валідовано спектрофотометричні методики кількісного визначення лізиноприлу у складі готових лікарських форм за нінгідриновою реакцією [2]. У цій реакції лізиноприл взаємодіє з нінгідрином у нейтральному середовищі, що призводить до окисного дезамінування аліфатичної аміногрупи лізину. Утворюється забарвлений комплекс з λ_{max} за довжини хвилі 400 нм і 560 нм. Попередні експерименти показали, що вищої чутливості можна було б досягнути при λ_{max} за довжини хвилі 400 нм, тому його обрали для подальших досліджень. Для вибору оптимальних умов реакції аналізувались різні параметри, такі як температура, час нагрівання, об'єм 0,2% розчину нінгідрину. Встановлено, що оптимальна температура нагрівання розчинів для отримання продукту реакції - $(95 \pm 2) ^\circ\text{C}$, а час нагрівання 25 хвилин найбільш ефективний для утворення фіолетового комплексу. Також встановлено, що оптимальний об'єм 0,2% розчину нінгідрину - 1.1 мл. Проведено апробацію різних сульфоталеїнових барвників з метою отримання неекстрактивного бінарного комплексу між аторвастатином кальцію та барвником на основі іонних асоціатів. Під час введення аторвастатину кальцію до розчину бромтимолового синього (БТС) спостерігалось збільшення поглинання однократно йонізованої форми барвника ($\lambda_{\text{max}} = 430$ нм) та зменшення поглинання двократно йонізованої форми барвника ($\lambda_{\text{max}} = 620$ нм). Сольватохромний ефект впливає на положення спектральних максимумів поглинання барвників у різних органічних розчинниках. Розглянуто можливість застосування методу диференціальної спектрофотометрії за реакцією з БТС із використанням максимуму поглинання продукту реакції за довжини хвилі 420 нм [3]. Перед початком розробки спектрофотометричної методики визначення аторвастатину кальцію за реакцією з бромтимоловим синім (БТС), проведено оптимізацію умов з метою утворення стабільного та чутливого кольорового комплексу іонного асоціату. Максимальне поглинання спостерігалось в розчинах хлороформу та етилацетату з БТС, в той час як етанол, метанол та ацетонітрил не відповідали вимогам. Згідно з принципами «зеленої хімії», хлороформ не використовували для подальших досліджень, а вибрали етилацетат. У результаті експериментів було встановлено, що оптимальна концентрація розчину БТС складала 1.28×10^{-4} М, а розчини залишалися стабільними протягом 45 хвилин. Стехіометричні співвідношення реагуючих компонентів між аторвастатином кальцію та БТС були визначені методом неперервних змін (метод Жоба) і методом насичення (метод молярних співвідношень), де було підтверджено, що вони становлять 1:1. Оцінюючи екологічність методики за допомогою методу Analytical GREENness (AGREE), отримано бал 0.76, що було спричинено використанням етилацетату як розчинника. Тому продовжено розробку більш екологічно чистої методики визначення аторвастатину в медичних засобах. У процесі експериментальної частини також розглянуто можливість використання методу диференціальної спектрофотометрії за реакцією з бромфеноловим синім (БФС) із використанням максимуму поглинання продукту реакції при довжині хвилі 594 нм. Сульфоталеїнові барвники мають дві протоновані форми - монопротоновану та діаніонну. Для БФС ці форми поглинаються у водному розчині при 437 нм (моноаніонна форма) і при 592 нм (діаніонна форма). У метанольному розчині переважає смуга моноаніонної форми БФС, а в присутності аторвастатину кислотно-лужний баланс барвника зміщується в бік двічі деіонізованої форми, оскільки з цією формою барвника аторвастатин утворює більш стійкі

