



**NURSING**  
Academic & Scientific Institute  
TERNOPIL NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

**MacEwan**  
UNIVERSITY  
UKRAINIAN RESOURCE AND  
DEVELOPMENT CENTRE



Міністерство охорони здоров'я України  
Тернопільський національний медичний  
університет імені І. Я. Горбачевського  
Міністерства охорони здоров'я України

**«МЕДСЕСТРИНСТВО ТА ВИКЛИКИ  
СЬОГОДЕННЯ»**

**МАТЕРІАЛИ  
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
(Тернопіль, 24 жовтня 2024 року)**

**Державна установа «Центр розвитку медсестринства Міністерства  
охорони здоров'я України»**

**State agency “Center for Nursing Development of the Ministry of Health of  
Ukraine”**

**Тернопільський національний медичний університет імені І. Я.  
Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України**

**Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical university of the Ministry of  
Health of Ukraine**

**Mac Ewan University**

**III міжнародна науково-практична медсестринська конференція**

**«Медсестринство та виклики сьогодення»**

**III International Scientific Nursing Conference**

**«Nursing and Modern Challenges»**

**24 жовтня 2024 року**

**24 October 2024**

**УКРМЕДКНИГА**

**ТЕРНОПІЛЬ, 2024**

## ОРГКОМІТЕТ

### Голова:

- *Михайло КОРДА* – ректор закладу вищої освіти Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України;

### Співголови:

- *Аркадій ШУЛЬГАЙ* – проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи;
- *Іван КЛІЩ* – проректор закладу вищої освіти з наукової роботи;
- *Степан ЗАПОРОЖАН* – проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної та лікувальної роботи;
- *Світлана ДАНЬЧАК* – директор Навчально-наукового інституту медсестринства ТНМУ імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, кандидат медичних наук, доцент

### Члени оргкомітету:

- *Ігор ГОСПОДАРСЬКИЙ* – завідувач кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;
- *Ольга ЗАРУДНА* – доцент закладу вищої освіти кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;
- *Надія РЕГА* – доцент закладу вищої освіти кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;
- *Юлія ДАНИЛЕВИЧ* – доцент закладу вищої освіти кафедри

вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;

- Людмила МАЗУР – доцент закладу вищої освіти кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;
- Віта СЛАВОПАС – асистент кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;
- Юлія КОЦАБА – асистент кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;
- Роман ВОЛКОВ – асистент кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;
- Оксана ПРОКОПЧУК – асистент кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;
- Ірина ЯВОРСЬКА – асистент кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;
- Ольга КОЗАК – асистент кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;
- Дмитро КОВАЛЬЧУК - асистент кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології;

**І. Дослідження, спрямовані на  
допомогу людям з обмеженими  
можливостями та маргіналізованим  
групам населення.**

# ПІДХІД ДО МОДЕЛЮВАННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ПОРУШЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ПОСТІНСУЛЬТНИХ ПАЦІЄНТІВ

*Д.О. Ковальчук, Л.П. Мазур, А.С. Сверстюк*

Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Постінсультні пацієнти є вразливою категорією людей, адже 31% тих, хто переніс інсульт, потребують допомоги, а 20% не можуть самостійно пересуватися. **Мета.** Створення моделі прогнозування ризику неврологічних розладів, порушення опорно-рухового апарату та показників якості життя у постінсультних пацієнтів.

**Основна частина.** Обстежено 105 пацієнтів віком від 35 до 83 років, які перенесли інсульт і перебували на стаціонарному лікуванні. Для вимірювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, використовувався опитувальник SF-36. Прогностична модель побудована за допомогою багатофакторного регресійного аналізу. При моделюванні аналізувалися такі фактори: локалізація уражень в обох півкулях, потиличній і тім'яно-потиличній ділянках, симптоми ураження опорно-рухового апарату: запаморочення, оніміння кінцівок, парези, гемігіпестезія, рухові порушення та 10 індексів опитувальника SF-36.

**Результати.** Регресійна модель виявила фактори ризику, які були визначені як значущі, що підвищувало ризик неврологічних розладів, порушення опорно-рухового апарату (RPN&MSD) та показників якості життя у постінсультних пацієнтів. Такими факторами були показники опитувальника SF-36 (соціальне функціонування (SF) і фізичне функціонування (PF)), а також локалізація вогнища інсульту в потиличній ділянці (FOR), наявність симптомів ураження опорно-рухового апарату (PSMD), запаморочення (D), оніміння кінцівок (LN), парез (P), гемігіпестезія (HN), рухові розлади. Остаточна математична модель була наступною: Індекс RPN&MSD =  $-0,003427*PF + 0,002850*SF +$

$0,305240*FOR + 0,185427*PSMD + 0,399965*D + 0,785722*LN + 0,424828 *P$   
 $+ 0,524192*HH + 0,658988*PP + 0,466203.$

**Висновки.** Розроблена регресійна модель дозволяє виявити ризики неврологічних розладів та порушення опорно-рухового апарату у постінсультних пацієнтів з метою надання їм своєчасної медсестринської допомоги для відновлення фізичних функцій та покращення якості життя.

**II. Питання медичної, соціальної та психологічної адаптації різних груп населення, роль та межі відповідальності медичних сестер.**



# ВЗАЄМОДІЯ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З ІНШИМИ СЛУЖБАМИ ЯК ОДИН ІЗ ОСНОВНИХ ЕТАПІВ ЕФЕКТИВНОЇ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Ганзіна Яна, Ю.А Денисюк

Тернопільський національний медичний університет Імені І.Я  
Горбачевського МОЗ України м Тернопіль Україна

**Актуальність.** У зв'язку із збільшенням кількості надзвичайних ситуацій у світі, зокрема природніх катастроф, техногенних аварій та військових конфліктів, взаємодія медичної сестри з іншими службами є надзвичайно важливою.

**Мета.** Визначити ключові аспекти взаємодії медичної сестри та інших екстрених служб.

**Матеріали та методи.** Здійснення системного аналізу було використанно шляхом використання пошукових систем наукової інформації, зокрема BMC Emergency Medicine, PubMed, USAID.

**Результати.** За останній рік спостерігається значне збільшення надзвичайних ситуацій в цілому світі. До прикладу, статистика свідчить, що в Англії кількість звернень за невідкладною допомогою у 2024 році зросла на 3,8%. В Україні відсоток надзвичайних ситуацій вдвічі більший, це зумовлено військовим станом. Близько 1.3 мільйона людей отримали невідкладну медичну допомогу, але число постраждалих з кожним днем все зростає. Це вказує на загальне зростання навантаження на системи охорони здоров'я, що в свою чергу може вплинути на якість і доступність медичних послуг. Ці проблеми вимагають швидкого реагування, координації та взаємодії між різними службами для забезпечення стабільної та безперебійної роботи в умовах перевантаження. Які ж аспекти повині бути присутні для ефективного забезпечення невідкладної медичної допомоги:

- 1) Комунікація: Чітка і швидка комунікація медсестер з парамедиками, рятувальниками та лікарями є основою для ефективної координації дій.
- 2) Спільне планування: Взаємодія включає спільну участь у розробці планів дій під час надзвичайних ситуацій.
- 3) Координація дій: Взаємодія з іншими службами вимагає чіткого узгодження дій. Медична сестра повинна відповідати за організацію та управління медичною допомогою, забезпечуючи, щоб всі всі ланки були проінформовані про план дій.
- 4) Взаємна підтримка: Медсестри в разі нестачі матеріалів чи вільних рук можуть залучати до допомоги інші служби.
- 5) Оцінка та зворотний зв'язок: Після завершення надзвичайної ситуації важливо оцінити і обдумати ефективність роботи, виявити області для покращення, аби підсилити ефективність в майбутньому.

Усі ці аспекти в першу чергу допомагають швидкому та ефективному наданні медичної допомоги, що в свою чергу рятує життя

**Висновок:** Взаємодія медсестер з іншими службами є надзвичайно важливим ключем для успішного надання невідкладної допомоги під час надзвичайних ситуацій. Чітка комунікація, спільне планування, координація дій, взаємна підтримка, оцінка та зворотний зв'язок, дозволяють створити умови для ефективної роботи та забезпечують безпеку пацієнтові.

# ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ РІВНЯМИ КОМПЛАЄНТНОСТІ

О.В. Батюх, Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена  
Річинського

Л.П. Мазур, Тернопільський національний медичний університет імені  
І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

М.І. Марущак, Тернопільський національний медичний університет імені  
І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

**Вступ.** Забезпечення позитивних результатів медикаментозної терапії вимагає комплексного підходу, одним із ключових моментів якого є прихильність пацієнта до абсолютного виконання призначень та рекомендацій медичного персоналу. Індивідуальний підхід та врахування типів особистості пацієнта дозволить розуміти рівень співпраці пацієнт / лікар / медична сестра. Складовими елементами цієї взаємодії повинні бути навчання, контроль та корекція для мінімізації ризиків ускладнень. Ефективність управління процесом терапії значною мірою залежить від навчання (освіти) та підтримки пацієнта. Правильна мотивація забезпечуватиме виконання призначень та ефективність лікування. Тривожні пацієнти можуть ускладнювати процес лікування шляхом внесення своїх корективів в терапевтичні заходи. Зокрема, страх, перебільшення, негативні установки, занепокоєння, сумніви пацієнта беззаперечно негативно впливають на процес лікування. Завданням медичної сестри в процесі лікування є підвищення готовності пацієнта співпрацювати та виявити можливі навмисні чи/або ненавмисні перешкоди з його боку на шляху терапії. Визначення рівня тривожності на початковому етапі лікування дозволить контролювати виконання призначень та вчасно реагувати на зміни емоційного стану пацієнта.

**Основна частина.** Дослідження проводилося у два етапи. Завдання першого етапу передбачало виявлення рівнів комплаєнтності у пацієнтів з хронічними

захворюваннями. Для діагностики використовували шкалу Morisky Medication Adherence Scale-8. В опитуванні взяли участь 102 пацієнти, вибірку склали 58 жінок (56,9 %) та 44 чоловіків (43,1 %). Загалом у респондентів визначено високий рівень комплаєнтності в 38 осіб (37,3 %), з них у 16 чоловіків (42,1 %) та 22 жінок (57,9 %); середній рівень в 30 (29,4 %), з них у 16 чоловіків (53,3 %) та 14 жінок (46,7 %); низький рівень прихильності до лікування в 34 пацієнтів (33,3 %), з них у 12 чоловіків (35,3 %) та 22 жінок (64,7 %). Метою другого етапу дослідження у пацієнтів, що мають хронічні захворювання, була необхідність визначення рівнів особистісної тривожності з різною прихильністю до лікування. Діагностику тривожності проводили шляхом опитування, використовуючи шкалу Taylor Manifest Anxiety Scale. Загалом у вибірці спостерігалось переважання високого рівня особистісної тривожності – 44 пацієнти (43,1 %), з них у 10 чоловіків – 22,7 % / 34 жінок – 77,3 %, а також середній (з тенденцією до високого) рівень виявлено у 39 осіб (38,2 %), з них 23 чол. – 59,0 % / 16 жін. – 41,0 %, середній (з тенденцією до низького) у 12 (11,8 %), з них 7 чол. – 58,3 % / 5 жін. – 41,7 % та дуже високу тривожність визначено у 7 опитаних (6,9 %), з них 4 чол. – 57,1 % / 3 жін. – 42,9 %). При аналізі рівнів особистісної тривожності у респондентів з низькою прихильністю до лікування встановлено: у 24 осіб (70,6 %) високий рівень тривожності (6 чол. – 25,0 % / 18 жін. – 75,0 %); у 8 опитаних (23,5 %) середній (з тенденцією до високого) рівень тривожності (4 чол. – 50,0 % / 4 жін. – 50,0 %) та у 2 пацієнтів (5,9 %) дуже високий рівень особистісної тривожності (2 чол. – 100 %). При аналізі рівнів особистісної тривожності у респондентів з середньою комплаєнтністю визначено: у 14 осіб (46,7 %) високий рівень тривожності (4 чол. – 28,6 % / 10 жін. – 71,4 %); у 14 респондентів (46,7 %) середній (з тенденцією до високого) рівень тривожності (10 чол. – 71,4 % / 4 жін. – 28,6 %) та у 2 пацієнтів (6,6 %) середній (з тенденцією до низького) рівень особистісної тривожності (2 чол. – 100 %). При аналізі рівнів особистісної тривожності у респондентів з високим рівнем прихильності до лікування визначено: у 14 осіб (36,8 %) високий рівень тривожності (2 чол. –

14,3 % / 12 жін. – 85,7 %); у 18 досліджуваних (47,4 %) середній (з тенденцією до високого) рівень тривожності (10 чол. – 55,6 % / 8 жін. – 44,4 %) та у 6 пацієнтів (15,8 %) середній (з тенденцією до низького) рівень особистісної тривожності (4 чол. – 66,7 % / 2 жін. – 33,3 %).

**Висновки.** Моніторинг рівня тривожності як профілактичний захід необхідний у систематичному процесі комплексної оцінки у виявленні змін в прихильності до лікування пацієнта та своєчасного реагування, впливу медичної сестри в міру своєї компетенції, на якість навчання пацієнта. Саме співпраця шляхом інформування, освіти, пропагування, мотивації та підтримки пацієнта забезпечить покращення якості життя й сприятиме здатності контролювати його здоров'я.

# СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ ПАЛІАТИВНОЇ І ГОПІСНОЇ ДОПОМОГИ НА ТЕРНОПІЛЬЩИНІ

Рега Н.І., Коцаба Ю.Я.,

Тернопільський національний медичний університет імені

І.Я.Горбачевського МОЗ України.

Вступ. Згідно з визначенням ВООЗ, паліативна допомога (ПД) є підходом, що покращує якість життя пацієнтів та членів їх сімей, у ситуації, пов'язаній із хворобою, що загрожує життю пацієнта, через попередження та послаблення його страждань шляхом ранньої ідентифікації та точної (бездоганної) оцінки та лікування болю і полегшення інших фізичних, психосоціальних та духовних проблем. Основними складовими ПД є медична (симптоматична терапія, попередження та лікування хронічного больового синдрому, медикаментозна терапія, надання ефективного знеболення), соціальна (в тому числі надання соціальної послуги паліативного догляду), духовна і психологічна підтримка пацієнта та його сім'ї

Основна частина. Надання ПД регламентує наказ МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні». Зокрема, в ньому наведені критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги. Але національна служба здоров'я України (НСЗУ)

Роз'яснення для ЗОЗ 06.05.2024 року оприлюднила « Роз'яснення щодо принципу оплати послуг за пакетом медичних послуг «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям» та « Роз'яснення щодо принципу оплати послуг за пакетом медичних послуг «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям». Зокрема, в додатках до нього наведені оновлені критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги, а саме: Додаток 2 «Захворювання та їх особливості у пацієнтів, що потребують паліативної

допомоги»; Додаток 3 «Стани, клінічні показники та функціональні розлади у пацієнтів, які потребують паліативної допомоги»;

Додаток 4 «Захворювання та їх особливості у пацієнтів дитячого віку, що потребують паліативної допомоги»; Додаток 5 «Стани, клінічні показники та функціональні розлади у пацієнтів дитячого віку, що потребують паліативної допомоги»; До медичних послуг, які надаються госпісом і паліативним відділенням за Програмою медичних гарантій у 2024 році відносяться: Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям, Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям. НСЗУ оплачує саме медичну складову паліативної допомоги. Згідно з визначенням ВООЗ, медична складова у паліативній допомозі - це симптоматична терапія, полегшення болю та інша допомога. І така допомога спрямована на підтримку чи поліпшення якості життя. Щоб отримати паліативну допомогу безоплатно, пацієнт має звернутися до свого сімейного або лікуючого лікаря. Він виписує направлення на отримання мобільної чи стаціонарної допомоги. За пакетом стаціонарної паліативної допомоги пацієнт отримує такий перелік безоплатних послуг: Складання плану спостереження пацієнта чи пацієнтки та оцінка стану. Запобігання та лікування хронічного больового синдрому. А також - ефективне знеболення та забезпечення цілодобового доступу до ненаркотичних та наркотичних знеболювальних. Цими препаратами пацієнта мають забезпечити у стаціонарі закладу безоплатно. Купувати їх за власні кошти не потрібно. Також пацієнт отримує лікарське спостереження та цілодобовий медсестринський догляд. Проведення необхідних лабораторних досліджень та інструментальних обстежень. Симптоматична терапія. Це - фармакотерапевтичні, хірургічні, фізіотерапевтичні та інших методи лікування. Киснева терапія та респіраторна підтримка (за потреби). Харчування в умовах стаціонару, зокрема лікувальне харчування. Купувати пацієнту його не потрібно Складання плану фізичної та психологічної чи

психічної адаптації пацієнта. Послуги фізичної терапії та медичної реабілітації. Навчання членів родин пацієнта навичкам догляду.

Мобільну паліативну допомогу мультидисциплінарна команда надає пацієнту за місцем перебування. За цим пакетом пацієнт чи пацієнтка отримує безоплатно такі послуги: Складання плану спостереження, оцінка соматичного та психоемоційного стану. Запобігання та лікування хронічного больового синдрому. В тому числі призначення та виписки рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, ненаркотичні знеболювальні препарати та проведення знеболення. Працівники мобільної бригади можуть виписати рецепт на такі речовини. Проте пацієнт купує їх за власні кошти, якщо у місці проживання відсутня відповідна місцева програма з забезпечення пацієнтів такими ліками в амбулаторних умовах. Безоплатним є проведення ряду лабораторних досліджень, а також забір матеріалів для проведення інших аналізів і транспортування їх до лабораторного центру. Пацієнт отримує необхідні інструментальні обстеження, такі як електрокардіографія, за умов наявності відповідного портативного обладнання. За потреби пацієнту забезпечують кисневу підтримку та засоби для мобільності. Для лікування хронічного больового синдрому створено «Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, який затверджений Наказом МОЗ України від 25.04.2012 № 311 Перелік лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 12 лютого 2024 року поповнився шістьма позиціями морфіну. Введений в дію Закон, який врегульовує обіг рослин роду коноплі в медичних, промислових цілях, науковій та науково-технічній діяльності. МОЗ затвердило перелік хвороб і станів, за яких призначатиметься медичний канабіс. Йдеться про хронічний або нейропатичний біль та/або спастичність, спричинені злоякісними новоутвореннями; діабетичною нейропатією, розсіяним склерозом, ураженням трійчастого та лицевого нерва, нервових корінців та сплетінь; невралгією



внаслідок оперізувального лишая; компресією нервових корінців та сплетінь при хворобах; мононевропатією рук і ніг; поліневропатією та іншими ураженнями периферичної нервової системи; церебральним паралічем та іншими паралітичними синдромами; травмами спинного мозку та внутрішньочерепними травмами. Також медканабіс призначатимуть, якщо у пацієнта є нудота та блювання внаслідок хіміотерапії під час лікування новоутворень. Серед показань також хвороба Паркінсона, синдром де ля Туретта, фармрезистентна епілепсія, захворювання, що спричиняють судомні напади у дитячому віці (синдроми Леннокса-Гасто, Драве, туберозний склероз); втрата ваги, пов'язана з анорексією у пацієнтів з хворобами, зумовленими вірусом імунодефіциту людини. Призначення за інших захворювань можливе лише за наявності висновку лікарсько-консультативної комісії. Цей перелік заснований на найсучасніших дослідженнях і доказах ефективності, також він періодично переглядатиметься за наявності нових доказових досліджень. Ліки на основі медичного канабісу не призначають вагітним та жінкам, які годують груддю (у разі використання лікарських засобів з тетрагідроканабінолом); пацієнтам із відомою чи підозрюваною особистою або сімейною історією шизофренії чи іншого психотичного розладу, а також у разі, якщо у пацієнта є тяжкі розлади особистості (виняток – депресія, пов'язана з основним захворюванням). Серед протипоказань – підвищена чутливість до канабіноїдів або будь-якої іншої допоміжної речовини лікарського засобу. Пацієнтам, що мають помірні або тяжкі порушення функції печінки, призначати лікарські засоби канабісу не рекомендується, проте дозволяється за умови зменшення дозування. Пацієнт зможе отримати ліки на основі канабісу за медичними показаннями та е-рецептом від лікаря (первинної або спеціалізованої медичної допомоги). З таким рецептом людина йде в аптеку, яка має всі необхідні ліцензії, там рецепт погасять, інформацію внесуть в ЕСОЗ, а людина отримує ліки. Пацієнт може придбати ліки в аптеці протягом 10 днів з моменту створення е-рецепта. Використання паперових рецептів для таких ліків законом не передбачене. З

метою розвитку системи паліативної допомоги на Тернопільщині у 2016 році було створено комунальну установу Тернопільської обласної ради «Тернопільська обласна лікарня «Госпіс». Заклад, де невиліковні (інкурабельні) хворі можуть отримати професійну, спеціалізовану, комплексну й багатопрофільну паліативну допомогу. Знаходиться «Тернопільська обласна лікарня «Хоспіс» на Тернопільщині, у селі Плотича. Функціонує заклад на 30 ліжко-місць. В цьому році Госпіс став філією «Тернопільська обласна лікарня» «Госпіс» КНП «Тернопільської обласної клінічної лікарні» ТОР, Штат налічує 47 співробітників, зокрема, 5 лікарів, 10 медичних сестер, 12 молодших медичних сестер, 10 інших працівників. Мобільне паліативне відділення складається з виїзних бригад. Виїзна бригада – це лікар, медсестра, психолог, за потреби ще соціальний працівник і священник. Робота бригади виглядає наступним чином. Перший візит в здійснюється за запитом сімейного лікаря чи за безпосереднім зверненням в госпіс, проводиться вивчення медичної документації, оцінка стану пацієнта, складення плану лікування, навчання родичів певним елементам догляду за такою категорією пацієнтів, надання в користування засобів реабілітації та догляду – функціональне ліжко, протипролежневий матрац, кисневий концентратор, проводяться перев'язки, плануються наступні візити. На базі КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої медичної допомоги» як відокремлений підрозділ з 2021 року працює відділення паліативної та хоспісної терапії у селі Малашівці. У стаціонарному відділенні на 15 ліжок надається повноцінна медична допомога, симптоматичне лікування, знеболення та цілодобовий нагляд. На базі КНП «Тернопільський регіональний фтизіопульмонологічний медичний центр» ТОР почало працювати відділення паліативної та хоспісної допомоги на 35 ліжок. Проблеми паліативної і хоспісної допомоги Тернопільщини. Віддаленість аптечних закладів, які мають ліцензію на відпуск наркотичних засобів від паліативних пацієнтів є постійна потреба госпісів у додатковій білизні,

засобах гігієни Є певні труднощі з госпіталізацією хворих, які втратили соціальні зв'язки. Є проблема з підготовкою медичних кадрів для роботи з невиліковними хворими та їхніми родинами.

# **The Role of Nurses in Assessing and Correcting Patients' Nutritional Status**

**Oksana Prokopchuk, MD, PhD**

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University,  
Institute of Nursing,  
Department of Higher Nursing Education,  
Patients' Care and Clinical Immunology

**Abstract.** This study explores the critical role of nurses in evaluating and improving the nutritional status of patients. It highlights the importance of nutrition in health recovery and quality of life, detailing the tools and techniques used for nutritional assessment, identifying deficiencies, and implementing dietary interventions. The study also discusses the barriers and challenges in nutritional management and emphasizes the need for interprofessional collaboration.

**Objective.** The objective of this study is to examine the role of nurses in assessing and correcting patients' nutritional status, to identify common nutritional deficiencies and their impacts, and to propose effective dietary interventions and strategies for overcoming barriers in nutritional management.

**Results.** The study found that comprehensive nutritional assessments and personalized dietary interventions significantly improve patients' nutritional status. Interprofessional collaboration enhances the effectiveness of nutritional care, while continuous monitoring and patient education contribute to sustained improvements in health outcomes.

**Importance of Nutrition in Health Recovery and Quality of Life.** Nutrition is fundamental to health recovery and quality of life, influencing various aspects such as wound healing, immune function, energy levels, and overall well-being. Adequate nutrition provides the necessary building blocks for tissue repair, strengthens the immune system, supplies energy for daily activities, and contributes to a positive mood and cognitive function.

**Nutrition Assessment: Tools and Techniques.** To assess nutritional status, nurses employ a variety of tools and techniques. A comprehensive dietary history helps identify eating patterns and potential nutritional gaps. Physical examinations, including measurements of body mass index (BMI), weight, and height, provide valuable insights into a patient's nutritional health. Biochemical tests measure levels of essential nutrients, while anthropometric measurements, such as mid-arm circumference and skinfold thickness, assess body composition and muscle mass.

**Identifying Nutritional Deficiencies and Imbalances.** Identifying nutritional deficiencies and imbalances is crucial. For instance, iron deficiency can lead to anemia, characterized by fatigue and pale skin. Vitamin D deficiency may cause muscle weakness and bone pain, while protein deficiency can result in muscle wasting and slow wound healing. Understanding these deficiencies allows for targeted interventions.

**Malnutrition: Types, Causes, and Consequences.** Malnutrition, which can manifest as starvation, kwashiorkor, or marasmus, has various causes including poverty, food insecurity, chronic illness, and eating disorders. The consequences of malnutrition are severe, leading to a weakened immune system, delayed wound healing, increased risk of infections, and poor cognitive function.

**Dietary Interventions for Improved Nutritional Status.** Dietary interventions are essential for improving nutritional status. A thorough nutrition assessment helps create a personalized plan tailored to individual needs. Collaboration between the patient and a nutritionist ensures the development of an effective meal plan. Implementation involves the patient following the plan, with adjustments as needed. Regular monitoring tracks progress and allows for modifications to address any challenges.

**Interprofessional Collaboration in Nutritional Care.** Interprofessional collaboration is vital in nutritional care. Nurses conduct assessments, provide

education, and monitor progress. Physicians diagnose and treat underlying conditions affecting nutrition. Dietitians develop individualized meal plans and offer counseling, while pharmacists monitor medications that may interact with nutritional intake.

**Barriers and Challenges in Nutritional Management.** Several barriers and challenges can impact nutritional management. Financial constraints limit access to affordable, nutritious food. Time constraints and busy schedules make it difficult to prepare healthy meals. Hospital policies and limited food choices can affect patient satisfaction and adherence to nutritional plans. Additionally, patients' food preferences and aversions can pose challenges.

