ISSN 2618-1592

ЖИТОМИРСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

Український науково-практичний журнал

MASTER OF NURSING

Ukranian scientific and practical journal

1 (25) 2021

ЖИТОМИР 2021

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

Засновник
Житомирський
медичний інститут
Житомирської обласної
ради

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР В. Й. ШАТИЛО
ЗАСТУПНИК ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА О.В. ГОРАЙ

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

І. Ю. АНДРІЄВСЬКИЙ
О. В. АНТОНОВ
К. В. БАЛАБАНОВА
О. В. БОГДАН
О. В. ГОРАЙ
С. В. ГОРДІЙЧУК
І. Я. ГУБЕНКО
О В. ДМИТРУК
І. М. ДЬЯЧЕНКО
О. С. ЗАБЛОЦЬКА
В. О. ЗАБОЛОТНОВ
М.В. КІРЯЧОК
В. О. КОВАЛЕНКО
В. А. КОПЕТЧУК
В. М. КОСЕНКО
І. М. КРУКОВСЬКА
Б. Б. ЛЕСЬКІВ
І. Р. МАХНОВСЬКА
І. М. НІКОЛАЄВА
С. Д. ПОПЛАВСЬКА
С. С. ТЕВС
Н. М. САМБОРСЬКА
Т. І. ЧЕРНИШЕНКО
С.О. ЯСТРЕМСЬКА

Реєстраційне свідоцтво
КВ№ 24706-14646 ПР
від 02.02.2021 р.

Індекс 49895
Рекомендовано
Вченою радою
Житомирського медичного
інституту
Житомирської обласної ради
Протокол № 7 від 17.03.2021 р.

Періодичність
2 рази на рік

Наклад 200 прим.

Науковий редактор
В.О. Заболотнов

Відповідальний секретар
Н.М. Самборська

Технічний редактор
О.В. Ціунчик

Друк:
ФОП Таранушенко Л.І. 12403
Житомирська обл.,
Житомирський р-н,
вул.Чайківського, 43

Замовлення № 123

Редакція:
вул. Велика Бердичівська, 46/15
10002 м. Житомир
Телефон: (0412) 43-08-91
E-mail:
zhitomir.nursing@gmail.com

ISSN 2618-1592

Відповідальність за добір та викладення фактів у статтях несуть автори, а за зміст рекламних матеріалів - рекламодавці.

Усі права стосовно опублікованих статей залишені за видавцем. Передрук можливий за згоди редакції та з посиланням на джерело.

© Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, 2021

МІЖНАРОДНА НАУКОВА РАДА ЖУРНАЛУ
«МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА»

Голова Міжнародної наукової ради журналу «Магістр медсестринства» – Шатило Віктор Йосипович, доктор медичних наук, професор, ректор Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради (Україна)

Члени Міжнародної наукової ради журналу «Магістр медсестринства»:

Дімітрос Аргіропулос – доктор наук з педагогіки, професор Болонського Університету (Італія)

Волосовець Олександр Петрович – доктор медичних наук, професор Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця, академік НАМН України (Україна)

Гонсалєз Дель Кастільо Алла – доктор філософії з педагогіки (PhD), директор Центру освітніх програм Вищої Школи м. Сент Луїс (США)

Гордійчук Світлана Вікторівна – доцент, кандидат біологічних наук, проректор з навчальної роботи Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради (Україна)

Горай Ольга Віцентіївна – кандидат педагогічних наук, проректор з соціально-гуманітарного розвитку та міжнародного співробітництва Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради (Україна)

Анджей Гумула – доктор наук з медицини, професор Вищої Школи Агробізнесу (Польща)

Роман Збігнєв Енглер – доктор наук з медицини, професор, ректор Вищої Школи Агробізнесу (Польща)

Заболотнов Віталій Олександрович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри «Сестринська справа» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради (Україна)

Іветта Лазарова – магістр медсестринства, президент Асоціації медичних сестер та акушерок Словаччини (Словаччина)

Лукас Кобер – доктор філософії з медсестринства (PhDr, PhD), голова Асоціації медичних сестер та акушерок регіону Високі Татри, головний редактор професійного видання «Медсестринство та акушерство» (Словаччина)

Мирослав Копецки – доктор наук з педагогіки, головний редактор професійного видання Палацького Університету «Професія он-лайн» в м. Оломоуц (Чехія)

Малгожата Марч – доктор філософії з медицини (PhD), завідувач кафедри Медсестринства Інституту медсестринства та наук про здоров'я Жешувського університету (Польща)

Ева Молка – доктор філософії з медицини, головний редактор журналу «Фахівець у медсестринстві» (Польща)

Рената Мрочковська – магістр медсестринства, заступник головного редактора журналу «Фахівець у медсестринстві» (Польща)

Плеш Ігор Антонович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет» (Україна)

Збігнєв Пухальський – доктор наук з медицини, професор Вищої Школи Агробізнесу (Польща)

Русак Петро Степанович – доктор медичних наук, професор Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (Україна)

Сабадишин Ростислав Олексійович – доктор медичних наук, професор, директор Рівненської медичної академії (Україна)

Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, директор Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України (Україна)

Сорокман Таміла Василівна – доктор медичних наук, професор, декан медичного факультету №4 ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет» (Україна)

Ярослав Станчак – доктор філосоії з медсестринства (PhD), доцент, факультет гуманітарних і соціальних наук Університету Святого Кирила (Словаччина)

Мілан Лаурінц – доктор філософії з медсестринства (PhDr, PhD), президент Асоціації медичних сестер, що працюють в анестезіології Словаччини (Словаччина)

Каталін Папп – доцент, (PhD), заступник декана факультету «Охорона здоров`я» університету в Дебрецені (Угорщина)

ЗМІСТ

МЕДИЧНА ОСВІТА І НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ В МЕДСЕСТРИНСТВІ

ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПІД ВПЛИВОМ СТЕЙКХОЛДЕРІВ…….……7
Антонова А.В.

NOWOCZESNE TECHNOLOGIE MEDYCZNE W OPIECE DIABETOLOGICZNEJ NAD DZIECKIEM – OPIS PRZYPADKU……..10
Brzuszek M., Marć M.

ВПЛИВ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ФІЗИЧНУ АКТИВНІСТЬ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ……..…16
Кагукіна А.М.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ БОРОТЬБИ З БОЛЕМ У РОБОТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ НА ПІДСТАВІ РЕКОМЕНДАЦІЙ ВООЗ……..….21
Кагукіна А.М.

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ В ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ…….25
Кравчук Н.С.

РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ: РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ…….……30
Куриленко Т. С.

PACJENT PODMIOTEM OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ……34
Lesiak A., Marć M., Fudali K., Fąfara A., Krakowiak A., Mikłasz K.

NADWAGA I OTYŁOŚĆ WŚRÓD OSÓB STARSZYCH W POLSCE I UKRAINIE (na przykładzie mieszkańców województwa podkarpackiego i żytomirskiego)…….40
Marć M., Goraj O., Fąfara A., Lesiak A., Shatylo V., Fudal K., Krakowiak A.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНОЇ ІНФЕКЦІЇ…….49
Омельчук О.О.

ЗАСТОСУВАННЯ СЕРВІСУ «CLASSTIME» ЯК ОДНОГО З ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ ВИКЛАДАННЯ ТА ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ЗНАНЬ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ……...54
Синяк Ю.П.

WPŁYW CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH I INNYCH NA ZRÓŻNICOWANIE SATYSFAKCJI PACJENTÓW ZE ŚWIADCZEŃ W PORZE NOCNEJ…….59
Fąfara A., Marć M., Krakowiak A., Fudali K., Lesiak A.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

ВПЛИВ СПОСОБУ ЖИТТЯ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ У ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ ОСВІТИ НА ВИНИКНЕННЯ ОЖИРІННЯ У ЗДОБУВАЧІВ…67
Боярин Ж.С., Копетчук В.А.

СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА РІВНЯ ЗНАНЬ РЕСПОНДЕНТІВ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ……71
Васьковська О.Л., Круковська І.М.

ТВОРЧІСТЬ ЯК ВИРІШАЛЬНИЙ ЧИННИК ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ…….77
Вознюк О.В., Дядюк В.В.

ДИТЯЧИЙ ПОБУТОВИЙ ТРАВМАТИЗМ: ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ (НА ПРИКЛАДІ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ)…….86
Карпюк В. В.

ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ/СНІДу У МОЛОДІЖНОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА……92
Козак Т.П.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ВІДДІЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ВИЯВЛЕННІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ ЗІ СТАНОМ ЇЇ ЗДОРОВ'Я…95
Мосійчук Ю.М.

ПСИХОЛОГО-ВИХОВНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ/СНІДу СЕРЕД МОЛОДІ ГРОМАДИ (НА ПРИКЛАДІ ДОВБИСЬКОЇ ГРОМАДИ НОВОГРАД-ВОЛИНСЬКОГО РАЙОНУ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ)……..99
Ольшевська Л. Ю.

МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПИТАНЬ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ: ПРОГРАМА, ОБСЯГ, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ……104
Пирхова Н. П.

ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ КОМП'ЮТЕНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В ПІДЛІТКІВ……110
Плоткіна Л.П., Коваленко В.О.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ «ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ» МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНДЕРНИХ ОЗНАК……117
Примаченко О.В., Прокопович Є.М., Примаченко С.О.

CONTENT

MEDICAL EDUCATION AND SCIENTIFIC RESEARCHES IN NURSING

QUALITY OF MEDICAL EDUCATION UNDER THE INFLUENCE OF STAKEHOLDERS……7
Antonova A.V.

MODERN MEDICAL TECHNOLOGIES IN DIABETOLOGICAL CHILD CARE - DESCRIPTION OF THE SITUATION……..10
Brzuszek M., March M.

THE INFLUENCE OF CHRONIC DISEASES ON PHYSICAL ACTIVITY OF ELDERLY PEOPLE…….....16
Kahukina A.M.

MODERN APPROACH TO SOLVING THE PROBLEM OF PAIN MANAGEMENT IN THE WORK OF A NURSE BASED ON WHO RECOMMENDATIONS…….21
Kahukina A. M.

PHYSICAL EDUCATION OF APPLICANTS OF HIGHER MEDICAL EDUCATION…...…….25
Kravchuk N.S.

REHABILITATION OF COMBATANTS: THE ROLE OF A NURSE……30
Kurylenko T.S.

A PATIENT AS AN OBJECT OF MEDICAL SITUATION……34
Lesiak A., Marć M., Fudali K., Fąfara A., Krakowiak A., Mikłasz K.

OVERWEIGHT AND OBESITY AMONG ELDERLY PEOPLE IN POLAND AND UKRAINE (on the example of residents of Pidkarpacke Voivodeship and Zhytomyr Region)……40
March M., Fafara A., Lesyak A., Fudali K., Krakovyak A., Shatilo V., Goray O.

MODERN ASPECTS OF INTRODUCTION OF HOSPITAL-ACQUIRED INFECTION PREVENTION……49
Omelchuk O.O.

THE USE OF «CLASSTIME» SERVICE AS AN INNOVATIVE METHOD OF TEACHING AND ASSESSING THE QUALITY OF KNOWLEDGE OF APPLICANTS OF HIGHER EDUCATION…….54
Sinyak Y.P.

THE INFLUENCE OF SOCIO-DEMOGRAPHIC AND OTHER FACTORS ON THE DIFFERENTIATION OF PATIENT`S SATISFACTION WITH NIGHT CARE……59
Fąfara A., March M., Krakowiak A., Fudali K., Lesiak A.

PUBLIC HEALTH

THE INFLUENCE OF LIFESTYLE WHILE STUDING AT HIGHER EDUCATION INSTITUTION ON THE DEVELOPMENT OF OBESITY IN APPLICANTS OF HIGHER EDUCATION ……67
Boiaryn Zhanna, Kopetchuk Valentina

PECULIARITIES OF MEDICAL WORKERS` SELF-ASSESSMENT ON THE ISSUE OF PROFESSIONAL BURNOUT…….71
Vaskovska O.L., Krukovska I.M.

CREATIVITY AS A DETERMINANT OF HEALTH OF THE PARTICIPANTS OF EDUCATIONAL PROCESS …….....77
O.V. Voznyuk, Dyadyuk V.V.,

CHILDREN`S DOMESTIC INJURY: CAUSES AND CONSEQUENCES (on the example of Vinnitsa region)…….....86
Karpyuk V. V.

HIV/AIDS PREVENTION AMONG YOUNG PEOPLE AS A MEDICAL-SOCIAL PROBLEM……92
Kozak T.P

THE ROLE OF A NURSE OF THE FUNCTIONAL DIAGNOSTICS DEPARTMENT IN IDENTIFICATION OF THE INTERRELATION BETWEEN A PERSON'S LIFESTYLE AND HIS HEALTH……95
Mosiychuk Y.M.

PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL ASPECTS OF HIV/AIDS PREVENTION AMONG YOUNG PEOPLE (on the example of the Dovbysh territorial community, Novograd-Volynsky district, Zhytomyr region)……...…….99
Olshevskaya L. Yu.

MEDICO-SOCIALOGICAL RESEARCH OF A HEALTHY LIFESTYLE FORMATION: PROGRAM, SCOPE, MATERIALS AND METHODS ....……104
Pirkhova N.P.

SUBSTANTIATION OF THE SYSTEM OF PREVENTING MEASURES OF COMPUTER ADDICTION IN ADOLESCENTS ……..…110
Plotkina L., Kovalenko V.

PECULIARITIES OF MANIFESTATION OF EMOTIONAL «BURNOUT SYNDROME» AMONG HEALTHCARE WORKERS DEPENDING ON THEIR GENDER SIGNS ……..117
Primachenko O.V., Prokopovich E.M., Primachenko S.O.

УДК 378:61]:005:336.3

ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПІД ВПЛИВОМ СТЕЙКХОЛДЕРІВ

Антонова А.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

QUALITY OF MEDICAL EDUCATION UNDER THE INFLUENCE OF STAKEHOLDERS

Antonova A.V.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *The article discusses the influence of stakeholders over the quality of medical education. Stakeholders provide suggestions as for improving the quality of practical training of applicants of higher education, determine the necessary competencies that should be developed to master innovations in medicine, optimize and improve information resources, create links with potential employers. It is extremely important to analyze and study the impact of stakeholders on the quality of medical education because it is the key to obtaining highly qualified healthcare worker. The participants of the reseach, as internal stakeholders, were the students of Zhytomyr Medical Institute. According to the results of the investigation of applicants of higher medical education, it can be concluded that students are satisfied by the level of education, but they have their own propositions as for improving the educational process.*

Key words: *stakeholder, education, educational process, medical education*

Актуальність теми. Головним завданням медичної освіти є забезпечення громадян якісною медичною допомогою через високий рівень підготовки медичних фахівців. На теперішній час виникає потреба перегляду деяких традиційних уявлень про навчальний процес та його технології, що дозволяє наблизити якість підготовки фахівця до вимог сучасної науки і практики. Заклад вищої освіти (факультет) повинен стати місцем вільної фахової дискусії з метою пошуку нових знань і формування нових ідей. Розвиток медичної освіти - це спільна справа студентів, викладачів, науковців, адміністрацій ВНЗ, а також лікарів, управлінців, політиків. Реалізація стратегій і програм розвитку професійних освітніх організацій передбачає активну взаємодію з численними організаціями, групами і індивідами, дозволяє забезпечити облік різноманітних інтересів і вимог різних стейкхолдерів. Незважаючи на наявність різних цілей, всі вони зацікавлені в підвищенні якості вищої освіти. Врахування інтересів і вимог основних стейкхолдерів може дозволити закладам освіти отримувати стійкі конкурентні переваги, реалізовувати свою соціальну функцію. Університет, як стейкхолдер-компанія, реалізує свою місію в інтересах всіх зацікавлених груп, максимально підвищуючи ефективність взаємного співробітництва і власну конкурентоспроможність в умовах сучасного освітнього ринку. З метою задоволення суспільних потреб і реалізації свого призначення університет повинен бути відкритим для діалогу, обміну інформацією і взаємодії із внутрішніми і зовнішніми стейкхолдерами як суб'єктами впливу на його функціонування. Велику роль в організації розвитку партнерської взаємодії адміністрації, викладачів і студентського активу відіграє внутрішня система зв'язків з громадськістю, яка використовує університетський і факультетські веб-сайти, соціальні мережі, студентське радіо і телебачення. Студенти, за визначенням, найважливіші стейкхолдери університетів, вони найбільш зацікавлені в удосконаленні усіх сфер університетського життя. Їх усвідомлена й конструктивна участь у контролюванні якості навчального процесу, у визначенні, коригуванні змісту освітніх програм життєво необхідна для університетів, що гнучко реагують на зміни в економічних та соціальних контекстах. Тому важливо розробити й активно використовувати програми розвитку партнерства викладачів і

студентів, ураховуючи специфіку профільних та інших особливостей кожного вищого навчального закладу.

Мета дослідження – вивчення впливу стейкхолдерів на якість медичної освіти.

Методи дослідження: на рівні вивчення теорії застосовувалися методи аналізу і узагальнення, а на практичному рівні - спостереження і вивчення продуктів діяльності.

Робота виконана на кафедрі «Сестринська справа» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради.

Усі дослідження виконані з дотриманням основних положень GCP (1996 р.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 4 квітня 1997 р.) та Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2000 рр.), наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р.

Результати та їх обговорення: заклад вищої освіти (факультет) повинен стати місцем вільної фахової дискусії з метою пошуку нових знань і формування нових ідей. Розвиток медичної освіти - це спільна справа студентів, викладачів, науковців, адміністрацій ВНЗ, а також лікарів, управлінців, політиків. При формуванні стратегії розвитку закладу освіти використовують напрацювання теорії стейкхолдерів (зацікавлених сторін).

Стейкхолдери - зацікавлені сторони, фізичні та юридичні особи, які мають легітимний інтерес у діяльності організації, тобто певною мірою залежать від неї або можуть впливати на її діяльність. Заклад вищої освіти, як стейкхолдер-компанія, реалізує свою місію в інтересах всіх зацікавлених груп, максимально підвищуючи ефективність взаємного співробітництва і власну конкурентоспроможність в умовах сучасного освітнього ринку. З метою задоволення суспільних потреб і реалізації свого призначення ВНЗ повинен бути відкритим для діалогу, обміну інформацією і взаємодії із внутрішніми і зовнішніми стейкхолдерами як суб'єктами впливу на його функціонування. Мета стейкхолдерів полягає у координації діяльності здобувачів вищої освіти, адміністрації та зацікавлених сторін, для сконцентрованої роботи, направленої на удосконалення та покращення якості підготовки майбутніх фахівців, позитивну динаміку зростання показників якості вищої освіти.

У ході дослідження були отримані наступні результати.

Для проведення анкетування ми взяли дві групи, перша – це факультет медсестринства, а другий – лікувальна діагностика.

Згідно з даними опитування, яке відбулось напочатку І семестру 2020–2021 навчального року, на питання щодо пропозиції для поліпшення якості навчання,

- 20 % студентів випускних курсів вважають, що для поліпшення якості освіти необхідно збільшити кількість годин практичної підготовки;
- 43 % – підвищити рівень інформатизації освітнього процесу;
- 28 % – урізноманітнити форми проведення навчальних занять;
- 7 % – покращити матеріально технічне забезпечення навчального закладу;
- 2% – більше уваги приділяти фізичному розвитку та рівню навантаження студентів.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Популяризується вивчення якості медичної освіти, адже це допомагає покращити рівень підготовки фахівців. У сучасних умовах на якість медичної освіти впливають стейхолдери. Вони в свою чергу надають пропозиції щодо покращення якості практичної підготовки здобувачів вищої освіти та необхідних компетенцій для опанування інноваціями в медицині, оптимізовують і вдосконалюють інформаційні ресурси, створюють зв'язок з потенційними роботодавцями та інше. Вкрай важливо аналізувати та вивчати вплив стейкхолдерів на якість медичної освіти, адже це запорука отримання висококваліфікованих медичних кадрів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Положення про стейкхолдерів / Укл.: Л. М. Авдіковська. Чернівці. 2019. 8 с.
2. Бакіров В. Студенти і викладачі: що заважає ефективному партнерству. Новий Колегіум. 2017. №1. с. 7-11.
3. Актуальні питання якості медичної освіти: матеріали XIII Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 12–13 трав. 2016 р.): у 2 т. / Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль: ТДМУ, 2016. – Т. 2. – 364 с.

4. Холод Б. Стратегия университета как инструмент согласования противоречивых интересов стейкхолдеров / Б. Холод, А. Задоя // Новий Колегіум. – 2017. - №1. – С. 37-41.

5. Пэк Т. Н. Влияние стейкхолдеров на развитие бюджетной образовательной организации / Т. Н. Пэк // Экономика и современный менеджмент: теория и практика: сб. ст. по матер. XX междунар. науч.- практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2012.

6. Востропятова М. В. Стейкхолдеры в сфере здравоохранения / М. В. Востропятова, М. М. Левкевич // Сибирская финансовая школа: Аваль. – 2014. – № 1. – С. 10-13.

REFERENCES

1 Polozhennia pro steikkholderiv / Ukl.: L. M. Avdikovska. Chernivtsi. 2019. 8 s.

2. Bakirov V. Studenty i vykladachi: shcho zavazhaie efektyvnomu partnerstvu. Novyi Kolehium. 2017. №1. s. 7-11.

3. Aktualni pytannia yakosti medychnoi osvity: materialy XIII Vseukr. nauk.-prakt. konf. z mizhnar. uchastiu (Ternopil, 12–13 trav. 2016 r.) : u 2 t. / Ternop. derzh. med. un-t im. I. Ya. Horbachevskoho. – Ternopil: TDMU, 2016. – T. 2. – 364 s.

4. Kholod B. Stratehyia unyversyteta kak ynstrument sohlasovanyia protyvorechyvыkh ynteresov steikkholderov / B. Kholod, A. Zadoia // Novyi Kolehium. – 2017. - №1. – S. 37-41.

5. Рэк T. N. Vlyianye steikkholderov na razvytye biudzhetnoi obrazovatelnoi orhanyzatsyy / T. N. Рэк // Эkonomyka y sovremennыi menedzhment: teoryia y praktyka: sb. st. po mater. XX mezhdunar. nauch.-prakt. konf. – Novosybyrsk: SybAK, 2012.

6. Vostropiatova M. V. Steikkholderы v sfere zdravookhranenyia / M. V. Vostropiatova, M. M. Levkevych // Sybyrskaia fynansovaia shkola: Aval. - 2014. - № 1. - S. 10-13.

ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПІД ВПЛИВОМ СТЕЙКХОЛДЕРІВ

Антонова А.В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *У статті обговорюється вплив стейкхолдерів на якість медичної освіти. Студенти Житомирського медичного інституту, як внутрішні стейкхолдери, проходили анкетування. За результатами анкетування здобувачів вищої медичної освіти можна зробити висновок, що студенти задоволені, але мають свої пропозиції щодо вдосконалення освітнього процесу.*

Ключові слова:*стейкхолдер, освіта, навчальний процес, медична овіта.*

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ СТЕЙКХОЛДЕРОВ

Антонова А.В.

Житомирский медицинский институт Житомирского областного сонета

Аннотация. *В статье обсуждается влияние стейкхолдеров на качество медицинского образования. Студенты Житомирского медицинского института, как внутренние стейкхолдеры, проходили анкетирование. По результатам анкетирования соискателей высшего медицинского образования можно сделать вывод, что студенты довольны, но имеют свои предложения по совершенствованию образовательного процесса.*

Ключевые слова: *стейкхолдеры, образование, учебный процесс, медицинское образование.*

УДК 616.379-008.64-053.2-07

NOWOCZESNE TECHNOLOGIE MEDYCZNE W OPIECE DIABETOLOGICZNEJ NAD DZIECKIEM – OPIS PRZYPADKU

Mgr. piel. Marta Brzuszek, Dr. n. med. Małgorzata Marć
Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego

MODERN MEDICAL TECHNOLOGIES IN DIABETOLOGICAL CHILD CARE – DESCRIPTION OF THE SITUATION

Mgr. Marta Brzuszek, Dr. Malgorzata March, M.D., PhD
Institute of Health Sciences, College of Medical Sciences, University of Rzeszow

Abstract. *The article substantiates the relevancy of continuous glucose monitoring using the Guardian RT system to monitor infants with hyperinsulinemic hypoglycemia. The materials of the article were prepared based on the results of a study involving 1.5-month-old infants hospitalized in the Pediatrics Department, Endocrinology and Pediatric Diabetology with the aim of diagnosing the causes of hypoglycemia. The use and monitoring of infants with continuous monitoring of infant glucose levels showed postprandial hypoglycemia for up to 2 hours and even a decrease in blood glucose levels after taking the recommended mixture. The use of CGMS allowed to target the genetic diagnosis in a child correctly.*

Key words: *system of constant glucose monitoring, hypoglycemia, hyperinsulinemia.*

Wstęp. Najbardziej rozpowszechnioną metodą pomiaru glikemii jest pomiar z krwi przy użyciu glukometru oraz paska testowego po uprzednim nakłuciu opuszki palca. Stosowany w samokontroli glikemii przez chorych na cukrzycę, w badaniach przesiewowych oraz osób w stanie przedcukrzycowym dostarcza informacji o aktualnej wartości glikemii w krwi włośniczkowej. Urządzenia do ciągłego monitorowania glikemii są stosowane u chorych z cukrzycą już od wielu lat a dostępne badania kliniczne potwierdzają ich skuteczność. Zastosowanie ciągłego pomiaru glikemii pozwala kilkakrotnie zwiększyć wykrywalność hipo i hiperglikemii w porównaniu do badań z zastosowaniem metody tradycyjnej przy pomocy glukometru. Możliwość śledzenia bieżących glikemii jest szczególnie ważna u pacjentów, którzy nie są świadomi objawów prodromalnych hipoglikemii. Hipoglikemia u noworodków i niemowląt jest parametrem wymagającym obserwacji ze względu na przyczyny mające wpływ na stan zdrowia i rozwój dziecka.

Cel pracy. Celem pracy jest ukazanie przydatności ciągłego monitorowania glikemii z użyciem systemu Guardian RT w obserwacji pielęgniarskiej niemowlęcia z hipoglikemią hiperinsulinemiczną.

Materiał i metody. Badaniem objęto 1,5 – miesięczne niemowlę hospitalizowane w Klinice Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej w celu diagnostyki przyczyn hipoglikemii. w badaniach zastosowano metodę studium przypadku (case study) oraz techniki: pomiaru, obserwacji, wywiadu i analizy dokumentów.

Wyniki i wnioski. Zastosowanie i nadzór pielęgniarski nad systemem ciągłego monitorowania glikemii (CGMS) u niemowlęcia wykazało hipoglikemie poposiłkowe do 2 godzin, a nawet obniżanie się poziomu glikemii po przyjęciu zaleconej mieszanki. Zastosowanie CGMS pozwoliło właściwie ukierunkować diagnostykę genetyczną u dziecka.

Słowa kluczowe: *system ciągłego monitorowania glikemii, hipoglikemia hiperinsulinemia.*

WSTĘP. Hipoglikemia stanowi bardzo poważny problem zespołów terapeutycznych: neonatologów oraz diabetologów. Towarzyszy procesowi adaptacji do życia pozałonowego zdrowych noworodków, urodzonych o czasie, z odpowiednią do wieku płodowego masą ciała. Najniższe stężenie glukozy występuje między pierwszą a trzecią godziną życia i może wynosić ok 55-65 mg/dl [1]. Jest to tzw. samoistna przemijająca hipoglikemia noworodkowa. Od trzeciej doby życia stężenie glukozy osiąga wartość 70-99 mg/dl, jak u zdrowych dzieci i dorosłych. Przetrwała postać hipoglikemii to stan nawracającej lub stałej hipoglikemii będący konsekwencją nieadekwatnej do glikemii produkcji insuliny przez komórki beta trzustki lub

z powodu hiperinsulinizmu. Najczęściej, u ok. 60% wszystkich przypadków, hipoglikemia pojawia się do 72 godzin jako hipoglikemia noworodkowa. U ok 35% dzieci pierwsze objawy hipoglikemii dostrzegane są pomiędzy 1 a 12 miesiącem życia jako postać niemowlęca. Postać dziecięcą hipoglikemii ujawnia 5% dzieci po ukończeniu 1 roku życia [1,2].

Zmniejszone odczuwanie hipoglikemii zaobserwowano u 30 % spośród 365 dzieci chorych na cukrzycę typu 1 [3]. Niesie ono 3 krotnie większe prawdopodobieństwo wystąpienia ciężkiego niedocukrzenia z utratą przytomności lub drgawek [4]. Wykazano, że nawracające ciężkie hipoglikemie wpływają niekorzystnie na funkcje poznawcze, zwłaszcza pamięć długotrwałą, uwagę oraz iloraz inteligencji [4].

Bezpieczeństwo dziecka z hipoglikemią, zwłaszcza w najmłodszych grupach wiekowych oraz szybki proces diagnostyczny wymagają od zespołu leczącego zastosowania najbardziej nowoczesnych metod monitorowania poziomów glukozy. Podstawowym narzędziem kontroli glikemii w samokontroli oraz badaniach przesiewowych są glukometry. Pomiar glikemii glukometrem jest inwazyjny, w przypadku małego dziecka niewygodny, utrudniony a uzyskiwane pojedyncze pomiary nie dają pełnego obrazu zmieniającej się glikemii. Szansą na śledzenie zmienności, uzyskiwanie wyników w czasie rzeczywistych oraz analiz wyników z historii a także zmniejszenie ilości nakłuć są systemy ciągłego monitorowania glikemii. Nowoczesne urządzenia przygotowane z myślą o chorych na cukrzycę stają się dziś doskonałym narzędziem z powodzeniem sprawdzającym się w obserwacji pielęgniarskiej i procesie diagnostycznym zaburzeń metabolicznych.

Cel pracy. Celem pracy jest ukazanie przydatności ciągłego monitorowania glikemii z użyciem Guardian RT w obserwacji pielęgniarskiej niemowlęcia z hipoglikemią hiperinsulinemiczną.

Materiał i metoda. Badaniem objęto 1,5 – miesięczne niemowlę hospitalizowane w Klinice Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej w celu diagnostyki przyczyn hipoglikemii. W badaniach zastosowano metodę studium przypadku (case study) oraz techniki: pomiaru, obserwacji, wywiadu i analizy dokumentów. W opisywanym w niniejszej pracy przypadku istniała potrzeba uzyskiwania bieżących informacji oraz dokonywania bieżących interwencji a dostępnym urządzeniem było urządzenie Guardian RT.