йонні асоціати [4]. Максимальне поглинання спостерігалось в розчинах метанолу та ацетонітрилу з БФС, в той час як етанол, хлороформ, ацетон та етилацетат були неефективними. Тому для подальших досліджень було обрано метанол. Під час експериментів визначено оптимальну концентрацію БФС, яка складала 4.12×10^{-4} М, і стабільність розчинів аторвастатину протягом 45 хв, що дало змогу розробити аналітичну методику. Щодо стабільності йонних асоціатів, якщо вона низька, додавання АФІ не повністю зміщує рівновагу і не всі додані молекули реагують. Стехіометричні співвідношення між аторвастатином кальцію та БФС визначили методами неперервних змін (метод Жоба) і методом насичення (метод молярних співвідношень), підтвердивши, що вони становлять 1:1. Запропоновано хроматографічні умови та розроблено ВЕРХ-методику кількісного визначення аторвастатину кальцію та його домішок в таблетках [5]. Мета цього дослідження полягала в перевірці можливості застосування сучасної колонки з твердофазними частинками для розробки нової, простої, економічно доступної та експресної ВЕРХ-методи для визначення аторвастатину та його домішок. Хроматографічні колонки Shim-Pack XR-ODS II (75 мм x 3 мм, 2.2 мкм) та Agilent Poroshell C18ec (100 мм x 4.6 мм, 2.7 мкм) продемонстрували відмінні результати у розділенні аторвастатину та його домішок. Розроблена методика не лише відповідає вимогам системи, а й легко досягає необхідної чутливості для аналізу домішок, які містяться у таблетках у низьких концентраціях аторвастатину. Розроблена та валідована методика визначення аторвастатину кальцію та його домішок у таблетках представляє собою значний крок у напрямку більш екологічних та ефективних аналітичних підходів. Цей метод стає особливо цінним для лабораторій контролю якості фармацевтичних компаній, де потрібно проводити рутинні аналізи. Використання ВЕРХ для одночасного визначення аторвастатину та лізиноприлу виявляється доцільним, враховуючи фізико-хімічні відмінності між цими сполуками, які ускладнюють їхнє одночасне визначення за допомогою УФ- та видимоспектрофотометрії.

Вибір методу ВЕРХ (високоєфективної рідинної хроматографії) для одночасного визначення аторвастатину кальцію та лізиноприлу є обґрунтованим, оскільки цей метод дозволяє розділити та визначити речовини з різними фізико-хімічними властивостями, такими як гідрофобність або гідрофільність. Лізиноприл є гідрофільною молекулою ($\log P = -1.22$, pK_a 2.5, 4, 6.7 і 10.5), тоді як аторвастатин – гідрофобною ($\log P$ 6.36, pK_a 4.46). Ці факти виражаються надмірною різницею в їхніх утримуваннях і пікових симетриях на оборнено-фазових колонках. Пік лізиноприлу елюється близько до мертвого об'єму на отриманих хроматограмах, у той час як пік аторвастатину зберігається. Тому виникла потреба в розробці простих, економічних, експресних методик для одночасного аналізу цих двох АФІ.

Розробка та валідація хроматографічних методик для одночасного визначення аторвастатину кальцію та лізиноприлу у бінарній суміші та лікарських засобах представляє значний науковий прорив. Підхід до використання різних хаотропних аніонів для обмеження використання іонно-парних реагентів є інноваційним та перспективним. Використання хаотропних речовин дозволяє розробляти експресні та ефективні методики, які можуть бути використані для контролю якості лікарських засобів у наукових цілях. Такий підхід допомагає забезпечити точність та надійність аналізу, одночасно дотримуючись принципів «зеленої хімії». Отримані результати свідчать про успішність розробленої хроматографічної методики, яка є не лише простою та експресною, але й відповідає вимогам стандартів якості та екологічності. Це важливий крок у напрямку покращення аналітичних методів для фармацевтичної промисловості та забезпечення безпеки та ефективності лікарських засобів.

Список використаної літератури

1. Lippi G, Mattiuzzi C, Cervellin G. Statins popularity: A global picture. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2019;85(7):1614-5.