**Educating Patients and Families on Nutritional Needs.** Educating patients and their families about nutritional needs is crucial. Nurses provide counseling on the importance of a balanced diet and demonstrate simple, nutritious recipes. They also connect patients with community resources for food assistance and support.

**Continuous Monitoring and Evaluation of Nutritional Outcomes.** Continuous monitoring and evaluation of nutritional outcomes are necessary. Regularly tracking weight and body composition helps identify changes and adjust the nutrition plan accordingly. Biochemical markers, such as albumin and hemoglobin levels, provide insights into nutritional status. Gathering patient feedback ensures that any challenges are addressed, and care is improved.

**Conclusion.** Nurses play a pivotal role in assessing and correcting patients' nutritional status. Through thorough assessments, targeted interventions, and interprofessional collaboration, nurses can significantly improve patient outcomes. Addressing barriers and educating patients and their families are essential components of effective nutritional management. Continuous monitoring and evaluation ensure that nutritional care remains responsive to patients' needs.

# ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ НА ПОЧАТКОВИХ ЕТАПАХ ЕВАКУАЦІЇ: ПОГЛЯД КРИЗЬ ПРИЗМУ СТАБІЛІЗАЦІЙНОГО ПУНКТУ

О.І. Зарудна<sup>1</sup>, М.І. Караневич<sup>2</sup>, С.В. Даньчак<sup>1</sup>, Ю.О. Данилевич<sup>1</sup>, Н.І. Рега<sup>1</sup>, Ю.Я. Коцаба<sup>1</sup>, О.В. Прокопчук<sup>1</sup>, Н.Г. Гаврилюк<sup>1</sup>, О.А. Козак<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Тернопільський національний медичний університет І.Я. Горбачевського

<sup>2</sup>Тернопільський національний педагогічний університет

імені Володимира Гнатюка

**Вступ.** Наша країна все ще знаходиться в стані війни через неспровоковану агресію росії. Кількість убитих та поранених зростає щодня. За інформацією WSJ число постраждалих з обох сторін оцінюється в понад один мільйон, а число незворотніх втрат серед українських військових становить 80 тисяч осіб. Президент України Володимир Зеленський вперше повідомив про кількість смертей серед військових 25 лютого 2024 року, на той час їх кількість складала 31 тисячу. Управління верховного комісара з прав людини ООН підтверджує понад 35 тисяч постраждалих серед цивільного населення, серед яких убиті та поранені. Проте верховний комісар поточніше, що кількість жертв може бути значно більшою.

Використання нової технологічної зброї в сучасних війнах приводить до збільшення числа важко поранених серед військових та цивільного населення, що ускладнює проведення евакуації та збільшує летальність.

Тому метою даного дослідження є вивчення медичної допомоги на початковому етапі на прикладі одного з стабілізаційних пунктів, які розташовані вздовж усієї лінії зіткнення на відстані 3-7 км.

**Основна частина.** За інформацією урядового порталу стабілізаційний пункт – це місце, куди бойові медики доставляють з передової поранених бійців. Він розташований неподалік від лінії фронту і саме тут постраждалим мають швидко надати першу допомогу, провести невідкладні оперативні втручання, стабілізувати стан, аби їх можна було транспортувати до

стаціонарного медичного закладу. Основними завданнями стабілізаційного пункту є забезпечення виживання поранених до їх доставки у наступну точку евакуації, надання медичної допомоги пораненим відповідно до характеру травм для покращення їх подальшого прогнозу, збереження кінцівок та ін.

Для реалізації мети дослідження ми запитували військових медиків про персонал та кваліфікацію стабілізаційного пункту та попросили протягом рандомного тижня зібрати інформацію про види уражень, поранень та травм, з якими їм довелося працювати, види маніпуляцій, що проводились протягом цього часу, та забезпечення медичним обладнанням.

З'ясували, що у стабілізаційному пункту працюють загальні хірурги, онколог, що виконує роботу загального хірурга, офтальмолог, ортопед, отоларинголог, а також ветеринар та інженер, які виконують роль медсестер, та санітари і водії машин евакуації, які вміють проводити деякі медичні маніпуляції. Наприклад: вимірювання артеріального тиску, частоти пульсу, сатурації крові, проведення внутрішньом'язових та внутрішньовенних ін'єкцій.

За час проведення дослідження до стабілізаційного пункту надходили поранені з акубаротравмою, кровотечами з рук і ніг, переломами, проникаючими пораненнями грудної та черевної порожнини, пошкодженнями голови та в стані клінічної смерті. В ході надання медичної допомоги виконувалась серцево-легенева реанімація, інтубація, трахеотомія, дефібриляція, переливання крові та її компонентів, зупинка кровотеч, катетеризація периферичних та центральних вен, промивання шлунка, постановка зонда в шлунок, іммобілізація травмованих кінцівок, накладання тазового фіксатора, введення медикаментів за допомогою шприцевого насоса та перфузора, ультразвукова діагностика, рентгенографія, отоскопія.

Для виконання усіх цих маніпуляцій стабілізаційний пункт забезпечений медичним обладнанням та розхідними матеріалами.

Найчисленнішою групою серед поранених є військові з акубаротравмою. При роботі з ними найважливішим є оцінити ступінь важкості



черепномозкової травми, визначити необхідність евакуації та супроводу під час евакуації. Інша чисельна група – поранені з кровотечами, які потребують зупинки кровотечі та підготовки до евакуації. Найменша група, постраждалі з проникаючими пораненнями грудної та черевної порожнини, потребують комплексних заходів та максимальної уваги медиків.

**Висновки:** 1. Більшість поранених, яким надається допомога в стабілізаційному пункті, це військові з акубаротравмами, пораненнями та кровотечами з кіцівок. Найменш численною є категорія пацієнтів з проникаючими пораненнями грудної та черевної порожнин, які вимагають максимальних затрат часу та матеріального ресурсу стабілізаційного пункту. 2. У дослідженні встановлено дефіцит такого кваліфікованого медичного персоналу, як медсестри. 3. Водії машин евакуації, санітари, інші військовослужбовці стабілізаційного пункту пройшли навчання на місці служби та отримали досвід засвоєння багатьох практичних навичок, що дає їм можливість якісно надавати медичну допомогу пораненим. 4. Стабілізаційний пункт забезпечений медичним обладнанням та розхідними матеріалами для ефективної роботи.

### **III. Ментальне здоров'я в умовах конфліктів та катастроф.**

## ТИПОВІ ПРОЯВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ В УМОВАХ ВІЙНИ: ДОСВІД РОБОТИ В ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ

О.П. Абухажар<sup>1</sup>, О.І. Зарудна<sup>2</sup>, М.І. Караневич<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Тернопільська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №26 імені Дмитра  
Заплітного

<sup>2</sup>Тернопільський національний медичний університет І.Я. Горбачевського

<sup>3</sup>Тернопільський національний педагогічний університет  
імені Володимира Гнатюка

**Вступ.** Війна — це стрес як для дорослих, які все розуміють, так і для дітей, що не завжди у повній мірі усвідомлюють події навколо. Діти є однією з найбільш вразливих категорій населення до впливу емоційної напруги в суспільстві, руйнування безпечності оточуючого середовища, різкого порушення звичного способу життя та різного роду втрат. Відчуття небезпеки, тривоги, переривання звичної рутини, постійні зміни та рух — усе це може злякати дитину, викликати нерозуміння і дискомфорт. За таких умов істотно зросла роль всіх педагогічних працівників, які можуть надавати першу психологічну допомогу та підтримку усім учасникам освітнього процесу, та медиків (сімейного лікаря та сімейної медсестри), які навчалися на тренінгах з підтримки ментального здоров'я населення. Проте найбільше часу за межами родини все ж діти перебувають в освітньому середовищі, яке завжди має забезпечувати особливу турботу та увагу до своїх вихованців, яким через брак життєвого досвіду і особливості дитячої психіки загрожують фізична та психоемоційна небезпека. Окрім батьків, саме вихователі, вчителі та викладачі першими стикаються і зазвичай першими працюють із психологічною травмою у дітей, що пережили складні й неоднозначні життєві події. Тобто, навіть швидше, ніж такі діти потраплять до психолога навчального закладу або психотерапевта.

Звичайно, що вчителі та викладачі не повинні замінити шкільних психологів, виконувати їхні завдання. Це означає, що, доповнюючи один

одного, вчителі та психологи можуть створити сприятливі для відновлення умови під час навчального процесу.

До того ж не всі діти, які пережили жахливі події, переживатимуть травму так сильно, що їм буде потрібна допомога психолога і психотерапевта. Психосоціальної підтримки від спілкування з друзями, участі в громадській активності, позитивних переживань вдома і в школі для них може бути достатньо. Підтримка оточення дуже важлива, вона допомагає впоратися з пережитим.

**Основна частина.** Отже, травма? Чому ми говоримо про травму як про певні безперервні реакції? Тому що вплив складних, неоднозначних або важких подій часто нікуди не «випаровується», не «проходить». Навпаки, травматичні обставини — це дуже сильний досвід, який позначається на світовідчутті дітей, підлітків і навіть дорослих. Так, людей продовжують виснажувати відчуття жаху, підвищена тривожність і страх, безпорадність, фізичний стрес (наприклад: прискорене серцебиття, часте здригання, болі в шлунку, запаморочення). Комплекс подібних повторюваних або безперервних відчуттів психологи називають «посттравматичними реакціями» на стрес. Вони природні, зрозумілі й очікувані, проте приводять до труднощів у повсякденному житті. Тому, щоб допомогти дитині з посттравматичними реакціями, потрібно знати їх основні прояви.

Типові (і одночасно нормальні) прояви психологічної травми поділяються на три типи: нав'язливі думки, уникнення та фізичне збудження.

Нав'язливі думки проявляються в постійних спогадах про травмуючу подію і стресових роздумах чи образах пережитого, як уві сні, так і протягом дня. Проявляються в погіршенні емоційного і фізичного стану. Деякі люди, як дорослі, так і діти можуть поводитися так, ніби жахлива подія повторюється знову і знову. Таку реакцію називають «флеш бек».

Уникнення виникає як захист від нав'язливих думок, виражається в спробах не говорити, не думати, не згадувати травматичні обставини, а також уникати всього, що нагадувало б про них, зокрема місця і осіб, пов'язаних з

цим. Емоційність знижується аж до заціпеніння, яке є захисним механізмом від стресових реакцій на все, що викликає спогади.

Фізичне збудження виявляється у фізіологічних реакціях людини, ніби вона зараз знову знаходиться в небезпеці. Такі люди весь час «напоготові», тобто в очікуванні травми. Це можна помітити по раптовому здригнуванню, підвищеній збудливості, дратівливості або різких спалахах гніву. Частими проявами є труднощі у засинанні, неспокійний сон, проблема з концентрацією уваги.

Супутніми проявами психологічної травми є горювання, ускладнене переживання важкої втрати, депресія, фізичні симптоми хвороби.

Висновки. 1. На жаль практична діяльність у закладах освіти сьогодні в умовах трагічних подій, пов'язаних з повномасштабним вторгненням росії в Україну, дає можливість спостерігати практично весь спектр описаних проявів серед вихованців. І на думку авторів цього якісного дослідження, наводити статистичні дані кількості та вираженості посттравматичних змін ще занадто рано, оскільки війна триває, а деякі ознаки та симптоми проявляються відтерміновано.

2. Створення в усіх значеннях безпечного для дітей середовища покладає на вчителів, вихователів, викладачів, психологів та соціальних працівників навчальних центрів додаткові обов'язки, вимагає постійного самовдосконалення та підвищеної уваги. В таких умовах багато фахівців відчують надмірний тиск і теж можуть потребувати психологічної допомоги. Тому берегти себе – головне правило роботи дорослого, задіяного в догляді за дитиною та освітньому процесі.

3. У зв'язку із поширеністю посттравматичного досвіду в сучасних обставинах війни зростає важливість мультидисциплінарного підходу до його менеджменту у дітей із залученням усіх можливих ресурсів – фахівців у сфері освіти, психологів навчальних закладів, соціальних працівників та команди сімейної медицини.

# THE INFLUENCE OF EMOTIONAL INTELLIGENCE ON THE QUALITY OF LIFE OF NURSES

N. Deyneka, M. Marushchak

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

Introduction. Human resources are a key element of an effective health care system. Therefore, it is very important to determine the emotional intelligence level, which directly affect the medical personnel, the effectiveness of job performance, and, as a result, the growth of commitment to the treatment of patients. The purpose of the study was to analyze the level of emotional intelligence components and their association with quality of life of the nurses.

The main part. Sixty nurses participated in the study. In addition to general questions, the study used the questionnaires of "Emotional Intelligence" and SF-36 (quality of life). It was found that the general level of emotional intelligence (EI) consisted of integral index of EI, intrapersonal aspect of EI and interpersonal aspect of EI. When comparing the integral indices of EI with certain indicators (age and work experience), a direct association was found between the level of the integral index of EI and work experience, as well as between the intrapersonal aspect of EI and work experience. The integral index, intrapersonal and interpersonal aspects of EI among nurses with 6-15 years of work experience were significantly higher in relation to such data in start-working nurses. A decrease in emotional intelligence indices in nurses is associated with shift work and bad habits.