Guardian RT. Ciągłe monitorowanie glikemii przy użyciu pierwszych urządzeń monitorujące glikemię przypada na lata sześćdziesiąte i siedemdziesiąte poprzedniego stulecia. Możliwość pomiaru glikemii a następnie przegląd danych w czasie rzeczywistym jest prawdziwym przełomem w leczeniu cukrzycy. Jednak ze względu na wielkość, początkowo były to urządzenia stacjonarne. W kolejnych latach, zwłaszcza 90- tych XX stulecia urządzenia monitorujące zaczęły spełniać wymagania dyskretności. Stały się jednocześnie urządzeniami mało inwazyjnymi, prostymi w obsłudze dostarczając przy tym wiarygodnych i precyzyjnych pomiarów. Oprócz systemów rejestracji danych w czasie rzeczywistym RT, jakim jest Guardian, pacjenci doczekali się systemu scalonego z osobistą pompą insulinową (Paradigm 722, Veo, G-640) a także urządzeń rejestrujących glikemie w sposób zaślepiony (iPro), bez możliwości podglądu danych [5].

Ryc. 1. Guardian RT (źródło: materiały wytwórcy, wykorzystano za zgodą)

Urządzenie składa się z sensora, odbiornika i monitora, wymaga kalibracji, czyli wprowadzenia glukozy z pomiaru tradycyjnego glukometrem. Zasadą działania systemu jest rejestracja prądów w płynie zewnątrzkomórkowym tkanki podskórnej za pomocą czujnika (elektrody typu Enlite) co 10 sekund, następnie co 5 minut wynik jest uśredniany i przekazywany nadajnikiem Mini Link do Guardiana lub innego urządzenia monitorującego w postaci cyfrowej wartości glikemii [6]. Pacjent zyskuje 288 pomiarów/ dobę, które może prześledzić na poszczególnych ekranach w wybranych blokach czasowych: 3, 6, 12 i 24 godzinnych. Oprócz wyników glikemii nadajnik

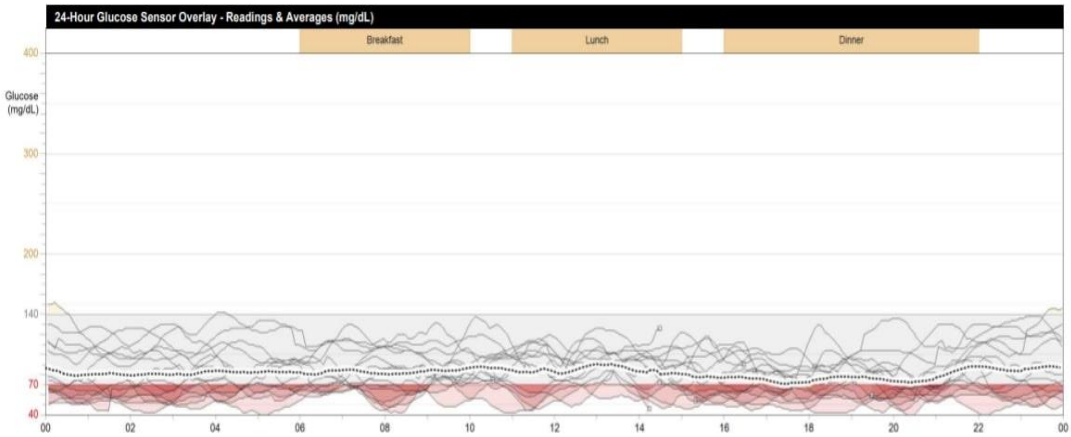
generuje do odbiornika trendy zmian glikemii w postaci strzałek spadku lub wzrostu glikemii. Urządzenie posiada możliwość ustawienia alarmów według zindywidualizowanego progu dla wartości określanych mianem hipoglikemii lub hiperglikemii. W takich momentach pacjent jest powiadamiany alarmem generowanym przez urządzenie, dzięki czemu możliwa jest interwencja zapobiegająca powikłaniom [7]. Zaślepiona metoda monitorowania glikemii wykorzystywana jest do pomiarów diagnostycznych u tych pacjentów, którzy nie wymagają bieżących korekt, np. W diagnostyce cukrzycy u chorych z mukowiscydozą.

Aktualnie, do najbardziej zaawansowanych technologii monitorowania glikemii należą: Guardian Connect, system Mini Med. 640G, jako pompa insulinowa z systemem monitorowania glikemii, system Dexcom, system skanowania Free Style Libre. Ciągłe monitorowanie glikemii (CGM, continuous glucose monitoring) jest rekomendowanym przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne narzędziem dla pacjentów z nieświadomością hipoglikemii oraz z wielokrotnymi hipoglikemiami [8].

Oprócz wymienionych już zalet ciągłego monitorowania glikemii praktyczne zastosowanie zyskują strzałki trendu umieszczone obok aktualnego wyniku. Informacja ta pozwala przewidzieć w jakim tempie należy się spodziewać spadku lub wzrostu glikemii [9].

Wyniki. 1,5 miesięczne niemowlę płci męskiej zostało przyjęte to Kliniki Pediatrii Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej celem diagnostyki zaburzeń endokrynologiczno-metabolicznych charakteryzujących się hipoglikemią. Chłopiec urodził się w 40 tygodniu ciąży drugiej, porodu drugiego przy pomocy cesarskiego cięcia z makrosomią i zagrażającą zamartwicą urodzeniową. Masa ciała urodzeniowa chłopca wynosiła 4850 g a stan ogólny określono jako średni. W skali Apgar otrzymał: 1 min- 5pkt; 3min- 7pkt; 5 min- 8 pkt; 10 min- 8 pkt. Po oddechu rozprężającym otrzymywał tlenoterapię bierną z Fi02 od 0,3- 0,4 l/ min. Wstępne wyniki badań wykazały wysoką leukocytozę (55,77 tys.), niską glikemię (< 0, 28 mmol/l), wspartą antybiotykoterapią, empirycznie skojarzoną do uzyskania ujemnych wyników posiewów krwi oraz płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR). Dziecko miało słaby odruch ssania, karmione mlekiem matki przez sondę, następnie smoczkiem oraz objęte opieką fizjoterapeuty w celu stymulacji odruchu ssania oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej. W ocenie neurologicznej rozpoznano wiotkość osiową, obniżone napięcie mięśniowe kończyn dolnych oraz strefy oralnej. Zmian w MRI głowy, mózgowia nie stwierdzono.

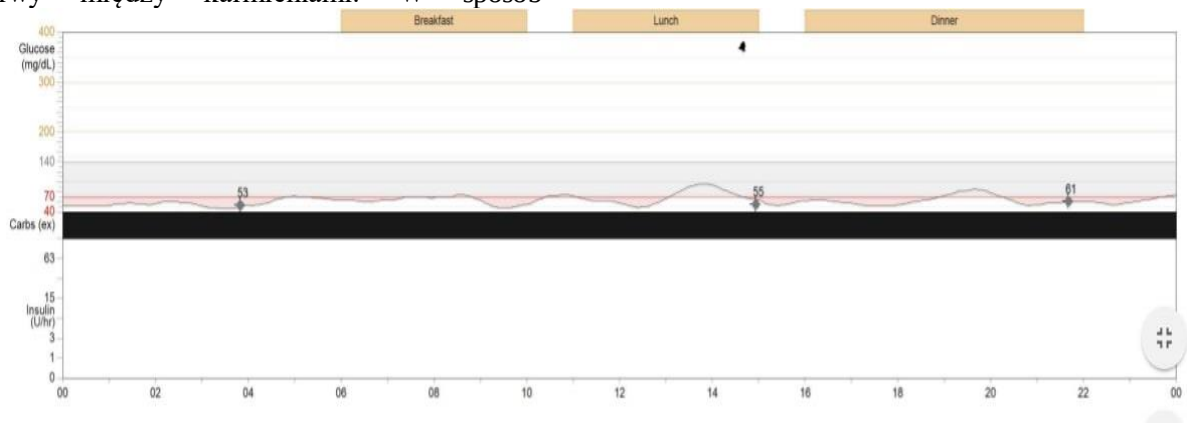
Dziecko skierowano do Kliniki Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej z powodu występujących hipoglikemii z podejrzeniem hiperinsulinizmu. W Klinice niemowlę poddano obserwacji poziomu glukozy, która wykazały występowanie hipoglikemii. Ze względu na potrzebę śledzenia zmienności glikemii oraz niepokój rodziców o stan zdrowia dziecka podjęto decyzję o zastosowaniu ciągłego monitorowania glikemii z użyciem Guardiana RT GCMS). Uzyskano zgodę rodziców, przeszkolono ich w zakresie podstawowym następnie założono elektrodę typu Enlite i po wprowadzeniu pierwszej kalibracji uzyskano dostęp do ciągłych pomiarów.



Ryc. 2. Krzywa poziomu glikemii - dane z zapisu CGMS, opracowanie własne z programu Care Link Medtronic

W wykonanym teście głodzenia uzyskano glikemię 29 mg/ dl oraz poziom insuliny 8 mU/ l a w kolejnych dniach obserwowano hipoglikemie rzędu 37 mg/ dl z towarzyszącymi drgawkami. Ze względu na podejrzenie galaktozemii podjęto decyzję o rezygnacji z mleka matki oraz włączono do karmienia Nutramigen. Jednocześnie pobrano badania do diagnostyki galaktozemii (Test

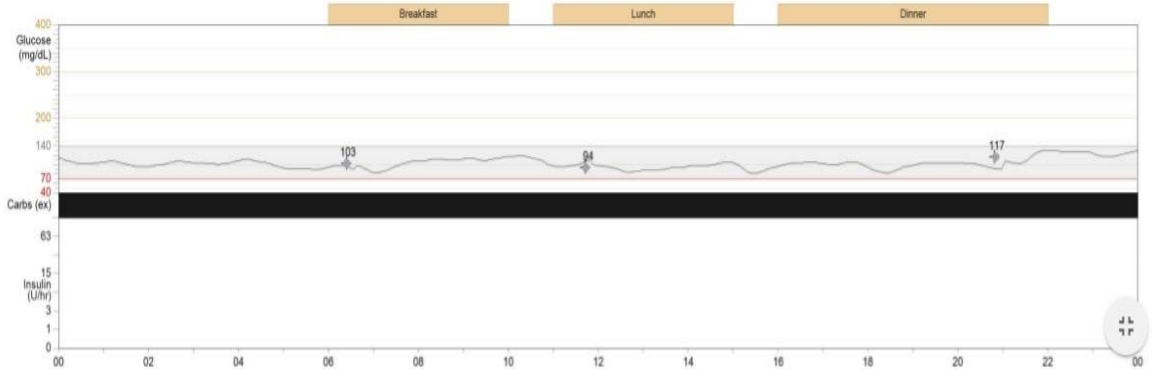
Beutlera- Baludy). Nadal prowadzono ciągłe monitorowanie glikemii oraz monitorowano przerwy między karmieniami. W sposób szczególny obserwowano i analizowano glikemie poposiłkowe.



Ryc. 3. Krzywa poziomu glikemii, dane z zapisu CGMS, opracowanie własne z programu Care Link Medtronic

Obserwacja glikemii po przyjęciu mieszanki, w czasie do 2 godzin pozwoliła zaobserwować brak oczekiwanej poprawy glikemii po spożyciu posiłku a nawet obniżanie się poziomu glikemii po przyjęciu mleka Nutramigen. Obserwacje z ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym oraz śledzenie historii skłoniło zespół terapeutyczny do poszukiwania innej niż galaktozemia przyczyny hipoglikemii oraz odstąpienie od stosowania Nutramigenu. Zastosowano dietę opartą o Bebiko 1 z dodatkiem Fantomaltu co pozwoliło uzyskać poprawę stężeń glukozy.

W wyniku pomiarów wartości glikemii w u niemowlęcia w trakcie leczenie oraz karmienia mlekiem matki oraz mieszanką Nutramigen były odpowiednio: 53- 48-53-37-40-43 mg/dl; 45- 48-57-51-38-96-103-70-76-87-66-78-58 mg/ dl. Po włączeniu mieszanki Bebiko 1 z Fantomaltem dziecko uzyskiwało glikemię: 102- 69- 112- 84-70-82-125-122- 103 mg/ dl.



Ryc. 4. Krzywa poziomu glikemiii z CGMS po włączeniu Fantomaltu, opracowanie własne z programu Care Link Medtronic

Dalszą diagnostykę skierowano w stronę zespołu Beckwitha- Widemanna. Po zakończonej hospitalizacji rodzice dziecka nadal chcieli stosować system ciągłego monitorowania glikemii w celu śledzenia zmian oraz wczesnych interwencji w przypadku tendencji spadkowych.

Dziecko zostało skierowanie do badań genetycznych, które potwierdziły występowanie wrodzonej choroby przemiany materii na bazie mutacji w genie hiperinsulinizmu ABCC8 c.3992-9G>A, co wraz z obrazem klinicznym pozwala na rozpoznanie hipoglikemii hiperinsulienemicznej.

Nie potwierdzono zaburzeń metylacji charakteryzujących zespół Beckwitha – Widemanna.

Podsumowanie. Wyznacznikiem hipoglikemii u dzieci jest takie zmniejszenie glukozy, które naraża je na potencjalnie niekorzystne następstwa. Za wartość progową u dzieci uznaje się stężenie glukozy poniżej 65 mg/ dl a ciężką hipoglikemię rozpoznaje się przy

występowaniu drgawek lub utracie przytomności. Niezwłocznej interwencji z podaniem glukozy dożylnie wymaga natomiast glikemia 45 mg/dl i poniżej [10]. Badania zaburzeń czynności mózgu i neurologicznych następstw hipoglikemii u dzieci z cukrzycą niejednoznacznie oceniają wpływ nawracających ciężkich hipoglikemii na funkcje poznawcze, pamięć długotrwałą, uwagę oraz iloraz inteligencji tych dzieci. Niektórzy badacze wykazali istotny wpływ hipoglikemii na powstanie zaburzeń czynności mózgu, inni sugerowali brak różnic lub zmiany dyskretne, zwłaszcza, gdy cukrzyca i występujące hipoglikemie dotyczyły małych dzieci, przed ukończeniem 6 roku życia [11]. W badaniach u dzieci bez cukrzycy wskazuje się na szkodliwość hipoglikemii ciężkich dla struktur mózgu i zaburzeń w rozwoju motorycznym, zwłaszcza, gdy hipoglikemia pojawia się w pierwszych dniach życia. Przedłużające się stany hipoglikemii z dużym jej nasileniem powoduje uszkodzenie drogi korowo-rdzeniowej oraz kory ciemieniowej i potylicznej obustronnie ze skutkiem zwiększenia ryzyka rozwoju padaczki [12]. Inną ważną konsekwencją hipoglikemii we wczesnym okresie rozwoju może być utrata zdolności wydzielniczej wysp Langerhansa w wieku późniejszym. Hipoglikemia noworodkowa trwająca do 48 godzin jest stanem przejściowym, fizjologicznym, ale utrzymująca się powyżej 2-3 doby życia wymaga wnikliwej diagnostyki.

Endokrynologiczne przyczyny hipoglikemii u noworodków mogą być spowodowane hiperinsulinizmem przejściowym, przetrwałym, zaburzeniami przemiany węglowodanów, aminokwasów i kwasów tłuszczowych, zaburzeniami hormonalnymi. Występowanie wrodzonego hiperinsulinizm ocenia się na 1/ 50000 żywych urodzeń z których u ok. 80 % dzieci udaje się ustalić charakter zaburzeń [10].

Zaburzenia genetyczne mogą dotyczyć 10 lub 11 chromosomu. W opisywanym przypadku u niemowlęcia zaburzenia dotyczą chromosomu 11, a konkretnie funkcji kanałów potasowych i ciągłego wydzielania insuliny [13].

Nieprawidłowe leczenie wrodzonego hiperinsulinizm przyczynia się do bardzo poważnych zaburzeń rozwojowych aż u 50% dzieci nim dotkniętych.

Oprócz monitorowania glikemii, zapobiegania stanom ciężkiego niedocukrzenia u dzieci z zaburzeniami metabolicznymi o charakterze niedocukrzeń istotną kwestią jest szybka i trafna diagnoza, a za tym szybko wdrożone leczenie i monitorowanie stanu pacjenta. Podejrzenie galaktozemii, wdrożenie leczenia z wykluczeniem laktozy oraz ścisła obserwacja braku efektów wdrożonego leczenia pozwala szybko, jeszcze przed uzyskaniem wyniku testu Beutlera - Baludy poszukiwać nowych przyczyn hipoglikemii występujących u niemowlęcia.

Ostatecznym rozpoznaniem u opisywanego niemowlęcia pozostaje mutacja w genie hiperinsulinizmu a przypadek pacjenta włączony został do dalszych badań ośrodka w Wielkiej Brytanii. Na uwagę zasługuje fakt, że włączenie ciągłego monitorowania glikemii, umiejętność obserwacji zespołu terapeutycznego pozwoliło na:

- zmniejszenie ilości nakłuć opuszki palca do 2- 3 badań/dobę (koniecznych do kalibracji systemu);
- uzyskanie znacznej liczby wyników glikemii w sposób nieinwazyjny- 288 pomiarów;
- wgląd do wartości glikemii w czasie rzeczywistym;
- uzyskanie wglądu do glikemii w historii zapisów;
- podjęcie wczesnych interwencji zapobiegających hipoglikemiom ciężkim oraz skutkom encefalopatii niedotleniowo-niedokrwiennej;
- dostarczenie w obserwacji pielęgniarskiej pełniejszych danych o stanie pacjenta oraz przyczynienie się do poprawy jakości życia jego rodziców;

WNIOSKI:

1. Włączenie systemu ciągłego monitorowania glikemii umożliwiło szybkie wdrożenie ukierunkowanej diagnostyki i adekwatnego leczenia.
2. Decyzja o zastosowaniu u niemowlęcia systemu ciągłego monitorowania glikemii zminimalizowała częstość odczucia bólu i niepokoju towarzyszących częstym nakłuciom niezbędnym do pomiaru glikemii glukometrem.
3. Wykorzystanie systemu ciągłego monitorowania glikemii pozwoliło na uzyskanie bardzo dużej liczby pomiarów i możliwość ich analizy w odniesieniu do stanu klinicznego dziecka.

Implikacje do praktyki pielęgniarskiej:

1. Istnieje konieczność podnoszenia wiedzy pielęgniarek pediatrycznych na temat chorób rzadkich w wieku dziecięcym objawiającymi się hipoglikemią noworodkową (zburzenia przemiany węglowodanów, aminokwasów, kwasów tłuszczowych, wrodzone zaburzenia hormonalne, i inne).

2. W przypadku hospitalizacji dziecka z zaburzeniami metabolicznymi zobjawami hipoglikemii konieczna jest obserwacja dziecka z użyciem najbardziej nowoczesnych i dostępnych urządzeń monitorujących poziom glikemii z możliwością odtworzenia aktualnych wyników pomiaru oraz sczytania zdarzeń z historii, śledzenia trendów i wykresów przebiegu glikemii oraz korzystania z alarmów systemu.

PIŚMIENNICTWO

1. Ziora K., Oświęcimska J., Dyduch A., Wybrane aspekty patogenetyczne i kliniczne przetrwałej hipoglikemii hiperinsulinomicznej u dzieci. Endokrynologia Pediatryczna, 2006, 5,2 (150): 65-74.
2. Rokicki D., Wajda-Cuszlag M.: Hipoglikemia hiperinsulinomiczna i cukrzyca: skrajne manifestacje – podobna patogeneza. Standardy medyczne/ Pediatria2009, T.6, 745-756.
3. Ly T.T., Gallego P.H., Davis E.A., Jones T.W.: Impaired awareness of hypoglicaemia in a population- based of children and adolescents with type 1 diabetes. Diabetes Care, 2009; 32: 1802-1806.
4. Ly T.T., Maahs D.M., Rewers A., at all. Assessment and managemant of hypoglycemia in children and adolescents with diabetes. Pediatric Diabetes, 2014; 15 (suppl. 20): 180- 192
5. Klamann M., Majkowska L.: Nowe technologie a wyrównanie cukrzycy typu 1. W: Diabetologia Praktyczna 2017, 3, 3, 123-127.
6. Matejko B., Klupa T.: Optymalizacja stosowania osobistej pompy insulinowej. Ciągłe monitorowanie glikemii. W: red. Sieradzki J. Zastosowanie osobistych pomp insulinowych w leczeniu chorych na cukrzycę. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 156- 169.
7. Małecki M., Cyganek K.: Zastosowanie ciągłego monitorowania glikemii u chorych na cukrzycę- przegląd dostępnych systemów. Diabetologia Praktyczna, 2010, 11, 167- 172.
8. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Via Medica 2020, tom 6, nr 1.
9. Szadkowska A., Gawrecki A. et al. Proposals for therapeutic decisions according to glucose trends in patients with type 1 diabetes. Pediatr Endocrinol Diabetes Metab 2016; 22, 3: 105- 117.
10. Kulik-Rechberger B., Joniec M.: Hipoglikemia u noworodków- przyczyny i konsekwencje, W: Endokrynologia Pediatryczna 2016. 15. 1. 54. 49-54.
11. Ly T., Maahs D.,M., Rewers A., Dunger D., Oduwole A., Jones T.: Rozpoznawanie i leczenie hipoglikemii u dzieci i młodzieży chorych na cukrzycę. W: Pediatric Diabetes, 2014; 15 (suppl. 20): 180-192.
12. Wong D.S., Poskitt K. J. Chau V. et al. Brain injury patterns in hipoglikemia in neonatal encephalopathy. AJNR Am. J. Neuoradiology, 2013: 34 (7), 1456-1461.
13. Kopieczna- Grzebieniak E., Kotrys- Puchalska E.: Heterogenność i leczenie genetyczne uwarunkowanego hiperinsulinizmu. w : Przegląd Pediatryczny 2004, Vol 34, No 2, 84-93.

СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАБЕТОЛОГІЧНОМУ ДОГЛЯДІ ЗА ДИТИНОЮ. ОПИС СИТУАЦІЇ.

Марта Бжушек, Малгожата Марч

Інститут наук про здоров'я, Коледж медичних наук, Жешувський університет

Анотація. *У статті обґрунтовується необхідність постійного моніторингу глюкози за допомогою системи Guardian RT для спостереження за немовлятами з гіперінсуліномічною гіпоглікемією. Матеріали статті підготовлено за результатами дослідження, в якому взяли участь 1,5-місячні немовлята, госпіталізовані до відділення педіатрії, ендокринології та дитячої діабетології для діагностики причин гіпоглікемії. Використання та нагляд за немовлятами системи безперервного контролю рівня глюкози у немовлят показали постпрандіальну гіпоглікемію до 2 годин та навіть зниження рівня глюкози в крові після прийому рекомендованої суміші. Використання CGMS дозволило правильно націлити генетичну діагностику в дитини.*

Ключові слова: *система постійного моніторингу глюкози, гіпоглікемія, гіперінсулінемія.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 613.71/.72-053.9:616-036.1

ВПЛИВ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ФІЗИЧНУ АКТИВНІСТЬ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Кагукіна А. М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

INFLUENCE OF CHRONIC DISEASES ON PHYSICAL ACTIVITY OF ELDERLY PEOPLE

Kahukina A.M.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *According to the WHO age classification, people aged 60 to 75 belong to the elderly. In the context of the population ageing globally the issues concerning the impact of chronic diseases on physical activity in old age acquire relevance. Currently, in countries with different income levels worldwide, the phenomenon of population ageing is widespread. Ukraine is among the world leaders in the rate of ageing. In such circumstances, it is necessary to take into account the importance of prolonging the quality of life of the elderly. The state of health is influenced by physical activity, and in view of the fact that diseases of the musculoskeletal system reduce it, prevention of cardiovascular system diseases, respiratory diseases relies on physical activity. The study showed that people with normal physical activity providing daily physical activity norm have less chronic diseases, or their absence, unlike persons who are a sedentary lifestyle and have hypodynamia.*

It was found that the motivating factors that motivate older people to engage in physical activity mostly relate to the desire to keep their body and body healthy. It is determined that physicaactivity classes should be planned, the elderly should perform exercises under the prior examination of a doctor and under the supervision of a trainer, the load should be dosed, and should help to improve health, not vice versa.

The conclusion is made that the state of health is nowadays an important factor influencing activity in old age.

Keywords: *physical activity, elderly people, chronic diseases*

Актуальність проблеми. В Україні вікова структура населення свідчить про регресивний тип відтворення поколінь. Для всіх європейських країн характерний процес, який характеризується зсувом розподілу населення за віком у бік старшого віку [1]. Внаслідок тривалих демографічних змін та зрушень в характері відтворення населення, а саме народжуваності та смертності відбувається старіння населення [4]. Це негативно впливає на економічно-ефективну складову, оскільки відбувається зростання рівня навантаження на населення працездатного віку [5].

Зменшити смертність та збільшити довголіття ми зможемо лише покращуючи здоров'я людей похилого віку [4]. Відповідно до даних ВООЗ, в період 2015-2030 рр. населення світу віком 60 років збільшиться в два рази, а до 2050 р. кількість людей у віці 60 років та старше буде становити приблизно 2 млрд осіб, на відміну від 2015 р., де кількість людей похилого віку становило 900 млн [5].

Найкращою профілактикою захворюваності серед людей похилого віку є заняття фізичною активністю [6]. Вирішення проблеми фізичної активності досить часто є значимими для активного довголіття [2].

Профілактика є одним з напрямків медицини. Основним засобом профілактики хронічних хвороб є фізична активність. Використання фізичних вправ та рухової активності людьми похилого віку має велике оздоровче та профілактичне значення [3].

Мета дослідження. Визначити вплив хронічних захворювань на фізичну активність у похилому віці.

Матеріал та методи. Нами було розроблено програму дослідження, методом збору інформації нами було обрано – опитування (анкетування), а також системного аналізу та бібліосемантичний методи. Шляхом розроблення друкованих анкет, ми опитали 150

респондентів віком від 60 до 75 років, які згідно вікової класифікації ВООЗ відносяться до людей похилого віку. Опитування проводили до початку карантину.

Ми досліджували фізичну активність, базуючись на даних, згідно з якими рівень фізичного навантаження становить не менше 2-2,5 годин на тиждень (помірне навантаження) або 1-2,5 години (інтенсивне навантаження) для людей у похилому віці.

Отримані показники математично обраховано у відсотках. Були виявлені такі захворювання, як серцево-судинні, захворювання органів дихання, хвороби опорно-рухового апарату, цукровий діабет, які зазначали респонденти в анкетах після консультації сімейного лікаря.

Результати та їх обговорення. Нами було встановлено зв'язок між хронічними захворюваннями з фізичною активністю – гіподинамією. Гіподинамія частіше за все зафіксована при патології опорно-рухового апарату (52,0%), патології органів дихання (44,4%) та патології серцево-судинної системи (41,3%). Водночас наявність цукрового діабету не поєднувалось зі зниженням рухової активності.

Зниження фізичної активності в свою чергу поєднується виникнення хронічних хвороб (Таб.1), таких як захворювання серцево-судинної системи (виявлено у 46,67% опитаних), захворювання органів дихання (виявлено у 18,0% опитаних), хвороби опорно-рухового апарату (виявлено у 33,33% опитаних), цукровий діабет (виявлено у 18,0% опитаних) та інші (виявлено у 13,33% опитаних). Також спостерігалось поєднання декількох хронічних захворювань різних систем організму, а саме наявність серцево-судинної патології та патології опорно-рухового апарату, цукровий діабет та судинна патологія.

Ми дослідили, що найбільша кількість хворих на серцево-судинну патологію. Усі вони намагаються займатися фізичною активністю. Збільшенням фізичних навантажень люди похилого віку намагаються покращити свій загальний стан. Це гарний показник, оскільки 58,67% хворих займаються фізичною активністю та не мають гіподинамії. Найбільший відсоток гіподинамії у людей з хворобами опорно-рухового апарату (52,0%). Опитані вказали, що основними причинами відмови від фізичної активності є втома, загальна слабкість та біль.

Таблиця 1

Вплив захворювань на фізичну активність

Стан фізичної активності	Люди похилого віку без хронічних хвороб (n=24)	Люди з хронічними хворобами (n=126)					
		Серцево-судинні захворювання (n=70)	Захворювання органів дихання (n=27)	Хвороби опорно-рухового апарату (n=50)	Цукровий діабет		Інші (n=20)
					Інсулінозалежний (n=8)	Інсулінонезалежний (n=19)	
	%	%	%	%	%	%	%
Люди з гіподинамією	8,3	41,33	44,44	52,0	3,75	4,21	20,0
Люди, в яких стан фізичної активності в нормі	91,67	58,67	55,55	48,0	96,25	95,78	80,0

Ми виявили, що серед людей без хронічних хвороб лише у 8,3% була наявна гіподинамія. Це є унікальними показниками, ми вважаємо, що на ліквідацію захворюваності позитивно впливає фізична активність.

З цих показників можна зробити висновок, що однією з основних причин виникнення хвороб в опитаних є відсутність фізичної активності та фізичного навантаження.

Нами було досліджено, що ранковою зарядкою займаються 21,3% осіб, пробіжкою 14,7% та відвідують басейн і спортивний зал 8,0%. Серед осіб, які займаються ранковою зарядкою, пробіжкою, відвідують басейн та спортивний зал, хронічні захворювання наявні

у 1,5%. Отримані дані підтверджують думку про те, що фізична активність має позитивний вплив на профілактику захворювань.

У ході опитування було виявлено, що відношення до фізичної активності в людей похилого віку також різне, оскільки, не всі вважають фізичний розвиток важливим. Були запропоновані відповіді, які зображені в (Таб.2), на питання «Як Ви вважаєте, чи потрібно займатись фізичним розвитком взагалі?», серед опитаних найбільший відсоток осіб людей, що не бачать зв`язку між фізичним розвитком та здоров`ям (24,7%). Для покращення цього показника необхідно вести пропаганду здорового способу життя, пояснювати людям похилого віку, що фізична активність є запорукою гарного самопочуття та профілактикою хвороб.

Таблиця 2

Відношення людей віком від 60 до 75 років до фізичної активності

	Відповіді людей похилого віку (n=150)	
	Абсолютне значення	%
Вважають, що необхідно займатися для зміцнення здоров`я	21	14,0
Вважають що це покращить здоров`я в майбутньому	17	11,33
Вважають що необхідно для розвитку функціональних здібностей	27	18,0
Не бачать взаємозв`язок між фізичною активністю та здоров`ям	37	24,67
Не вважають за потрібне займатися фізичним розвитком взагалі	32	21,33
Затрудняються у відповіді	16	10,67

Гарним показником є те, що є ті люди, які знають, що необхідно займатися фізичним розвитком для зміцнення здоров`я, та розуміють, що це може покращити їх здоров`я, адже фізична активність є первинною та вторинною профілактикою хвороб.

Фізична активність - це не лише заняття фізичною культурою, це всі ті навантаження, які людина долає протягом дня, а саме: прогулянки на свіжому повітрі, прибирання в квартирі, ігри з дітьми та внуками, гігієнічний догляд за собою, закупівля продуктів та багато іншого.