2. Shulyak N, Budzivula K, Kucher T, Kryskiw L, Poliak O, Logoyda L. Spectrophotometric methods for the determination of lisinopril in medicines. *Pharmacia*. 2021;68(4):811-8.
3. Shulyak N, Protsyk S, Kucher T, Kryskiw L, Poliak O, Zarivna N, Logoyda L. Development of the spectrophotometric method for the determination of atorvastatin in tablets by using bromothymol blue. *ScienceRise: Pharmaceutical Science*. 2022;4(38):89-97.
4. Shulyak N, Protsyk S, Kucher T, Kryskiw L, Poliak O, Mosula L, Logoyda L. Development of the Spectrophotometric Method for the Determination of Atorvastatin Calcium in Tablets by using Bromophenol Blue. *Methods and objects of chemical analysis*. 2022;17(3):111-7.
5. Shulyak N, Piponski M, Kovalenko S, Stoimenova TB, Balkanov T, El-Subbagh HI, Drapak I, Omotosho JO, Logoyda L. Development of a Novel, Fast, Simple HPLC method for determination of atorvastatin and its impurities in tablets. *Scientia Pharmaceutica*. 2021;89(2):1-16.

V.T. STEPAN, DSc, assoc. professor
Chernivtsi Yu. Fedkovych National University

O. O. PETELYTSKYI, resident
Chernivtsi Regional Emergency Hospital

B. T. STEPAN, PhD, assoc. professor
Lesya Ukrainka Volyn National University
swt-chem@ukr.net

IMMUNE STATUS REHABILITATION IN ABDOMINAL SEPSIS USING RECONVALESCENT HYPERIMMUNE PLASMA

Introduction

A review of the literature on sepsis results in conclusion that it is difficult to diagnose and treat but incidence is steadily increasing, as is the number of deaths resulting from sepsis each year. By convention, sepsis, including abdominal sepsis (AS) is described as dysregulated systemic inflammatory response syndrome when associated with a documented infection. AS occurs when bacterial, fungal, or parasitic infection in abdominal cavity results in a development of systemic reaction by the immune system. It thought to be mediated by the presence of circulating pro-inflammatory mediators such as IL-1, IL-6 and TNF α . The mediators cause circulatory collapse and panendothelial injury, which increases microvascular permeability everywhere in the entire organism. Deaths occur early in the course of disease due to irreversible shock, or later due to development of multiple organ dysfunction syndrome (MODS). The strong pro-inflammatory response is often counteracted by an immediate activation of anti-inflammatory mechanisms of the immune system. Ideally, adequate correction of immunosuppression may be a method of choice for treatment of AS. But, currently majority of methods for immunorehabilitation (including anti-cytokines agents, receptor blocking remedies, interleukins promoting therapy, interferon, etc) in AS are expensive and not-so-effective.

The aim of this study was to evaluate the efficacy of immunorehabilitation based on organism's immunologic factors substitution.

Material and Methods. 296 patients (212 – study group, 58 – control group, 26 – hyperimmune plasma reconvalescent donors) participated in the study fully compliant with international and national regulations in bioethics.

Control group subjects were practically health blood and plasma donors who had no documented abdominal infection in anamnesis at least two years prior to investigation with no signs of any chronic disease and latent infection at the time. Hyperimmune plasma donors (HPD) group was formed from patients, who underwent abdominal surgical infection including AS not more than

six months prior to the study. The main criterion for their inclusion into the HPD was significantly higher than common levels of serum antibodies against major AS pathogens.

The median age of study and control groups' patients was 44.37 ± 5.92 years (range 22-85). Ninety-one (42.93%) patients were male; all patients were Caucasian, residing in South West Ukraine. Mortality in research group was 16.04% (34 patients), and 22.41% (13) in control. All patients underwent urgent surgery, several of them several times resulting in total of 323 operations (mean 1.20 ± 0.33 per patient). AS diagnosis was established on the basis of clinical examination (SIRS) and laboratory findings, including pathomorphological, microbiological and immunological methods.