A positive moderate association has been established between physical component of health and the integral index of EI, as well as significant direct weak relationship between the integral index of EI and role functioning due to physical condition, intensity pain; between the interpersonal aspect of EI and physical component of health, role functioning due to physical condition and intensity pain; a positive moderate association between social functioning and the integral index of EI, the interpersonal index of EI, as well as significant direct weak relationship between the intrapersonal aspect of EI and social functioning, role functioning

caused by an emotional state; between the interpersonal aspect of EI and vital activity and psychological health have been found.

Conclusions. It was shown that the low quality of life of nurses in terms of physical and psychological components of health is associated with a decrease in emotional intelligence indices.

# СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНОГО УЧИЛИЩА

*Кулик Анастасія Віталіївна*

*Бездітко Тетяна Василівна*

**Харківський національний медичний університет**

**Вступ.** У викладацькій діяльності постійно присутня велика кількість стрес-факторів, що викликають високу емоційну напруженість. Зокрема це необхідність здійснення частих та інтенсивних контактів, високий динамізм, брак часу, робочі перевантаження, складність педагогічних ситуацій, що виникають, соціальна оцінка тощо. У зв'язку з великою емоційною напруженістю професійної діяльності викладача, відповідальністю та складністю професійної праці педагога збільшується ризик розвитку синдрому емоційного вигорання [1].

Вивчення проблеми емоційного вигорання мало свій початок у зарубіжній психології кінця ХХ ст. Термін «емоційне вигорання» з'явився у 1974 році, коли психіатр Герберт Фрейденберг помітив виснаження у волонтерів психлікарні [2]. Тепер цією проблемою активно займаються багато вчених [3,4].

Симптоми вигорання вказують на характерні ознаки тривалого стресу та психічного перевантаження, що супроводжують професійну діяльність, основним змістом якої є міжособистісна взаємодія. Розвиток синдрому вигорання має стадіальний характер, у процесі якого відбувається зміна ставлення до професійної діяльності до байдужого і навіть негативного, порушуються контакти з людьми, пригнічуються гуманні форми поведінки. Усі без винятку дослідники вказують на те, що вигорання створює загрозу як для особистісного та професійного розвитку, так і психічного та соматичного здоров'я людини.

Maslach С. (1998) умовно поділяє симптоми емоційного вигорання на фізичні (втома, відчуття виснаження, астенизація, часті головні болі, розлади шлунково-кишкового тракту, надлишок або нестача ваги, задишка, безсоння),



поведінкові та психологічні (робота стає все важче, а здатність виконувати її дедалі меншою, почуття неусвідомленого занепокоєння, зниження рівня ентузіазму, почуття образи, почуття розчарування, невпевненість, почуття провини, почуття гніву, що легко виникає, дратівливість, жорсткість, загальна негативна установка на життєві перспективи, зловживання алкоголем тощо) [5].

**Мета роботи** - вивчення особливостей перебігу синдрому емоційного вигорання у викладачів медичного коледжу.

**Матеріал та методи.** Роботу виконано на базі комунального закладу охорони здоров'я «Богодухівський медичний фаховий коледж» Харківської обласної ради. В опитуванні брали участь 38 викладачів. З них було 6 чоловіків та 32 жінки, вік яких варіював від 30 до 62 років.

**Результати та їх обговорення.**

Таблиця 1

Вираженість синдрому емоційного вигорання у викладачів медичного коледжу

| Складові синдрому емоційного вигорання | Ступені емоційного вигорання |            |             |
|--|------------------------------|------------|-------------|
|  | I ступінь                    | II ступінь | III ступінь |
| Загальне емоційне вигорання            | 18 (47,4%)                   | 10 (26,3%) | -           |
| Емоційне виснаження                    | 15 (39,4%)                   | 13 (34,2%) | -           |
| Відчуження                             | 14 (36,8%)                   | 10 (26,3%) | -           |
| Знецінення власних досягнень           | 7 (42,1%)                    | 8 (21,1%)  | -           |

У групі обстежених викладачів у 18 (47,4%) відмічена виражена перша стадія синдрому емоційного вигорання. На першій стадії проявлялись рідкісні та нетривалі симптоми (вдома, відчуття виснаження, зниження рівня ентузіазму, дратівливість, загальна негативна установка на життєві перспективи). Вони полегшувались шляхом уміння стежити за собою, релаксацією (відпочинок та відпустка). У 10 (26,3%) викладачів відмічено виражені симптоми другої стадії синдрому емоційного вигорання (астенізація,

часті головні болі, розлади шлунково-кишкового тракту, безсоння, почуття образи, почуття розчарування, невпевненість, почуття провини, жорсткість). На другій стадії ознаки згоряння регулярніші, тривають довше і важчі. Стратегії, які раніше були придатними для зняття симптомів (відпочинок та відпустка), стають неефективними. Зберігаються відчуття ознак втоми після нічного сну, після відпочинку у вихідні дні. Дедалі більше зусиль потрібно для того, щоб «приводити себе в норму» і стежити за собою. Третя стадія синдрому емоційного вигорання в групі випробовуваних не виявлена.

Далі розглянемо значення синдрому емоційного вигорання за окремими шкалами. За шкалою «емоційне виснаження» у 15 (39,4%) осіб опитаних виявлено першу стадію емоційного вигорання, у 13 осіб (34,2%) – другу стадію емоційного вигорання. За шкалою «відчуження» у 14 (36,8%) досліджених відмічено першу стадію емоційного вигорання, у 10 (26,3%) – другу стадію. За шкалою «знецінення власних досягнень» 7 (18,4%) опитаних мали першу стадію емоційного вигорання, 8 (21,1%) – другу стадію емоційного вигорання. Отримані результати свідчать про те, що проблема емоційного вигорання є справді актуальною для викладачів медичного коледжу.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Емоційне вигорання створює загрозу як для особистісного та професійного розвитку, так і психічного та соматичного здоров'я людини. Рекомендації щодо профілактики та подолання синдрому емоційного вигорання педагогів стосуються оптимізації режимів праці та відпочинку, здорового способу життя, правильного харчування, оволодіння уміннями та навичками саморегуляції, професійного й особистісного розвитку та самовдосконалення.

Таким чином, профілактика має бути комплексною, психологічною, організаційною, спрямованою на корекцію порушень психічного стану і, за необхідності, на поліпшення психологічного клімату в колективі, оптимізацію праці педагога.

У подальшому планується провести опитування викладачів після проведення комплексу заходів щодо подолання синдрому емоційного вигорання.

### **Література**

1. Маляр-Газда Н.М. Емоційне вигорання – актуальна проблема медицини сьогодні. / Н.М. Маляр-Газда // Проблеми клінічної педіатрії. - 2015. - № 3. - С. 27–31
2. Freudenberger H.J. Staff burnout / H.J. Freudenberger // Journal of Social Issues. – 1974. –V. 30. – P. 150-165.
3. Коновчук Н.С. Основні причини та профілактика професійного вигорання у менеджерів / Н.С. Коновчук // Правничий вісник університету “КРОК”. – 2012. – Вип. 14. – С. 91-95.
4. Cherniss C. The role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burn-out / C. Cherniss // Professional of Burn-out: Resend Developments in Theory and Research. – London: Taylor and Francis, 1993. – P. 135-149.
5. Maslach C. Prevention of burnout: new perspectives / C. Maslach, J. Goldberg // Applied and Preventive Psychology. – 1998. – V. 7 – P. 63-74.

# ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

*Ваврищук А.Е.*

*викладач комунального закладу*

*«Бериславський медичний фаховий коледж» Херсонської обласної ради*

**Вступ.** Ведення активних бойових дій, окупація, знищення навчальних закладів, втрата домівок, постійні звуки вибухів – це все реалії життя сучасного студента. Можливість отримувати медичну освіту під час війни є надзвичайно важливим процесом, адже саме якість здобутих знань в подальшому, дозволить надавати медичну допомогу цивільному населенню, і найголовніше – лікування та реабілітація військових, які отримали поранення. Зважаючи на всі аспекти роботи навчальних закладів та безпекову ситуацію на території країни, багато закладів освіти працюють у дистанційному або змішаному форматі. Враховуючи всі складнощі навчального процесу, які виникають внаслідок збройної агресії під час повномасштабного російського вторгнення в Україну, у більшості студентів виникають психологічні проблеми, які потребують кваліфікованої допомоги.

Психологічні тренінги та вебінари, інформаційні години та лекції, тематичні виховні години, робота з практичним психологом студентів, котрим необхідна психологічна допомога – лише частина заходів, які використовують в навчальних закладах для підтримки ментального здоров'я здобувачів освіти.

**Основна частина.** Психологічна допомога являє собою психологічну підтримку особам із використанням методів психологічної допомоги, реабілітації, психотерапії, психоконсультації [1].

Основні психотравмуючі фактори, які справляють найпотужніший негативний вплив на психічний стан дитини. Отже, найбільш стресогенними є ситуації, коли дитина:

- втратила батьків (обох, або одного) під час надзвичайної ситуації;

- втратила іншого члена родини (сестра, брат, бабуся, дідусь);
- стала свідком смерті людини (навіть незнайомої);
- бачила трупи та останки тіл постраждалих;
- спостерігала руйнування власної оселі;
- опинилась в осередку максимальної концентрації горя інших людей, де мали місце психічні реактивні розлади та явно виражені негативні психічні стани.

Перелічені ситуації можуть стати чинниками виникнення та розвитку у дитини страхів, психомоторних порушень, порушень в поведінці, розладів сну та порушення сприйняття. Сьогодні виділяють дві основні форми психічних порушень, які викликаються стресовим впливом екстремальних ситуацій: гостра реакція на стрес та посттравматичний стресовий розлад (як похідна від першої форми порушення та наслідок не наданої своєчасно психологічної допомоги). ПТСР у дітей, як правило, починає розвиватись вже через кілька місяців [2,3].

Заходи, які проводяться індивідуально, для покращення психологічного стану студента, який зазнав впливу травмуючої ситуації:

- робота з практичним психологом – один з ключових напрямів роботи. Практичний психолог підбирає форми, методи роботи з студентом, в залежності від ситуації, яку пережив студент. Робота проводиться індивідуально.
- групові заняття – один з методів психологічної допомоги, за допомогою якого є можливість комплексно займатися з групою студентів, які зіткнулися з подібною проблемою.

Заходи, які проводяться протягом всього навчального року для всіх здобувачів освіти, незалежно від наявності стресогенної ситуації:

- психологічні тренінги;
- психологічні вебінари;
- інформаційні години;
- тематичні лекційні заняття;

- тематичні виховні години.

У різних людей прояви стресових реакцій можуть бути різними, так само може відрізнятись реакція однієї й тієї самої людини в різні моменти часу, на різні подразники. Це залежить від функціонального стану організму, зовнішніх і внутрішніх ресурсів людини та підтримувальних чинників [4]. Тому для кураторів навчальних груп надзвичайно важливим є вчасно визначити студентів, які потребують індивідуальної психологічної допомоги. Адже від часу початку допомоги буде залежати той результат, який здатен досягти практичний психолог, працюючи з кожним студентом.

**Висновок.** Через повномасштабне російське вторгнення в Україну, в навчальних закладах психологічна підтримка студентів стала одним з пріоритетних напрямів роботи у виховному процесі. В залежності від індивідуальних особливостей, кожен здобувач освітнього процесу проживає стресову ситуацію по різному. В зв'язку з цим, працівники закладів освіти нині знаходяться в пошуку таких методів психологічної підтримки для студентства, які дозволять підтримувати ментальне здоров'я молоді, враховуючи безпекову ситуацію на території країни. Не зважаючи на всі виклики, які постають перед освітянами та здобувачами освіти – підготовка фахівців сестринської справи залишається на високому рівні.

### Література

1. Васьківська С.В. Основи психологічного консультування: [навчальний посібник] – К.: Четверта хвиля, 2004. – 256 с.
2. Оніщенко Н.В. Діти в умовах надзвичайної ситуації: екстрена психологічна допомога: Науковий вісник Чернівецького університету: Збірник наукових праць (педагогіка та психологія), №758, 2015, - с.118.
3. Кризова психологія.: Навчальний посібник [Текст] / За ел. . О.В. Тімченка. – Х.: НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2010. – 383 с.

4. Каплуненко Я. Ю. Перша психологічна допомога: досвід міжнародних організацій / Каплуненко Я. Ю. // Психологія та психосоціальні інтервенції. - 2020. - Т. 3. - С. 36-41.

# **СТРЕС І ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ СЕСТЕР: ПРОБЛЕМАТИКА, ВИКЛИКИ ТА ЕФЕКТИВНІ СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ.**

Ганзіна Яна

Кафедра медсестринства Науковий керівник: асис. Ю.А Денисюк

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я Горбачовського  
МОЗ України, м Тернопіль Україна

**Актуальність.** Не зважаючи на те, що тема вигорання стала відома ще з 1970-го року, лише в останні кілька років почали серйозно замислюватися над важливістю психоемоційного стану серед медсестер.

**Мета дослідження.** Проаналізувати рівень професійного вигорання серед медичних сестер, виявити основні фактори, що сприяють цьому та розробити ефективні методи подолання.

**Матеріали та методи дослідження.** Метод ретроспективного аналізу, опитування та аналізування даних наукової інформації з пошукових систем таких як PubMed, Medscape.