Для профілактики рецидиву хронічних хвороб рекомендують певні комплекси ЛФК та комплекси ранкової гімнастики, які складаються відповідно до віку, статі, перенесених і супутніх захворювань. Дані рекомендації люди похилого віку отримують під час консультації лікаря.

Методом анкетування, нами було досліджено, що серед людей похилого віку лише 11,3% долають відстань пішки та не мають гіподинамії, 78,2% переміщуються на громадському транспорті, а рівень гіподинамії серед них становить 43,0%, решта осіб, що складає близько 17,5% долають відстань на автомобілі та мають гіподинамію 67,0% осіб.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Виявлено зниження фізичної активності – гіподинамії в людей похилого віку на фоні хронічної соматичної патології. Найбільш розповсюдженими захворюваннями були патологія опорно-рухового (52,0%) апарату, патологія органів дихання (44,4%), та серцево-судинна патологія (41,3%). Після огляду лікаря для запобігання рецидивів хронічних хвороб є корисним призначення комплексів ЛФК та комплексів ранкової гімнастики, для призначення дозованих фізичних навантаження, що сприятимуть поліпшенню стану здоров’я.

Нажаль, не всі люди в похилому віці вважають за потрібне займатися своїм фізичним розвитком, не бачать зв`язку між фізичним розвитком та здоров`ям (24,7%).

У осіб, які працюють, фізична активність значно вища, ніж у людей, які не працюють.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пономаренко.І. В. Дослідження впливу старіння населення та чисельність та структуру економічно активного населення в Україні та країнах Європи [Електронний ресурс] /І. В. Пономаренко. // Ефективна економіка: електронне наукове фахове видання- 2013. – № 1. Режим доступу:http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1769 (дата звернення 10.03.2020 р.). – Дослідження впливу старіння населення та чисельність та структуру економічно активного населення в Україні та країнах Європи.

2. Баскевич О. В. Фізична активність і спосіб життя викладачів вузів 50–65 років / Баскевич О.

В. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2015. – № 12. – С. 23 – 29.

3. Гакман А. В. Вплив рекреаційно-оздоровчої діяльності на уповільнення старіння організму // А. В. Гакман, Л. В. Балацька, Т. І. Лясота. – Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. – 2016. – С. 91-98. «Young Scientist» • № 3.3 (55.3) • March, 2018 37 ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

4. Гакман А. В. Закордонний досвід рекреаційно-оздоровчої діяльності у рамках дозвілля з людьми похилого віку / А. В. Гакман, М. Ю. Байдюк // Молодий вчений, 2017 / 3 (43). – С. 116-120.

5. Куриш Н. Вплив демографічних чинників на рухову активність осіб похилого віку України і Польщі / Назар Куриш // Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення : матеріали IX Всеукр. наук.- практ. конф. з міжнар. участю. – Львів, 2014. – С. 204–208.

6. Павлова Ю. О. Вплив фізичної активності на формування якості життя осіб літнього віку / Павлова Ю. О. // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2016. – № 1(51). – С. 53–56.

REFERENCES

1. Ponomarenko.I. V. Doslidzhennia vplyvu starinnia naselennia ta chyselnist ta strukturu ekonomichno aktyvnoho naselennia v Ukraini ta krainakh Yevropy [Elektronnyi resurs] /I. V. Ponomarenko. // Efektyvna ekonomika: elektronne naukove fakhove vydannia- 2013. – № 1. – Rezhym dostupu:http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1769(data zvernennia 10.03.2020 r.). –Doslidzhennia vplyvu starinnia naselennia ta chyselnist ta strukturu ekonomichno aktyvnoho naselennia v Ukraini ta krainakh Yevropy

2. Baskevych O. V. Fizychna aktyvnist i sposib zhyttia vykladachiv vuziv 50–65 rokiv / Baskevych O. V. // Pedahohika, psykholohiia ta medyko-biolohichni problemy fizychnoho vykhovannia i sportu. – 2015. – № 12. – S. 23 – 29.

3. Hakman A. V. Vplyv rekreatsiino-ozdorovchoi diialnosti na upovilnennia starinnia orhanizmu // A. V. Hakman, L. V. Balatska, T. I. Liasota. – Visnyk Kamianets-Podilskoho natsionalnoho universytetu imeni Ivana Ohiienka. Fizychne vykhovannia, sport i zdorovia liudyny. – 2016. – S. 91-98. «Young Scientist» • № 3.3 (55.3) • March, 2018 37 FIZYChNA KULTURA, FIZYChNE VYKhOVANNIa RIZNYKh HRUP NASELENNIa

4. Hakman A. V. Zakordonnyi dosvid rekreatsiino-ozdorovchoi diialnosti u ramkakh dozvillia z liudmy pokhyloho viku / A. V. Hakman, M. Yu. Baidiuk // Molodyi vchenyi, 2017 / 3 (43). – S. 116-120.

5. Kurysh N. Vplyv demohrafichnykh chynnykiv na rukhovu aktyvnist osib pokhyloho viku Ukrainy i Polshchi / Nazar Kurysh // Problemy aktyvizatsii rekreatsiino-ozdorovchoi diialnosti naselennia : materialy IKh Vseukr. nauk.- prakt. konf. z mizhnar. uchastiu. – Lviv, 2014. – S. 204–208.

6. Pavlova Yu. O. Vplyv fizychnoi aktyvnosti na formuvannia yakosti zhyttia osib litnoho viku / Pavlova Yu. O. // Slobozhanskyi naukovo-sportyvnyi visnyk. – 2016. – № 1(51). – S. 53–56.

ВПЛИВ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ФІЗИЧНУ АКТИВНІСТЬ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Кагукіна А. М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Відповідно до вікової класифікації ВООЗ люди у віці від 60 до 75 років належать до осіб похилого віку. В умовах старіння населення світу є актуальними питання щодо впливу хронічних хвороб на фізичну активність у похилому віці. На сьогоднішній день у світі, у країнах з різним рівнем доходу, спостерігається явище старіння населення. Серед світових лідерів за темпами старіння знаходиться Україна. У таких умовах необхідно взяти до уваги важливість подовження якості життя людям похилого віку. На фізичну активність впливає стан здоров`я, оскільки хвороби опорно-рухового апарату знижують фізичну активність, а профілактикою хвороб серцево-судинної системи, дихальної є фізична активність. Під час дослідження було виявлено, що особи, в яких стан фізичної активності в нормі, тобто забезпечується добова норма фізичної активності, мають менше хронічних хвороб або ж повну їх відсутність, на відміну від осіб, які ведуть малорухливий спосіб життя та мають гіподинамію.*

Виявлено, що мотиваційні чинники, які спонукають людей похилого віку займатися руховою активністю, в більшості стосуються бажання підтримувати своє тіло та організм здоровими. Визначено, що заняття з рухової активності повинні бути спланованими, люди похилого віку повинні виконувати вправи за попереднім оглядом лікаря та під наглядом тренера, навантаження повинні бути дозованими та мають сприяти поліпшенню стану здоров'я, а не навпаки.

Сьогодні важливими факторами впливу на активність у похилому віці є стан здоров`я.

Ключові слова: *фізична активність, люди похилого віку, профілактика хвороб, стан фізичної активності, хронічні хвороби*

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Кагукина А.М.
Житомирский медицинский інститут Житомирского обласного сонета

Аннотация. *Согласно возрастной классификации ВОЗ люди в возрасте от 60 до 75 лет относятся к лицам пожилого возраста. В условиях старения населения мира актуальны вопросы, касающиеся влияния хронических болезней на физическую активность в пожилом возрасте. На сегодняшний день в мире, в странах с различным уровнем дохода, наблюдается явление старения населения. Среди мировых лидеров по темпам старения находится Украина. В таких условиях необходимо принять во внимание важность продления качества жизни пожилым людям. На физическую активность влияет состояние здоровья, поскольку болезни опорно-двигательного аппарата снижают физическую активность, а профилактикой болезней сердечно-сосудистой системы, дыхательной является физическая активность. В ходе исследования было выявлено, что лица у которых состояние физической активности в норме, то есть обеспечивается суточная норма физической активности, имеют меньше хронических болезней или же полнoє их отсутствие, в отличие от лиц, ведущих малоподвижный образ жизни и имеющих гиподинамию.*

Выявлено, что мотивационные факторы, побуждающие людей пожилого возраста заниматься двигательной активностью в большинстве касаются желание поддерживать свое тело и организм здоровыми. Определено, что занятия по двигательной активности должны быть спланированными, пожилые люди должны выполнять упражнения по предварительному осмотру врача и под присмотром тренера, нагрузки должны быть дозированными и должны способствовать улучшению состояния здоровья, а не наоборот.

В настоящем важными факторами влияния на активность в пожилом возрасте является состояние здоровья.

Ключевые слова: *физическая активность, люди пожилого возраста, профилактика болезней, состояние физической активности, хронические болезни.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 614.253.5:616.8-009.7-043.865

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ БОРОТЬБИ З БОЛЕМ У РОБОТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ НА ПІДСТАВІ РЕКОМЕНДАЦІЙ ВООЗ

Кагукіна А.М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

MODERN APPROACH TO SOLVING THE PROBLEM OF PAIN MANAGEMENT IN THE WORK OF A NURSE BASED ON WHO RECOMMENDATIONS

Kahukina A.M.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *Despite the fact that pain is the main reason why patients see a doctor, the mechanisms of its occurrence and the ability to test it are not investigated. Solving the problem of pain requires appropriate changes in the system of medical education regarding approaches to check the intensity of pain and adequate analgesia by WHO recommendations.*

Based on the analysis of modern literature, WHO recommendations, the modern definitions, views on pain and its classification are given. The frequency of cases shown. Clinical manifestations of both peripheral and central pain, and also features of symptoms at various diseases described. Comorbid states in pain given. Questionnaires and pain scales provided for diagnosis in accordance by WHO recommendations. The basic principles of both pharmacological and non-pharmacological treatment stated.

Based on this work, developed guidelines for pain management for nurses.

Keywords: *pain, nurse, pain management.*

Актуальність проблеми. У висвітленні питань боротьби з болем ВООЗ у своїх рекомендаціях зазначає, що при задовільненні потреб пацієнта, боротьба з болем є однією з провідних проблем [1; 2]. Водночас підкреслює, що це питання лишається проблемним. Складовими проблеми є невідповідна підготовка медичного персоналу, з одного боку, а з іншого боку, відсутність відповідних знеболюючих засобів [2]. Одним з трьох основних напрямків допомоги виділяє мінімізацію причин болю та фізичних страждань [2]. Такий стан речей несумнівно впливає на стан пацієнта та смертність. На дошпитальному етапі смертність збільшилась з 35% в країнах з високим рівнем доходу, до 55% в країнах з середнім рівнем доходу, і до 63% в країнах з низьким рівнем доходу. У більшості розвинутих країн на рівні з надмірною смертністю спостерігається велика кількість випадків смертності та кількість випадків інвалідизації. Для порівняння, травми голови, хребта складають більшу частину непрацездатності в країнах з високим рівнем доходу. Значна частина випадків інвалідизації в результаті травм кінцівок у розвинутих країнах в дійсності можуть бути попереджені шляхом недорогих покращень в ортопедичному обслуговуванні на реабілітації [4].

Мета. Теоретичний аналіз сучасних поглядів на біль, заходів для боротьби з болем, обґрунтування специфіки та напрямків покращення організації знеболення в роботі медичної сестри.

Матеріали та методи. Аналіз та узагальнення науково-медичної літератури, а також світового та вітчизняного досвіду боротьби з болем в роботі медичної сестри.

Результати та їх обговорення. Найчастіше спостерігаються ситуації, коли пацієнт не отримує повноцінного лікування болю з багатьох причин. Оскільки не всі медичні працівники розуміють різноманітність больових синдромів, знають патофізіологію болю, тому призначають знеболююче, враховуючи лише інтенсивність больового синдрому та ефект від дії препарату, практично не застосовують ад'ювантну терапію, рідко обговорюють в своєму колі механізми розвитку болю. Різноманіття болю, який зустрічається в широкому колі пацієнтів, в тому числі в онкологічних хворих, що потребують паліативної допомоги, часто не знаходять відповідного розуміння в медичному

співтоваристві й щодо цього болю не завжди призначають спеціальне лікування [6; 7].

ВООЗ визначає біль як багатогранний феномен з сенсорним, фізіологічним, когнітивним, афектним, поведінковим і духовним компонентами. Емоції (афективний компонент), поведінкові реакції на біль (поведінковий компонент), ставлення, настрій, духовний і культуральний погляд на біль і її контроль (когнітивний компонент) - все це визначає характер відчуття болю (сенсорний компонент) за допомогою передачі патологічних (неприємних) подразників головного мозку. На сьогодні лишається проблемою відсутність методів об'єктивної оцінки болю [3].

Відповідно до статистичних даних біль зустрічається у світі з середньої частотою 6 - 7%. Периферичний біль зустрічається частіше, ніж центральний та складає 81 – 95%. Біль зустрічається у 25% хворих на цукровий діабет при постгерпетичній невралгії у 20 – 30% пацієнтів, старших 50-ти років, при сирингомієлії у 75 % хворих, при розсіяному склерозі у 14 – 23% випадків, після спінальної травми у 70%, у післяінсультних хворих – 9,5% [1].

Етіологія болю гетерогенна. Периферичний біль виникає внаслідок метаболічних порушень, інтоксикації, аутоімоного запалення, травми, механічного стиснення нервів і корінців спинного мозку. Центральний біль виникає внаслідок ураження стовбура головного мозку, зорових бугрів, сомато-сенсорної кори при інсультах, пухлинах, травмах головного та спинного мозку та супроводжує сиренгомієлію, розсіяний склероз, хворобу Паркінсона та ін.

Клінічні прояви болю різноманітні. Периферичний біль проявляється скаргами на поколювання, оніміння у дистальних відділах кінцівок, а також на пострілюючий, пульсуючий, пекучий (каулзагічний) біль. У частини пацієнтів відмічається алодинія, гіперастезія, больова і температурна гіпоестезія, зниження сухожилкових рефлексів м’язового тонусу. Центральний біль супроводжується порушенням глибокої чутливості та широким спектром больових відчуттів, серед яких найбільш частими є печія, поколювання, простріли. Біль часто супроводжується розладами чутливості, локальними автономними і руховими порушеннями різного ступеню. Слід відзначити, що симптоми периферійного та центрального болю є різними. Також при певних захворюваннях біль супроводжується коморбідними розладами, такими як: порушення сна (42 – 88%), емоційними та афективними розладами у вигляді тривоги (25 – 30%) і депресії (34 – 60%) [1].

Біль класифікують по патофізіологічному механізму (ноцицептивна - соматична або вісцеральна; нейропатична - периферична або центральна), за тимчасовістю фактору (гостра або хронічна), за етіологією (онкологічна або неонкологічної біль) та за анатомічною локалізацією (головний біль, біль в спині, м'язово-фасциальная, ревматичний, скелетна, неврологічна, судинна [5].

Діагностику болю здійснюють за допомогою клінічних методів дослідження. Збір анамнезу має надзвичайно важливу роль, особливо для індивідуалізованої оцінки якісних характеристик болю, що дозволяють не тільки запідозрити біль, а й діагностувати причину її появи. Необхідно запропонувати хворому якомога докладніше описати свої больові відчуття. Також, слід з'ясувати локалізацію болю, її поширеність, інтенсивність та тривалість. Крім того, детальне розпитування хворого дозволить виділити також коморбідні болі та розлади, що зумовлені болем, порушення сну, ступінь соціальної дезаптації [1].

Додатково застосовують спеціальні опитувальники і шкали для верифікації і кількісної оцінки болю. Найбільш простим і доступним у використанні є скринінговий опитувальникй НБ (Neuropathic Pain Screening Questionnaire - IDPain), Лідська шкала оцінки НБ (the Leeds Assessmentof Neuropathic Symptomsand Signs - LANSS), опитувальник НБ (Neuropathic Pain Questionnaire - NPQ) і ін. Однак, є певні претензії до лінгвістичної адаптації та валідизації зазначених методів [1, 3].

Підхід до лікування повинен бути індивідуальним, а лікування комплексним. Необхідно враховувати можливу багатокомпонентність больового синдрому та наявність його індивідуальних складових (ноцицептивного, невропатичного, дисфункціонального, психогенного компонентів) буде визначати тактику лікування конкретного пацієнта.

Фармакотерапія є базисом лікування хворих з болем і повинна враховувати такі положення, як: необхідність формування адекватних очікувань пацієнта від лікування,

старт терапії з більш низьких доз з плавною титрацією до середніх і максимальних препаратів з урахуванням переносимості, а також прогнозування та моніторинг небажаних явищ терапії. Лікування повинно бути безпечним та комплексним. Фармакотерапія передбачає широкий вибір лікарських засобів. Наглядові дослідження в різних країнах показали, що ефективна монотерапія на практиці складає 20-30%. Питання комбінованої терапії, слід розглядати коли на фоні трьох місяців монотерапії в ефективних дозах інтенсивніть болю знижується більш як на 30%.

Терапія коморбідного болю, а саме таких розладів, як тривога, депресія і порушення сну, обумовлені наявністю хронічного болю, значно знижують рівень життя пацієнтів, тому вимагають окремої уваги і відповідного лікування.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Медична сестра повинна бути компетентною в питаннях допомоги пацієнтам з болем.

Діагностику болю проводити відповідно до рекомендацій ВООЗ за допомогою опитувальників та шкал визначення болю.

При плануванні сестринських втручань по вирішенню проблем пацієнта з болем здійснювати диференційований підхід.

Дослідити компетентність студентів та медичного персоналу з питань діагностики та вирішення проблем болю у пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1.Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли / О. С. Давыдов, Н. Н. Яхно, М. Л. Кукушкин и др. // Рус. мед. журнал. – 2018. – № 4. – С. 5-23. URL: https://painrussia.ru/russian-Journal-of-Pain/10.25731/RGBoli_4_2018_Article25.pdf. (дата звернення 5.03.2021)

2. Настанови ВООЗ щодо фармакологічного лікування стійкого Н 32 болю в дітей ізмедичними захворюваннями / за заг. ред. Л. Андріїшин, О. Брацюнь ; пер. з англ. С. Дьоми. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2014. – 168 с.

3.Руководство по неотложной помощи при травмах /Всемирная организация здравоохранения, 2010г. URL:https://www.who.int/violence_injury_prevention/ publications/services/guidelines_ru.pdf?ua=1. *(дата звернення 10.03.2021)*

4. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1269 URL:https://moz.gov.ua/uploads/2/12737-dn_20190605_1269_dod.pdf. (дата з*вернення 10.03.2021)*

5. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи: клинические рекомендации. – М., 2016. – 60 с. – URL:http://www.uzo.kurgan-med.ru/files/downloads/klinrekomvzr.pdf. (дата звернення 10.03.2021)

6. Данилов А.Б. Когда от боли не помогают обезболивающие // Здоров'я України. – 2006. – №19 (152). – С. 69.

7. Маздренко О.П. Диагностика и лечение. // Здоров'я України. – 2007 – № 24 (181). – С. 15–16.

REFERENCES

1.Nevropatycheskaia bol: klynycheskye rekomendatsyy po dyahnostyke y lechenyiu Rossyiskoho obshchestva po yzuchenyiu boly / O. S. Davыdov, N. N. Yakhno, M. L. Kukushkyn y dr. // Rus. med. zhurnal. – 2018. - № 4. – S. 5-23. URL: https://painrussia.ru/russian-Journal-of-Pain/10.25731/RGBoli_4_2018_Article25.pdf. (data zvernennia 5.03.2021)

2. Nastanovy VOOZ shchodo farmakolohichnoho likuvannia stiikoho N 32 boliu v ditei izmedychnymy zakhvoriuvanniamy / za zah. red. L. Andriishyn, O. Bratsiun ; per. z anhl. S. Domy. – K. : TOV «Vydavnychyi dim «Kalyta», 2014. – 168 s.

3.Rukovodstvo po neotlozhnoi pomoshchy pry travmakh /Vsemyrnaia orhanyzatsyia zdravookhranenyia, 2010h. URL:https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/ services/guidelines_ru.pdf?ua=1. (data zvernennia 10.03.2021)

4. Pro zatverdzhennia ta vprovadzhennia medyko-tekhnolohichnykhdokumentivzistandartyzatsiiekstrenoimedychnoidopomohy: Nakaz MOZ Ukrainy vid 05.06.2019 № 1269 URL:https://moz.gov.ua/uploads/2/12737-dn_20190605_1269_dod.pdf. (data zvernennia 10.03.2021)

5.Khronycheskyi bolevoi syndrom (KhBS) u vzroslыkh patsyentov, nuzhdaiushchykhsia v pallyatyvnoi medytsynskoi pomoshchy: klynycheskye rekomendatsyy. – M., 2016. – 60 s. – URL:http://www.uzo.kurgan-med.ru/files/downloads/klinrekomvzr.pdf. (data zvernennia 10.03.2021)

6.Danylov A.B. Kohda ot boly ne pomohaiut obezbolyvaiushchye // Zdorovia Ukrainy. – 2006. – №19 (152). – S. 69.

7. Mazdrenko O.P. Dyahnostyka y lechenye. // Zdorovia Ukrainy. – 2007. – №24 (181). – S. 15–16.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ БОРОТЬБИ З БОЛЕМ У РОБОТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ НА ПІДСТАВІ РЕКОМЕНДАЦІЙ ВООЗ

Кагукіна А.М.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Незважаючи на те, що біль - основна причина, з якої пацієнти звертаються до лікаря, не до кінця усвідомлені механізми його виникнення та здатність оцінювання його. Вирішення проблеми феномена болю потребує відповідних змін у системі медичної освіти стосовно підходів до оцінки інтенсивності болю та адекватного знеболення відповідно до рекомендацій ВООЗ.*

На основі аналізу сучасної літератури, рекомендацій ВООЗ наведено сучанні визначення, погляди на біль та його класифікацію. Показана частота випадків.Описано клінічні прояви як периферичного, так і центрального болю, а також особливості його симптоматики при різних захворюваннях. Наведено коморбідні стани при болях. Для діагностики відповідно до рекомендацій ВООЗ наведено опитувальники та шкали визначення болю. Викладено основні принципи як фармакологічного, так і нефармакологічного лікування.

На підставі проведеної роботи були розроблені рекомендації для медичних сестер щодо боротьби з болем.

Ключові слова: *біль, медична сестра, боротьба з болем.*

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМИ БОРЬБЫ С БОЛЬЮ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НА ОСНОВАНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВОЗ

Кагукина А. М.

Житомирский медицинский інститут Житомирского обласного сонета

Аннотация. *Несмотря на то, что боль - основная причина, по которой пациенты обращаются к врачу, не до конца осознаны механизмы ее возникновения и способность ее оценки. Решение проблемы феномена боли требует соответствующих изменений в системе медицинского образования относительно подходов оценки интенсивности боли и адекватного обезболивания в соответствии с рекомендациями ВОЗ.*

На основе анализа современной литературы, рекомендаций ВОЗ приведены современные: определение, взгляды на боль и её классификацию. Показана частота случаев. Описаны клинические проявления как периферической, так и центральной боли, а также особенности её симптоматики при различных заболеваниях. Приведены коморбидные состояния при боли. Для диагностики в соответствии с рекомендациями ВОЗ приведены опросники и шкалы определения боли. Изложены основные принципы как фармакологического, так и нефармакологического лечения.

На основании проведенной работы были разработаны рекомендации для медицинских сестер по борьбе с болью.

Ключевые слова*: боль, медицинская сестра, борьба с болью.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 378:614.253.4]:613.71/.72

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ В ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Кравчук Н.С.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

PHYSICAL EDUCATION OF APPLICANTS OF HIGHER MEDICAL EDUCATION

Kravchuk N.S.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *The article discusses various aspects of physical education, healthy lifestyle of applicants of higher medical education of Zhytomyr Medical Institute. According to the results of the survey of first-fourth year students, it is determined that students strain after improvement but do not have the appropriate information.*

Key words: *students, healthy lifestyle, physical education.*

Актуальність проблеми. Сучасна студентська молодь України – це генофонд нації, фундамент культурної, інтелектуальної, наукової та фізкультурної діяльності нашої країни[4]. Упродовж останніх десятиріч склалася тривожна тенденція погіршення здоров'я та фізичної підготовленості населення України. Це пов'язано не лише з проблемами економіки, екології, а й із недооцінкою в суспільстві, закладах вищої освіти ролі фізичного виховання у процесі формування навичок здорового способу життя студентської молоді[2].

За останніми науковими даними, до 90% здобувачів мають відхилення в стані здоров'я, більше 50% знаходяться на диспансерному обліку і віднесені до підготовчої, спеціальної медичної групи або звільнені за станом здоров'я від фізичних навантажень в повному обсязі. За останнє десятиліття на 19% зросло поширення серцево-судинних патологій, онкологічних патологій – на 18%, бронхіальної астми – на 35,2%, цукрового діабету – на 10,1%, майже кожний п'ятий здобувач хворіє на артеріальну гіпертонію та вегето-судинну дистонію[3].

Рівень більш ніж у 70% студентської молоді нашої країни, не відповідає навіть середньому рівневі державного стандарту фізичної підготовленості, що становить реальну загрозу виродження і вимирання народу України. У зв'язку з цим українське суспільство висуває нові вимоги до системи освіти та виховання студентської молоді в цілому, а особливо майбутніх медичних працівників [1].

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та визначити рівень розвитку здобувачів освіти й вплив фізичної культури та харчування на їх успішність та працездатність.

Методи дослідження. Для поставленої мети використано методи системного аналізу, логічного узагальнення та медико-соціологічне дослідження.

Результати та їх обговорення. У результаті проведеного соціологічного дослідження обґрунтовано та підтверджено негативне відображення на успішності та працездатності здобувачів освіти відсутності фізичної активності, в тому числі заняття фізичним вихованням, недотримання вірної харчової поведінки та незнання основних принципів здорового способу життя в цілому.

Вивчивши і проаналізувавши стан досліджуваних здобувачів освіти та ставлення до занять з фізичного виховання, більше половини опитаних респондентів, а це 87 осіб (54,4%), подобаються заняття з фізичного виховання, 60 здобувачів (37,5%) відвідують заняття з навчальної необхідності, що свідчать про незацікавленість, є ті здобувачі, яким зовсім не подобаються заняття з фізичного виховання, однак таких здобувачів не багато, лише 13 осіб (8,1%).

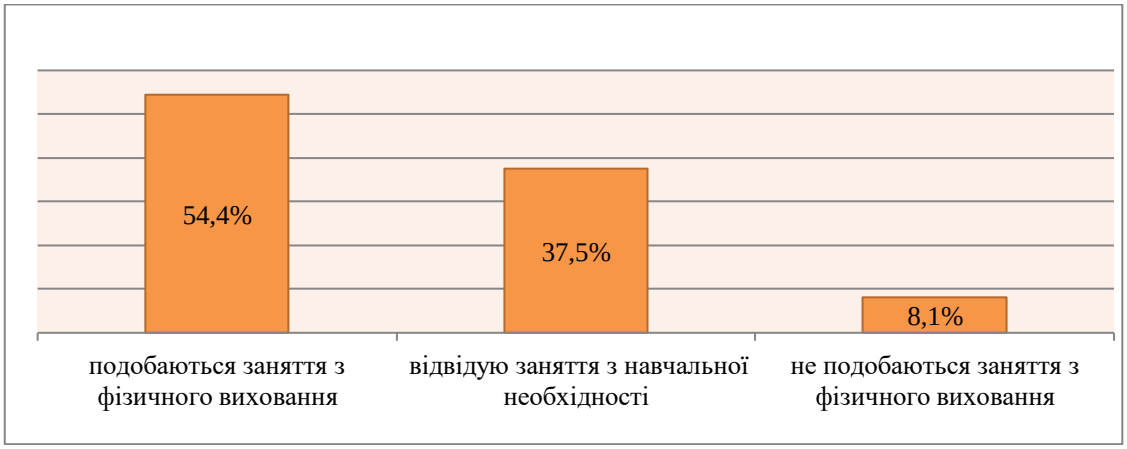


Рис.**1 Розподіл відповідей здобувачів щодо ставлення до занять з фізичного виховання**

Щодо дотримання здобувачами здорового способу життя (виконання ранкової гімнастики, загартовування, дотримання раціонального, якісного та здорового харчування): лише 25 осіб (15,6%) дотримуються здорового способу життя, що є невтішним показником; 93 особи (58,1%) намагаються дотримуватися; майже половина опитаних респондентів взагалі не дотримуються основних правил здорового способу життя – 42 особи (26,3%).

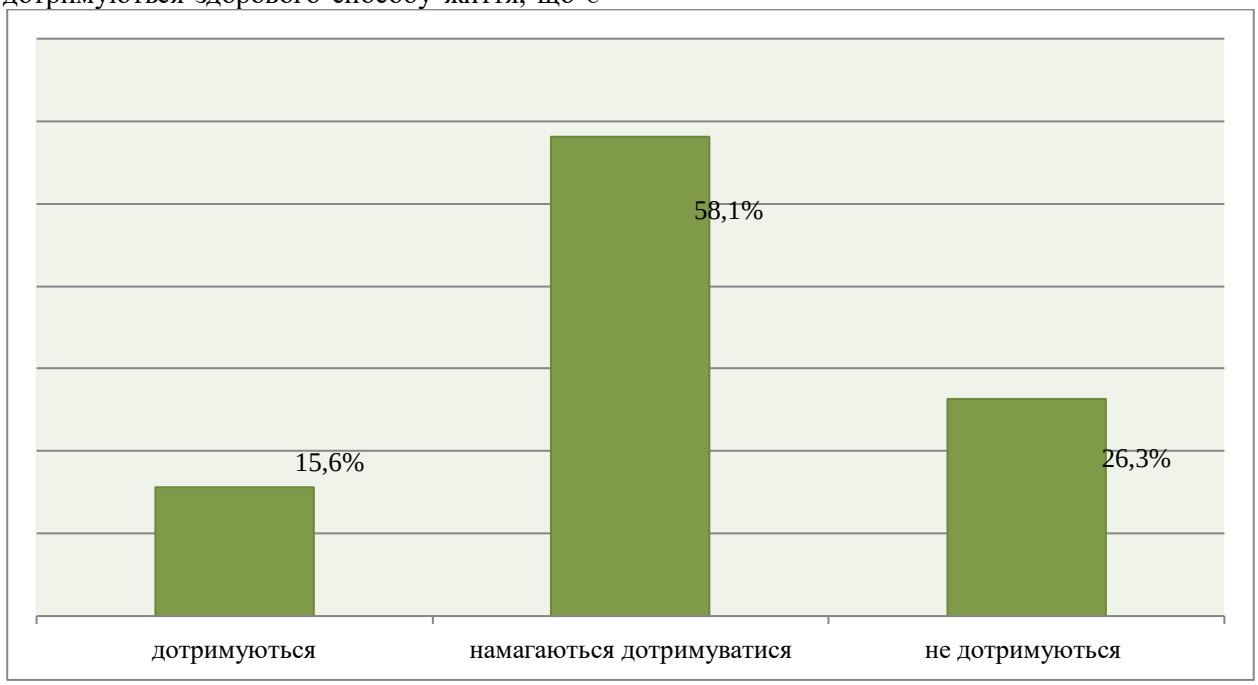


Рис.2. Розподіл відповідей здобувачів щодо дотримання ними ЗСЖ

Наведені діаграми (Рис. 3.) свідчать, що більшість респондентів, 87 осіб (54,5 %), вбачають домінуючою мотивацією щодо занять фізичною культурою, саме бажання поліпшити фігуру, поставу, схуднути, наростити м'язову масу; 25 осіб (15,6%) – у результаті занять фізичною культурою бажають поліпшити та зміцнити здоров'я; 13 осіб (8,1%) – бажання пограти й порухатись; лише 9 осіб (5,6%) мають на меті розвивати фізичні якості, освоювати різні рухові уміння і навики; прагнення до емоційного розвантаження, отримання позитивних емоцій, спілкування, підтримка гарного настрою, азарт є домінуючою мотивацією 20 респондентів (12,5%); 1 особа (0,6%) прагне наслідувати відому людину, родича, друга; 5 осіб (3,1%) в результаті занять фізичною культурою самоствердкуються та розвивають свої морально-вольові якості.