Experimental part was conducted on murine model. 775 Wistar line rats (middle aged, adolescent, both genders, mean mass 257.89 ± 36.42 g) and 38 inbred dogs (adolescent, both genders, mean mass 11.35 ± 0.78 kg) were involved into the study. All animals were quarantined and examined for possible chronic or/and acute pathology prior to the experiment. All experimental animals were divided into following groups: – 1st group (32 dogs and 123 rats) participated in the microbiologic study; – 2nd group (6 dogs and 19 rats) – development of AS' animal model, evaluation of models reliability; – rest of animals (633 Wistar rats) formed main research groups (subdivision inserted in the following text).

Results and Discussion. The first stage of experiment included development of animal model of AS and proving of its compliance with clinical prototype. AS in animal was developed with use of individually calculated dose of standard virulent strains of *E. coli* and *B. fragilis* in concentrations of 10^8 and 10^6 respectively and addition of adjuvant (blood, sterilized feces, etc). To prove experimental efficacy of selected model a set of tests (microbiologic and pathomorphological) was

aerobic microorganisms. Dominating species were *E. coli*, *B. fragilis*, *S. aureus*, *Staphylococcus spp.* *Pseudomonas spp.*, *Peptococcus* and *Klebsiellae* species played a lesser but significant role iperformed. Also, microbiologic investigation allowed us to select major and clinically most significant pathogens for further immunologic research.

Results of microbiologic tests show that systemic inflammatory response syndrome in abdominal sepsis is mainly caused by association of both aerobic and ann development of AS, too.

Control group of experimental animals (healthy Wistar rats) showed following average antibodies concentrations (titers) against major AS pathogens: anti *E. coli* – 4.15 ± 0.47 ; anti *Pseudomonas* – 4.11 ± 0.56 ; anti *Staphylococci* – 4.08 ± 0.37 ; anti *Klebsiellae*– 1.82 ± 0.11 . *Klebsiellae* dependant antibodies have no significant changes during the development of SIRS and AS in experimental animals. In fact, anti *Klebsiellae* antibodies titers are not affected by bacterial translocation meaning that this kind of bacteria has non-specific immunosuppressive/immunotolerance feature preventing immune system from inducing adequate immune response. All other antibodies have very similar dynamics of changes with initial suppression during first 1-5 days of AS with explosive growth after 7th day. This fact must be focused on as it illustrates the necessity for immunorehabilitation for AS patients especially during first stages of disease.

Single surgery is more beneficial from the point of immunological view. The most dramatic difference was observed while compare data of antistaphylococci antibodies dependence on number of operations. For example, difference in titers at day 1 in groups with 1 and 3 surgeries was over three times. Other differences were less significant but easily noticeable and statistically reliable ($p < 0.05$). In order to correct negative changes of immune status occurred due to bacterial translocation and endotoxin influence followed by SIRS we used passive immunosubstitute therapy.

Experimental animals were divided into three groups: the first one (56) underwent treatment with hyperimmune serum (1ml/100 g of weight), obtained from animals immunized with clinical strains of *E. coli* and *S. aureus*; another group (45) of animals was treated with hyperimmune serum

and also received antibiotic ciprofloxacin (once daily, 10 mg/100 g of weight). Control animals (35) received ordinary serum once daily. Control group showed the lowest level of anti *E. coli* and *S. aureus* antibodies at day 1 and 3; the group of animals which received hyperimmune serum showed almost similar (anti *E. coli* antibodies) results ($p>0.05$) with the third group where animals received both antibiotic and hyperimmune serum but levels of anti *Staphylococci* antibodies were generally lower in hyperimmune serum plus antibiotic group than in the group of animals which received only hyperimmune serum ($p>0.05$).