**Результати.** Професія медичної сестри вимагає багато емоційного та фізичного навантаження, що в свою чергу може призвести до стресу та професійного вигорання. Постійний контакт з пацієнтами в критичних станах, робота в умовах дефіциту ресурсів та часу, дефіциту кадрів, а також недооцінка медсестринської справи у системі охорони здоров'я сприяють розвитку вигорання. Було проведено ретроспективний аналіз, опитування, яке охоплювало період пандемії COVID-19, серед медсестер на базі Жовківської лікарні. Згідно з отриманими даними під час пандемії COVID-19 близько 80%(8310) медичних сестер зазнали впливу професійного вигорання. Основними чинниками цього стали важкі робочі навантаження, тривале перебування в стресових умовах, страх інфікування, емоційне та фізичне



виснаження. Період пандемії створив безпрецедентний тиск на медичних працівників, що сильно повпливало на психоемоційне здоров'я мед персоналу.

Після збору інформації з медсестрами було проведено розмову про те, як ефективно справлятися з професійним вигоранням. Учасники ділилися своїм досвідом та пропозиціями як знижувати емоційне виснаження. А саме:

- 1)Пошук підтримки серед колег.
- 2)Консультації у провідних експертів.
- 3)Проведення часу за улюбленою справою.
- 4)Фізична активність.
- 5)Розвиток особистих технік боротьби із стресом.

**Висновок.** Вирішення даного питання є важливим для забезпечення стійкості медичних працівників та розвитку системи охорони здоров'я.

## ПІДТРИМКА ВЛАСНОГО МЕНТАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ МЕДИЧНИМИ СЕСТРАМИ ПРИ РОБОТІ В ГОСПІСІ

Юлія КОЦАБА, Світлана ДАНЬЧАК, Надія РЕГА

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

**Вступ.** Медичні сестри, які доглядають за важко-хворими в госпісі піддаються постійному стресу. Синдром професійного вигорання медичних працівників розвивається приблизно через 4 роки з моменту початку роботи в такому закладі.

Професійне вигорання — процес, коли щоденний вплив стресових факторів, пов'язаних з наданням допомоги важкохворому, поступово призводить до проблем психологічного і соматичного характеру у того, хто надає допомогу хворому. Забезпечення власного ментального благополуччя є критично важливим для того, щоб медичні сестри могли ефективно виконувати свої обов'язки, надаючи якісну паліативну допомогу.

**Метою** нашої роботи стали аналіз та розробка стратегій підтримки ментального благополуччя медичних сестер госпісу.

**Результати та їх обговорення.** Важливою стратегією є розвиток особистої резильєнтності (психологічної стійкості), що дозволяє ефективніше справлятися зі стресовими ситуаціями.

Усвідомлення меж своїх можливостей (що я можу зробити, а чого не можу), чіткі і реалістичні цілі в професійній діяльності, розподіл поставлених задач за ступенем важливості, їх послідовне виконання «крок за кроком», чітке дотримання своїх функціональних обов'язків, уникнення відчуття відповідальності за «все», управління робочим часом (він не безмежний) допомагають уникати зайвого стресу на робочому місці.

Регулярне відвідування психолога, участь у групах підтримки або індивідуальних консультаціях з фахівцями сприяє зменшенню психологічне навантаження.

Регулярна фізична активність, що приносить задоволення, наприклад, йога, медитація чи просто прогулянки на свіжому повітрі, значною мірою покращує загальний психоемоційний стан. Практики усвідомленості та дихальні вправи допомагають заспокоїти розум і знизити рівень стресу.

Окрім того, керівництво госпісів зобов'язане створювати умови для психологічної підтримки персоналу: організувати регулярні тренінги з управління стресом, забезпечувати доступ до професійної допомоги психологів і створювати атмосферу відкритого діалогу.

**Висновки.** Таким чином, підтримка ментального благополуччя медичних сестер госпісу — це комплексний підхід, що включає розвиток стресостійкості, фізичну активність, практики релаксації та організаційну підтримку. Все це є необхідним для збереження психічного здоров'я, забезпечення високої якості паліативної допомоги та запобігання професійному вигоранню.

# **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК З ПРОФЕСІЙНИМ ВИГОРАННЯМ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР СТАЦІОНАРІВ**

**Н. І. Смолюк**

**Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України**

**Вступ.** Якість життя медичних сестер які працюють у відділеннях стаціонарів з різним контингентом хворих визначається багатьма чинниками, серед яких чільне місце належить професійному вигоранню. Розвиток професійного вигорання пов'язують з великим навантаженням при виконанні медичними сестрами професійних обов'язків, високою їхньою відповідальністю не тільки стан здоров'я, але і життя пацієнтів. Медичні сестри часто стикаються на своїх робочих місцях з екстремальними станами, які вимагають негайного прийняття рішень, хворими в термінальних станах, умовами вираженого психоемоційного напруження, що призводить до емоційного виснаження та деперсоналізації. Велике значення розвитку складових професійного вигорання та якості життя належить соціально-демографічним та особистісним чинникам, до яких відноситься вік медичних сестер, тривалість роботи в даній професії, сімейний стан, наявність дітей, контингент пацієнтів, з якими працюють медичні сестри, чисельність нічних змін, тривалість чергувань. Окрім того, виконуючи великий обсяг робіт, пов'язаний з лікувально-діагностичним процесом, медичні сестри відчують серйозні фізичні та психологічні навантаження, які можуть призвести до виснаження, а також до зниження як фізичного, так і психологічного компонентів якості життя.

**Мета роботи** - встановити взаємозв'язки якості життя медичних сестер стаціонарів, які надають медичну допомогу військовим з рівнем професійного вигорання.

**Основна частина.** Дане дослідження включало вивчення якості життя а також професійного вигорання 292 медичних сестер відділень кластерних і надкластерних закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу військовим та цивільному населенню та встановити особливості взаємозв'язків між ними. Анкетування проводилося з використанням опитувальника К. Маслач і С. Джексона, який вважається найбільш адаптованим для характеристики професійного вигорання працівників соціальної сфери, а також опитувальника SF-36, який широко використовується для оцінки якості життя в популяційних та спеціальних дослідженнях. Опитувальник SF-36 включає 36 запитань які відображають фізичний компонент здоров'я та психологічний компонент здоров'я.

Надійність та валідність використаних інструментів для оцінки якості життя та вимірювання професійного вигорання проводили шляхом вираховування коефіцієнта надійності альфа Кронбаха. Критерієм включення у групу дослідження було наявність від учасників інформованої згоди. Результати проведених досліджень обробляли статистично.

Порівняльною оцінкою визначення поширеності професійного вигорання у медичних сестер, які зайняті постійною медичною допомогою військовим і тим, які надають медичну допомогу військовим рідко, або лише цивільному населенню встановлено, що воно має суттєві відмінності за рівнями вираженості. Високий рівень емоційного виснаження у медсестер, які постійно працювали з військовими у 1,6 разу ( $p=0,038$ ) переважав такий у медсестер які були зайняті наданням медичної допомоги цивільним та рідко працювали з військовими, деперсоналізації в 1,8 разу ( $p=0,007$ ), а редукції особистих досягнень в 1,9 разу ( $p=0,022$ ). Частота проявів середнього рівня емоційного виснаження в медсестер, які працювали з військовими була в 1,1 разу більшою а деперсоналізації в 1,2 разу. Поширеність низького рівня емоційного виснаження у медсестер, які постійно працювали з військовими в порівнянні з медсестрами, які надавали медичну допомогу лише цивільному населенню навпаки була меншою в 2,2 разу ( $p=0,003$ ), деперсоналізації в 2,2

разу ( $p=0,005$ ), редукції особистих досягнень в 1,7 разу ( $p=0,021$ ). Отже, у медсестер, які працювали з військовими переважали високі рівні емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень.

Найбільші прояви емоційного виснаження визначалися у медичних сестер віком до 35 років ( $p=0,017$ ), заміжніх ( $p=0,032$ ), які мали дітей ( $p=0,027$ ), виконували обов'язки маніпуляційної медсестри ( $p=0,001$ ) та мали стаж роботи до 5 років ( $p=0,027$ ). Переважаючі рівні деперсоналізації мали місце в медичних сестер віком до 35 років, які були незаміжніми, не мали дітей, стаж роботи яких був менше 5 років та працювали на посаді маніпуляційних медичних сестер. Зниження особистих досягнень визначалося у медичних сестер віком старше 50 років ( $p=0,035$ ), які були заміжні ( $p=0,046$ ), які мали дітей ( $p=0,045$ ), які працювали на посадах перев'язувальних медичних сестер ( $p=0,001$ ).

Порівняльною оцінкою параметрів фізичного та психологічного компонентів здоров'я, як характеристик якості життя, встановлено, що цифрові дані всіх параметрів у медсестер, які працювали з цивільним населенням є достовірно вищими за аналогічні у медичних сестер, які працювали з військовими. Інтегральний показник фізичного компоненту здоров'я у медсестер, які працювали лише з цивільним населенням на 16,6% визначався більшим від аналогічного у медсестер, які працювали з військовими. Інтегральний показник психічного здоров'я у медичних сестер, які працювали з військовими визначався на 24,1% нижчим в порівнянні з таким у медичних сестер, які працювали з цивільним населенням

Кореляційним аналізом встановлено взаємозв'язки фізичного та психологічного компонентів якості життя з рівнем емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень у медичних сестер стаціонарів, які працювали з військовими. Визначено, що якість життя медичних сестер характеризується зворотнім кореляційним зв'язком зі складовими професійного вигорання. Причому на фізичний компонент здоров'я достовірний вплив мало емоційне виснаження ( $p=0,012$ ) та

деперсоналізація ( $p=0,007$ ). Психологічний компонент здоров'я характеризувався достовірними взаємозв'язками з емоційним виснаженням ( $p=0,001$ ), деперсоналізацією ( $p=0,015$ ) та редукцією особистих досягнень ( $p=0,021$ ).

**Висновки.** 1. У медичних сестер, які працюють у відділеннях стаціонарів з військовими визначаються значно вищі показники професійного вигорання та знижені показники якості життя в порівнянні з медичними сестрами, які працюють з цивільним населенням.

2. Якість життя медичних сестер стаціонарів, які працюють у відділеннях з військовими залежить від рівня професійного вигорання.

# МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ЗА УЧАСТЮ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНО- ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ, У ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС

Я.А. Хома, І.П. Савченко

Заклад вищої освіти «Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського» МОЗ України  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з найпоширеніших патологій серцево-судинної системи, що не має вікових кордонів, але незмінно призводить до порушення звичного способу життя, втрати працездатності та забирає життя великої кількості хворих. Результати сучасних наукових досліджень різних захворювань підтверджують їхню біопсихосоціальну природу, і артеріальна гіпертензія не є винятком. В останні два роки загарбницької війни росії проти України спостерігається навіть не плато, а зростання захворюваності на АГ, при зниженні надання якісної медичної допомоги кардіологічним хворим, які становлять значну частку пацієнтів кожного сімейного лікаря. В країні багато кардіологічних відділень та кабінетів амбулаторного прийому хворих значно скоротили свою практику через різні причини, зокрема і через руйнування приміщень, скорочення медичного штату тощо. Водночас кардіологи та середній медичний персонал отримують безліч запитань від своїх пацієнтів, які страждають на АГ, що стосуються ризику появи життєво небезпечних ускладнень і можливості завчасної діагностики цієї недуги, а також шляхів немедикаментозної корекції підвищеного АТ. За таких умов зростає навантаження на лікаря та медичну сестру первинної ланки медичної допомоги, які повинні надати пацієнту об'єктивну інформацію. Перше питання, яке зазвичай цікавить пацієнтів, – це безпека, пов'язана як з рутинними життєвими обставинами, так і відвідуванням медичних установ.



Особливістю практично всіх випадків психічних розладів під час війни є те, що вони зазвичай розвиваються на тлі психічної травми, а депресія та тривога є обов'язковими компонентами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Примітно, що коморбідність ПТСР (найчастішого захворювання у військовослужбовців та мирного населення під час бойових дій) і депресії призводить до тяжчого стану хворих, ніж у тих, що мають лише один із таких розладів.

**Основна частина.** В зв'язку з цим метою нашої роботи було визначити роль медсестри у мультидисциплінарній команді ведення пацієнтів з АГ, оцінити динаміку показників якості життя, виявити ознаки депресії та оцінити ступінь їх проявів; вивчити ефективність різних способів психотерапії на етапі лікувальної реабілітації в медичному закладі, навчити хворих принципів самоменеджменту/самодогляду.

Обстежено 26 хворих на АГ віком 40-65 років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні. Їм проводили загальноприйняте лікування основного захворювання, без застосування впродовж останніх 6-ти місяців психотерапії і/або антидепресантів. Усім пацієнтам проведено опитування за шкалою тривоги Спілбергера (STAI) і шкалою депресії Бека (BDI). Шкала тривоги є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент та особистісної тривожності в якості стійкої характеристики людини. Шкала BDI створена для використання у клінічній практиці з метою діагностики та оцінки рівня депресивних розладів. Анкети-опитувальники заповнювались особисто хворим або за допомогою інтерв'ювання. Для психотерапії використано техніки заземлення, заняття улюбленою справою, техніки майндфулнес (тут і зараз), з використанням класичної спокійної музики.