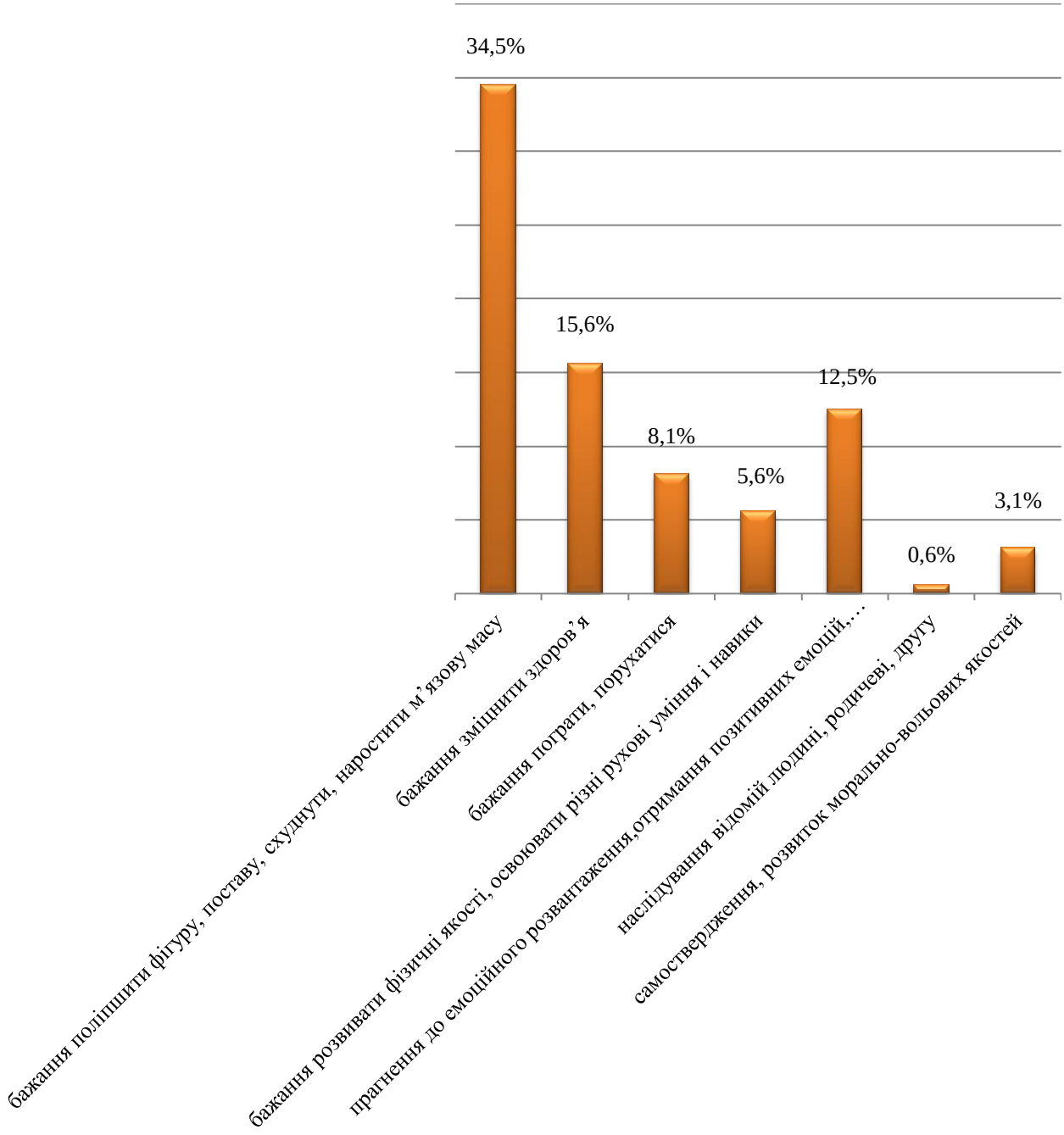


Рис.3. Розподіл відповідей респондентів щодо домінуючої мотивації до занять фізичною культурою

Серед причин, чому здобувачі не займаються фізичною культурою, відповіді розподілились наступним чином:

- вважають, що спорт – даремне заняття – такий варіант відповіді не обрав жоден респондент, що свідчить про їх виважену позицію щодо місця спорту у житті та здоров'ї людини;
- відсутність умов в інституті для заняття спортом – 7 осіб (4,4%);
- відсутність інформації про те, де в інституті можна займатися спортом, – 3 особи (1,9%);
- брак вільного часу – 61 особа (38,1%);
- відсутність підтримки друзів – 1 особа (0,6%);
- вплив згубних компаній - 1 особа (0,6%);
- неспроможність змусити себе до підвищення рухової активності, перебороти лінь – 19 осіб (11,9%);
- великий обсяг навчальної програми - 22 особи (13,8%);
- неправильно розставлені пріоритетів – 6 осіб (3,7%);

- втома, лінь, небажання займатися – 26 осіб (16,2%);
- відсутність навиків і звички до занять – 6 осіб (3,7%);
- брак коштів матеріально-технічного забезпечення для повноцінних занять – 8 осіб (5%).

Тобто основними причинами, котрі впливають на неможливість здобувачами займатись фізичною культурою: брак вільного часу; неспроможність змусити себе до підвищення рухової активності; перебороти лінь, великий обсяг навчальної програми; втома, лінь, небажання займатися.

Аналіз результатів відповідей респондентів на запитання, яке представлене у діаграмі (рис. 4.), свідчить, що найбільш вагомі та притаманні мотиваційні чинники для позааудиторних занять фізичними вправами у здобувачів розподілилися за наступною градацією:

- не вистачає занять у коледжі – лише 7 здобувачів (4,4%) обрали варіант, що для них не вистачає достатньої кількості відведених годин для занять фізичними вправами під час практичних занять;
- бажання бути здоровим – 42 особи (26,2%);
- бажання мати красиву (атлетичну) статуру – 45 осіб (28,1%);
- фінансові мотиви – 2 особи (1,3%);
- бажання побачити світ – 3 особи (1,9%);
- мода (у тому числі за компанію) – для 5 осіб (3,1%) позааудиторні заняття фізичними вправами є актуальними через навіювання стереотипів, які притаманні сучасному поколінню або якщо його коло однолітків, їх думка та дії впливають на їх як на особистість та отримують приклад на наслідування в своїх діях;
- бажання самоствердитися серед однолітків – даний варіант відповідей жоден із респондентів не обрав;
- бажання вдосконалювати власний організм – 56 осіб (35 %).

Тому в результаті узагальнення отриманих даних, найбільш вагомими мотиваційними чинниками для позааудиторних занять фізичними вправами є: бажання мати красиву (атлетичну) статуру, вдосконалювати власний організм, бути здоровим. Ці результати свідчать, що студентство розуміє та чітко формує мету, оскільки для досягнення ними поставлених задач, потребують занять фізичними вправами.

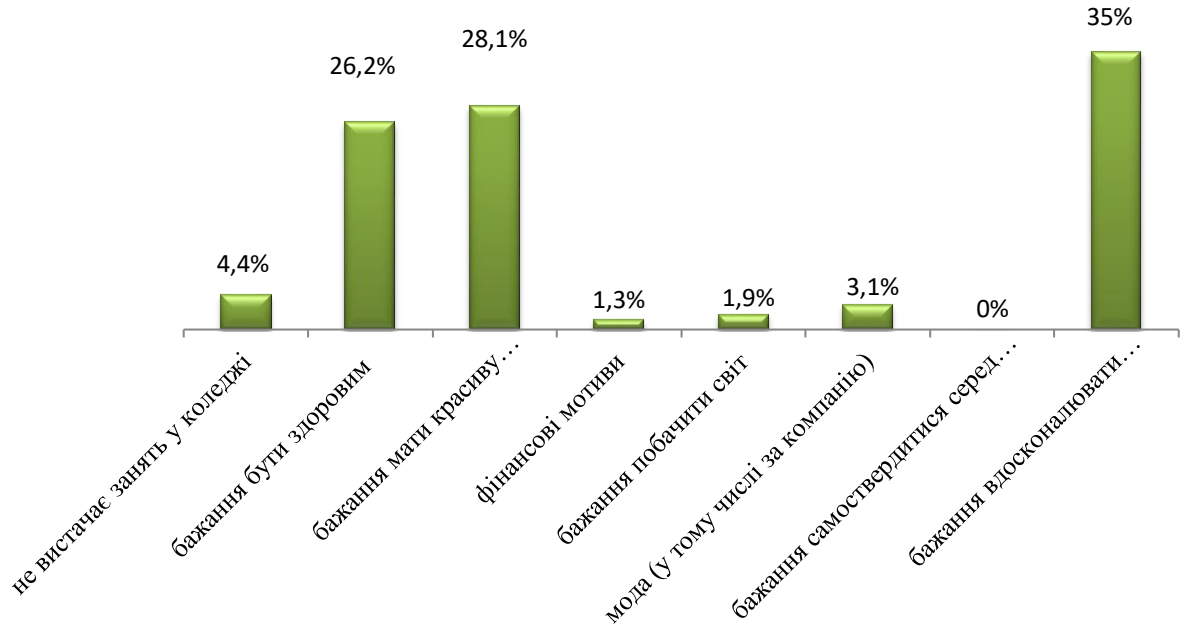


Рис.4. Розподіл відповідей щодо найбільш вагомих мотиваційних чинників позааудиторних занять фізичними вправами

Відповіді здобувачів на запитання, яке продемонстроване в діаграмі (Рис. 4), розподілились наступним чином: 49,3 % (більше половини опитаних респондентів – 79 осіб) здобувачів вважають, що досить відвідувати практичні заняття з фізичного виховання в інституті за загальним розкладом; 21,3% (34 особи) – у групах спортивного

вдосконалення; 8,1% (13 осіб) акцентували увагу, що доречнішим було відвідувати заняття за індивідуальним розкладом; 21,3% (34 особи) вказали, що достатньо відвідувати заняття «час від часу». Тобто більшість здобувачів схильні відвідувати заняття за офіційним розкладом закладу освіти, однакова кількість здобувачів займалися б фізичним вихованням у групах спортивного вдосконалення або ж відвідували заняття довільно.

Висновки та перспективи подальших досліджень. За результатами медико-соціологічного опитування здобувачів, здійснено безсумнівний висновок, що відсутність фізичного активності та раціоналізованого режиму та якості харчування безпосередньо впливає на рівень успішності здобувача освіти та його працездатність під час навчання в закладі вищої освіти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адєєва О. В. Аксіологічний аспект підготовки майбутніх учителів до здорового способу життя. *Наука і освіта.* 2013. № 3. С. 70.

2. Рішення Кабінету Міністрів України. *Концепція загальнодержавної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на 2012-2016 роки*. 2011 р. № 828-р. С.12.

3. Сергеєва Т.П. Теоретичні засади формування культури здоров'я студентської молоді. *Наука і освіта.* 2011. С. 2-3.

4. Хлус Н. О. Здоровий спосіб життя майбутніх вихователів як умова успішної міжособистісної професійної взаємодії. *Физическое воспитание и спорт.* 2017. С. 20.

REFERENCES

1. Adieieva O. V. Aksiolohichnyi aspekt pidhotovky maibutnikh uchyteliv do zdorovoho sposobu zhyttia. Nauka i osvita. 2013. № 3. S. 70.

2. Rishennia Kabinetu Ministriv Ukrainy. Kontseptsiia zahalnoderzhavnoi tsilovoi sotsialnoi prohramy rozvytku fizychnoi kultury i sportu na 2012-2016 roky. 2011 r. № 828-r. S.12.

3. Serheieva T.P. Teoretychni zasady formuvannia kultury zdorovia studentskoi molodi. Nauka i osvita. 2011. S. 2-3.

4. Khlus N.O. Zdorovyi sposib zhyttia maibutnikh vykhovateliv yak umova uspishnoi mizhosobystisnoi profesiinoi vzaiemodii. Fyzycheskoe vospytanye y sport. 2017. S. 20.

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ В ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Кравчук Н.С.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *У статті обговорюються різні аспекти фізичного виховання, здорового способу життя здобувачів вищої медичної освіти Житомирського медичного інституту. За результатами анкетування здобувачів I-IV курсів визначено, що здобувачі освіти прагнуть до вдосконалення, але не мають відповідної правильної інформації.*

Ключові слова: *здобувачі освіти, здоровий спосіб життя, фізичне виховання.*

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ У СОИСКАТЕЛЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИ.

Кравчук Н.С.

Житомирский медицинский институт Житомирского областного совета

Аннотация. *В статье обсуждаются различные аспекты физического воспитания, здорового образа жизни соискателей высшего медицинского образования Житомирского медицинского института. По результатам анкетирования соискателей I-IV курсов определено, что соискатели образования стремятся к совершенствованию, но не имеют соответствующей правильной информации.*

Ключевые слова: *соискатели образования, здоровый образ жизни, физическое воспитание.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 614.253.5:[355.422-057.36:616-036.82]

РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ: РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Куриленко Т. С.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

REHABILITATION OF COMBATANTS: THE ROLE OF A NURSE

Kurylenko T.S.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *The article discusses various aspects of medical (physical) rehabilitation of combatants, which is of national importance and is an important component of the effectiveness of the health care system. The tasks of a nurse at all levels and areas of the recovery process have been determined. According to the results of the questionnaire survey of patients, it was proved that the combination of forms, methods, technologies, methods of complex rehabilitation has a positive effect on the driving forces of restoring the health of combatants.*

Key words: *combatants, medical rehabilitation, physical rehabilitation, labor therapy, nurses, individual rehabilitation programs.*

Актуальність. Проведення бойових дій характеризується великою кількістю поранених, найбільшу тяжкість з яких представляють поранені з комбінованими травмами (контузія головного мозку, опіки різного ступеня тяжкості, травми кінцівок, черепно-мозкові травми, травми очей, осколкові і кульові поранення різної локалізації), які можуть призвести до тяжких ускладнень та інвалідності, потребують відновного лікування в спеціалізованих медичних закладах. За даними статистики, в структурі військових уражень в учасників АТО наслідки військової травми складають 94,5%, захворювання – 5,5%. Медична реабілітація військовослужбовців має загальнодержавне значення і являється важливою складовою ефективності системи охорони здоров'я [5, с.56].

Під терміном "реабілітація учасників бойових дій" розуміють комплекс державних, соціально-економічних, медичних, психологічних професійних та інших заходів для нормалізації порушених і компенсації втрачених функцій організму внаслідок поранення, ушкодження, захворювання, перебування в екстремальній ситуації, з метою відновлення боє- та працездатності.

Основним змістом медичної реабілітації потерпілого, хворого, враховуючи сучасні уявлення про здоровий спосіб життя і соціальні пріоритети розвитку особистості, є відновлення його максимально можливої функціональної активності. Дуже важливим є своєчасність, комплексність та безперервність процесу реабілітації, а для цього необхідно створити якісну індивідуальну програму реабілітації, яка б допомагала вирішити всі проблеми зі здоров'ям і розпочиналася відразу після виведення пацієнта із реанімаційного відділення [3, с. 21].

Актуальним завданням є створення ефективної системи міжвідомчої медичної і медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій. Мережа лікувальних закладів для надання медичної та реабілітаційної допомоги учасникам антитерористичної операції (АТО) в Україні створюється з осені 2014 року. В Україні функціонує 29 госпіталів ВВ та 20 госпітальних відділень, які координують роботу по організації надання медичної допомоги, проведення відновного лікування та реабілітаційних заходів учасників АТО в областях.

Результати теоретичних і клінічних досліджень останнього десятиріччя дали можливість найбільш чітко визначити основні принципи медичної реабілітації хворих і поранених у збройних конфліктах: єдність етіопатогенетичної і симптоматичної терапії (односпрямованість етапів медичної реабілітації); індивідуальність конкретних програм медичної реабілітації; курсове проведення реабілітаційних заходів на різних етапах; послідовність використання лікувальних режимів, що збільшуються за

інтенсивністю на кожному з етапів медичної реабілітації; оптимальне поєднання лікувальних фізичних чинників і фармакологічних препаратів; динамічне проведення етапів медичної реабілітації, що відбуваються на різних місцях залежно від патології; комплексне використання різних засобів і методів у програмах медичної реабілітації [2, с.15].

В лікувальних закладах реабілітацією учасників АТО займаються сімейні лікарі, які складають свій реабілітаційний маршрут.

Медична сестра - головна організаційно-лікувальна одиниця на всіх найвідповідальніших рівнях і ділянках відновного процесу. На етапі діагностики безперечна важливість участі медичної сестри в постановці розширеного діагнозу із зазначенням причинно-наслідкового зв'язку, діагнозу по догляду за пацієнтом, розстановки пріоритетів медичного обслуговування, організації всього сестринського процесу, обговорення реанімаційних заходів, можливих ускладнень і своєчасних корекційних засобів. На інших етапах значення завдань медичної сестри зростає ще більше, адже головні засоби реабілітаційного впливу: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні процедури часто виконуються тільки медсестрами або ж методистами, при їх нагляді і контролі [1, с.47].

Працюючи в складі мультидисциплінарної бригади, медична сестра не тільки виконує власне сестринські маніпуляції, але також є координатором діяльності інших фахівців і виконує соціально-реабілітаційні функції. Члени бригади спільно складають план лікування, створюють адекватне для пацієнта навколишнє середовище, навчають родичів, оцінюють ефективність реабілітаційних заходів [4, с.16]. Виконання перерахованих завдань вимагає від медичних сестер відповідних навичок і підготовки.

Мета дослідження – довести ефективність комплексної реабілітації військових – учасників бойових дій та визначити роль медичної сестри в реабілітаційному процесі.

Матеріали та методи. Протягом 2019-2020 р. було проведене анонімне анкетування пацієнтів Житомирського базового військового шпиталю за розробленою анкетою (16 питань). Опитування пацієнтів-учасників бойових дій проведене з метою виявлення існуючих проблем та оцінки якості надання медичних та реабілітаційних послуг у відділеннях шпиталю. Об'єктивність отриманої соціологічної інформації забезпечувалась формуванням репрезентативних вибірок, відповідних визначеним генеральним сукупностям цільових груп, охоплених дослідженням. За результатами підрахунків, обсяги визначених вибірок склали відповідно 60 пацієнтів. Розроблено і опрацьовано картки індивідуального спостереження (проблеми пацієнта, індивідуальна реабілітаційна програма, участь пацієнта та ефективність реабілітаційних заходів).

Результати та їх обговорення. Учасники бойових дій відносяться до особливого контингенту пацієнтів, які вимагають застосування спеціально розробленої, в деяких випадках навіть індивідуальної системи лікувально-реабілітаційних заходів. Успішне відновлення пораненого бійця на 80% залежить саме від ефективності цього процесу.

Ефективність медичної допомоги відображає ступінь досягнення конкретних кінцевих результатів при певних тимчасових, трудових і матеріальних витратах, а якість - ступінь відповідності проведеного комплексу заходів медичним стандартам або правилам виконання тих чи інших технологій, спрямованих на забезпечення результативності лікування.

Військовослужбовці, які були в умовах бойових дій, особливо ті, хто постраждав під час виконання службових обов'язків, вимагають підвищеної соціальної уваги, організації системи їх комплексної реабілітації. Правильно організована модель фізичної реабілітації (фізичної терапії, ерготерапії) для забезпечення якісної медичної реабілітації учасників бойових сприяє відновленню здібностей військовослужбовців до нормальної життєдіяльності і дозволить запобігти появі посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

Ми вважаємо військовослужбовця-учасника бойових дій активним суб'єктом реабілітаційного процесу, з огляду на його унікальність, самоцінність, самобутність як основного суб'єкта реабілітаційного процесу; поєднання форм, методів, технологій, прийомів комплексної реабілітації, як ефективних механізмів, що впливають на рушійні сили відновлення і внутрішнього розвитку військовослужбовців.

За результатами дослідження встановлено, що питома вага військовослужбовців, які лікувалися з приводу поранень, складає 38%, пацієнти з невротичними розладами, пов'язаними з стресом – 18%, з хворобами нервової системи (наслідки МВТ) – 32%, з хворобами ока (наслідки МВТ) – 11%, хворобами слуху, невритами слухових нервів (як наслідками МВТ) – 31%. Ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) мають 58% пацієнтів.

При складанні індивідуальної реабілітаційної програми враховано весь комплекс змін (морфологічних, фізіологічних, психологічних) і передбачене партнерство лікаря, реабілітолога і пацієнта; визначений реабілітаційний потенціал хворого, особливо його рухових можливостей; враховано усі сторони реабілітації для кожного хворого; комплексність лікувально-відновлювальних заходів; ступінчастість впливів (поетапне призначення відновлювальних заходів з урахуванням динаміки функціонального стану хворого).

Режим праці (ерготерапевтичну складову) встановлено індивідуально для кожного хворого з врахуванням рівня трудової реабілітації, стійкості трудової установки, фізичної і психологічної стомлюваності і здатності до зміцнення і відновлення порушених функцій.

За оцінкою ефективності проведеного лікування від моменту надходження до шпиталю, повне одужання відмітили 65% опитаних, поліпшення стану 30%, 5% пацієнтів не відчули змін у стані здоров'я.

За результатами опитування, усі респонденти відмітили високий рівень професіоналізму персоналу відділення відновлювального лікування. 80% відчували повну довіру до сестринського персоналу при здійсненні медичних втручань і взаєморозуміння, 20% – часткову довіру і розуміння. 100% опитаних набули необхідних знань та навичок для продовження реабілітаційного процесу в домашніх умовах.

Висновки. Поєднання форм, методів, технологій, прийомів комплексної реабілітації позитивно впливає на рушійні сили відновлення здоров'я учасників бойових дій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бриндіков Ю. Л. Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами: метод. посіб. Хмельницький: Вектор, 2017. - С. 47.

2. Гайда І. М., Бадюк М. І, Сушко Ю. І. Медична реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України на регіональному рівні: метод. рекомендації. Київ: УВМА, 2018. 32 с.

3. Порада А. М., Порада О. В. Медико-соціальна реабілітація і медичний контроль: підручник. К.: Медицина, 2011. С. 21.

4. Роль медицинской сестры в мультидисциплинарной бригаде реабилитационного профиля / Н. Г. Петрова и др. Ученые записки СПБГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2016. Т. XXIII, №3. С. 16-17.

5. Шевчук В. І., Беляєва Н. М., Яворовенко О. Б. Медико-соціальна реабілітація інвалідів військової служби та учасників антитерористичної операції. Вінниця: ФОП Рогальська І.О., 2015. С. 56.

REFERENCES

1. Bryndikov Yu. L. Teoretychni ta praktychni osnovy orhanizatsii reabilitatsiinoi diialnosti z kombatantamy: metod. posib. Khmelnytskyi: Vektor, 2017. - S. 47.

2. Haida I. M., Badiuk M. I, Sushko Yu. I. Medychna reabilitatsiia viiskovosluzhbovtsiv Zbroinykh Syl Ukrainy na rehionalnomu rivni: metod. rekomendatsii. Kyiv: UVMA, 2018. 32 s.

3. Porada A. M., Porada O. V. Medyko-sotsialna reabilitatsiia i medychnyi kontrol: pidruchnyk. K.: Medytsyna, 2011. S. 21.

4. Rol medytsynskoi sestrы v multydystsyplynarnoi bryhade reabylytatsyonnoho profylia / N. H. Petrova y dr. Uchenыe zapysky SPBHMU ym. akad. Y. P. Pavlova. 2016. T. XXIII, №3. S. 16-17.

РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ: РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Куриленко Т. С.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *У статті обговорено різні аспекти медичної (фізичної) реабілітації учасників бойових дій, яка має загальнодержавне значення і є важливою складовою ефективності системи охорони здоров'я. Визначено завдання медичної сестри на усіх рівнях і ділянках відновного процесу. За результатами анкетування пацієнтів доведено, що поєднання форм, методів, технологій, прийомів комплексної реабілітації позитивно впливає на рушійні сили відновлення здоров'я учасників бойових дій.*

Ключові слова: *учасники бойових дій, медична реабілітація, фізична реабілітація, ерготерапія, медичні сестри, індивідуальні реабілітаційні програми.*

РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Куриленко Т. С.
Житомирский медицинский институт Житомирского областного совета

Аннотация. *В статье обсуждены различные аспекты медицинской (физической) реабилитации участников боевых действий, которая имеет общегосударственное значение и является важной составляющей эффективности системы здравоохранения. Определены задачи медицинской сестры на всех уровнях и участках восстановительного процесса. По результатам анкетирования пациентов доказано, что сочетание форм, методов, технологий, приемов комплексной реабилитации положительно влияет на движущие силы восстановления здоровья участников боевых действий.*

Ключевые слова: *участники боевых действий, медицинская реабилитация, физическая реабилитация, эрготерапия, медицинские сестры, индивидуальные реабилитационные программы.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 614.253.5:616-006

PACJENT PODMIOTEM OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Aneta Lesiak, Małgorzata Marć, Krzysztof Fudali, Anna Fąfara, Anna Krakowiak
Zakład Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego, Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Katarzyna Mikłasz
Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwo Uniwersytet Rzeszowski
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej nr. 1 w Rzeszowie Szpital Miejski im. Jana Pawła II

A PATIENT AS AN OBJECT OF MEDICAL SITUATION

Aneta Lesiak, Małgorzata Marc, Krzysztof Fudali, Anna Fafara, Anna Krakowiak
Department of Nursing and Public Health, Institute of Health Sciences, College of Medical Sciences, University of Rzeszow

Katarzyna Mikłasz
Student Scientific Association of Rzeszow Nursing University of
Independent Public Healthcare Complex No. 1, Municipal Hospital named after John Paul II

Abstract. *The article defines the level of patients satisfaction in the oncology department. The study was conducted in 2019 in a health care facility, that is specialized in cancer diagnosis and treatment. 100 patients with cancer of various etiologies and localizations took part in the investigation. The problem of disease information and treatment has been found to be one of the most common difficulties that patients deal with. It is revealed that they often need supportive medical care as well as mental and spiritual support.*

Key words: *cancer patients, mental and spiritual support, diseases and treatment reporting.*

Wstęp. Nowotwory w Polsce dotykają coraz większą liczbę osób. Prognozy epidemiologiczne nie pozostawiają złudzeń, gdyż ryzyko zachorowania ciągle wzrasta. Choroba nowotworowa jest postrzegana jako najbardziej stresująca. Jej pojawienie się, diametralnie zmienia życie człowieka, a skutki odczuwalne są często przez resztę życia. Większość chorych boryka się nie tylko z dolegliwościami związanymi z przebiegiem choroby, ale też w różny sposób przeżywa emocjonalnie nową rzeczywistość. Współczesna onkologia to multidyscyplinarne zespoły leczące pacjenta w sposób kompleksowy. Dzisiaj warto zadać sobie pytanie gdzie jest pacjent w obecnym Systemie Ochrony Zdrowia a gdzie powinien być. Musimy pamiętać, że terapia chorego na nowotwór nie kończy się na leczeniu chirurgicznym, chemioterapii czy też radioterapii. Wymaga on często medycznego leczenia wspomagającego oraz wsparcia psychicznego i duchowego. Z pacjentem najczęściej przebywa personel pielęgniarski, który udziela zazwyczaj największego wsparcia choremu. To przecież pielęgniarka motywuje do współdziałania z pozostałym personelem medycznym i podejmowania wysiłków w celu możliwie szybkiego powrotu do zdrowia. Każdy z nas chciałby, aby postrzegano go jako człowieka, aby respektowano jego prawa do subiektywnego odczuwania własnego stanu, czyli każdy chciałby z nas być traktowany podmiotowo. Należy na każdego pacjenta patrzeć jak na człowieka, a nie kolejny numer ewidencyjny. Pacjent potrzebuje zapewnienia o wsparciu i stałej gotowości pomocy. Profesjonalny personel medyczny z holistycznym podejściem do pacjenta powinien pamiętać, że pacjent jest nieodłączną i najistotniejszą częścią zespołu terapeutycznego.

Nowotwory w Polsce dotykają coraz większą liczbę osób. Prognozy epidemiologiczne nie pozostawiają złudzeń, gdyż ryzyko zachorowania ciągle wzrasta. Nowotwory złośliwe są drugą przyczyną zgonów w Polsce [1]. W 2017 roku z ich powodu zmarło 26,3% mężczyzn oraz 23,1% kobiet [1]

Każda choroba, zwłaszcza choroba nowotworowa burzy dotychczasowy porządek zewnętrzny i wewnętrzny każdego człowieka, stawiając go jednocześnie w obliczu przeżyć, których wcześniej nie doświadczył. Człowieka dotkniętego tą chorobą stawia przed koniecznością przewartościowania swojego życia, zmusza do zmiany celów życiowych i zmiany aktywności w walce z chorobą [2].

Choroba nowotworowa jest postrzegana jako najbardziej stresująca. Jej pojawienie się, diametralnie zmienia życie człowieka, a skutki odczuwalne są często przez resztę życia. Gdy pacjent dowiaduje się o rozpoznaniu, często myśli, że został wydany na niego wyrok. Ma poczucie, że pozostaje sam ze wszystkimi problemami. Pobyt w szpitalu wyłącza go ze wszystkich pełnionych wcześniej funkcji (rodzinnych, zawodowych, społecznych) i sprawia, że musi wejść w nową dla siebie rolę – rolę pacjenta.