Levels of most important antigens are significantly higher in hyperimmune donors than in control. Only anti-*Klebsiellae* antibodies differed unreliably ($p>0.05$) in both groups. The reason of this fact may be related to the peculiarities of *Klebsiellae* structure, where intrinsic bacterial wall compounds may have primarily immunosuppressive/immunopassive features, causing very little specific immunity. Diversity of results obtained under clinical conditions in groups after surgery forced to further analyze the reasons of such diversity. There is statistically reliable difference between two major groups of patients. The first one included those who survived and another one included lethal cases, indicating the gravity of the AS. The main difference is observed in terms of dynamics related to anti *E. coli* and anti *S. aureus* antibodies. Although, anti *E. coli* antibodies significantly ($p<0.05$) decrease at days 1-4 after surgery, their almost two-fold rise, as well as of anti *S. aureus* antibodies at day 5-10 reliably ($p<0.05$) differ from the group with heavy course AS indicating association between the course of disease and immunologic changes.

During all days of hospitalization, the research groups' patients received treatment with hyperimmune plasma donated by volunteer donors who underwent abdominal infection at least 6 months prior to the study. Their plasma contained high levels of specific antibodies against major AS pathogens including *Escherichia* and *Staphylococci*. Each patient of research group received 100-200 ml of hyperimmune plasma, dependently on symptoms, expression of SIRS and multi organ dysfunction syndrome and current availability of plasma at that time. The most remarkable influence on plasma antibodies' levels can be found in relation to anti *E. coli*. The influence of hyperimmune plasma transfusion on other (anti *Staphylococcus* and anti *Pseudomonas*) antibodies' levels was less significant but statistically reliable ($p<0.05$). Only anti *Klebsiellae* antibodies level showed no verified ($p>0.05$) growth after hyperimmune plasma transfusion.

Conclusions. Development of AS is followed by significant decrease of the most important antibodies against major pathogens mostly during the first days of postoperative period. Frequent/multiple surgery provokes further decrease of antibodies levels, stimulating investigation related to optimization of surgical tactics and strategies in this group of patients. The passive immunorehabilitation method is not widely used in the clinic whereas it shows good results. The method may be rationally included in the AS treatment protocol, especially at the early (1-5 days) of postoperative period, although, in several instances the economic benefit may be questioned because of price for hyperimmune plasma.

References

1. Cobianchi L, Dal Mas F, Massaro M, et al. Team dynamics in emergency surgery teams: results from a first international survey. *World J Emerg Surg.* 2021;16(47). <https://doi.org/10.1186/s13017-021-00389-6>.
2. Hess B, Cahenzli M, Forbes A, WFICC (World Federation of Intensive and Critical Care). Management of acute mesenteric ischaemia: Results of a worldwide survey. *Clinical Nutrition ESPEN*, 2023;54:194-205. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2022.12.022>.
3. Polyovyy VP, Sydorchuk RI, Fedonyuk LY, Rotar OV, Polyovyy PV, Chepega IG, Fomin AA. Application of antibiotics and probiotics for prevention of antibiotic-associated disbiosis in patients with generalized peritonitis and enteral dysfunction supports staff awareness. *Wiad Lek.* 2021;74(3 cz 1):508-511.
4. Sartelli M, Abu-Zidan FM, Catena F, et al. Physiological parameters for Prognosis in

Abdominal Sepsis (PIPAS) Study: a WSES observational study. *World J Emerg Surgery*. 2019; 14: 34. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0253-2>.

5. Tartaglia D, Cremonini C, Annunziata E. et al. Acute diverticulitis in immunocompromised patients: evidence from an international multicenter observational registry (Web-based International Register of Emergency Surgery and Trauma, Wires-T). *Tech Coloproctol*. 2023. <https://doi.org/10.1007/s10151-023-02758-6>.

Наукове видання

МАТЕРІАЛИ

II Міжнародної науково-практичної конференції

«ЛІКАРІ ТА МЕДСЕСТРИНСТВО: ТРАНСФОРМАЦІЯ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ПОСТВОЄННЕ ВІДНОВЛЕННЯ»

16-17 травня 2024 року

Друкується в авторській редакції

Редакція, видавець і виготовлювач –
КЗВО «Волинський медичний інститут»
(м. Луцьк, вул. Лесі Українки, 2, тел. (0332) 72-36-55).