За результатами анкетування, проведеного медичними сестрами, у 19 обстежених виявлено стан тривоги, а у 7 обстежених – депресивний стан. Пацієнтів було розділено на 2 однакові за кількістю спостережуваних підгрупи, задля того, щоб в другій підгрупі крім основного медикаментозного

лікування застосувати наведені вище техніки для подолання тривожно-депресивних розладів. Після використання немедикаментозних методів корекції тривожно-депресивних розладів виявлено позитивну динаміку та зменшення стану тривоги в результаті використання технік: майдфулнесу у 77% пацієнтів, при застосуванні технік заземлення – у 46,2% хворих, і при занятті улюбленою справою – у 69,3% обстежених.

**Висновки.** Вчасна діагностика тривоги та депресії у хворих на АГ має першочергове значення для покращення їхнього стану. Безсумнівно, що лікуванням тривоги і депресії, особливо пов'язаних з бойовими діями, повинен займатися кваліфікований лікар. Проте, імплементація медичною сестрою в медичну практику навичок виявлення психоемоційних розладів у хворих на АГ та володіння нескладними техніками їх корекції – дозволяють пришвидшити одужання пацієнтів (за умови обов'язкового попереднього узгодження із лікуючим лікарем) і зменшити навантаження на ЗОЗ в умовах війни.

**IV. Безпечне дитинство – майбутнє  
нації, гуманітарний  
міждисциплінарний підхід.**

# РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДО УМОВ ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

*Товстогон К.В.*

Науковий керівник – проф. Єрмоменко Г.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики  
внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

**Актуальність.** Воєнні конфлікти призводять до численних викликів у системі охорони здоров'я, зокрема в сфері надання медичної допомоги дітям. В умовах війни медична сестра виступає не лише як медичний працівник, але й як педагог і психолог, що відіграє важливу роль у адаптації дітей до лікування.

З-поміж основних аспектів діяльності медичної сестри в умовах воєнного конфлікту та її внесок у забезпечення емоційного та фізичного комфорту пацієнтів можна виокремити такі:

1. Медична сестра має важливу роль у наданні психологічної підтримки. Вона повинна бути готова вислухати дитину, створити безпечне середовище для висловлення почуттів і страхів. Спілкуючися з дитиною, медична сестра може використовувати прості, доступні слова, щоб пояснити, що відбувається, і заспокоїти її.

2. Медична сестра допомагає дітям адаптуватися до нового середовища, пояснюючи процедури та етапи лікування, щоб зменшити страх і невизначеність. Використання ігрових та арт-терапевтичних методів може допомогти дітям зрозуміти і прийняти свою ситуацію, полегшуючи адаптацію.

3. Медична сестра може впроваджувати педагогічні методи у свою практику, використовуючи ігри, творчі заняття та інші інтерактивні форми діяльності для залучення дітей. Це не лише розважає їх, але й сприяє розвитку навичок, необхідних для адаптації до лікарняного життя. Наприклад, організація групових ігор або творчих занять може допомогти дітям знайти нові.

4. Медична сестра також виконує роль зв'язуючої ланки між лікарями, дітьми та їхніми родинами. Вона може надати батькам важливу інформацію про

стан здоров'я дитини, пояснити процедури та дати поради щодо догляду вдома. Підтримка родин, які переживають важкі часи, допомагає зміцнити емоційний фон дитини і сприяє її швидшій адаптації до лікування.

5. Створення комфортного та сприятливого середовища в лікарні є ще одним важливим завданням медичної сестри. Це включає в себе не лише фізичні умови, такі як чистота та порядок, але й емоційний клімат. Медична сестра може використовувати м'які іграшки, малюнки на стінах та інші елементи, які допоможуть дітям відчувати себе в безпеці.

**Мета:** дослідження системи медичної допомоги дітям в умовах воєнного конфлікту в Україні шляхом розкриття та вивчення педагогічних аспектів роботи медичних сестер.

**Матеріали та методи:** В опитуванні взяло участь 20 батьків, віком від 19 до 39 років, з-поміж яких 18 жінок (90%) та двоє чоловіків (10%), діти яких знаходилися на стаціонарному лікуванні в ортопедо-травматологічному відділенні КНП «Чернігівська обласна дитяча лікарня» Чернігівської обласної ради упродовж квітня 2024 р. Проведено анкетування за опитувальником, що розроблений авторкою. Респонденти давали відповіді на такі питання анкети:

2. Як Ви оцінюєте рівень допомоги та підтримки, яку отримували Ваші діти від медичних сестер під час перебування в лікарні?

3. Чи вважаєте Ви, що медичні сестри вміють правильно спілкуватися з дітьми та їх батьками під час відвідування лікарні у воєнний період?

4. Чи була Вам надана інформація про те, як допомагати дитині психологічно адаптуватися до умов воєнного стану?

6. Чи вважаєте ви, що медичні сестри належним чином взаємодіють з дітьми, створюючи дружню атмосферу?

7. Чи враховують медичні сестри індивідуальні потреби та інтереси дітей у процесі лікування?

8. Як Ви оцінюєте рівень педагогічної підтримки, яку отримали Ви та Ваша дитина від медичних сестер під час амбулаторного лікування?

9. Як Ви оцінюєте педагогічний підхід медичних сестер у відношенні щодо Вашої дитини під час лікування?

10. Назвіть педагогічні аспекти роботи медичної сестри, які Ви б хотіли покращити?

Обробка результатів здійснювалась шляхом аналізу багатомірних розподілів відповідей респондентів із використанням пакету прикладних програм SPSS 17.0.

### **Результати та їх обговорення.**

Результати соціологічного опитування засвідчили, що більшість респондентів (90%) виявили задоволення комунікацією з медичними сестрами у дитячій обласній лікарні навіть у складних умовах воєнного стану. Це може вказувати на ефективність та професійність медичного персоналу в управлінні комунікацією з пацієнтами та їхніми сім'ями під час кризових ситуацій.

Відповідаючи на питання «Назвіть педагогічні аспекти роботи медичної сестри, які Ви б хотіли покращити?», ми отримали наступні побажання: респонденти звертали більше уваги на індивідуальні потреби та характеристики кожної дитини з боку медичної сестри; бажають більш чіткої та зрозумілої комунікації з медичними сестрами щодо стану їхньої дитини, процедур, лікування та рекомендацій; хочуть мати більше можливостей для активної участі у лікувальному процесі своєї дитини, зокрема, через надання інформації про стан здоров'я та лікування, а також через сприяння спільній діяльності з медичним персоналом для досягнення кращих результатів; розраховують на створення дружньої та позитивної атмосфери у лікарняному середовищі, що сприяє психологічному комфорту та швидшому відновленню дитини.

**Висновки.** Роль медичної сестри в адаптації дітей до умов лікування в умовах воєнного конфлікту є критично важливою. Вона не лише забезпечує медичну допомогу, а й виступає в ролі психолога і педагога, допомагаючи дітям знайти опору в складні часи. Застосування педагогічних методів, створення комфортного середовища та активна співпраця з родинами

сприяють успішній адаптації дітей, що, в свою чергу, позитивно впливає на їхнє здоров'я та емоційний стан. В умовах війни важливість таких аспектів роботи медичної сестри стає особливо очевидною і потребує належної уваги з боку медичних закладів і суспільства в цілому.

***Список використаних джерел:***

1. Ісаєва О.С., Хміляр І.Р. Оновлена модель підготовки медсестер. *Інноваційна педагогіка: Науковий журнал*. Одеса: ПУ «Причорноморський науково-дослідний інститут економіки та інновацій», 2019. Випуск 12, Том 1. С. 98-101.

2. Рудницька Т.Б. Організаційно-педагогічні умови вдосконалення професійної компетентності майбутніх медсестер: магістерська робота : спеціальність 223 «Медсестринство» / Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України. Тернопіль : [б. в.], 2021. 75 с.

## **V. Актуальні питання медсестринської освіти.**



**ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ У НАВЧАННЯ  
ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ  
«МЕДСЕСТРИНСТВО» НА ФАКУЛЬТЕТІ МЕДИЦИНИ ТА  
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО  
УНІВЕРСИТЕТУ.**

Врублевська С.В., Кукушкін В.Н., Смірнова Г.В.

IMPLEMENTATION OF INNOVATIVE METHODS IN TEACHING OF  
STUDENTS IN SPECIALITY "NURSING" AT THE FACULTY OF MEDICINE  
AND PUBLIC HEALTH OF THE INTERNATIONAL HUMANITARIAN  
UNIVERSITY Vrublevska S.V., Kukushkin V.N., Smirnova G.V.

Intensive educational reform in Ukraine led to the transformation of the educational process by introducing new, more effective ways of teaching material. They can significantly increase the level of education in medical institutions without increasing the time of teaching.

Інтенсивне реформування освіти в Україні призвело до трансформування освітнього процесу шляхом введення нових більш ефективних засобів викладання матеріалу. Вони дозволяють значно підвищити рівень освіти у медичних закладах без збільшення часу викладання предметів.

**Вступ.** Інтенсивне реформування освіти в Україні, впровадження дистанційної освіти під час епідемії COVID-SARS, наявність військового стану вимагають трансформування освітнього процесу шляхом пошуків нових, більш ефективних засобів викладання матеріалу на гуманістичних засадах. Одним з виявів такого трансформування є інноваційні педагогічні технології, що передбачають якісно нові перетворення як педагогічного процесу в цілому, так і його складових, і сприяють істотному підвищенню його ефективності.

На наш погляд, одним із засобів вирішення проблеми послідовності реформування сучасної освіти в Україні є введення інноваційних технологій навчання на клінічних кафедрах. Освітні нововведення (новації) є

продуктами інноваційної діяльності, які за мету мають допомогти позитивно змінити систему освіти, але у рамках основних соціально-педагогічних, організаційно-педагогічних і психолого-педагогічних принципів.

**Основна частина.** Інтерактивні технології передбачають навчальний процес з використанням «Банку клінічних випадків» за умови активної взаємодії всіх студентів у ході заняття в малих групах по 4-5 студентів, де відбувається розподіл ролей і чітке їх виконання. Для того, щоб зробити навчальну інформацію швидко- і легкодоступною, ми розмістили в системі Moodle університету в розділі «Ресурси кафедри» плани лекцій і практичних занять, матеріали лекцій з використанням мультимедійних технологій, методичні розробки і навчальні посібники, збірники навчальних тестів початкового, проміжного і кінцевого рівнів. Останні досягнення у науково-педагогічній і науково-лікувальній діяльності були розміщені у репозитарії бібліотеки і постійно оновлюються.

Алгоритм роботи викладача при проведенні інтерактивного заняття:

- визначення доцільності використання інтерактивних прийомів на занятті; відбір та аналіз клінічного випадку на основі вивченого теоретичного матеріалу, в тому числі й додаткового (тести, приклади, ситуації, завдання для груп тощо);
- планування заняття – етапи, хронометраж, поділ на групи, ролі учасників, запитання на можливі відповіді; визначення критеріїв оцінювання;
- мотивація – обговорення клінічного випадку, інтерпретація даних лабораторних та інструментальних методів дослідження віртуального пацієнта;
- забезпечення розуміння студентами змісту їхньої діяльності та формування очікуваних результатів під час оголошення, представлення теми; надання їм необхідної інформації для виконання завдань за мінімально короткий час;
- забезпечення засвоєння навчального матеріалу студентами шляхом інтерактивної вправи (на вибір викладача);

- рефлексія (підбиття підсумків) індивідуальна робота, робота в парах, групах, дискусія.

Орієнтований розподіл часу між етапами інтерактивного заняття на прикладі заняття з дисципліни «Медсестринство у педіатрії», тема: «Асфіксія новонароджених»:

- 1) мотивація – 5% - визначення станів, які призводять до асфіксії новонароджених, приклади з практики;
- 2) оголошення теми – 5% ;
- 3) інформування студентів – 10–15% - розбір клінічного випадку віртуального пацієнта з використанням рольової гри (організатор роботи відділення, контролюючий роботу відділення, реаніматолог та неонатолог);
- 4) інтерактивна вправа – 50–60%: а) тренування навичок визначення важкості асфіксії за шкалою Апгар з демонстрацією відеоматеріалів, б) визначення основного синдрому гіпоксично-ішемічного ураження нервової системи новонародженого і його ступеня важкості, в) тренування навичок невідкладної допомоги за принципами первинної реанімації новонароджених;
- 5) рефлексія – 15 – 20% - визначення кінцевого рівня знань.

**Висновки.** Активні та інноваційні технології навчання відзначаються інтенсивною подачею матеріалу, активною позицією і самостійністю студентів, постійним самоконтролем і самокорекцією, діалогічністю, проблемністю. Оскільки вони розвивають кращі ідеї традиційного навчання, їх називають сучасними, інноваційними.

Сучасні інноваційні процеси досить складні і вимагають проведення аналізу закономірностей їхнього розвитку, пошуку критеріїв ефективності, визначення параметрів валідності і надійності інноваційних процедур, тощо. Вони дозволяють значно підвищити рівень освіти у медичних закладах без збільшення часу викладання предметів.