Osoby które pracują, są żywicielami swoich rodzin, z chwilą zachorowania stają przed widmem braku zatrudnienia i co za tym idzie, ograniczenia wpływów. Wiele osób aktywnych zawodowo traci w czasie choroby pracę z powodu przeciągającego się zwolnienia lekarskiego. Ludzie pracujący na tzw. samozatrudnieniu borykają się z wieloma problemami, jak utrata trata płynności finansowej, a co za tym idzie brak środków na uregulowanie wymaganych przez prawo składek, prowadzą do bankructwa i zamknięcia prowadzonej działalności. Ciężar utrzymania nierzadko spoczywa w tym czasie na barkach bliskich. Rak nie tylko rujnuje zdrowie, ale nierzadko znacząco obniża status materialny.

Większość chorych boryka się nie tylko z dolegliwościami związanymi z przebiegiem choroby, ale też w różny sposób przeżywa emocjonalnie nową rzeczywistość. Jak napisał A. Kępiński w swoim opracowaniu na temat lęku: „człowiek w chorobie boi się śmierci, bólu, cierpienia, zniedołężnienia, utraty pozycji życiowej, erotycznej, zawodowej, towarzyskiej. Boi się też o swój prestiż, jak zachowa się w chwilach cierpienia i obliczu śmierci. Choroba stawia go w obliczu tajemnicy własnego ciała, nie wie on, co się z nim dzieje, jakie jeszcze niespodzianki ze strony własnego ciała mają go spotkać, ciało staje się nieposłuszne, groźne, tajemnicze” [3]. Pacjenci boją się śmierci, bólu, cierpienia, zniedołężnienia, utraty dotychczasowej pozycji życiowej, erotycznej, zawodowej, towarzyskiej.

Pojawiają się nowe emocje odczucia takie jak dysforia, szeroko rozumiany lęk, szok i niewiara w zaistniałą sytuację, smutek i płacz. Nierzadko pojawiają się pytania o wartość istnienia, natrętne myśli o śmierci, utrata nadziei i wiary oraz uczucie izolacji i odrzucenia.

Powyższe stany znajdują uzasadnienie w sytuacjach gdy pacjenci zostają traktowani w sposób przedmiotowy i nie otrzymują odpowiedniej pomocy.

Opis przypadku. Opis przypadku na podstawie wywiadu oraz dziennika prowadzonego przez pacjentkę w trakcie choroby.

Pacjentka w wieku 50 lat w listopadzie 2018 roku zgłosiła się do lekarza z powodu przedłużającego się krwawienia z dróg rodnych. Skierowana do szpitala w celu dalszej diagnostyki. Wykonano biopsję szyjki macicy, pobrano wycinek do badania histopatologicznego i odesłano pacjentkę do domu. Po około dwóch tygodniach udała się na wizytę do lekarza, gdzie dowiedziała się o diagnozie – nowotwór. Została skierowana do szpitala onkologicznego celem leczenia. Pacjentka zderzając się z diagnozą, długimi kolejkami pacjentów oczekujących na leczenie oraz terminami na przyjęcie do szpitala, załamana nie chciała podjąć leczenia. Kiedy otrzymała wsparcie od swojej koleżanki, która przeprowadziła z nią i jej rodziną pierwsze rozmowy która, doradziła gdzie się udać, wyjaśniła na czym polegają poszczególne etapy terapii postanowiła, że zawalczy o swoje życie. W kolejnych dniach poddała się leczeniu najpierw radioterapia, potem chemioterapia oraz brachyterapia. Wszystkie obawy i wątpliwości rozwiązywała z koleżanką (pielęgniarką). Kiedy pojawiło się zwątpienie, depresja, zaproponowała jej wizytę u psychologa, a w późniejszym okresie u dietetyka ze względu na zaniedbania żywieniowe i powikłania terapii. Pacjentka zakończyła leczenie w lutym 2019 roku a w maju powróciła do pracy zawodowej. Czy pacjentka w tym przypadku znajdując się w samym środku systemu ochrony zdrowia i opieki nad pacjentem onkologicznym została potraktowana zgodnie z założeniami, czy to koleżanka (pielęgniarka) powinna zajmować się przygotowaniem, informowaniem chorej co robić, jak się zachować? Czy pielęgniarka jest jedyną osobą sprawującą opiekę nad chorym. Czy nie powinno być tak, że cały zespół terapeutyczny uczestniczy w przygotowaniu i przeprowadzeniu pacjenta przez cały proces diagnostyki, leczenia i powrotu do zdrowia?

Współczesna onkologia to mulitidyscyplinarne zespoły leczące pacjenta kompleksowo. Ten sposób leczenia powinny prowadzić nie tylko centra onkologii,

wysokospecjalistyczne ośrodki, ale i mniejsze placówki zajmujące się leczeniem onkologicznym. Holistyczną terapię onkologiczną powinien zapewnić pacjentowi każdy ośrodek onkologiczny, w którym koordynator, przy współpracy z całym zespoiłem terapeutycznym, przeprowadzi pacjenta przez wszystkie etapy choroby w tym przypadku nowotworowej. W praktyce realizacja tych celów okazała się dla wielu placówek zbyt trudna – co również wynika z powyższej historii.

Gdzie jest pacjent w Systemie Ochrony Zdrowia a gdzie powinien być? Czy są to źle przygotowane procedury w systemie, wymogi i zalecenia instytucji nadzorujących podmioty lecznicze. Czy też konieczność bądź potrzeba cyfryzacji dwudziestego pierwszego wieku co za tym idzie depersonifikacja pacjentów?

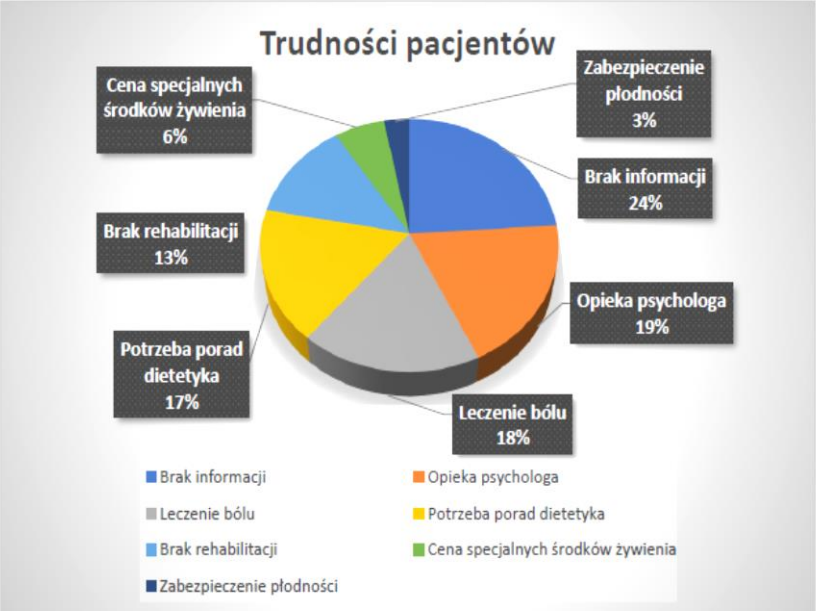
Nie można patrzeć na pacjenta przez pryzmat finansowania, ale trzeba patrzeć przez pryzmat właściwego podejścia do pacjenta. Należy podejść do niego z empatią, i troskliwością, zrozumieniem i w każdym przypadku respektując Kartę Praw Pacjenta.

Cel pracy. Celem pracy była ocena satysfakcji pacjentów przebywających na oddziale onkologicznym.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono na przełomie marca i kwietnia 2019 roku w placówce ochrony zdrowia specjalizującej się w diagnostyce i leczeniu onkologicznym, wśród stu chorych na nowotwór o różnej etiologii i umiejscowieniu.

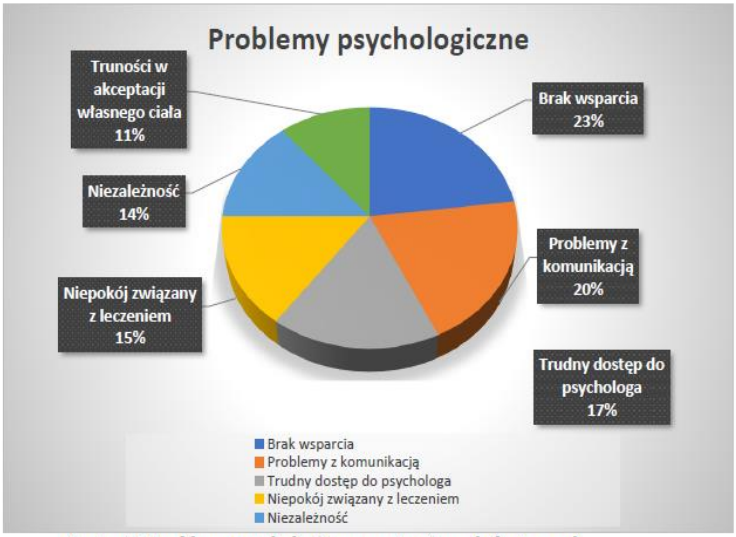
Do badania wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki. Na pytanie dotyczące trudności z którymi najczęściej spotykają się pacjenci onkologiczni (Rycina 1) 24% respondentów odpowiedziało, że największym problemem jest brak wystarczającej informacji o chorobie i możliwościach leczenia leczeniu. 19% badanych zwróciło uwagę na ograniczoną możliwość opieki psychoonkologicznej dla pacjenta i jego rodziny. Taka sama ilość osób dostrzegła potrzebę uzyskania porady dietetyka, opracowanie zasad żywienia dla poszczególnych nowotworów i prowadzonych terapii. Pozostałe osoby skarżyły się na niewystarczające leczenie bólu, brak rehabilitacji, ograniczoną refundację wyrobów medycznych w tym specjalnego żywienia.



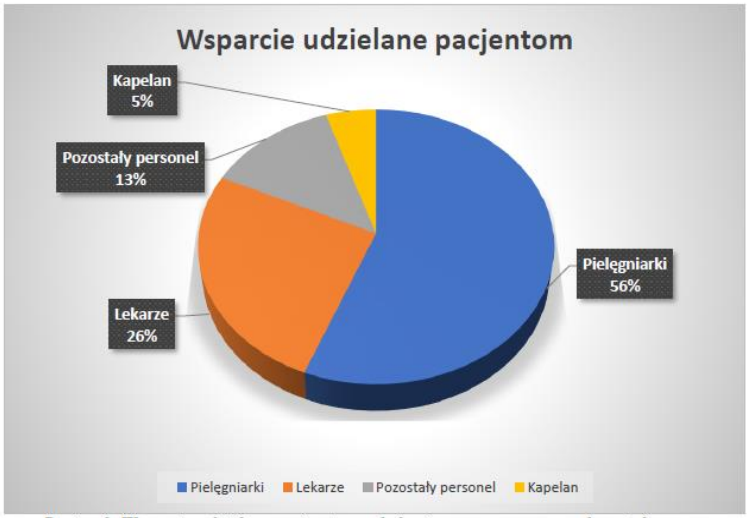
Rycina 1. Trudności pacjentów onkologicznych

Kolejne pytanie dotyczyło problemów natury psychologicznej pacjentów onkologicznych (Rycina 2). Wśród problemów dotyczących wsparcia psychoonkologicznego i psychiatrycznego pacjenci onkologiczni, najczęściej wymieniają brak wsparcia pacjentów i ich bliskich szczególnie w momencie usłyszenia diagnozy (23% badanych), problemy z komunikacją z personelem medycznym (20%).Trudny dostęp do psychologa (17%), zwłaszcza w momencie wystąpienia objawów depresji, a także brak opieki psychoonkologicznej rodzin i ich bliskich.



Rycina 2. Problemy psychologiczne pacjentów onkologicznych

Pielęgniarka zdaniem 56% badanych jest osoba, która udziela najczęściej wsparcia pacjentom, następnie lekarz 26% oraz inny personel medyczny 13%. Najmniejsze wsparcie oferują kapelani 5%.



Rycina 3. Wsparcie udzielane pacjentom onkologicznym przez personel szpitala

Wnioski

1. Terapia chorego na nowotwór nie kończy się na leczeniu chirurgicznym, chemioterapii i radioterapii. W badaniu wykazano, że problem z informacją dotyczącą choroby i leczenia jest jednym z najczęściej występujących trudności, jakie napotykają na swojej drodze pacjenci. Wymagają oni często medycznego leczenia wspomagającego oraz wsparcia psychicznego i duchowego.

2. Brak informowania pacjentów o leczeniu, możliwych działaniach niepożądanych leków, w tym nowych terapii celowanych i immunologicznych to najczęściej podawana trudność, która napotykają pacjenci onkologiczni.

3. Z pacjentem najczęściej przebywa personel pielęgniarski. udziela on też największego wsparcia choremu. Następnie respondenci wymieniali lekarzy a także inny personel szpitala: psychologa, rehabilitanta, a nawet personel socjalny.

4. To pielęgniarka jest tą osobą, która motywuje do współdziałania z pozostałym personelem medycznym i podejmowania wysiłków w celu możliwie szybkiego powrotu do zdrowia.

5. Pacjenci wierzący podkreślają jak ważne jest dla nich wsparcie ze strony osób duchownych, którego potrzebują nie tylko w ostatnich momentach życia, ale i przez cały okres choroby. Tutaj wyzwanie stoi przed kościołami, które powinny zatroszczyć się o to, by kapelanami osób z chorobą nowotworową byli specjalnie przeszkoleni kapłani z charyzmą.

Podsumowanie. Każdy z nas chciałby, aby postrzegano go jako człowieka, aby respektowano

jego prawa do subiektywnego odczuwania własnego stanu, czyli każdy chciałby z nas być traktowany podmiotowo. Należy na każdego pacjenta patrzeć jak na człowieka, a nie kolejny numer ewidencyjny. Pacjent potrzebuje zapewnienia o wsparciu i stałej gotowości pomocy. Powinien czuć że zawsze może zwrócić się z zapytaniem lub też tylko chęcią rozmowy do pracowników opieki zdrowia. Profesjonalnie i kompleksowo podchodzący personel medyczny do opieki nad pacjentem powinien natomiast zawsze potrafić znaleźć czas na rozmowę z chorym, powinien nieprzerwanie respektować prawa pacjenta, Dawać mu poczucie bezpieczeństwa i wsparcia a także motywować go do samoopieki i samopielęgnacji. Nigdy nie powinien okazać braku szacunku co do przekonań i subiektywnych odczuć pacjenta. W opiece nad pacjentem, a w tym przypadku onkologicznym należy unikać oceniania, dawania fałszywych zapewnień, odbierania nadziei, stosowania nieprawdziwego pocieszenia czy też depersonifikacji.

Należy pamiętać że pacjent jest nieodłączną i najistotniejszą częścią zespołu terapeutycznego. Opieka pielęgniarska polega nie tylko na wykonywaniu zabiegów technicznych i manualnych, ale obejmuje także bardzo szeroki zakres kontaktów interpersonalnych, oddziaływania psychoterapeutyczne i wychowawcze. Psychologowie postulują traktowanie psychoterapii elementarnej jako jednego z zadań zawodowych pielęgniarki [14].

Pacjent na pewno będzie czuł że był traktowany podmiotowo, jeśli opuszczając oddział będzie uśmiech na jego twarzy, słowo dziękuję za opiekę. A na podziękowanie personel otrzyma od niego słowa uznania jak te poniżej od pacjenta dla pielęgniarki:

„Nie wierzyłem, że istnieje szpital, a mam w tym względzie doświadczenie, bo leczę się onkologicznie już od 5 lat, przebywając w różnych ośrodkach, gdzie pacjent jest tak ważny, bo jest człowiekiem, a nie kolejnym numerem ewidencyjnym. Pragnę podziękować całemu personelowi za podejście, szacunek i codzienną troskę o pacjenta. Wasz uśmiech, sympatia okazywana chorym autentycznie daje siłę na każdy kolejny dzień. Dzięki Wam pierwszy raz zobaczyłem, że kontakt ze szpitalem, a w tym przypadku z onkologicznym, nie musi być koszmarem, a nowym otwarciem do optymistycznej przyszłości…”

PIŚMIENNICTWO

1. Dzidkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K., Olasek P., Ciuba A., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 roku, Warszawa 2019, s. 7.
2. Pasek M, Dębska G. Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2010
3. Kępiński A. Dekalog. Wyd. Literackie Kraków 2005, s. 93-108.
4. Niechwiadowicz-Czapka T., Wybrane zagadnienia opieki pielęgniarskiej w aspekcie przygotowania psychicznego pacjenta do zabiegu chirurgicznego, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2014, N4 s.156
5. Choroba nowotworowa - doświadczenia pacjentów. Raport z badań na zlecenie AXA Życie i Fundacji Społecznej „Ludzie dla ludzi”.
https://axa.pl/fileadmin/media/pdf/2015/Raport_AXA_Fundacja_nowotwory.pdf.
6. Chrostowski Sz. Onkologia z perspektywy pacjentów - podsumowanie roku i oczekiwania. w: Med ekspress.pl. http://www.medexpress.pl/onkologia-z-perspektywy-pacjentow-podsumowanie-roku-i-oczekiwania/65766.
7. Koper A (red). Pielęgniarstwo onkologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
8. Kępiński A, Lęk Wydawnictwo literackie, Kraków 2002.
9. Lesiak A, Zdziebło K, Toporek W, Łon P. Umiejętność efektywnego komunikowania się z pacjentem onkologicznym podstawą pracy pielęgniarki. W: Pasek M, Dębska G. Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków, 2011;173-182.
10. Leśniowska J, Pawłowska A, Kolasa K (red). Poprawa opieki nad pacjentem onkologicznym – pacjentocentryczne mierniki w opiece onkologicznej. Warszawa 2018https://mypacjenci.org/wpcontent/uploads/2018/12/Poprawa_opieki_nad_pacjentem_onkologicznym_18_12_2018-002.pdf. 10
11. Zboina B, Pierścińska-Maruszewska A, Bakalarz-Kowalska B, Król P (red). Wybrane zagadnienia z zakresu nauk o zdrowiu. Wydawnictwo Stowarzyszenie Nauka Edukacja Rozwój, Ostrowiec Świętokrzyski 2012.

ПАЦІЄНТ ЯК ОБ'ЄКТ МЕДИЧНОЇ СИТУАЦІЇ

Анета Лесяк, Малгожата Марч, Кшиштоф Фудалі, Анна Фафара, Анна Краковяк
Кафедра медсестер та громадського здоров'я, Інститут наук про здоров'я, Коледж медичних наук, Жешувський університет

Катажина Міклаш
Студентська наукова асоціація університету медсестер Жешува,
Незалежний громадський комплекс охорони здоров'я № 1 у Жешуві, ім. Іоана Павла II

Анотація. *У статті визначено рівень задоволеності пацієнтів, які перебувають в онкологічному відділенні. Дослідження було проведено у 2019 року в закладі охорони здоров'я, що спеціалізується на онкологічній діагностиці та лікуванні, серед 100 пацієнтів з онкологічними захворюваннями різної етіології та локалізації. З'ясовано, що проблема з інформуванням про захворювання та лікування є однією з найпоширеніших, з якими стикаються пацієнти на своєму шляху. Вони часто потребують медичної допомоги, а також психічної та духовної підтримки.*

Ключьові слова: *онкологічні хворі, психічна та духовна підтримка, інформування про захворювання та лікування.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 613.25-053.9(438+477)

NADWAGA I OTYŁOŚĆ WŚRÓD OSÓB STARSZYCH W POLSCE I UKRAINIE
(na przykładzie mieszkańców województwa podkarpackiego i żytomirskiego)

Małgorzata Marć, Anna Fąfara, Aneta Lesiak, Krzysztof Fudali, Anna Krakowiak
Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych,
Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów, Polska
Victor Shatylo, Olga Goraj
Żytomirski Instytut Medyczny, Żytomierz, Ukraina

OVERWEIGHT AND OBESITY AMONG ELDERLY PEOPLE IN POLAND AND UKRAINE
(on the example of residents of Pidkarpacke Voivodeship and Zhytomyr Region)

Malgozhata March, Anna Fafara, Aneta Lesyak, Krzysztof Fudali,
Anna Krakovyak
Institute of Health Sciences, College of Medical Sciences, University of Rzeszow
Victor Shatilo, Olga Goray
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *Eating disorders such as malnutrition, overweight and obesity in the elderly are a significant problem in geriatrics. Each of these disorders has a special significance and consequences in the daily functioning of the elderly. Overweight and obesity correlate with many health disorders and, as a result, lead to a decrease in daily activity and the necessity for care by caregivers. The purpose of the study is to show the relationship between the BMI index and some socio-demographic factors, such as age, gender, place of residence, marital status and health factors of people over 75 years - residents of the Pidkarpacke Voivodeship and Zhytomyr region. The diversity of BMI among the elderly in Poland and Ukraine indicates a higher incidence of overweight and obesity in the Polish group of respondents.The study showed that BMI varies depending on comorbidities such as diabetes, osteoporosis, coronary heart disease, rheumatic diseases.*

Key words: *overweight, obesity, elderly person, BMI*

Streszczenie

Wstęp. Zaburzenia stanu odżywiania takie jak: niedożywienie, nadwaga i otyłość w podeszłym wieku są istotnym problemem w geriatrii. Każde z tych zaburzeń ma szczególne znaczenie i konsekwencje w funkcjonowaniu codziennym osoby starszej. Nadwaga i otyłość koreluje z wieloma zaburzeniami w stanie zdrowia, a w efekcie prowadzi do ograniczenia codziennej aktywności i konieczności sprawowania opieki przez opiekunów.

Cel pracy. Celem pracy jest ukazanie zależności pomiędzy wskaźnikiem BMI a wybranymi czynnikami socjodemograficznymi i zdrowotnymi osób po 75 roku życia – mieszkańców województwa podkarpackiego i żytomirskiego.

Materiał i metody. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny oraz metoda szacowania. Wykorzystano technikę ankietowania i pomiaru z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, wywiadu oraz indeks BMI. Badania przeprowadzono wśród losowo wybranych grup mieszkańców powyżej 75 roku życia mieszkających w województwie podkarpackimi żytomierskim (Ukraina). W grupie polskiej znalazło się 153 osoby (45,1%), w grupie ukraińskiej 186 osób (54,9%). Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testu niezależności χ^2 (uwzględniając poprawkę Yates'a oraz wyniki dokładnego testu Fishera), testu Manna-Whitney'a oraz testu Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczeń dokonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20.

Wyniki. Badane grupy osób po 75 roku życia były porównywalne pod względem zmiennych socjodemograficznych takich jak wiek, płeć, miejsce stałego zamieszkania, stan cywilny. Zróżnicowanie BMI wśród osób starszych w Polsce i w Ukrainie wskazuje na częstsze

występowanie nadwagi i otyłości w polskiej grupie badanych.

Wnioski. BMI jest zróżnicowany w zależności od płci (kobiety) , wieku (75-85) oraz miejsca zamieszkania (wieś).BMI jest zróżnicowana w zależności od chorób współistniejących takich jak m.in.: cukrzyca, osteoporoza, choroba wieńcowa, choroby reumatyczna.

Słowa kluczowe. nadwaga, otyłość, osoba starsza, BMI

Wprowadzenie. Promocja prawidłowego odżywianie jest jednym z istotnych działań mających wpływ na utrzymanie zdrowia przez całe życie, czego konsekwencją może być stan odżywienia w późnym okresie życia. Zaburzenia odżywiania u osób w starszym wieku stanowią poważny problem natury medycznej, psychospołecznej i ekonomicznej[1].

Problemem w populacji osób starszych jest zarówno niedożywienie jak i nadwaga i otyłość.

Wyniki badań naukowych wykazują ścisłe związki pomiędzy nadwagą i otyłością a wiekiem. W starszym wieku otyłość obserwuje się częściej niż w populacji ludzi młodszych, w szczególności wśród kobiet. Dopiero w okresie późnej starości częstość występowania otyłości zmniejsza się, co zależy od wielu czynników o charakterze regulacyjnym lub metabolicznym, związanych ze starzeniem się człowieka (utraty wody i aktywnej masy komórkowej) oraz wczesną umieralnością osób otyłych [2]. W populacji osób starszych występują liczne choroby przewlekłe. Zmiany w układach organizmu związane z wiekiem, a także stany chorobowe mogą prowadzić do niedoborów żywieniowych i w konsekwencji wyniszczenia organizmu lub w wyniku zbyt dużej podaży energii i zmniejszonej aktywności fizycznej do nadmiernej masy ciała (nadwagi/otyłości). Zarówno wyniszczenie, jak i nadmierna masa ciała są wskaźnikami rokowniczymi [3].

Aktualnie pomimo starzenia się społeczeństw i narastającego problemu otyłości wśród seniorów, badania monitorujące w tym obszarze podejmowane są raczej rzadko [4].

Cel pracy. Celem niniejszej pracy jest ukazanie zależności pomiędzy wskaźnikiem BMI a wybranymi czynnikami socjodemograficznymi i zdrowotnymi osób po 75 roku życia – mieszkańców województwa podkarpackiego i żytomirskiego.

Materiały i metody. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny oraz metoda szacowania. Wykorzystano technikę ankietowania i pomiaru z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, wywiadu oraz wskaźnika BMI (Body Mass Index).W interpretacji wykorzystano następującą klasyfikację wskaźnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) dla osób w wieku co najmniej 65 lat: BMI < 24 kg/ m2 – niedowaga, 24–30 kg/m2 – prawidłowa masa ciała, > 30 kg/m2 – nadwaga, > 35 kg/m2 – otyłość[5].

Badania przeprowadzono wśród losowo wybranych grup mieszkańców powyżej 75 roku życia mieszkających w województwie podkarpackimi żytomierskim (Ukraina). W grupie polskiej znalazło się 153 osoby (45,1%), w grupie ukraińskiej 186 osób (54,9%). Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testu niezależności χ^2 (uwzględniając poprawkę Yates'a oraz wyniki dokładnego testu Fishera), testu Manna-Whitney'a oraz testu Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczeń dokonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20.

Wyniki i dyskusja. W grupie polskiej znalazło się 153 osoby (45,1%), w grupie ukraińskiej 186 osób (54,9%). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między płcią badanych. W grupie polskiej było 65,4% kobiet i 34,6% mężczyzn, a w grupie ukraińskiej 73,1% kobiet i 26,9% mężczyzn.

Średnia wieku badanych wyniosła 79,71 lat (SD=4,48). Wiek badanych mieścił się w przedziale 75-97 lat. W grupie polskiej średnia wieku wyniosła 79,62 lat (SD=4,44). W grupie ukraińskiej średnia wieku wyniosła 79,77 lat (SD=4,53). Wiek badanych podzielono na trzy przedziały. W przedziale wiekowym 75-80 lat było 68,6% osób z Polski oraz 63,4% osób z Ukrainy. W wieku 81-85 lat było 20,9% Polaków oraz 23,1% Ukraińców. W wieku 86 lat lub więcej było 10,5% badanych z Polski oraz 13,4% badanych z Ukrainy. Różnice miedzy grupami nie były istotne statystycznie. Wieś, jako miejsce stałego zamieszkania wskazało 67,8% Polaków oraz 63,4% Ukraińców. W mieście mieszkało 32,2% Polaków oraz 36,6 Ukraińców. Różnice nie były istotne statystycznie.

Badania własne wykazały istotne statystycznie różnice w wykształceniu osób z Polski i Ukrainy. Wykształcenie podstawowe mieli częściej badani z Polski (51,6%) niż osoby z Ukrainy (16,0%). Również wykształcenie zawodowe posiadały częściej osoby z Polski (20,9%) niż z Ukrainy (9,4%). Wykształcenie średnie miały częściej osoby mieszkające na Ukrainie (58,0%) niż w Polsce (22,2%). Wykształceniem wyższym dysponowały częściej osoby z Ukrainy (16,6%) niż z Polski (5,2%).

W wyniku badań własnych stwierdzono, że stan cywilny badanych nieznacznie różni się w grupie polskiej i ukraińskiej. Wśród Ukraińców więcej osób było zamężnych/ żonatych (48,4%) niż w grupie polskiej (35,3%). W grupie polskiej częściej spotkać można było wdowców/ wdowy (60,8%) niż w grupie ukraińskiej (48,4%). Wśród Polaków było 3,3% panien/ kawalerów – wśród Ukraińców było to niemal tyle samo osób (3,2%). Jedna osoba rozwiedziona znalazła się w grupie polskiej (0,7%).Badania własne wykazały istotne statystycznie różnice w sposobie zamieszkania badanych. Wśród osób z Ukrainy częściej (34,4%) spotkać można było osoby samotne – w grupie Polskiej samotnie mieszkało 21,6% osób. Badani z Polski częściej (22,9%) niż badani z Ukrainy (1,6%) mieszkali z małżonkiem/ partnerem. Wśród osób z Ukrainy było więcej badanych mieszkających z rodziną (64,0%) niż w grupie polskiej (55,6%).

Tabela 1

Wskaźnik masy ciała BMI wśród badanych

			Kraj		Ogółem
			Polska	Ukrain	
BMI	norma	N	35	71	106
		%	23,0%	38,6%	31,5%
	nadwaga	N	76	83	159
		%	50,0%	45,1%	47,3%
	otyłość	N	41	30	71
		%	27,0%	16,3%	21,1%
Ogółem		N	152	184	336
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Poziom istotności p			0,0035		

Tabela 2

Wskaźnik BMI a płeć badanych

Płeć				Kraj		Ogółem	p
				Polska	Ukraina		
Kobieta	BMI	norma	N	18	50	68	0,0017
			%	18,2%	37,0%	29,1%	
		nadwaga	N	48	61	109	
			%	48,5%	45,2%	46,6%	
		otyłość	N	33	24	57	
			%	33,3%	17,8%	24,4%	
	Ogółem		N	99	135	234	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
Mężczyzna	BMI	norma	N	17	21	38	0,5294
			%	32,1%	42,9%	37,3%	
		nadwaga	N	28	22	50	
			%	52,8%	44,9%	49,0%	
		otyłość	N	8	6	14	
			%	15,1%	12,2%	13,7%	
	Ogółem		N	53	49	102	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
Ogółem	BMI	norma	N	35	71	106	0,0035
			%	23,0%	38,6%	31,5%	
		nadwaga	N	76	83	159	
			%	50,0%	45,1%	47,3%	
		otyłość	N	41	30	71	
			%	27,0%	16,3%	21,1%	
	Ogółem		N	152	184	336	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	

Analiza badań własnych wykazała, że wartość wskaźnika BMI różniła się istotnie między osobami z Polski i Ukrainy. W grupie ukraińskiej więcej było osób z BMI w normie (38,6%) niż w grupie polskiej (23,0%). Nadwagę miało 50,0% osób z Polski oraz 45,1% osób z Ukrainy. Otyłość dotyczyła częściej Polaków (27,0%) niż Ukraińców (16,3%) – Tabela 6.

Zróżnicowanie wskaźnika BMI wśród badanych osób starszych w województwie podkarpackim i żytomirskim jest istotne statystycznie wśród kobiet.

