

Отже, виразкова патологія органів ШКТ, в залежності від характеру її перебігу, прогнозу, важкості, має певний вплив на особистість хворого і на його когнітивну сферу зокрема. Можна зробити висновок, що захворювання змінює когнітивні структури особистості (ставлення, установки, направленість). Для хворих при загостренні або тривалому перебігові виразкових захворювань ШКТ характерні соматопсихічні розлади, що проявляються у порушенні психіки, мислення, пам'яті та уваги. Найбільш значущою причиною соматопсихічних розладів у гастроентерологічних хворих виступає больовий синдром, який негативно впливає на нервову систему і на психічні функції людини.

Список використаних джерел

1. Бабак О.Я. Психосоматичні порушення при виразковій хворобі та спосіб їх корекції / О.Я. Бабак // Сучас. гастроентерологія. 2003. № 2. С. 65-67.
2. Кришталь В.В. Психосоматична патологія: генезис та підходи до корекції. 2001. №. 1. Р. 37-40.
3. Мозгова Г.П., Ханецька Т.І., Якимчук О.І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: Навчальний посібник. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 383 с.

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти **ОЛЬГА ГУСАК**,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник:
к. мед. н., доц. **СЕРГІЙ КАЛИНЧУК**

ЕФЕКТИВНИЙ КОМУНІКАЦІЙНИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА КОЛІННОМУ СУГЛОБІ В ПРОЦЕСІ ПРОХОДЖЕННЯ ПЕРШОЇ ФАЗИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Актуальність теми. Однією з актуальних проблем сучасної фізичної терапії залишаються травми опорно-рухового апарату. Незважаючи на вагомі досягнення сучасної медицини та фізичної терапії у цьому питанні, артроз КС за показником первинної інвалідності залишається високим, про що свідчать цифри – 2,4 випадки на 10 тисяч дорослого населення.

Мета дослідження – створення ефективного комунікаційного алгоритму в ланцюгу «лікар-реабілітолог – пацієнт – медична сестра» в процесі проходження пацієнтом першої фази реабілітації після артроскопічних втручань.

Методи дослідження. Аналіз, узагальнення та систематизація даних наукової та методичної літератури; медико-біологічні (контент-аналіз медичних карток пацієнтів, результатів їх огляду, клінічних тестів та рентгенографії); функціональні методи дослідження (індекс маси тіла (ІМТ), індекс больового синдрому при активних і пасивних рухах в ураженому суглобі); методи математичної статистики.

Всього було обстежено 61 пацієнт: жінок – 37, чоловіків – 24. Вік пацієнтів складав від 28 до 67 років.

Пацієнти І групи знаходилися на прямому постійному контакті з медичним персоналом центру первинної медико-санітарної допомоги (медичною сестрою) в телефонному режимі.

Пацієнти ІІ групи в післяопераційному періоді також були проконсультовані лікарем-реабілітологом і при виписці зі стаціонару отримали індивідуальну програму реабілітації.

Результати дослідження:

Група пац.	Кільк.	Вносили зміни	Вчасно вносили зміни	Не вчасно вносили зміни	Усклад.	Потребув. Продовження І фази	Вчасно закінчили І фази та Перейшли до ІІ фази
I	31	16	16	-	-	-	31
II	30	14	8	6	2	6	24

Висновки:

1) перед початком проходження I фази медичної реабілітації пацієнт має бути ретельно ознайомлений із програмою реабілітації, розуміти важливість дотримання чіткого виконання всього алгоритму реабілітаційної програми, чітко уявляти критерії патологічних змін, які будуть свідчити про необхідність додаткової консультації фахівця з прийняттям рішення про можливу корекцію програми;

2) медична сестра первинної ланки, яка безпосередньо приймає участь в спостереженні за станом пацієнта на амбулаторному етапі лікування, має бути ознайомлена з програмою реабілітації, критеріями її ефективності, мати можливість підтримувати постійний зв'язок з пацієнтом та лікарем-реабілітологом. Наш досвід показав, що саме за виконання цих умов (I група пацієнтів) проходження I фази медичної реабілітації є вдалими і всі пацієнти вчасно перейшли до наступної фази (навіть не зважаючи на те, що у 16 пацієнтів (52%) із 31 знадобилося вносити зміни в програму). Завдяки ефективності комунікативного ланцюга «лікар-реабілітолог ↔ медична сестра первинної ланки ↔ пацієнт» ці зміни вносилися вчасно, що і дало можливість уникнути виникнення ускладнень та продовження терміну проходження I фази медичної реабілітації;

3) при проходженні амбулаторного етапу лікування в I фазі медичної реабілітації з використанням комунікаційного ланцюжка «лікар-реабілітолог (лікуючий ортопед-травматолог) ↔ пацієнт» можуть виникати складності, які в свою чергу будуть призводити до невчасного корегування програми медичної реабілітації, виникнення ускладнень в ранньому післяопераційному періоді та продовження терміну I фази програми медичної реабілітації (в нашому дослідженні продовження I фази реабілітації потребували 6 (20%) пацієнтів цієї групи та у 2 (≈7%) виникли ускладнення, які потребували додаткових маніпуляцій).

Список використаних джерел

1. Без'язична О. В. Використання масажу та фізіотерапії після артроскопічних операцій на колінному суглобі / О. В. Без'язична // Слобожанський науково-спортивний вісник. 2014. № 3. С. 23-25.

2. Етапна реабілітація після артроскопічних втручань на колінному суглобі / І. В. Рой, О. І. Баяндіна, І. К. Бабова, О. А. Костогриз // Матеріали міжнародного конгресу «Медична і фізична реабілітація – європейський підхід» в рамках міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України». К., 2012. С. 68.

3. Зазірний І. М. Сучасні суперечливі погляди на реабілітацію після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки (огляд літератури). Частина II / І. М. Зазірний // Вісник ортопедії, травматології та протезування. 2014. № 3. С. 75-79.

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти **ЮЛІЯ ТОМАШУК**,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник:
к. мед. н., доц. **СЕРГІЙ КАЛИНЧУК**

ЗНАЧЕННЯ БАЗОВОГО РІВНЯ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНИХ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ СХИЛЬНОСТЕЙ ДЛЯ ПОДАЛЬШОГО ОПАНУВАННЯ КОМУНІКАТИВНИХ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ НАВИЧОК У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Актуальність теми. Розвиток соціальної та комунікативної майстерності у студентів, які готуються до кар'єри у сфері медсестринства, здійснюється через освоєння низки гуманітарних наук, що лягають в основу базової освіти. Ці предмети, що входять у базовий навчальний план, спрямовані на розвиток умінь професійного спілкування через впроваджену модель та методику викладання, що сприяє формуванню вказаної компетенції.