**Література.**

1. Артюх С. Один із шляхів суттєвого підвищення ефективності системи вищої освіти України / С. Артюх, О. Лазуренко, К. Махотіло // Вища школа. – 2012. – №11. – С. 44–48.
2. Вернидуб Р. Інформаційно-освітнє середовище як чинник забезпечення якості професійної підготовки педагогічних кадрів / Р. Вернидуб // Вища освіта України. – 2012. – №2. – С. 75–79.
3. Вижва С. Підготовка наукової еліти України / С. Вижва // Вища школа. – 2012. – №8. – С. 14–27.
4. Волосовець О.П. Сучасні підходи до післядипломної освіти лікарів-педіатрів./ Волосовець О.П., Кривопустов С. П., Черній О.Ф., Логінова І.О., Сребний М. М. Тавричний медико-біологічний вісник. 2010, Том 13, №2 стор.4-8.
5. Коломієць Н.О. Інтерактивні технології в особистісно зорієнтованій освіті / Освіта.ua 20.08.2008 <http://osvita.ua/school/method/technol/982/>
6. Куклін О. Стратегічні пріоритети розвитку вищої освіти України / О. Куклін // Вища школа. – 2012. – №8. – С. 28–36. Мадзігон В. Моделювання освітньо-інформаційного середовища майбутнього / В. Мадзігон // Молодь і ринок. – 2010. – №4(63). – С. 14–18.
7. Смолінчук Л. Розвиток педагогічного тестування у вітчизняній науці та освітній практиці / Л. Смолінчук // Молодь і ринок. – 2010. – №4(63). – С.65—68.

# ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА ДИСТАНЦІЙНИХ МЕТОДИК НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Мазур Л.П.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.

Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

Вступ. Онлайн-навчання у медсестринстві показало високу ефективність для засвоєння теоретичного матеріалу. Студенти можуть переглядати лекції та вивчати матеріали в будь-який час, що сприяє кращому засвоєнню знань. Онлайн-курси забезпечують доступ до сучасних навчальних матеріалів, досліджень, протоколів та рекомендацій, що особливо важливо для медичної освіти, де знання швидко оновлюються. Навчання практичним навичкам у медсестринстві через онлайн-методики має певні виклики. Однак сучасні технології, такі як відеосимуляції, інтерактивні тренажери та віртуальна реальність, дозволяють студентам здобувати первинні навички. Наприклад, вони можуть вивчати техніки введення ін'єкцій, догляду за пацієнтами, роботи з обладнанням тощо. Хоча такі методи не замінюють реальної практики, вони можуть підготувати студентів до стажування в клінічних умовах. Онлайн-формат надає значну гнучкість, що важливо для працюючих студентів та тих, хто не має можливості постійно відвідувати заняття. Він дозволяє навчатись у зручний час, обирати темп навчання, що особливо корисно для поєднання навчання і роботи. Для багатьох студентів онлайн-навчання може бути комфортнішим, оскільки знижує рівень стресу під час опанування нових навичок. Однак деяким може бракувати безпосереднього контакту з викладачами та колегами, що є важливим для розвитку комунікативних навичок, необхідних для роботи в медичній команді.

Основна частина. Онлайн навчання медсестер пропонують ряд відомих ВНЗ різних країн. Університет Джонса Гопкінса (США) пропонує кілька дистанційних програм для медсестер, серед яких магістерські та докторські програми. Програма MSN (Master of Science in Nursing) дає можливість

студентам опанувати спеціалізовані навички для роботи у сфері громадського здоров'я, сімейної медицини тощо. Програми поєднують онлайн-курси з практичними тренінгами. Університет Единбурга (Велика Британія) пропонує кілька програм для медичних працівників, зокрема магістерські програми з догляду за пацієнтами, медичної освіти, громадського здоров'я тощо. Програми зосереджуються на вдосконаленні клінічних навичок та розвитку лідерських якостей у медичних сестер. Університет Сіднея (Австралія) пропонує дистанційні магістерські програми для медсестер, які бажають розширити свою кваліфікацію у спеціалізованих галузях, таких як психіатричне медсестринство, педіатрія, геронтологія та догляд за хронічними захворюваннями. Навчання включає інтенсивні онлайн-модулі та обов'язкові стажування. Open University (Велика Британія) відомий гнучкими онлайн-програмами з догляду та медсестринства, орієнтованими як на новачків, так і на досвідчених медсестер. Вони пропонують ступені бакалавра і курси підвищення кваліфікації в таких областях, як інтенсивна терапія, педіатрія, громадське здоров'я тощо. Університет Південної Каліфорнії (США). Програми онлайн-навчання USC пропонують магістерські та докторські програми для медсестер з акцентом на практичне застосування знань. Вони включають тренінги для медсестер-практиків, спеціалістів із догляду за сім'єю та психіатричних медсестер. Програми передбачають комбінацію онлайн-занять та обов'язкових клінічних практик. Університет Альберти (Канада). Програми цього університету дають можливість медсестрам здобути ступінь бакалавра або магістра, підвищити кваліфікацію в різних медичних галузях. Онлайн-програми включають симуляції та навчальні тренажери для практичних занять, а також стажування на базі медичних закладів. Каролінський інститут (Швеція) є одним із провідних ВНЗ у Європі з дистанційного навчання для медсестер, зокрема в програмах на здобуття ступеня магістра. Програми орієнтовані на професіоналів, що прагнуть спеціалізації, наприклад, в онкології або реабілітації, і включають онлайн-курси разом із клінічними стажуваннями.

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського (ТНМУ) пропонує низку дистанційних програм для підготовки медичних сестер. Програми онлайн-навчання в ТНМУ розроблені з акцентом на поєднанні теоретичних знань і практичних навичок через сучасні навчальні технології. ТНМУ пропонує програми бакалаврату та магістратури для медсестер з можливістю дистанційного навчання, що відповідають європейським стандартам. Вони включають фундаментальні дисципліни з медичних наук, догляду за пацієнтами та управління медсестринством. Формат інтерактивного навчання та онлайн-лекції, котрі проводяться у вигляді відеоконференцій, вебінарів та записів, доступних для студентів у будь-який зручний час. Це дозволяє працюючим студентам навчатися за гнучким графіком. Практичні заняття із застосуванням симуляційних технологій, на яких для здобуття практичних навичок використовуються онлайн-симуляції та тренажери. Це дає можливість студентам отримати базові навички до виходу на реальне стажування. Деякі заняття проводяться в навчально-тренувальному центрі ТНМУ, де використовуються манекени та інтерактивні модулі. Обов'язковим є клінічне стажування в медичних закладах, попри дистанційний формат програм. Це допомагає студентам здобути реальний досвід під керівництвом досвідчених викладачів і фахівців. Система оцінювання та підтримки викладачів полягає у тому, що студенти здають результати описового опитування, проходять тести та мають регулярні консультації з викладачами. Це дозволяє контролювати навчальний процес і підтримувати високий рівень знань.

Програма навчання магістрів спеціальності Медсестринство для випускників, котрі отримали рівень бакалавра, заснована в ТНМУ в 2008 році, а дистанційна (онлайн) програма існує з 2011 року. За час існування даної програми ступінь магістрів здобули 478 вітчизняних випускників та 309 іноземців. Випускники магістерської програми підтверджують свої дипломи ТНМУ за кордоном, зокрема в країнах Європи, США і Канаді, та успішно

працюють на їх основі, а також продовжують навчання на програмах NP та для здобуття наукового ступеня доктора філософії.

Висновок. Онлайн-навчання в ТНМУ є сучасним і гнучким форматом, який дозволяє студентам поєднувати навчання з роботою. Завдяки доступу до дистанційних ресурсів і практичних занять у симуляційних центрах, студенти мають можливість здобувати теоретичні та практичні навички на високому рівні, що відповідає вимогам медичної освіти.



## **VI. Сучасні підходи до практичної діяльності медсестри.**

# ВИЗНАЧЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ ГРУПИ ПЕНІЦИЛІНУ БАКТЕРІЙ, ВИСІЯНИХ ІЗ РАН ХВОРИХ

Сушко Г. О., Гук М. Т.

Тернопільський національний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Розвиток стійкості бактерій до антимікробних препаратів є однією з найбільших загроз для здоров'я людей як у світі, так і в Україні. Внаслідок виникнення резистентності мікроорганізмів до антибіотиків останні стають неефективними, а інфекції, спричинені ними, тяжко або неможливо вилікувати, що значно збільшує ризик тяжкого перебігу захворювань, інвалідності та смерті, а також поширення цих недуг.

Так, за оцінками експертів ВООЗ, у 2019 році у світі резистентність мікробів до антибіотиків безпосередньо спричинила 1,27 мільйона смертей і сприяла їм у 4,95 мільйона випадків.

Тому визначення чутливості мікроорганізмів до антимікробних препаратів і раціональне застосування останніх є одним з основних принципів профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я.

**Мета.** Визначити кількість резистентних до антибіотиків групи пеніциліну ізолятів деяких видів бактерій, висіяних із ран хворих.

**Матеріали та методи.** Мікробний моніторинг проводили в ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України». Посіви на флору та визначення її чутливості до антибіотиків брали з ран хворих, які протягом 2023'р. перебували на лікуванні в зазначеній установі. У зразках від пацієнтів визначали 8 видів бактерій: *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonella spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *E. faecium*. За

загальноприйнятими методиками визначали чутливість отриманих ізолятів зазначених мікробів до таких препаратів групи пеніциліну: бензилпеніцилін, ампіцилін, амоксицилін/клавуланат, піперацилін/тазобактам.

**Результати.** Отримано 266 ізолятів бактерій, з яких *S. aureus* було 144 (54,1 %), *K. pneumoniae* – 58 (21,8 %), *E. faecalis* – 37 (13,9 %), *P. aeruginosa* – 14 (5,3 %), *E. faecium* – 9 (3,4 %), *Salmonella spp.* – 4 (1,5 %). Варто зазначити, що не висіяно жодного ізоляту *Acinetobacter spp.* і *S. pneumoniae*.

Встановлено, що 150 (56,4 %) виділених бактерій були стійкими до антибіотиків групи пеніциліну, а саме: серед *S. aureus* – 105 (72,9 %) із 144, *K. pneumoniae* – 33 (56,9 %) із 58, *P. aeruginosa* – 5 (35,7 %) із 14. З них усі 105 (72,9 %) ізолятів *S. aureus* виявили резистентність до бензилпеніциліну, 22 (66,7 %) *K. pneumoniae* – до ампіциліну, а 11 (33,3 %) – до амоксицилін/клавуланату, усі 5 (35,7 %) виділених *P. aeruginosa* – до піперацилін/тазобактаму. Водночас, лише 7 (18,9 %) серед 37 ізолятів *E. faecalis* виявили стійкість до ампіциліну.

Жоден із висіяних ізолятів *E. faecium* та *Salmonella spp.* не був резистентним до ампіциліну та амоксицилін/клавуланату.

**Висновки.** При проведенні мікробного моніторингу в ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України» із ран хворих висіяно 266 ізолятів бактерій. Найчастіше виявляли *S. aureus* і *K. pneumoniae* – відповідно 54,1 і 21,8 % усіх ізолятів. Не знайдено мікробів *Acinetobacter spp.* та *S. pneumoniae*.

Більшість отриманих із ран хворих бактерій (56,4 %) були резистентними до антибіотиків групи пеніциліну. Найчастіше *S. aureus* виявляли стійкість до бензилпеніциліну (72,9 %), *K. pneumoniae* – до ампіциліну (66,7 %), *P. aeruginosa* – до піперацилін/тазобактаму (35,7 %).

Отримані результати важливі для призначення адекватної антибіотикотерапії пацієнтам із ранами, попередження виникнення

внутрішньолікарняних інфекцій, поліпшення наданням медичної допомоги хворим та інфекційної безпеки для медичного персоналу.

# ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ГІГІЄНИ РУК У КНП «КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР № 29» ОМР

Орлова К. О., Гук М. Т.

Тернопільський національний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Гігієна рук – це один із найважливіших заходів профілактики інфекційних хвороб, який пов'язаний з наданням медичної допомоги хворим та інфекційною безпекою медичного персоналу. Він полягає в очищенні поверхні рук від потенційних патогенів.

Впровадження ретельної гігієни рук медичних працівників може значно зменшити ймовірність передачі інфекційних агентів, у тому числі й бактерій, а широке введення в навчальні програми правильної гігієни рук забезпечує зростання прихильності медичного персоналу до цієї процедури в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) на 40–50 %.

**Мета.** Оцінити ефективність впровадження заходів щодо гігієни рук у КНП «Консультативно-діагностичний центр №2 9» ОМР протягом 2021-2023 рр.

**Матеріали та методи.** Проаналізували динаміку 9 основних пунктів щодо покращення гігієни рук у КНП «Консультативно-діагностичний центр № 29» ОМР протягом 2021-2023 рр. Оцінювали такі критерії: наявність координатора, тренера програми з покращення гігієни рук; включення практики гігієни рук у стандартні операційні процедури (СОП), клінічні протоколи; наявність системи допуску працівника до виконання професійних обов'язків; проведення моніторингу самооцінки дотримання правил гігієни рук; проведення оцінки інфраструктури і ресурсів; проведення оцінки з використання засобів для гігієни рук; впровадження системи заохочень; розрахунок антисептиків; наявність нагадування про гігієну рук на робочому місці.