Tabela 3

Wskaźnik BMI a wiek badanych

Wiek				Kraj		Ogółem	p
				Polska	Ukraina		
75-80 lat	**BMI**	**norma**	**N**	20	46	66	**0,0046**
			%	19,2%	39,0%	29,7%	
		nadwaga	**N**	59	54	113	
			%	56,7%	45,8%	50,9%	
		otyłość	**N**	25	18	43	
			%	24,0%	15,3%	19,4%	
	Ogółem		**N**	104	118	222	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
81-85 lat	**BMI**	**norma**	**N**	7	17	24	**0,0485**
			%	21,9%	40,5%	32,4%	
		nadwaga	**N**	13	19	32	
			%	40,6%	45,2%	43,2%	
		otyłość	**N**	12	6	18	
			%	37,5%	14,3%	24,3%	
	Ogółem		**N**	32	42	74	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
86 i powyżej	**BMI**	**norma**	**N**	8	8	16	0,4895
			%	50,0%	33,3%	40,0%	
		nadwaga	**N**	4	10	14	
			%	25,0%	41,7%	35,0%	
		otyłość	**N**	4	6	10	
			%	25,0%	25,0%	25,0%	
	Ogółem		**N**	16	24	40	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
Ogółem	**BMI**	**norma**	**N**	35	71	106	**0,0035**
			%	23,0%	38,6%	31,5%	
		nadwaga	**N**	76	83	159	
			%	50,0%	45,1%	47,3%	
		otyłość	**N**	41	30	71	
			%	27,0%	16,3%	21,1%	
	Ogółem		**N**	152	184	336	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	

Zróżnicowanie wskaźnika BMI wśród badanych osób starszych w województwie podkarpackim i żytomirskim jest istotne statystycznie wśród osób między 75 a 85 rokiem życia.

Tabela 4

Wskaźnik BMI a miejsce zamieszkania badanych

Miejsce stałego zamieszkania				Kraj		Ogółem	p
				Polska	Ukraina		
wieś	**BMI**	**norma**	**N**	23	51	74	**0,0013**
			%	22,5%	43,6%	33,8%	
		nadwaga	**N**	49	49	98	

			%	48,0%	41,9%	44,7%	
		otyłość	N	30	17	47	
			%	29,4%	14,5%	21,5%	
	Ogółem		N	102	117	219	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
miasto	BMI	norma	N	12	20	32	0,8141
			%	24,5%	29,9%	27,6%	
		nadwaga	N	27	34	61	
			%	55,1%	50,7%	52,6%	
		otyłość	N	10	13	23	
			%	20,4%	19,4%	19,8%	
	Ogółem		N	49	67	116	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
Ogółem	BMI	norma	N	35	71	106	**0,0045**
			%	23,2%	38,6%	31,6%	
		nadwaga	N	76	83	159	
			%	50,3%	45,1%	47,5%	
		otyłość	N	40	30	70	
			%	26,5%	16,3%	20,9%	
	Ogółem		N	151	184	335	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	

Zróżnicowanie wskaźnika BMI wśród badanych osób starszych w województwie podkarpackim i żytomirskim jest istotne statystycznie wśród starszych mieszkańców wsi.

Tabela 5

Wskaźnik BMI a cukrzyca jako choroba współistniejąca

BMI				Kraj		Ogółem	p
				Polska	Ukraina		
norma	cukrzyca	nie	N	28	61	89	0,4351
			%	80,0%	85,9%	84,0%	
		tak	N	7	10	17	
			%	20,0%	14,1%	16,0%	
	Ogółem		N	35	71	106	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
nadwaga	cukrzyca	nie	N	56	70	126	0,0980
			%	73,7%	84,3%	79,2%	
		tak	N	20	13	33	
			%	26,3%	15,7%	20,8%	
	Ogółem		N	76	83	159	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
otyłość	cukrzyca	nie	N	23	25	48	0,0154
			%	56,1%	83,3%	67,6%	
		tak	N	18	5	23	
			%	43,9%	16,7%	32,4%	
	Ogółem		N	41	30	71	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
Ogółem	cukrzyca	nie	N	107	156	263	0,0015
			%	70,4%	84,8%	78,3%	
		tak	N	45	28	73	
			%	29,6%	15,2%	21,7%	
	Ogółem		N	152	184	336	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	

Zróżnicowanie wskaźnika BMI wśród badanych osób starszych w województwie podkarpackim i żytomirskim jest istotne statystycznie w przypadku osób otyłych ze współistniejącą cukrzycą. Zdecydowanie więcej osób starszych z otyłością w Polsce ma cukrzycę (29,6%) niż w Ukrainie (15,2%).

Tabela 6

Wskaźnik BMI a osteoporoza jako choroba współistniejąca

BMI				Kraj		Ogółem	p
				Polska	Ukraina		
norma	osteoporoza	nie	N	19	60	79	0,0008
			%	54,3%	84,5%	74,5%	
		tak	N	16	11	27	
			%	45,7%	15,5%	25,5%	
	Ogółem		N	35	71	106	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
nadwaga	osteoporoza	nie	N	53	76	129	0,0004
			%	69,7%	91,6%	81,1%	
		tak	N	23	7	30	
			%	30,3%	8,4%	18,9%	
	Ogółem		N	76	83	159	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
otyłość	osteoporoza	nie	N	34	24	58	0,7528
			%	82,9%	80,0%	81,7%	
		tak	N	7	6	13	
			%	17,1%	20,0%	18,3%	
	Ogółem		N	41	30	71	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
Ogółem	osteoporoza	nie	N	106	160	266	0,0001
			%	69,7%	87,0%	79,2%	
		tak	N	46	24	70	
			%	30,3%	13,0%	20,8%	
	Ogółem		N	152	184	336	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	

Zróżnicowanie wskaźnika BMI wśród badanych osób starszych w województwie podkarpackim i żytomirskim jest istotne statystycznie w przypadku prawidłowej masy ciała i nadwagi ze współistniejącą osteoporozą . Zdecydowanie więcej osób starszych z nadwagą w Polsce ma osteoporozę (30,3%) niż w Ukrainie (8,4%).

Tabela 7

Wskaźnik BMI a choroba wieńcowa jako choroba współistniejąca

BMI				Kraj		Ogółem	p
				Polska	Ukraina		
norma	choroba wieńcowa	nie	N	23	71	94	0,0000
			%	65,7%	100,0%	88,7%	
		tak	N	12	0	12	
			%	34,3%	0,0%	11,3%	
	Ogółem		N	35	71	106	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
nadwaga	choroba wieńcowa	nie	N	48	81	129	0,0000
			%	63,2%	97,6%	81,1%	
		tak	N	28	2	30	
			%	36,8%	2,4%	18,9%	
	Ogółem		N	76	83	159	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	

otyłość	**choroba wieńcowa**	**nie**	N	24	30	54	0,0000
			%	58,5%	100,0%	76,1%	
		tak	N	17	0	17	
			%	41,5%	0,0%	23,9%	
	Ogółem		N	41	30	71	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
Ogółem	**choroba wieńcowa**	**nie**	N	95	182	277	0,0000
			%	62,5%	98,9%	82,4%	
		tak	N	57	2	59	
			%	37,5%	1,1%	17,6%	
	Ogółem		N	152	184	336	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	

Zróżnicowanie wskaźnika BMI wśród badanych osób starszych w województwie podkarpackim i żytomirskim jest istotne statystycznie (p=0,0000), w przypadku prawidłowej masy ciała, nadwag i otyłości ze współistniejącą osteoporozą. Zdecydowanie więcej osób starszych w Polsce ma chorobę wieńcową (37,5%) niż w Ukrainie (1,1%).

Tabela 8

Wskaźnik BMI a choroby reumatyczne jako choroby współistniejące

BMI				**Kraj**		**Ogółem**	**p**
				Polska	**Ukraina**		
norma	**choroby reumatyczne**	**nie**	**N**	18	53	71	0,0168
			%	51,4%	74,6%	67,0%	
		tak	**N**	17	18	35	
			%	48,6%	25,4%	33,0%	
	Ogółem		**N**	35	71	106	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
nadwaga	**choroby reumatyczne**	**nie**	**N**	34	59	93	0,0008
			%	44,7%	71,1%	58,5%	
		tak	**N**	42	24	66	
			%	55,3%	28,9%	41,5%	
	Ogółem		**N**	76	83	159	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
otyłość	**choroby reumatyczne**	**nie**	**N**	20	20	40	0,1333
			%	48,8%	66,7%	56,3%	
		tak	**N**	21	10	31	
			%	51,2%	33,3%	43,7%	
	Ogółem		**N**	41	30	71	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	
Ogółem	**choroby reumatyczne**	**nie**	**N**	72	132	204	0,0000
			%	47,4%	71,7%	60,7%	
		tak	**N**	80	52	132	
			%	52,6%	28,3%	39,3%	
	Ogółem		**N**	152	184	336	
			%	100,0%	100,0%	100,0%	

Zróżnicowanie wskaźnika BMI wśród badanych osób starszych w województwie podkarpackim i żytomirskim jest istotne statystycznie w przypadku prawidłowej masy ciała i nadwagi ze współistniejącą chorobą reumatyczną. Zdecydowanie więcej osób starszych w Polsce ma osteoporozę (37,5%) niż w Ukrainie (1,1%).

Dyskusja. Analiza wyników badań wskazuje , że częstość występowania otyłości wśród osób powyżej 60 r.ż. systematycznie wzrastała z około 24% w roku 1990 do 37% w roku 2010 i najczęściej występuje u osób w wieku 60–

65 lat, w populacji „młodszych starszych", tj. 65–74 lat, u 20%, w grupie wiekowej 74–84 lat u 16%, w populacji najstarszej, powyżej 85 r.ż., u 9,9% [6,7].

W populacji europejskiej otyłość stwierdzana jest u około 17,8% osób po 65 r.ż., natomiast nadwaga u 50%. Należy również pamiętać, że widoczne jest duże zróżnicowanie w zależności od kraju, np. we Francji częstość występowania otyłości wynosi około 17,9% w tej grupie populacyjnej, a np. w Hiszpanii około 19,5% [7,8].

Częstość występowania otyłości w europejskiej populacji osób po 60 r.ż. jest mniejsza niż w Stanach Zjednoczonych. W Wielkiej Brytanii, wśród osób w wieku 55–65 lat blisko 30% kobiet i 28% mężczyzn jest otyłych, w wieku 65–75 lat 25% kobiet i 18% mężczyzn i odpowiednio 22% i 12% wśród osób powyżej 75 r.ż. Obserwowany spadek otyłości w grupie starszej wynika prawdopodobnie ze zmniejszenia się liczebności populacji (osoby z otyłością II i III stopnia umierają wcześniej) [9].

W badaniach Zbrońskiej u osób po 65 roku życia średnia masa ciała i średnie BMI wskazują na istotny problem nadwagi i otyłości wśród osób starszych – połowa badanych miała BMI powyżej 25 kg/m2. Dodatkowo u wielu osób stwierdzono otyłość. W grupie osób z BMI powyżej 25 kg/m2 tylko nieznacznie więcej było osób z nadwagą (53,9%) niż z otyłością (47,6%). Taka tendencja zauważalna była zarówno w grupie kobiet (52,4% kobiet z nadwagą i 47,6% z otyłością), jak i w grupie mężczyzn (57,1% mężczyzn z nadwagą i 42,9% z otyłością)[4].

Wśród całej populacji badanych (N=347) przez Wasiluk i wsp. nadwagę lub otyłość stwierdzono u 141 kobiet (78,33%) i u 137 mężczyzn (82,03%)[10].

Wyniki badań wśród pacjentów powyżej 70 r.ż. z oddziału geriatrycznego szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych w województwie wielkopolskim wykazały BMI > 19, ale < 21 pkt. – 19 osób (39%), • BMI większe niż 21, ale mniejsze niż 23 pkt. – 16 osób (33%), • BMI powyżej 23 pkt. – 13 osób (27%)[11].

Przybyszewska analizowała stan odżywienia u osób starszych z niedokrwistością. Otyłość określoną na podstawie indywidualnych wartości BMI odnotowano u 16,6% chorych mężczyzn i 29,3% chorych kobiet [12]. Przybyszewska 2012.

W badaniach Chagarny i Andreevy 47,7 % mężczyzn oraz 65,3% kobiet w wieku powyżej 60 lat ma wskaźnik BMI > 25 [13].

Badania własne oraz innych autorów wskazują na znaczny odsetek osób z nadwaga i otyłością w populacji osób starszych. Otyłość w wieku starszym wiąże się ze zwiększonym ryzykiem występowania chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy, nowotworów, zapalenia i zwyrodnienia stawów, a także zespołu kruchości. Sprzyja ponadto zaburzeniom poznawczym, występowaniu demencji czy chorób zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego [6].

Aby ograniczyć, zminimalizować konsekwencje zaburzeń odżywiania w starszym wieku należy w ramach gerontoprofilaktyki nie tylko monitorować stan odżywienia, ale także modyfikować styl życia osób starszych, a zwłaszcza w zakresie zmiany diety i włączenie aktywności fizycznej[14].

Wnioski

1. BMI jest zróżnicowane istotnie statystyczne w zakresie prawidłowej masy ciała i otyłości.
2. BMI jest zróżnicowany w zależności od płci (kobiety) , wieku (75-85) oraz miejsca zamieszkania (wieś).
3. BMI jest zróżnicowana w zależności od chorób współistniejących takich jak m.in.: cukrzyca, osteoporoza, choroba wieńcowa, choroby reumatyczna.

BIBLIOGRAFIA

1. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P.: Niedożywienie u osób w podeszłym wieku – metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. Ann Acad Med Gedan, 2016, 46:95-105.
2. Mizgała E, Matuszewska-Zbrońska H, Szymczyk I, Drzastwa W. Zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży w Praktyce Lekarza Rodzinnego. Probl Med Rodz 2015, 17(2): 20-25.
3. Pyka B., Zieleń-Zynek I., Kowalska J., Nowak J., Będkowska-Szczeńska A.: Should weight loss in elderly people be recommended? An Acad Med Sil 2019, 73: 293-304.
4. Zbrońska I.: Otyłość starszych mieszkańców Krakowa- przyczyny i skala problemu. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2019, 100(1):50-55.
5. Babiarczyk B., Turbiarz A. Body Mass Index in elderly people – do the reference ranges matter? Prog. Health Sci. 2012; 2(1): 58–67.

6. Hoogendijk E.O., Rockwood K., Theou O., Armstrong J.J., Onwuteaka-Philipsen B.D., Deeg D.J.H., Huisman M.Tracking changes in frailty throughout later life: results from 17-year longitudinal study in the Netherlands. Age Ageing 2018; 47(5): 727–733, doi: 10.1093/ageing/afy081.

7. Mathus-Vliegen E.M. Obesity and the elderly. J. Clin. Gastroenterol. 2012; 46(7): 533–544, doi: 10.1097/MCG.0b013e31825692ce

8. Mathus-Vliegen E.M.H., Basdevant A., Finer N., Hainer V., Hauner H., Micic D., Maislos M., Roman G., Schutz Y., Tsigos C., Toplak H., Yumuk V., Zahorska-Markiewicz B. Prevalence, pathophysiology, health consequences and treatment options of obesity in the elderly: a guideline. Obes. Facts. 2012; 5(3): 460–483, doi: 10.1159/000341193.

9. Mozaffarian D., Kamineni A., Prineas R.J., Siscovick D.S. Metabolic syndrome and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. Arch. Intern. Med. 2008; 168(9): 969–978, doi: 10.1001/archinte.168.9.969.

10. Wasiluk A., Saczuk J., Szyszka P., Chazan Z.: Nadwaga i otyłość w populacji 60-letnich i starszych mieszkańców Białej Podlaskiej. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2015, T. 21, Nr 2: 227-232.

11. Ulatowska A., Baczyk G.: Ocena odżywiania pacjentów w podeszłym wieku, umieszczonych w oddziale geriatrycznym dokonana za pomocą skali MNA. Pielęgniarstwo Polskie, 2016, 1(59): 30-36.

12. Przybyszewska J., Żekanowska E., Kędziora-Kornatowska K., Porzych K., Cichoń R., Rosińska Z.: Ocena stanu odżywienia pacjentów w podeszłym wieku z niedokrwistością. Gerontologia Polska 2012, 20, 3:102-108.

13. Chagarna N. S. & Andreeva T. I. (2014). Lifestyle correlates of overweight and obesity among the population of Ukraine. Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe, 4(1), 15-28. doi: 10.6084/m9.figshare.1060345

14. Kostka T. Starzenie się ludności jako wyzwanie dla lekarzy. W: Choroby wieku podeszłego. Kosta T, Koziarska-Rościszewska M. Warszawa: PZWL; 2009. s. 12-15.

НАДМІРНА ВАГА ТА ОЖИРІННЯ СЕРЕД ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПОЛЬЩІ ТА УКРАЇНІ
(на прикладі жителів Підкарпатського воєводства та Житомирської області)

Малгожата Марч, Анна Фафара, Анета Лесяк, Кшиштоф Фудалі, Анна Краковяк
Інститут наук про здоров'я, Коледж медичних наук, Жешувський університет, Жешув

Віктор Шатило, Ольга Горай
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Порушення харчування, зокрема недоїдання, надмірна вага та ожиріння серед людей похилого віку є значною проблемою в геріатрії. Кожен з цих розладів має особливе значення та наслідки в повсякденному функціонуванні літньої людини. Надмірна вага та ожиріння корелюють з багатьма розладами здоров'я і, як наслідок, призводять до зниження щоденної активності та необхідності догляду з боку опікунів. Мета дослідження - показати взаємозв'язок між індексом ІМТ та вибраними соціально-демографічними факторами: вік, стать, місце постійного проживання, сімейний стан та факторами здоров'я людей, старших за 75 років, - мешканців Підкарпатського воєводства та Житомирської області. У результаті дослідження було доведено, що ІМТ варіюється залежно від супутніх захворювань, зокрема таких, як діабет, остеопороз, ішемічна хвороба серця, ревматичні захворювання.*

Ключові слова: *надмірна вага, ожиріння, літня людина, ІМТ.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК: 614.21:616.98]-084

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Омельчук О.О.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

MODERN ASPECTS OF INTRODUCTION OF NOSOCOMIAL INFECTION PREVENTION

Omelchuk O.O.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract*. The problem of nosocomial infection (HI) is one of the main health problems in all countries of the world, including Ukraine. The mortality rate of patients with STIs is 10 times higher than that of patients without this infection, so nosocomial infections pose a real threat to national security. In Ukraine, official statistics on the incidence of STIs do not reflect the true picture. Only a few thousand cases of STIs are registered each year. In particular, in 2019, slightly more than 4.5 thousand cases were recorded. The purpose of this study is to improve the work of early detection and prevention of STIs in Ukraine. Among the data used is a review of WHO articles, domestic and foreign textbooks on the prevention of STIs. personnel, and the creation of IR for thorough statistics and control of preventive measures.*

Key words*: Nosocomial infection, prevention, prevention of spread.*

Актуальність проблеми. Проблема внутрішньолікарняної інфекції (ВЛІ) – є однією із основних проблем охорони здоров'я в усіх країнах світу, у тому числі в Україні. Поряд з назвою «внутрішньолікарняна інфекція» широко використовується термін «нозокоміальна інфекція», «госпітальна інфекція». Нашаровуючись на основне захворювання, внутрішньолікарняні інфекції дуже впливають на стан хворого. Вони призводять до збільшення терміну перебування в стаціонарі, до хронізації процесу. Показник летальності хворих на ВЛІ в 10 разів перевищує такий у пацієнтів без цієї інфекції. При низькому рівні матеріально-технічного забезпечення медичних установ можливий розвиток спалахів нозокоміальних інфекцій. Тому внутрішньолікарняні інфекції становлять реальну загрозу національній безпеці держави.

Мета дослідження. Вивчення ролі фахівця громадського здоровя у ранньому виявленні та профілактиці внутрішньолікарняної інфекції. Головна ідея дослідження відображена в гіпотезі, яка ґрунтується на припущенні, що існують не вивчені аспекти в роботі фахівців громадського здоровя щодо раннього виявлення та профілактики ВЛІ, які при їх досліджені та впровадженні в практику рекомендацій дозволять суттєво покращити становище серед лікувальних закладів України.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було використано метод статистичного аналізу при вивченні статистистичних даних епідеміології ВЛІ України та бібліосемантичний метод (огляд статтей ВООЗ, навчальні посібники по профілактиці ВЛІ) .

Результати та їх обговорення. За визначенням ВООЗ, внутрішньолікарняна інфекція (ВЛІ), або нозокоміальна інфекція — будь-яке клінічно виражене захворювання мікробного походження, що виникло у хворого під час його лікування або обстеження в лікарняному закладі або протягом 30 діб після виписки з нього, або будь-яке інфекційне захворювання співробітника лікарні, що розвинулося внаслідок його роботи в даному закладі незалежно від часу появи симптомів захворювання. Крім того, інфекція вважається внутрішньолікарняною, якщо вона вперше проявляється через 48 годин або більше після перебування в лікарні за умови відсутності клінічних проявів цих інфекцій в момент надходження і виключення вірогідності інкубаційного періоду. Природа ВЛІ складніша, ніж здавалася довгі роки. Вона визначається не тільки недостатністю соціально-економічної забезпеченості

лікувальної сфери, але і часто непередбачуваною еволюцією мікроорганізмів.

Загроза розповсюдження ВЛІ посилюється цілим рядом факторів, серед яких ми маємо відзначити збільшення кількості багатопрофільних лікувальних установ різної форми власності, створення нових видів медичного інструментарію, приладів, лікувальних препаратів, впровадження нових видів інвазивних (інструментальних) діагностичних та лікувальних втручань, збільшення кількості хворих із пригніченим імунітетом (недоношені новонароджені, хворі з хронічними захворюваннями різного походження, особи літнього віку), антибіотикорезистентність мікроорганізмів.

В Україні офіційна статистика захворюваності на ВЛІ не відображає істинної картини. Щороку реєструють лише декілька тисяч випадків ВЛІ. Зокрема, за 2019 р. зафіксовано трохи більше 4,5 тис. випадків.

«Виходячи із показника захворюваності на ВЛІ у світі, який оприлюднює Всесвітня організація охорони здоров'я, реальна картина в Україні може бути на порядок вищою», — актуалізувала тему у вступному слові Олена Фенюк, начальник управління соціально-гігієнічного моніторингу та аналізу ризиків Державної санітарно-епідеміологічної служби України.

«Санітарно-епідеміологічні питання у медичних закладах досить рідко висвітлюються на конференціях, тому дуже важливо організовувати подібні майданчики для обміну думками, поглядами, професійними переконаннями», — наголошує Світлана Доан, доктор медичних наук, професор кафедри епідеміології Київського медичного університету, радник голови Держсанепідслужби з вірусології. Практик може отримати рекомендації, як налагодити роботу своєї установи, щоб не допустити розвитку і поширення ВЛІ.

Порівнюючи статистичні дані США, ЄС та України щодо нозокоміальної інфекції, можна зробити висновки, що у нашій країні ця, властива усьому світові проблема відсутня. Денис Білько, кандидат біологічних наук Національного університету «Києво-Могилянська академія», повідомляє, що за оціночними розрахунками кількість випадків ВЛІ в Україні може сягати 900 тис.

Профілактика внутрішньолікарняних інфекцій: 1) архітектурно-планувальні заходи: – раціональне розміщення та зонування ділянки; – забезпечення ізольованості палатних секцій, відділень, операційних, кабінетів, палат; – дотримання гігієнічних норм площі, об'єму лікарняних приміщень; 2) суворе дотримання санітарно-протиепідемічного режиму: – оптимальний мікроклімат, ефективна вентиляція, регулярна санація повітряного середовища; – проведення медконтролю за станом здоров'я персоналу; – якісна дезінфекція та стерилізація обладнання, білизни та ін.; – регулярний контроль бактеріального забруднення об'єктів навколишнього середовища; – виявлення та ізоляція інфекційних хворих; – дотримання правил особистої гігієни персоналом та хворими; 3) підвищення резистентності хворих і персоналу: – оптимальний режим праці та відпочинку; – раціональне харчування; – достатнє перебування на свіжому повітрі; – планова та екстрена імунізації [4].

Боротьба з ВЛІ являє собою складний та трудомісткий процес, насамперед тому, що збудники, як правило, достатньо широко циркулюють у внутрішньолікарняному середовищі, мають високу стійкість до зовнішнього впливу (антибіотиків, антисептиків, дезінфектантів) та різноманітні механізми передачі.

Інфекційний контроль (далі – ІК) визначається як комплекс ефективних організаційних, профілактичних та протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення та розповсюдження ВЛІ [1].

Метою інфекційного контролю є зниження захворюваності, летальності та економічних збитків від госпітальних інфекцій. Окрім цього, в стаціонарах ІК повинен забезпечити покращення якості медичної допомоги та забезпечити захист здоров'я персоналу.

Однією із основних складових ІК є мікробіологічний моніторинг епідемічно значимих об'єктів внутрішнього середовища відділень ЗОЗ, який забезпечується відомчими бактеріологічними лабораторіями: дослідження змивів з обладнання та виробів медичного призначення, контроль стерильності інструментарію, перев'язувального матеріалу, контроль стерилізуючої та дезінфікуючої апаратури, бактеріологічний контроль повітря, тощо. У разі їх відсутності ці дослідження проводяться на договірній основі в

лабораторіях, які акредитовані на даний вид послуг [2, 3].

Періодичність та обсяг лабораторного контролю визначається з урахуванням профілю та потужностей ЗОЗ (хірургічного, акушерського, терапевтичного, амбулаторно-поліклінічного, тощо) у відповідності до чинного законодавства.

Дані мікробіологічного моніторингу (наявність та видовий спектр збудників ВЛІ, колонізуючих агентів, антибіотикорезистентність, дезрезистентність, тощо) є підставою для реальної оцінки санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму у закладі, контрольованого призначення антибактеріальних препаратів для емпіричної антибіотикотерапії й періопераційної антибіотикопрофілактики, корекції профілактичних, протиепідемічних та дезінфекційно-стерилізаційних заходів [5, 6].

За рахунок зменшення витрат на придбання неефективних дезінфектантів та антисептиків, медикаментів, лікування ускладнень, скорочення строків перебування пацієнтів у стаціонарі значно підвищується економічність та ефективність медичної допомоги [7].

Висновки та перспектива подальших досліджень. Отримані результати дослідження підтвердили необхідність покращення виявлення та попередження розповсюдження ВЛІ серед лікарень України. Створення команди ІК забезпечить зниження захворюваності, летальності та економічних збитків від госпітальних інфекцій. З метою удосконалення протиепідемічних та профілактичних заходів щодо внутрішньолікарняної інфекції зростає роль старшої медсестри з управління персоналом у сфері підготовки і контролю за професійними знаннями персоналу. Окрім цього, в стаціонарах робота ІК повинна забезпечити покращення якості медичної допомоги та забезпечити захист здоров'я персоналу, оптимізувати епідеміологічний нагляд і на його основі проводити профілактичні та протиепідемічні заходи, що сприяють управлінню епідемічним процесом при цих інфекціях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акімкін В. Г. Групи внутрішньолікарняних інфекцій і системний підхід до їх профілактики в багатопрофільному стаціонарі / В. Г. Акімкін. – Ростов-на-Дону : Фенікс, 2003

2. Колесников М.М., Салманов А.Г., Скричевская В.М. и др. Новые теоретические подходы в эпидемиологии инфекционных болезней в познании природы патогенности возбудителей.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Інноваційні технології інфекційного контролю: дезінфекція, стерилізація, моніторинг нозокоміальних інфекцій, раціональна використання антимікробних препаратів, антимікробна резистентність», 20.04.2015, м. Київ – К.: Аграр Медіа Груп –2015. – С.80-82.

3. Лазоришинець В.В., Марієвський В.Ф., Салманов А.Г. Антибіотикорезистентність нозокоміальних штамів *Pseudomonas aeruginosa* у хірургічних стаціонарах України в 2009 році / В.В. Лазоришинець, В. Ф. Марієвський, А.Г. Салманов // Харківська хірургічна школа. – 2010. – №6 (44). – С.71-75.

4. Лань Л. З. Визначення значимості факторів, що визначають результати діяльності медсестринського персоналу / Л. З. Лань, І. В. Пірус, В. А. Мусієнко [та ін.] // Медсестринство. – 2019. – № 2. – С. 40–43.

5. Марієвський В.Ф., Салманов А.Г. та ін. Аналіз етіології та антибіотикорезистентності основних збудників нозокоміальних гнійно-запальних інфекцій в хірургії. / В.Ф. Марієвський, А Г.

Салманов, С.І. Доан С.І. [та ін.] // Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можаєва. – 2010. – Т.11. – №2. – С.78-85.

6. Пономаренко А.М., Салманов А.Г. Відходи медичної установи як чинник передачі внутрішньолікарняних інфекцій / А.М. Пономаренко, А.Г. Салманов // Довкілля та здоров'я. – 2007. – №1(40). – С.41-44.

7. Салманов А.Г. Проблеми та шляхи вирішення проблеми епідеміологічного нагляду за внутрішньолікарняними інфекціями у хірургічних стаціонарах / А.Г. Салманов, Л.М. Мухарська // Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне здоров'я; патологія. – 2006. – №3(5). – С.103-108.

REFERENCES

1. Akimkin V. H. Hrupy vnutrishnolikarnianykh infektsii i systemnyi pidkhid do yikh profilaktyky v bahatoprofilnomu statsionari / V. H. Akimkin. – Rostov-na-Donu : Feniks, 2003
2. Kolesnykov M.M., Salmanov A.H., Skrychevskaia V.M. y dr. Novыe teoretycheskye podkhodы v эpydemyolohyy ynfektsyonnыkh boleznei v poznanyy pryrodы patohennosty vozbudytelei.// Materialy mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii «Innovatsiini tekhnolohii infektsiinoho kontroliu: dezinfektsiia, sterylizatsiia, monitorynh nozokomialnykh infektsii, ratsionalna vykorystannia antymikrobnykh preparativ, antymikrobna rezystentnist», 20.04.2015, m. Kyiv – K.: Ahrar Media Hrup – 2015. – S.80-82.
3. Lazoryshynets V.V., Mariievskyi V.F., Salmanov A.H. Antybiotykorezystentnist nozokomialnykh shtamiv Pseudomonas aeruginosa u khirurhichnykh statsionarakh Ukrainy v 2009 rotsi / V.V. Lazoryshynets, V. F. Mariievskyi, A.H. Salmanov // Kharkivska khirurhichna shkola. – 2010. – №6 (44). – S.71-75.
4. Lan L. Z. Vyznachennia znachymosti faktoriv, shcho vyznachaiut rezultaty diialnosti medsestrynskoho personalu / L. Z. Lan, I. V. Pirus, V. A. Musiienko [ta in.] // Medsestrynstvo. – 2019. – № 2. – C. 40–43.
5. Mariievskyi V.F., Salmanov A.H. ta in. Analiz etiolohii ta antybiotykorezystentnosti osnovnykh zbudnykiv nozokomialnykh hniino-zapalnykh infektsii v khirurhii. / V.F. Mariievskyi, A H.

Salmanov, S.I. Doan S.I. [ta in.] // Ukrainskyi zhurnal ekstremalnoi medytsyny imeni H.O.Mozhaieva. – 2010. – T.11. – №2. – S.78-85.
6. Ponomarenko A.M., Salmanov A.H. Vidkhody medychnoi ustanovy yak chynnyk peredachi vnutrishnolikarnianykh infektsii / A.M. Ponomarenko, A.H. Salmanov // Dovkillia ta zdorovia. – 2007. – №1(40). – S.41-44.
7. Salmanov A.H. Problemy ta shliakhy vyrishennia problemy epidemiolohichnoho nahliadu za vnutrishnolikarnianymy infektsiiamy u khirurhichnykh statsionarakh / A.H. Salmanov, L.M. Mukharska // Aktualni problemy transportnoi medytsyny: navkolyshnie seredovyshche; profesiine zdorovia; patolohiia. – 2006. – №3(5). – S.103-108.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Омельчук О.О.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотації. *Проблема внутрішньолікарняної інфекції (ВЛІ) є однією із основних проблем охорони здоров'я в усіх країнах світу, у тому числі в Україні. Показник летальності хворих на ВЛІ в 10 разів перевищує такий у пацієнтів без цієї інфекції, тому внутрішньолікарняні інфекції становлять реальну загрозу національній безпеці держави. В Україні офіційна статистика захворюваності на ВЛІ не відображає істинної картини. Щороку реєструють лише декілька тисяч випадків ВЛІ. Зокрема за 2019 р. зафіксовано трохи більше 4,5 тис. випадків. Метою дослідження є покращення в роботі щодо раннього виявлення та профілактики ВЛІ в Україні. Серед використаних даних є огляд статей ВООЗ, вітчизняних та зарубіжних навчальних посібників з профілактики ВЛІ. Провівши дослідження, можемо зробити висновок, що з метою вдосконалення протиепідемічних та профілактичних заходів щодо внутрішньолікарняної інфекції зростає роль старшої медсестри з управління персоналом у сфері підготовки і контролю за професійними знаннями персоналу, та створення ІК для ведення ретельної статистики та контролю профілактичних заходів.*

Ключові слова*: Внутрішньолікарняна інфекція, профілактика, запобігання розповсюдженню.*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Омельчук А.А.

Житомирский медицинский институт Житомирского областного совета

Аннотация*. Проблема внутрибольничной инфекции (ВБИ) является одной из основных проблем здравоохранения во всех странах мира, в том числе и в Украине. Показатель летальности больных ВБИ в 10 раз превышает таковой у пациентов без этой инфекции, поэтому внутрибольничные*

инфекции представляют реальную угрозу национальной безопасности государства. В Украине официальная статистика заболеваемости ВБИ не отражает истинной картины. Ежегодно регистрируют лишь несколько тысяч случаев ВБИ. В частности, по 2019 зафиксировано чуть более 4,5 тыс. случаев. Целью данного исследования является улучшение в работе раннего выявления и профилактики ВБИ в Украине. Среди использованных данных является обзор статей ВОЗ, отечественных и зарубежных учебных пособий по профилактике ВБИ. Проведя исследования, можем сделать вывод, что с целью усовершенствования противоэпидемических и профилактических мероприятий по внутрибольничной инфекции возрастает роль старшей медсестры по управлению персоналом в сфере подготовки и контроля за профессиональными знаниями персонала и создание ИК для ведения статистики и контроля профилактических мероприятий.

***Ключевые слова**: внутрибольничные инфекции, профилактика, предотвращение распространения.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 37.018.43:004

ЗАСТОСУВАННЯ СЕРВІСУ «CLASSTIME» ЯК ОДНОГО З ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ ВИКЛАДАННЯ ТА ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ЗНАНЬ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Синяк Ю.П.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

THE USE OF «CLASSTIME» SERVICE AS AN INNOVATIVE METHOD OF TEACHING AND ASSESSING THE QUALITY OF KNOWLEDGE OF APPLICANTS OF HIGHER EDUCATION

Sinyak Y.P.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *In the conditions of which the present dictates to us, there are many challenges.*

One of the challenges is teaching and assessing the quality of knowledge in distance learning. In this case the use of the service "classtime" as one of the innovative methods of teaching and assessing the quality of knowledge of higher education students helps the teacher to cope with this problem as best as possible.

The "classtime" service is the teacher's assistants, it instantly enriches the lesson with visualization, increases the level of assessment of the quality of knowledge in real time.

Key words: *"classtime" service, teacher's assistants.*

Актуальність проблеми Перехід освітньої діяльності вищих навчальних закладів на кредитно-модульну систему передбачає постійне вдосконалення якості освіти, з метою забезпечення високого професійного рівня підготовки здобувачів вищої освіти, їхньої конкурентоспроможності на ринку праці.

Таким чином це все обумовлює необхідність опрацьовування, впроваджування нових чи вдосконалення вже відомих раніше методів подання навчального матеріалу, модернізації викладання дисциплін та покращення контролю якості засвоєння знань здобувачами вищої освіти [1; 3].

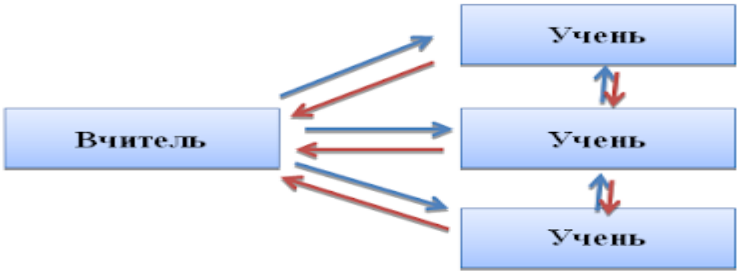
Мотивацією до навчання є систематичний контроль. Контроль - це сукупність усвідомлених дій, спрямованих на отримання даних про рівень опанування навчальним матеріалом, оволодіння теоретичними й практичними знаннями, навичками і вміннями, що необхідні в процесі виконання завдань майбутньої професійної діяльності [2; 4].

Саме при застосуванні сервісу «classtime», відбувається зворотній зв'язок зі здобувачами освіти. Знання, вміння і як наслідок навички студентів перевіряються і оцінюються з точки зору індивідуальності. Кожен студент розуміє, що оцінюється лише його знання і вміння.

Мета дослідження - провести аналіз застосування сервісу «classtime», як одного із сучасних методів викладання та оцінювання якості знань здобувачів вищої освіти, як складової формування майбутніх фахівців та визначити перспективи покращення якості оцінювання.

Матеріали та методи - системного аналізу та логічного узагальнення.

Результати та їх обговорення. Інтерактивні методи – форма навчання, у процесі якого учні і вчитель перебувають у режимі бесіди, діалогу між собою. Це тісна співпраця, вчитель –учень, та учень-учень. Під час інтерактивного навчання здобувачі освіти спілкуються один з одним в живому часі, вчаться критично мислити та ухвалювати обгрунтовані рішення.



Інтерактивні методи навчання а саме сервіс «classtime», стає на допомогу викладачу.

Сервіс «classtime», виконує основні вимоги контролю знань здобувачів освіти: оперативність одержання результатів контролю; забезпечення всіх або значної частини студентів контрольними завданнями; об'єктивність та надійність контролю; ефективність використання аудиторного часу.

Складовою частиною педагогічної роботи є оцінювання якості знань. Тестування посідає особливе місце під час оцінювання знань здобувачів освіти та широко застосовується як для перевірки початкового рівня засвоєння знань, так і для поточного чи підсумкового контролю [3; 5].

Тест охоплює весь навчальний матеріал і тому дає об'єктивну інформацію про знання студентів усього курсу. Тести застосовуються на всіх етапах навчального процесу. За допомогою тестів ефективно здійснюється поточна, тематична, підсумкова перевірка знань, умінь і навичок.

Тести дозволяють отримати: об'єктивні оцінки рівня знань, умінь, навичок і уявлень; виявити прогалини в підготовці. У поєднанні з інтерактивними методами – тести можуть змінити організацію і форму всього навчального процесу. Від звичних групових форм занять тести змусять нас перейти до індивідуальних, автоматизованих форм навчання і контролю, які підвищують персональну відповідальність здобувачів освіти і викладачів за результати своєї праці.

Крім того, перевагами тестового контролю є те, що він дозволяє здійснювати регулярний, оперативний контроль за навчальною діяльністю. Зазначена обставина спонукає студентів систематично готуватися до навчальних занять. Тестування дозволяє контролювати педагогічний процес на кожному занятті і надає можливість педагогові негайно вносити корективи в начальний процес. Отже, систематичний тестовий контроль дозволяє реалізувати усі функції контролю: навчальну, діагностичну, прогностичну, розвивальну, мотиваційну, орієнтовну, виховну.

Сервіс Classtime допомагає швидко і якісно оцінити якість знань здобувачів вищої освіти і миттєво відстежити, наскільки вони опанували навчальний матеріал. Також за допомогою сервісу можна легко зацікавити та згуртувати студентів і додати ігрові елементи в навчання.

При застосуванні сервісу «Classtime» застосовуються такі види тестів: тест з однією правильною відповіддю, тест із кількома правильними відповідями, тест-відповідність за допомогою сервісу можна встановити відповідність, тест на послідовність дій- можливо встановити порядок, тест на упізнання – правда/неправда, та можливо вписати текст відповідь якщо наприклад це тест у формі ситуаційного завдання.

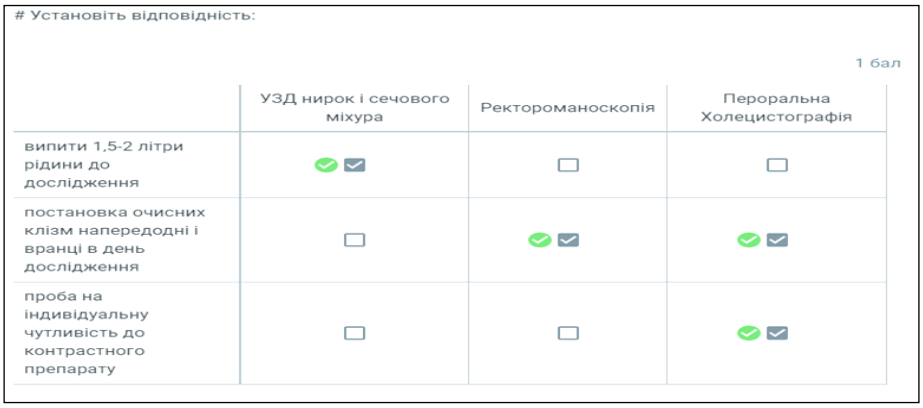
Так, під час вивчення теми «Медсестринський процес при ревматичній хворобі" з дисципліни "Медсестринство у внутрішній медицині" сервіс дозволяє використовувати тести із множинним вибором, формат яких передбачає необхідність вибору групи правильних відповідей з множини даних.

Наприклад: Які із перерахованих клінічних симптомів відносяться до основних діагностичних критеріїв ревматизму (за визначенням Американської Кардіологічної Асоціації, 1992), а саме до «Великих критеріїв ревматизму»?

-Ревмокардит
- Поліартрит
- Хорея
- Кільцева еритема та підшкірні вузлики
- Артралгія

Також можна використовувати тести на встановлення відповідності. Пропонується зіставити одне з одним визначені поняття, симптоми.

Наприклад:



Формуванню професійних умінь допоможуть тести на встановлення послідовності дій, тобто необхідно встановити правильну послідовність, алгоритм, процедуру тощо.

Наприклад: Укажіть правильну послідовність дій у разі надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі пацієнту, у якого виникла шлунково-кишкова кровотеча.

Для стимулювання у студентів інтересу до вивчення дисципліни "Медсестринство у внутрішній медицині" доцільно використати тести у формі ситуаційного завдання. Ці види тестів дають можливість всебічно оцінити роботу студентів над темою заняття, їх мислення при прийнятті рішень.

Наприклад: У хворого на гіпертонічну хворобу виник напад ядухи. АТ- 220/100 мм рт.ст. У легенях поодинокі вологі хрипи в нижніх відділах. Яке ускладнення розвинулося?

- Серцева астма
- Бронхіальна астма
- Легенева кровотеча
- Кардіогенний шок
- Інфаркт міокарда

Важливим завданням під час викладання терапевтичних дисциплін є формування клінічного мислення, пізнавальних здібностей студента, спостережливості на основі глибоких знань. З цією метою широко використовуються тести з можливістю вписати текст відповідь якщо наприклад, це тест у формі ситуаційної задачі.

Клінічні ситуації виступають важливою ланкою формування уяви, навичок і вмінь. Вони допомагають оцінити отримані знання, удосконалити систему контролю знань, вмінь і навичок майбутнього медичного фахівця. Проблемне навчання сприяє особистому досвіду студента, який з часом накопичується і складає базову основу, що формує професійні якості майбутньої медичної сестри. Студенти повинні діяти не інтуїтивно, а свої дії обґрунтовувати теоретично.

Під час вивчення тем з дисципліни "Медсестринство у внутрішній медицині" застосовуються типові ситуаційні задачі, умова яких складається на основі стандартної ситуації з наявністю всіх необхідних даних.

Наприклад: До сімейної медичної сестри звернувся чоловік 40 років, який тривалий час хворіє на виразкову хворобу шлунка. Він раптово відчув різку слабкість, запаморочення. Випорожнення стали чорними, дьогтьоподібними.

- Який невідкладний стан розвинувся у пацієнта?
- Якою має бути тактика та невідкладна долікарська допомога?
- Продемонструйте техніку промивання шлунку.

Також сервіс дає можливість додавати зображення, відео, що досить актуально при вивчені тем дисципліни «Медсестринство у внутрішній медицині». Наприклад, можливо додати зображення пацієнта з чітко вираженими клінічними симптомами при різних захворюваннях.

Можливо також додати аудіозображення, що дає можливість прослухати різні види аудіо звуків при різних захворюваннях, зокрема наприклад при вивченні теми «Медсестринський процес при пневмоніях, плевритах» можливо відтворити аудіо звук, а саме «крепітацію» та «вологі хрипи», які аускультативно вислуховуються у пацієнтів при данних захворюваннях.

До того ж сервіс допомагає боротися зі списуванням. Сервіс Classtime за бажанням викладача, може перемішати тести та створити окремий варіант для кожного. Правильна відповідь серед усіх запропонованих розміщують у випадковому порядку.

Висновки та перспективи подальших досліджень. У даній роботі ми проаналізували застосування сервісу «Classtime» як засіб контролю рівня знань, умінь і навичок, вивчили існуючі форми тестових завдань і вимоги до них, розглянули принципи композиції завдань, спробували довести важливість застосування сервісу «Classtime» в процесі навчання. На підставі сказаного, можна зробити висновок про те, що саме завдяки використанню сервісу «Classtime» як одного із сучасних методів викладання та оцінювання якості знань здобувачів вищої освіти навчання стає якісніше. Контроль забезпечує регулювання та індивідуалізацію процесу навчання, закладену в самих умовах навчального процесу.

ЛІТЕРАТУРА

1. ISSN 2409-0255. Укра'нський стоматологічний альманах. 2017. № 1 // Питання методологи медичної освіти та науки // УДК 378.147:616.31-089.23
2. А. Колесник ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ СТУДЕНТ1В: ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛ1КИ Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»
3. Булаж І.G. Основи педагогічного оцінювання: навчальний посібник / І.G. Булаж. - Ч. 1. - К., 2006. -С.36-91.
4. Методологія наукових доаліджень і методика викладання облікових дисциплін: ОКЛ - Тернопіль: Тернопільаький національний економічний універ-аитет, 2012. - 106 с.
5. Малижін А. Тестовий контроль і підвищення якості освіти у вищій педагогічній школі / А. Малихін // Рідна шгала. - 2006. - Червень. - С. 9-11.

REFERENCES

1. ISSN 2409-0255. Ukrainian Dental Almanac. 2017. № 1 QUESTIONS METHODOLOGISTS OF MEDICAL EDUCATION AND SCIENCE UDC 378.147: 616.31-089.23
2. Kolesnyk STUDENT TEST CONTROL: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES Higher State Educational Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy"
3. Bulaj I.G. Oanovi pedagogichnoho otsinyuvannia: na-vchalnyi pocibnyk / I.G. Blazh. - Part 1. - K., 2006. -P.36-91.
4. Methodology of scientific research and methods of teaching accounting disciplines: OKL - Tepnopil: Tepnopil National Economic University, 2012. - 106 p.
5. Malyzhin A. Test control and improving the quality of education in higher pedagogical school / A. Malixin // Pidna shgala. - 2006. - June. - P. 9-11.

ЗАСТОСУВАННЯ СЕРВІСУ «CLASSTIME» ЯК ОДНОГО З ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ ВИКЛАДАННЯ ТА ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ЗНАНЬ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Синяк Ю.П.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація: *В умовах, які нам диктує сьогодення, виникає чимало викликів. Один із викликів – це викладання та оцінювання знань в умовах дистанційного навчання. І саме застосування сервісу*

«Classtime» як одного з сучасних методів викладання та оцінювання знань здобувачів вищої освіти допомагає викладачеві впоратися з цією проблемою якомога краще. Сервіс «Classtime» – це помічник викладача, він миттєво збагачує урок візуалізацією, підвищує рівень оцінки якості в реальному часі.

Ключові слова: *Сервіс «Classtime», метод викладання, оцінювання якості знань.*

ПРИМЕНЕНИЕ СЕРВИСА «CLASSTIME» КАК ОДНОГО ИЗ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЗНАНИЙ СОИСКАТЕЛЕЙ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Синяк Ю.П.
Житомирский медицинский институт Житомирского областного совета

Аннотация: *В условиях, которые нам диктует настоящее, возникает немало вызовов. Один из вызовов – это преподавание и оценивание знаний в условиях дистанционного обучения. И именно применение сервиса «Classtime» как одного из современных методов преподавания и оценки знаний соискателей высшего образования помогает преподавателю справиться с этой проблемой как нельзя лучше. Сервис «Classtime» – это помощник преподавателя, он мгновенно обогащает урок визуализацией, повышает уровень оценки качества в реальном времени.*

Ключевые слова: *Сервис «Classtime», метод преподавания, оценка качества знаний.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 614.253

WPŁYW CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH I INNYCH NA ZRÓŻNICOWANIE SATYSFAKCJI PACJENTÓW ZE ŚWIADCZEŃ W PORZE NOCNEJ

Fąfara Anna, Marć Małgorzata, Krakowiak Anna, Fudali Krzysztof, Lesiak Aneta
Uniwersytet Rzeszowski, Kolegium Nauk Medycznych, Instytut Nauk o Zdrowiu

THE INFLUENCE OF SOCIO-DEMOGRAPHIC AND OTHER FACTORS ON THE DIFFERENTIATION OF PATIENT`S SATISFACTION WITH NIGHT CARE

Fafara Anna, March Malgorzata, Krakowiak Anna, Fudali Krzysztof, Lesiak Aneta
University of Rzeszow, College of Medical Sciences, Institute of Health Sciences

Abstract. *The factor determining satisfaction with the services provided is the nurse-patient relationship. The appropriate level of nursing nurse at night is to find the recognition of all the bio -psycho-social-spiritual needs of the patient. Meeting the expectations and accurate recognition of the student's needs are therefore a guarantee of planning and providing care at the highest level.*

The main aim of the study was to determine the influence of sociodemographic and other factors on the differentiation of patient satisfaction with night-time services in clinical hospitals in Rzeszów.

Rural residents assess the satisfaction with nursing care at night much better. Our own research also confirmed that the more nights spent in the hospital, the lower the ratings for nursing care both in terms of experience and satisfaction with the care provided.

Key words: *sociodemographic factors, satisfaction, patient, night time*

Wstęp. Czynnikiem determinującym satysfakcję ze świadczonych usług w opinii pacjenta jest niewątpliwie relacja pielęgniarka – pacjent. Prowadzone wyniki badań wskazują, że świadczona opieka pielęgniarska to podstawowy wskaźnik poziomu zadowolenia i satysfakcji z całościowej opieki medycznej [1]. Niewiele publikacji ukazuje specyfikę zapewnienia opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w porze nocnej, która wymaga takiego samego nadzoru, kontroli, wsparcia i poświęcenia co w ciągu dnia. Troska o spokojny sen człowieka w szpitalu stanowi jeden z podstawowych warunków powrotu do zdrowia, a co za tym idzie jakości życia. Odpowiedni poziom jakości pielęgniarskiej opieki w nocy polega na pewnym rozpoznaniu wszystkich potrzeb bio-psycho-społeczno-duchowych chorego. Spełnienie oczekiwań i trafne rozpoznanie potrzeb podopiecznego są zatem gwarancją planowania i zapewnienia opieki na najwyższym poziomie. Przykładem rozpoznawania oczekiwań pacjentów w porze nocnej w trakcie pobytu w szpitalu jest analiza ich poziomu satysfakcji i ocena jakości usług pielęgniarskich. Pacjenci oczekują poczucia bezpieczeństwa i chcą darzyć zaufaniem personel, który nimi się będzie opiekował. System opieki zdrowotnej musi się więc opierać na uczciwości, szacunku i zainteresowaniu się problemami osób chorych [2].

Cel pracy. Głównym celem pracy było ustalenie wpływu czynników socjodemograficznych i innych na zróżnicowanie satysfakcji pacjentów ze świadczeń realizowanych w porze nocnej w rzeszowskich szpitalach klinicznych. W związku z tym określono związek pomiędzy wiekiem, płcią, wykształceniem, miejscem zamieszkania, statusem zawodowym oraz ilością nocy spędzonych w szpitalu i specyfiką oddziału/kliniki a oceną opieki pielęgniarskiej. Artykuł zobrazuje jakość opieki pielęgniarskiej według konkretnego kryterium, a co za tym idzie podejścia do opieki i pracy wykonywanej przez personel pielęgniarski w nocy.

Materiał i metodyka badań. Dla osiągnięcia celu niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, szacowania i statystyczną z wykorzystaniem technik badawczych: ankietowej i testowej.

Narzędziami badawczymi w niniejszej pracy są:

1. Autorski kwestionariusz ankiety.

Kwestionariusz zawiera 11 pytań z możliwością odpowiedzi w 5-stopniowej skali Likerta oraz krótką metryczkę. Wśród ocenianych wymiarów nocnych świadczeń pielęgniarskich są

zadania wynikające głównie z funkcji opiekuńczej i terapeutycznej. Pytania mają charakter zamknięty.

2. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale.

Skala ma na celu przede wszystkim poznanie opinii i doświadczeń pacjentów z uzyskiwanej w trakcie pobytu w szpitalu opieki pielęgniarskiej. Kwestionariusz zawiera zestaw twierdzeń charakteryzujących dany aspekt, który był oceniany w rosnącej skali od 1 do 7 lub od 1 do 5.

Skala zbudowana jest z trzech części.

• część pierwsza – bada doświadczenia z opieki pielęgniarskiej. Składa się z 26 twierdzeń (11 negatywnych, 15 pozytywnych), z możliwością zaznaczenia odpowiedzi w siedmiostopniowej skali Likerta. Punktacja „doświadczenia" mieści się w przedziale od 0 (nasilenie doświadczenia tak złe, że gorsze być nie może) do 100 (nasilenie doświadczenia tak dobre, że lepsze już być nie może),

• część druga – bada poziom satysfakcji własnej. Składa się 19 aspektów opieki pielęgniarskiej, z możliwością zaznaczenia odpowiedzi w pięciostopniowej skali Likerta. Ogólna punktacja „satysfakcji" mieści się w przedziale od 0 (brak satysfakcji ze wszystkich aspektów opieki pielęgniarskiej) do 100 (nasilenie satysfakcji ze wszystkich aspektów opieki pielęgniarskiej tak znakomite, że lepsze już być nie może),

• część trzecia – bada odczucia pacjenta związane z pobytem w szpitalu oraz zawiera pytania dotyczące cech demograficznych pacjenta.

Twórcy NSNS wskazują kryteria włączenia pacjenta do badania: wiek 18 lat i wyżej, minimum 2 noce spędzone na oddziale, umiejętność czytania i pisania, w trakcie objęcia badaniem pobyt w szpitalu tylko na jednym oddziale, brak zaburzeń świadomości i świadoma zgoda na udział w badaniu.

Charakterystyka badanej grupy. Grupę badaną stanowiło 585 hospitalizowanych pacjentów, w czasie od 1 stycznia 2016 r. do 31 maja 2016 r. W badaniach wzięli udział pacjenci przyjęci do wytypowanych oddziałów/klinik o specyfice zachowawczej i zabiegowej Szpitali Klinicznych miasta Rzeszowa. Badania przeprowadzono zgodnie z Uchwałą Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Rzeszowskim z dnia 02 grudnia 2015 roku – Uchwała nr 4/12/2015.

Analiza statystyczna wyników. Dla celów analizy uzyskanych wyników obliczono medianę (wartość środkowa), wartość najmniejszą (minimum) i największą (maksimum), średnią arytmetyczną (przeciętny poziom zmiennej) oraz odchylenie standardowe *(s)*. W analizie statystycznej uzyskanych wyników badań zastosowano testy: Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa oraz współczynnik korelacji rang Spearmana. Celem zilustrowania uzyskanych danych z badań i analizy statystycznej, wyniki zaprezentowano na wykresach typu ramka-wąsy. Zaznaczono na nich wartość średnią przebytego dystansu, 95% przedział ufności dla wartości przeciętnej. Przy większym rozproszeniu pomiarów w badanej grupie i ustaleniu wyższego poziomu ufności wzrasta rozpiętość przedziału ufności. Przy zwiększeniu liczebności próby maleje rozpiętość przedziału ufności. 95% przedział ufności ukazuje zakres, zawierający z dużą pewnością wartość przeciętną badanej wielkości w całej populacji. Obliczenia przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20. W pracy przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki badań własnych. W tej części przedstawiono wyniki analiz wpływu wybranych czynników na oceny opieki pielęgniarskiej dokonane za pomocą dwóch kwestionariuszy: The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale i Autorskiego kwestionariusza ankiety. Analiza polegała na zestawieniu najważniejszych statystyk opisowych (średniej, mediany, odchylenie standardowego oraz minimum i maksimum) w porównywanych grupach, a następnie ocenie istotności różnic pomiędzy grupami za pomocą testu statystycznego Manna-Whitneya lub Kruskala-Wallisa. Wyniki zilustrowano za pomocą wykresu ramka-wąsy, na którym zaznaczono wartość średnią przebytego dystansu, 95% przedział ufności dla wartości przeciętnej oraz tzw. typowy przedział zmienności.

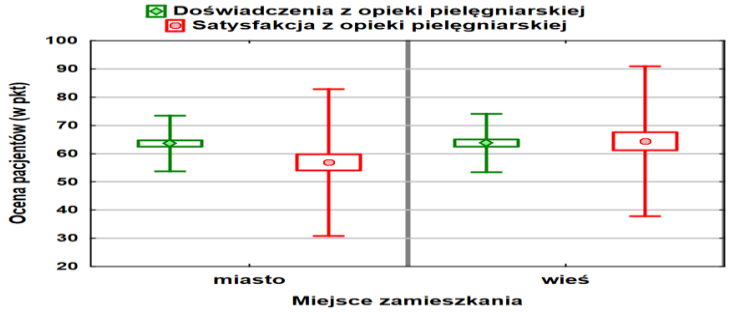
Tabela 1

Interakcja dwuczynnikowa pomiędzy satysfakcją i doświadczeniem z opieki pielęgniarskiej świadczonej w nocy a czynnikami socjodemograficznymi i innymi ankietowanych.

Czynniki socjodemograficzne i inne (czasookres hospitalizacji, charakter /specjalność oddziału/kliniki)	Ocena opieki pielęgniarskiej na podstawie skali Newcastle	
	doświadczenia z opieki	satysfakcja z opieki
Płeć	p= 0,1442	p= 0,1615
Wiek	p= 0,1878	p= 0,1028
Stan cywilny	p = 0,1634	p= 0,1784
Status zawodowy	p= 0,1223	p= 0,0021**
Wykształcenie	p= 0,0204*	p= 0,2874
Miejsce zamieszkania	p= 0,8436	p= 0,0007***
Ilość nocy spędzonych w szpitalu	p= 0,0002***	p= 0,0001***
Klinika/oddział	p= 0,4944	p= 0,7134

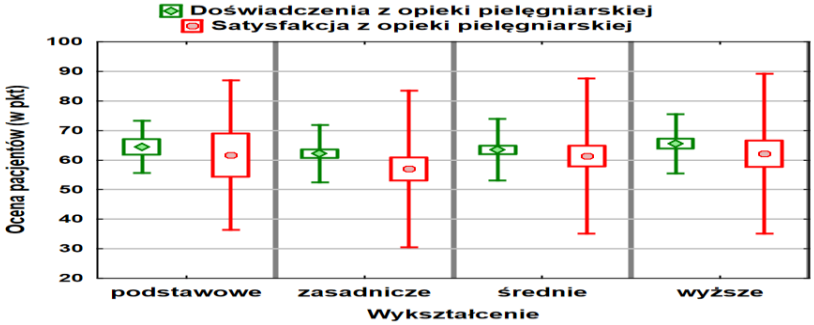
Płeć pacjentów nie różnicowała oceny opieki pielęgniarskiej – niewielkie różnice w ocenie doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej nie są istotne statystycznie (doświadczenie z opieki *p*= 0,1442, satysfakcja z opieki *p*= 0,1615), więc nie mogą być przedmiotem wiarygodnych uogólnień. Również wiek pacjentów nie różnicował w znamienny statystycznie sposób oceny jakości opieki pielęgniarskiej (doświadczenie z opieki *p*= 0,1878, satysfakcja z opieki *p*= 0,1028).

Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej były podobne wśród pacjentów mieszkających w miastach i na wsi, natomiast mieszkańcy wsi dużo lepiej oceniają satysfakcję z opieki. Różnica pomiędzy średnią oceną w tym obszarze pomiędzy mieszkańcami wsi i miast wynosi ponad 12 pkt, a różnica pomiędzy wartościami środkowymi (medianami) jest jeszcze większa. Opisana zależność jest wysoce istotna statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego $p < 0,001$), (Ryc.1).