**Результати.** При аналізі результатів щодо впровадження гігієни рук у КНП «Консультативно-діагностичний центр № 29» ОМР встановлено, що у 2021 р. у цьому ЗОЗ не було координатора, тренера програми з покращення гігієни рук. Вперше ця посада з'явилась у 2022 р., а у 2023 р. у команду входило вже два тренера та помічник епідеміолога.

У 2021 р. у ЗОЗ були впроваджені лише основні СОПи з гігієни рук. У подальшому, у 2023 р., почали щорічно переглядати існуючі СОПи, їх удосконалювати та розробляти нові. Систему допуску медичного працівника до виконання професійних обов'язків впроваджено лише з 2022 р., як і щорічний моніторинг дотримання правил гігієни рук. У 2023 р. було введено нові СОПи з профілактики інфекцій та інфекційного контролю з використанням чек-листів, тест-завдань, володіння технікою проведення гігієни рук.

Оцінку ефективності з використання засобів для гігієни рук у 2021 р. не проводили, точок догляду було мало, лише 57,7 % медичних працівників використовували антисептик. У 2022 р. було проведено оцінку гігієни рук, кількість точок догляду збільшилася, використання антисептика працівниками зросло до 87 %. У подальшому, у 2023 р., здійснювався постійний моніторинг застосування засобів для гігієни рук, використання антисептика працівниками збільшилося до 98,7 %.

Системи заохочень медичних працівників щодо дотримання гігієни рук у 2021 р. не було, із 2022 р. створено персональну систему заохочень, а у 2023 р. відділом інфекційного контролю впроваджено систему заохочень у вигляді подяк і премій.

Також проаналізували об'єми застосування антисептиків у ЗОЗ. З'ясовано, що у 2021 р. розрахунок кількості використаних антисептиків не проводили, у 2022 р. він становив 20 л/відділення, у 2023 р. – зріс до 40 л/відділення.

У 2021 р. біля умивальників були прикріплені лише нагадування про гігієну рук на робочому місці та техніку її проведення. У 2022 р. у ЗОЗ

розроблено нові правила щодо гігієни рук і техніки її проведення, в яких висвітлено показання для її проведення, зазначена практика п'яти моментів гігієни рук, роз'яснено як правильно використовувати диспенсер. Зазначені матеріали розташували в точках догляду за руками, кількість яких була збільшена. У 2023 р. у медичному закладі проводиться систематична перевірка наявності нагадувань щодо дотримання гігієни рук та їх заміна в разі пошкодження, розробляються і розміщуються в належних місцях власні нагадування для працівників і пацієнтів з метою популяризації гігієни рук.

**Висновки.** У період з 2021 р. по 2023 р. у КНП «Консультативно-діагностичний центр № 29» ОМР впроваджено низку заходів щодо покращення гігієни рук медичного персоналу. Збільшено команду, що навчає працівників основним навикам гігієни рук, проводиться щорічний перегляд і впровадження нових СОПів із профілактики інфекцій та інфекційного контролю з використанням чек-листів, тест-завдань, володіння технікою проведення гігієни рук, застосовано систему допуску працівників до виконання професійних обов'язків. Використання антисептиків медичними працівниками ЗОЗ збільшилось із 57,7 до 98,7 %, а об'єм застосованих антисептиків – до 40 л/відділення. Впроваджено систему заохочень медичних працівників систематично проводити гігієну рук. Зазначені заходи підвищують інфекційну безпеку медичного персоналу та пацієнтів, запобігатимуть виникненню внутрішньолікарняних інфекцій.

# АНАЛІЗ СЕСТРИНСЬКИХ МАНІПУЛЯЦІЙ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

*Гук Аліна Анатоліївна*

*Єрмоменко Галина Володимирівна*

**Харківський національний медичний університет**

**Вступ.** Післяопераційні ускладнення - це новий патологічний стан, який не характерний для нормального перебігу післяопераційного періоду і не є наслідком прогресування основної хвороби. Зазвичай, причинами ускладнень є наявність супутньої патології, переоцінка можливостей організму пацієнта перенести операцію, недотримання пацієнтом лікарняного режиму, помилки технічні й тактичні [1]. Ускладнення можуть з'явитися безпосередньо під час проведення операції, такі як ушкодження органів і тканин, ускладнення анестезії, тромбоемболічне ускладнення, кровотеча [2]. З боку органів і систем, на яких проводилося оперативне втручання, також можуть виникнути ускладнення, як-от розвиток гнійного інфільтрату, вторинна кровотеча, розбіжність країв рани, порушення функції органа і системи, на якому проводилося втручання [3]. Ускладнення, які можуть з'явитися в післяопераційному періоді - це серцево-судинна недостатність, інфаркт міокарда та аритмії, колапс, тромбози та емболії, гостра дихальна недостатність, пневмонії та бронхіти, набряк легенів [4].

Маніпуляції медичної сестри в післяопераційному періоді полягають у запобіганні потрапляння інфекції в ділянку післяопераційної рани, психологічній підготовці пацієнта до операції, зменшенні проявів запального процесу (зниження вираженості лихоманки, температури тіла тощо), підвищенні опірності організму до будь-яких захворювань, насиченні організму пацієнта оптимальною кількістю кисню, запобіганні застійним явищам у легенях. Також для профілактики ускладнень медичні сестри контролюють життєво важливі показники пацієнта: артеріальний тиск, температуру, частоту дихальних рухів і серцевих скорочень [5]. Профілактика ускладнень, а також застосування



досконалих методів їх ранньої діагностики та лікування - найважливіша проблема сучасної хірургії.

**Мета роботи** – провести аналіз сестринських маніпуляцій у післяопераційному періоді для уникнення ускладнень.

**Матеріал та методи.** Робота ґрунтується на аналізі кількості маніпуляцій, виконаних медичними сестрами у післяопераційному періоді у хірургічному відділенні КНП«Міська клінічна багатопрофільна лікарня № 25» ХМР за 2024 рік. Оперативні втручання на органах черевної порожнини було виконано 2913 пацієнтам з приводу жовчнокам'яної хвороби, апендициту, гострої кишкової непрохідності, защемленої грижі, гострого панкреатиту, перфоративної виразки шлунка або дванадцятипалої кишки.

### **Результати.**

Таблиця 1.

Маніпуляції медичних сестер по запобіганню післяопераційних ускладнень

| Назва маніпуляції   | Кількість |
|---|-----------|
| Накладання пов'язок на післяопераційну рану та їх заміна                  | 3057      |
| Догляд дренажами та їх заміна   | 2980      |
| Накладення міхура з льодом на ділянку післяопераційної рани               | 2913      |
| Допомога в ранній активізації пацієнта                                    | 2270      |
| Накладання еластичних бинтів на кінцівки для профілактики тромбоутворення | 2159      |
| Заміна уретрального катетеру  | 846       |

Найчастіше за все виконували маніпуляцію з накладання та заміни пов'язок на післяопераційну рану - 3057, догляд дренажами та їх заміна була проведена медсестрами 2980 разів, накладення міхура з льодом на ділянку післяопераційної рани виконано у всіх оперованих пацієнтів - 2913, допомога в ранній активізації проведена медичними сестрами у 2270 пацієнтів, накладення еластичних бинтів на кінцівки для профілактики тромбоутворення – у 2159, маніпуляція по заміні уретрального катетеру виконана у 846 хворих.

**Висновок.** Медична сестра є найближчим помічником лікаря, від неї нерідко залежить успіх лікування. У післяопераційний період усе спрямовано на відновлення фізіологічних функцій пацієнта, на нормальне загоєння операційної рани, на попередження можливих ускладнень. Правильне і своєчасне виконання лікарських призначень і чуйне ставлення до хворого створюють умови для швидкого одужання. У подальшому планується зазначити основні види післяопераційних ускладнень і причини їх виникнення, а також сформулювати заходи, спрямовані на профілактику післяопераційних ускладнень

### Література

1. Кузьменко Т. С. Аналіз сучасного стану проблеми післяопераційних легеневих ускладнень в абдомінальній хірургії / Т. С. Кузьменко // Запорізький медичний журнал. – 2019. – Т. 21, № 4(115). – С. 546–553. DOI: 10.14739/2310-1210. 2019.4.173360
2. Інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення при проведенні анестезіологічного забезпечення лапароскопічної холецистектомії / Я. О. Руснак, В. Ю. Химич, В. В. Авдєєв, В. В. Долженко // Науковий вісник Ужгородського університету : серія: Медицина / редкол.: А.С. Головацький (гол. ред.), К.С. Волков, О.М. Ганич та ін. – Ужгород : ПП "Ліра", 2003. – Вип. 19. – С. 49–52.
3. de Araújo Martins-Romeo D. Complications after abdominalsurgery. / D. de Araújo Martins Romeo, A. RiveraDomínguez // Radiologia (Engl Ed). – 2023. - №65. – P.S99-S108. doi:10.1016/j.rxeng.2022.09.012
4. Zaydfudim V. M. Postoperative complications after major abdominal operations. / V. M. Zaydfudim // Surgery. – 2021. - №169(5). – P.1017. doi:10.1016/j.surg.2020.10.006

5. Coll A. M. Role of the nurse in the assessment and management of post-operative pain. / A. M. Coll, R. Jones //Nursing standard. – 2020. - №35(4). – P.53-58. doi:10.7748/ns.2020.e11530

## Зміст

### **I. Дослідження, спрямовані на допомогу людям з обмеженими можливостями та маргіналізованим групам населення.**

Д.О. Ковальчук, Л.П. Мазур, А.С. Сверстюк. Підхід до моделювання прогресування неврологічних розладів та порушення опорно-рухового апарату у постінсультних пацієнтів.....6

### **II. Питання медичної, соціальної та психологічної адаптації різних груп населення, роль та межі відповідальності медичних сестер.**

Я. Ганзіна, Ю.А Денисюк. Взаємодія медичної сестри з іншими службами як один із основних етапів ефективною невідкладної допомоги під час надзвичайних ситуацій.....9

О.В. Батюх, Л.П. Мазур, М.І. Марущак. Дослідження особистісної тривожності у пацієнтів з різними рівнями комплаєнтності.....11

Рега Н.І., Коцаба Ю.Я. Сучасні проблеми і перспективи паліативної і гопісної допомоги на Тернопільщині.....14

Oksana Prokopchuk. The Role of Nurses in Assessing and Correcting Patients' Nutritional Status.....20

О.І. Зарудна, М.І. Караневич, С.В. Даньчак, Ю.О. Данилевич, Н.І. Рега, Ю.Я. Коцаба, О.В. Прокопчук, Н.Г. Гаврилюк, О.А. Козак. Дослідження медичної допомоги військовим на початкових етапах евакуації: погляд крізь призму стабілізаційного пункту.....23

### **III. Ментальне здоров'я в умовах конфліктів та катастроф.**

О.П. Абухажар, О.І. Зарудна, М.І. Караневич. Типові прояви психологічної травми в умовах війни: досвід роботи в закладах освіти.....27

N. Deyneka, M. Marushchak. The influence of emotional intelligence on the quality of life of nurses.....30

Кулик Анастасія Віталіївна, Бездітко Тетяна Василівна. Синдром емоційного вигорання у педагогічних працівників медичного училища.....32

|   |    |
|---|----|
| Ваврищук А.Е. Психологічна підтримка студентів під час освітнього процесу в умовах воєнного стану.....  | 36 |
| Ганзіна Яна, Ю.А Денисюк. Стрес і професійне вигорання серед медичних сестер: проблематика, виклики та ефективні стратегії подолання.....   | 40 |
| Юлія Коцаба, Світлана Даньчак, Надія Рега. Підтримка власного ментального благополуччя медичними сестрами при роботі в госпісі.....   | 42 |
| Н. І. Смолюк. Якість життя та його зв'язок з професійним вигоранням у медичних сестер стаціонарів.....  | 44 |
| Я.А. Хома, І.П. Савченко. Мультидисциплінарний підхід за участю медичної сестри до ведення пацієнтів з тривожно-депресивними розладами, у військовий час.....   | 48 |
| <b>IV. Безпечне дитинство – майбутнє нації, гуманітарний міждисциплінарний підхід.</b>  |    |
| Товстогон К.В. Роль медичної сестри в адаптації дітей до умов лікування в умовах воєнного конфлікту.....  | 52 |
| <b>V. Актуальні питання медсестринської освіти.</b>   |    |
| Врублевська С.В., Кукушкін В.Н., Смірнова Г.В. Впровадження інноваційних підходів у навчання здобувачів вищої освіти за спеціальністю «медсестринство» на факультеті медицини та громадського здоров'я міжнародного гуманітарного університету..... | 57 |
| Мазур Л.П. Теорія та практика дистанційних методик навчання в системі вищої.медсестринської.освіти.....   | 61 |
| <b>VI. Сучасні підходи до практичної діяльності медсестри.</b>  |    |
| Сушко Г. О., Гук М. Т. Визначення резистентності до антибіотиків групи пеніциліну бактерій, висіяних із ран хворих.....   | 66 |
| Орлова К. О., Гук М. Т. Оцінка ефективності впроваджених заходів щодо гігієни рук у кнп «консультативно-діагностичний центр № 29» ОМР.....  | 69 |

|  |    |
|--|----|
| Гук Аліна    Анатоліївна    Єрмоменко Галина    Володимирівна    Аналіз<br>сестринських маніпуляцій у післяопераційному періоді..... | 72 |
|--|----|