Rycina 1. Interakcja dwuczynnikowa pomiędzy satysfakcją i doświadczeniem z opieki pielęgniarskiej świadczonej w nocy a miejscem zamieszkania ankietowanych

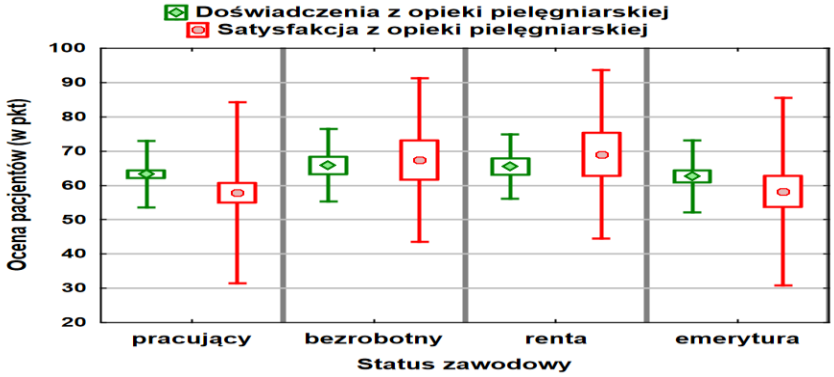
Wykształcenie nie różnicuje satysfakcji z opieki, ma natomiast wpływ na ocenę doświadczeń z opieki pielęgniarskiej. Patrząc na wartości średnich (i median) zauważyć można, iż zdecydowanie najwyżej doświadczenia z opieki pielęgniarskiej oceniły osoby z wykształceniem wyższym (p = 0,0204*), (Ryc. 2).



Rycina 2. Interakcja dwuczynnikowa pomiędzy satysfakcją i doświadczeniem z opieki pielęgniarskiej świadczonej w nocy a wykształceniem ankietowanych

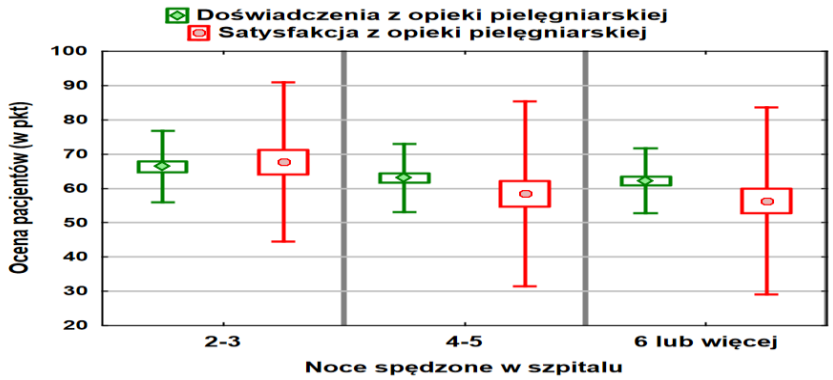
Stan cywilny pacjenta nie różnicuje w znamienny statystycznie sposób oceny świadczeń realizowanych przez pielęgniarki w porze nocnej (doświadczenie z opieki p= 0,1634, satysfakcja z opieki p= 0,1784).

Ocena doświadczenia z opieki pielęgniarskiej nie zależy od statusu zawodowego pacjenta. Natomiast ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej jest w sposób statystycznie istotny zróżnicowany pomiędzy osobami o różnym statusie zawodowym – lepiej pracę pielęgniarek oceniają osoby bezrobotne ($\bar{x}$ = 67,4), i renciści ($\bar{x}$ = 69,1), zaś gorzej pracujący ($\bar{x}$ =57,9) i emeryci ($\bar{x}$ =58,3), (Ryc.3).



Rycina 3. Interakcja dwuczynnikowa pomiędzy satysfakcją i doświadczeniem z opieki pielęgniarskiej świadczonej w nocy a statusem zawodowym ankietowanych

Im więcej nocy spędzonych w szpitalu tym niższe oceny opieki pielęgniarskiej – jest to widoczne zarówno w odniesieniu do doświadczeń z opieki jak i satysfakcji z opieki. Osoby hospitalizowane 2-3 dni w szpitalu wystawiają, średnio rzecz biorąc, o ok. 3-4 pkt wyższą ocenę doświadczeń z opieki i o ok. 10 pkt. więcej w satysfakcji z opieki niż respondenci hospitalizowani przez co najmniej 4 noce (nie ma prawie żadnej różnicy pomiędzy osobami hospitalizowanymi przez okres 4-5 dni oraz 6 dni lub dłużej), (Ryc.4).



Rycina 4. Interakcja dwuczynnikowa pomiędzy satysfakcją i doświadczeniem z opieki pielęgniarskiej świadczonej w nocy a ilością nocy spędzonych w szpitalu przez ankietowanych.

Brak jest istotnej zależności pomiędzy oddziałem szpitalnym a oceną świadczeń pielęgniarskich w porze nocnej.

Dyskusja. Celem niniejszego opracowania była analiza wpływu czynników socjodemograficznych i innych na ocenę świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w porze nocnej w opinii hospitalizowanych pacjentów. W toku przeprowadzonych badań własnych uzyskane wyniki były w dużej mierze podobne do wyników innych badaczy. Również doniesienia naukowe z obszaru jakości pracy w porze nocnej i czynników wpływających na opinię pacjentów i pielęgniarek są niejednokrotnie zbliżone do otrzymanych wyników własnych. Poddając analizie zgromadzoną literaturę przedmiotu i wyniki doniesień naukowych, zaobserwowano, iż w aspekcie wybranych czynników socjodemograficznych i innych (czasookres hospitalizacji, charakter/ specjalność oddziału) istnieje korelacja pomiędzy poziomem zadowolenia i satysfakcji ze świadczeń w porze nocnej.

Tabela 2

Korelacja dla wartości oceny opieki nocnej a czynników socjodemograficznych i innymi ankietowanych.

Czynniki socjodemograficzne i inne (czasookres hospitalizacji, charakter/specjalność oddziału/kliniki)	**Ocena opieki nocnej**
Płeć	***p*** = 0,0388*
Wiek	***p*** = 0,0731
Stan cywilny	***p*** = 0,0222*
Status zawodowy	***p*** = 0,4570
Wykształcenie	***p*** = 0,9404
Miejsce zamieszkania	***p*** = 0,8711
Ilość nocy spędzonych w szpitalu	***p*** = 0,9484
Klinika/oddział	***p*** = 0,0919

Weryfikacja przeprowadzona w oparciu o wyniki badań własnych wskazuje, że mieszkańcy wsi dużo lepiej oceniają satysfakcję z opieki pielęgniarskiej w porze nocnej. Różnica pomiędzy średnią oceną w tym obszarze pomiędzy mieszkańcami wsi i miast wynosi ponad 12 pkt. Odmienne wyniki badań uzyskała Delura i wsp. Wszyscy mieszkańcy wsi (100%) i (97,1%) osób mieszkających w mieście wyraziły satysfakcję z udzielanej opieki pielęgniarskiej [3]. Podobne wyniki uzyskał Szpringer i wsp. Mieszkańcy wsi (100%) i (97,1%) osób mieszkających w mieście wyraziła satysfakcję z udzielanej opieki pielęgniarskiej [1].

Natomiast wykształcenie pacjentów nie miało istotnego wpływu na satysfakcję ze świadczonej opieki, ale zdecydowanie najwyżej doświadczenia z opieki pielęgniarskiej oceniły osoby z wykształceniem wyższym p = 0,0204*. Odmienne wyniki badań uzyskała Stanisławska i wsp. – brak istotnych różnic pomiędzy wykształceniem badanych a doświadczeniem z opieki (p= 0,0942), [4].

Z kolei McColl i wsp. analizując wpływ poziomu wykształcenia na ocenę opieki pielęgniarskiej dowiedli, że zarówno satysfakcja (p< *0,001)* jak i zadowolenie (p< 0,01) korelowały w sposób istotny statystycznie. Respondenci z wyższym wykształceniem gorzej ocenili opiekę pielęgniarską [5].

Badania Quintanai wsp. i Bredart i wsp. dowodzą, że chorzy z niższym wykształceniem byli bardziej zadowoleni z opieki pielęgniarskiej [6,7].

Analiza wypowiedzi pacjentów badanych przez Majchrzak-Kłokocką i wsp. największy dowodzi, że deficyt poczucia bezpieczeństwa pod opieką pielęgniarki ustalono wśród osób z wykształceniem wyższym (30%). W tych samych badaniach krytycznie szybkość reakcji pielęgniarki oceniają najczęściej osoby z wykształceniem wyższym (30%), [8].

Dostępność pielęgniarek w godzinach popołudniowych i nocnych korelowała z wykształceniem respondentów w badaniach Szpringera i wsp. (p=0,017). Analizując te wyniki można stwierdzić, że osoby z wyższym wykształceniem najgorzej oceniły dostępność pielęgniarek – 25,9% ocen negatywnych, p<0,05. Szpringer i wsp. również potwierdzili w swoich wynikach badań, że forma aktywności zawodowej determinowała w sposób istotny statystycznie opinię pacjentów w kwestii zapewnienia poczucia intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielanych świadczeń (p=0,04), [1].

Związek pomiędzy wykształceniem a jakością opieki pielęgniarskiej nie został jednak wskazany przez Akina i Erdogana [9]. Zarówno Żakowska jak i Uzun potwierdzili w badaniach własnych, że pacjenci z wykształceniem wyższym gorzej oceniali jakość opieki pielęgniarskiej [10,11].

Badania Delury i wsp. przeprowadzone w grupie 60 pacjentów będących w okresie przedoperacyjnym w 4 oddziałach zabiegowych też dowiodły, że nie istnieje istotna zależność pomiędzy zadowoleniem pacjentów z przedoperacyjnej opieki pielęgniarskiej a czynnikami socjodemograficznymi, takimi jak: płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, źródło utrzymania respondentów. Mężczyźni (100%) i zdecydowana większość kobiet (96,3%) potwierdzili satysfakcję z udzielanych świadczeń. Niezależnie od statusu materialnego wszyscy badani potwierdzali satysfakcję z opieki. Wszyscy mieszkańcy wsi (100%) i (97,1%) osób mieszkających w mieście wyrazili satysfakcję z udzielanej opieki pielęgniarskiej [3].

Przeprowadzone badania własne wykazały zależność pomiędzy oceną satysfakcji z opieki

pielęgniarskiej a statusem zawodowym. Znacznie lepiej pracę pielęgniarek oceniły osoby bezrobotne (= 67,4), i renciści (= 69,1), zaś gorzej pracujący (=57,9) i emeryci (=58,3). Podobne wyniki uzyskali inni badacze [1]. Wyniki badań własnych w odniesieniu do płci są zgodne z wynikami innych autorów, którzy nie wykazali wyższej oceny satysfakcji ze świadczonej opieki pielęgniarskiej w zależności od płci [12-14].

Istnieje również wiele badań potwierdzających inne korelacje. W badaniach Grochans i wsp. oraz Stanisławskiej i wsp. mężczyźni są bardziej zadowoleni z opieki pielęgniarskiej [15-17,4].

Z kolei Alhusban i wsp. oraz Sloman i wsp. nie stwierdzili zależności między płcią pacjentów a oceną jakości opieki pielęgniarskiej [18,19]. Również wiek pacjentów w badaniach własnych nie różnicował w znamienny statystycznie sposób oceny jakości opieki pielęgniarskiej (doświadczenie z opieki p= 0,1878, satysfakcja z opieki p= 0,1028). W badaniach przeprowadzonych w Polsce dowiedziono, że istnieje dodatnia korelacja pomiędzy wiekiem a poziomem satysfakcji z świadczonej opieki. Przykładem mogą być badania Gutysz-Wojnickiej [20], Wyrzykowskiej [21] i Delury i wsp. [3].

Wyniki innych badań potwierdzają, że osoby powyżej 40 roku życia byli bardziej zadowoleni od młodszych pacjentów [22,23].

Chen i wsp. wskazali na zależność istotną statystycznie – zwiększenie satysfakcji ze świadczeń szpitalnych wraz ze wzrostem wieku badanych [24].

Badania własne potwierdziły kolejną zależność: im więcej nocy spędzonych w szpitalu tym niższe oceny opieki pielęgniarskiej zarówno w zakresie doświadczenia (p= 0,0002***) jak i satysfakcji ze świadczonej opieki (p= 0,0001***). Długość pobytu w szpitalu ogólnie jednak nie wpłynęła na całościową ocenę poziomu opieki nocnej przez pacjenta. W badaniach Stanisławskiej i wsp. pacjenci podobnie oceniali doświadczenie i satysfakcję z opieki pielęgniarskiej [4]. Chorzy przebywający w oddziałach do 5 dni (82%), powyżej 5 dni (80%), (punktacja: 45 - 100) wyżej oceniali satysfakcję z opieki pielęgniarskiej niż pacjenci hospitalizowani od 6 do 10 dni (73%), (punktacja: 31 - 100) oraz powyżej 10 dni (65%), (punktacja: 20 - 100), [25]. Badania pacjentów przebywających w szpitalach w Polsce i w Grecji wskazały, że im jest dłuższa hospitalizacja pacjentów, tym niższy jest poziom satysfakcji z udzielanych świadczeń zdrowotnych (p= 0,004), [26]. Podobną zależność obserwowała w badaniach Gutysz-Wojnicka (2010) – im dłuższy pobyt chorego w placówce, tym niższe wartości oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską [20]. Badanie 150 chorych przeprowadzone przez Furtak–Niczyporuk M. i wsp. nie wykazało zależności pomiędzy długością hospitalizacji pacjenta a oceną jakości opieki pielęgniarskiej [27].

Osoby będące w związkach małżeńskich a także owdowiałe również zdecydowanie lepiej ocenili opiekę nocną w szpitalu ($\bar{x}$=78,4), [20].

Wyniki własne analizy statystycznej wskazały, że lepiej oceniony został poziom opieki nocnej na oddziałach zachowawczych ($\bar{x}$=77,1) niż zabiegowych ($\bar{x}$=75,4). Odmienne wyniki uzyskała Stanisławska i wsp. - ocena świadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej były wyższe w oddziałach zabiegowych niż w oddziałach leczenia zachowawczego. Analiza statystyczna wykazała bowiem istotne różnice (p<0,000) pomiędzy oddziałem kardiologicznym a oddziałem urologicznym w przypadku oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej [4,20].

Optymistyczne spojrzenie na „nocne pielęgnowanie" oczyma pacjenta oraz istota przemian jakie dokonały się w ostatnim czasie pozwala pielęgniarkom pewnie kroczyć w przyszłość i umacniać autonomię swojego zawodu. Krytyczne spojrzenie pacjenta na jakość świadczeń realizowanych przez pielęgniarki w porze nocnej stanowi dopełnienie badań własnych oraz doniesień innych badaczy.

Wnioski

1. Większa liczba spędzonych nocy w szpitalu przyczynia się do niższej oceny opieki pielęgniarskiej przez pacjent –zarówno w odniesieniu do doświadczeń z opieki jak i satysfakcji z opieki.
2. Ocena doświadczenia z opieki pielęgniarskiej nie zależy od statusu zawodowego pacjenta.
3. Wykształcenie ma wpływ na ocenę doświadczeń z opieki pielęgniarskiej.

BIBLIOGRAFIA

1. Szpringer M., Chmielewski J., Kosecka J.: *Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej*, Medycyna Ogólna 2015; 21,2:132-137.

2. Projekt „*Bezpieczny Szpital – Bezpieczny Pacjent*". http://bezpiecznypacjent.cmj.org.pl/?tag=bezpieczny-szpital-bezpieczny-pacjent, (dostęp 29. 12. 2016 r.).

3. Delura M., Posłuszna - Owcarz M., Rezmerska L.: *Satysfakcja pacjentówz pielęgniarskiej opieki przedoperacyjnej*, Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2016: 4(1):8-16.

4. Stanisławska J., Talarska D., Drozd E. i wsp.: *Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej w oddziale zabiegowym i niezabiegowym za pomocą The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)*, Przegląd Lekarski 2011, 68:157-160.

5. Thomas LH., McColl E., Priest J. et al.: *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: an instrument for quality assessmentsof nursing care*, Quality in Health Care 1996, 5(2): 67-72.

6. Quintana J., Gonzales N., Bilbao A.: *Predictor of patient satisfaction with hospital health care*, BMC Health Services Research 2006 6: 102-108.

7. Bredart A., Robertson C., Razavı D.: *Patients' satisfaction ratings and their desire for care improvement across oncology settings from France, Italy, Poland and Sweden*, Psychooncology 2003, 12:68-77.

8. Majchrzak-Kłokocka E., Taraszkiewicz H., Danielewicz M., Abramczyk A.: *Satysfakcja pacjentów hospitalizowanych z opieki realizowanej przez pielęgniarkę*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 2012, T.13,11:201–214.

9. Akin S., Erdogan S.: *The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients*, Journal of Clinical Nursing 2007, 16: 646-653.

10.Żakowska A., Zera A., Krupienicz A.: *Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów po zabiegach urologicznych i ortopedycznych znieczulanych metodą podpajęczynówkową*, Przegląd Urologiczny 2009, 3:39-44.

11.Uzun O.: *Patient satisfaction with nursing care at a University Hospital in Turkej*, Journal of Nursing Care Quality 2001, 16:24-33.)

12.Radwin LE.: *Cancer patient s' demographic characterristics and rating of patient-centered nursing care*. Journal of Nursing Scholarship 2003, 35:365-370,

13.Kropornicka B., Baczewska B., Turowski K.: *Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu dyskopatii lędźwiowej*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin-Polonia. Vol. LVIII, 129, Sectio D 2003, 132-138

14.Talarska D., Wolska A.: *Ocena jakości opieki w oddziale urologicznym – satysfakcja pacjentów*, Pielęgniarstwo Polskie 2001, 2, 291-294.

15.Grochans E., Seewald K., Szkup-Jabłońska M. i wsp.: *Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej pacjentów pielęgnowanych tradycyjnie i metodą Primary Nursing*, Problemy Pielęgniarstwa 2011, 19:177-184.

16.Gunther M., Alligood MR.: *A discipline specific determination of high quality nursing care*, Journal of Advanced Nursing 2002, 38:353-359.,

17.Zagroda M., Cudak-Bańska E., Dyk D., Krysiak I., Gutysz-Wojnicka A.: *Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej*, Pielęgniarstwo Polskie 2005, 19:49-52.

18.Alhusban MA., Abualrub RF.: *Patient satisfaction with nursing care in Jordan*, Journal of Nursing Management 2009:17:749-758.

19.Sloman R, Wruble AW, Rosen G, et al. *Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain*, Pain Management Nursing 2006, 7: 153-158.

20.Gutysz-Wojnicka A.: *Zastosowanie polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newscastle do oceny opieki pielęgniarskiej*, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań 2010, 102-111 (Rozprawa doktorska).

21.Wyrzkowska M.: *Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007, 1:3-10.

22.Stomberg MW., Wickstrom K., Joelsson H., et al.: *Postoperative pain management on surgical wards – do quality assurance strategies result in long – term effects on Staff member attitudes and clinical outocomes?* Pain Mangement Nursing 2003, 4:4-22.

23.Peterson WE., Charles C., DiCenso A., et al.: *The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care*, Journal of Advanced Nursing 2005, 52:672-681.

24.Chen H., Li M., J Wang Xue C., Ding T. Nong X., Liu Y, Zhang L.: *Factors influencing inpatients' satisfaction with hospitalization service in public hospitals in Shanghai*, People's Republic of China Patient Preference and Adherence 2016, 10:601-612.

25.Maciąg R.: *Pomiar i metody badań nad satysfakcją pacjenta*, Służba Zdrowia 2001, 9: 17–20.

26.Theodosopoulou E., Raftopoulos V., Krajewska-Kułak E. i wsp. *Badanie satysfakcji pacjentów z jakości opieki szpitalnej Grecji w porównaniu z satysfakcją pacjentów w Polsce*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2007, 56: 136-139.

27.Furtak–Niczyporuk M., Kos M., Jurek A., Albiniak M.: *The evaluation of nursing care from the patient perspective*, Journal of Education, Health and Sport 2017, 7(3):31-43.

ВПЛИВ СОЦІОДЕМОГРАФІЧНИХ ТА ІНШИХ ФАКТОРІВ НА ДИФЕРЕНЦІАЦІЮ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ НІЧНИМ ДОГЛЯДОМ

Фанфара Анна, Марч Малгожата, Краковяк Анна, Фудалі Кшиштоф, Лесяк Анета
Жешувський університет, Коледж медичних наук, Інститут наук про здоров'я

Резюме. *У статті обґрунтовано, що визначальним фактором задоволеності наданими послугами, є відносини медсестра-пацієнт. Відповідний рівень медсестринського догляду в нічний час становить урахування біографії пацієнта та його психологічних, соціальних, духовних потреб.*

Основною метою дослідження було визначити вплив соціально-демографічних та інших факторів на диференціацію задоволеності пацієнтів нічними послугами в клінічних лікарнях Жешува.

Ключові слова: *соціодемографічні фактори, задоволеність, пацієнт, нічний час.*

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

УДК 378:613

ВПЛИВ СПОСОБУ ЖИТТЯ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ В ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ ОСВІТИ НА ВИНИКНЕННЯ ОЖИРІННЯ В ЗДОБУВАЧІВ

Боярин Ж.С., Копетчук В.А.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

THE INFLUENCE OF LIFESTYLE WHILE STUDING AT HIGHER EDUCATION INSTITUTION ON THE DEVELOPMENT OF OBESITY IN APPLICANTS OF HIGHER EDUCATION

Boiaryn Zhanna, Kopetchuk Valentina
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *In recent years, the problem of overweight and obesity has become increasingly important. In today's world, this problem has become global for today's people and is gaining momentum to spread, even among countries with low living standards. In Ukraine, the situation with "extra pounds" reflects global trends. These indicators indicate the seriousness of the problem, which reveals the essence of the negative impact of overweight and obesity on the condition and efficiency of the population. Therefore, the question arises about raising the level of education on prevention and rationalization of lifestyle (as one of the causes of obesity) among student youth, as a significant part of them are already overweight. Especially young people, in particular applicants, are at risk of pathology progression due to incorrectly formed patterns of behavior.*

Key words: *obesity, applicants, eating behavior, lifestyle, physical activity.*

Актуальність проблеми. Мотивація до здорового способу життя серед здобувачів, формування у них високого поведінкового рівня по відношенню до свого способу життя під час здобуття освіти є актуальним питання сьогодення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я стан здоров'я людини лише на 15% залежить від генетичної схильності, на стільки ж – від організації охорони здоров'я, тоді як на 70% − від її способу життя [2, с.21]. На сьогоднішній день за різними даними експертів поширення ожиріння серед студентської молоді досягає 20%, саме тому проблема набуває особливої гостроти та уваги, що і визначило необхідність проведення дослідження. Так науковець, Аметов А.С., називає ожиріння – "епідемією", оскільки ожиріння має ознаки епідемії по масштабності соціально значущої проблеми [3, с. 11]. ВООЗ на початку XXI століття оголосила, про виникнення глобальної "епідемії" ожиріння, яка передбачає збільшення кількості хворих на 10% кожні 10 років [5, с.26]. За словами Пилипчука В.В., Бельгова А.Ю., Чурилова Л.П., Чернова Л.А. актуальність проблеми ожиріння зростає через вагоме поширення огрядності серед дитячого населення, підлітків, молоді в тому числі студентства. Тому є доречним сфокусувати увагу саме на здобувачах освіти, адже дана проблема кожні три десятиріччя викликає тривогу, адже зростає показник вдвічі. На сьогодні 25 % здобувачів мають надмірну масу тіла, а 15% - ожиріння. В Україні кожного року фіксуються приголомшливі дані щодо виявлення "нових" випадків ожиріння серед підлітків, здобувачів – 18-20 тисяч [1, с.48]. Відображення проблеми ожиріння як хвороби способу життя розглядали наступні дослідники: Гінзбург М.М., Козупіца Г.С., Сергєєва О.В. В свою чергу Корягін В.М., Блавт О.З., Цьовх Л.П. та Гуртова Т.В. вивчали оптимізацію освітнього процесу зі здобувачами хворими на ожиріння, а Грибан Г. аналізував стан здоров'я здобувачів закладів вищої освіти.

Мета дослідження – проаналізувати та дослідити спосіб життя (харчову поведінку, фізичну активність, наявність шкідливих звичок) здобувачів-медиків під час навчання як фактор розвитку ожиріння.

Матеріали та методи – бібліосемантичний, медико-соціологічний, статистичний, системного аналізу та логічного узагальнення, системного підходу.

Результати та їх обговорення: Як відомо, студентський спосіб життя характеризується високою інтенсивністю освітнього процесу, переважно сидячим способом життя, ***фізичною активністю***, яка є обмеженою та ***нераціональним харчуванням*** (їжею "швидкого приготування"), перекуси, ***наявність шкідливих звичок*** (зловживання алкоголем, паління) [4]. Це все є очевидними критеріями, щоб потрапити до групи ризику, оскільки такий нездоровий спосіб життя сучасного здобувача освіти сприяє швидкому набору ваги під час навчання в закладі вищої освіти. Для досягнення поставленої мети використано медико-соціологічне дослідження (анкетування) серед 188 респондентів із числа здобувачів освітнього ступеня: фаховий молодший бакалавр, бакалавр, магістр. Дослідження проводилось на базі Житомирського медичного інституту ЖОР та його відокремленого структурного підрозділу фахового коледжу. Опитування проведено дистанційно за допомогою спеціально розробленої електронної анкети (використано інструмент "Google-Forms"), яка складалась з трьох блоків.

Серед опитаних 87,2% здобувачів – жіночої статі, відповідно 12,8% – чоловічої. Щодо рівня освіти опитаних, то: 60,1% мають ступінь – фаховий молодший бакалавр, 28,9% – освітній ступінь бакалавр та 11 % – магістр. Оскільки наша анкета складалась з трьох блоків і кожний з них передбачав отримання вичерпної інформації про спосіб життя, харчову поведінку та фізичну активність, необхідно акцентувати увагу на основних та важливих питаннях кожного із блоку.

Тому важливо відмітити, що лише 6,4% здобувачів дотримуються здорового способу життя (ранкова гімнастика, загартовування, раціональне та здорове харчування), 67,4 % – намагаються дотримуватись, 26,2% – не дотримуються. Враховуючи, що майже половина мають хронічні захворювання та скарги на здоров'я (35,7%). Серед найпоширеніших відповідей щодо наявних скарг чи захворювань, респонденти виділили наступні:

- захворювання травної системи (гастрити, панкреатити);
- захворювання опорно-рухового апарату (скарги на постійні болі спини, проблеми з поставою, сколіоз);
- захворювання серцево-судинної системи (тахікардія, болі в серці задишка);
- захворювання нирок з сезонними загостреннями;
- захворювання дихальної системи (часті гайморити, алергічні риніти, ГВРІ, простуди, кашель, ангіна);
- проблеми з зором;
- ендокринні захворювання (ендемічний, дифузний зоб);
- психо-емоційне виснаження, порушення сну, головні болі, швидка втома, проблеми з пам'яттю, дратівливість, вегето-судинна дистонія;
- алергічні реакції;
- стоматологічні проблеми (карієс);
- гормональні порушення тощо.

На наступне запитання як респонденти оцінюють свій рівень знань, стосовно здорового способу життя – 65,8 % мають середній рівень знань, 32,6 % – високий і лише 1,6% оцінили рівень знань як низький, що свідчить про їх обізнаність. Позитивним є те, що здобувачі розуміють, що ожиріння є серйозною проблемо – 95,7 %, а також, що лише 29 % респондентів мають шкідливі звички. Слід сфокусувати увагу на наступному запитанні, яке звучало наступним чином: "Чи боялися Ви набрати "лишні кілограми"?", на що половина опитаних (49,7%) відповіли, що так і здебільшого це були респонденти жіночої статі. Ідентична ситуація з наступним запитанням, оскільки 78,1% здобувачів виникало бажання позбавитись від "зайвих жирових відкладень" на окремих частинах тіла.

Харчування відіграє важливу роль під час здобуття освіти, однак тенденція, що спостерігається в результаті отриманих даних анкетування, свідчить, що лише 8,6% дотримуються режиму харчування. Однак позитивне є те, що більша половина здобувачів снідають перед тим, як йдуть на заняття, також мають повноцінний обід та вечерю. Раціон не менш важливий ніж режим харчування, тому на запитання, яка ж їжа присутня у раціоні респондентів перші три найвищі показники розподілились наступним чином: 92% мають у раціоні м'ясо та м'ясні продукти, 78,1% – свіжі овочі та фрукти, 69% – це макаронні вироби. Однак серед запропонованих варіантів респонденти надали відповідь, що найбільше у їх раціоні переважають саме м'ясо та м'ясні продукти – 44,9%. На запитання анкети чи мають здобувачі наявну надмірну вагу чи ожиріння 55,6 % відповіли, що ні, а на наступне запитання про ймовірність виникнення зайвої ваги майже на однакових показниках

розподілились відповіді, 35,8% – ні, 34,8 – так ймовірно є ризик виникнення зайвої ваги, 29,5 % – важко відповісти.

Найбільший об'єм вживаної їжі протягом доби у здобувачів припадає на обід – 60,4%, що є позитивним показником та 50,3% не пропускали сніданок, обід, вечерю внаслідок відсутності їжі. Серед чинників, які впливають на здобувачів під час вибору їжі це: фінансові можливості придбати їжу (42,8%), батьки та сімейні традиції (38,3%), реклама та засоби масової інформації (7,8%).

У 57,5% здобувачів освіти у щоденному раціоні присутня смажена, жирна та гостра їжа. На думку 89,2% здобувачів надмірне та хаотичне споживання їжі впливає на виникнення надмірної маси тіла та ожиріння під час навчання. 56,3% респондентів відмічають, що причиною нераціонального харчування є брак часу, 24,6% не мають бажання готувати, 11,5% через нестачу коштів. 79% здобувачів виявили бажання змінити якість свого харчування та раціоналізувати його.

Останній (третій) блок запитань анкети стосувався фізичної активності здобувачів. 15,7% оцінюють свій фізичний стан та розвиток як високий, 78,9% як середній та 5,4% – низький. Половина респондентів (51,4%) належать до основної групи фізичної підготовки, 95,1% впевнені, що за допомогою занять фізичними навантаженнями, вправами можна знизити надмірну масу тіла, а 95,7% вважають, що систематично організована рухова активність потрібна для профілактики ожиріння. Однак лише 29,2% займають систематично фізичними вправами, фізичною культурою, інші ж або взагалі не займаються або займаються час від часу.

26,5% змушує незадоволення власною фігурою або масою тіла займатися фізичними вправами. 39,2% здобувачів займаються лише на аудиторних заняттях з фізичного виховання, 26% роблять лише ранкову гімнастику.

49,2% респондентів відмічали під час швидкої, інтенсивної ходи чи підйомі по сходах задуху. Більше половини здобувачів (56%) проводять 5-10 годин у положенні сидячи упродовж дня (враховуючи заняття, виконання домашніх завдань), а 15,2% більше 10 годин. А от на свіжому повітрі респонденти проводять менше 1 години – 39,5%, 41,1% – 2-3 години, 19,5% більше трьох годин.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Сучасна українська студентська молодь, на жаль, не усвідомлює, що правильне харчування, фізична активність та відсутність шкідливих звичок, які є ключовими компонентами здорового способу життя. Саме тому, кожен здобувач повинен володіти та мати необхідні знання щодо раціоналізації та модернізації способу життя. У таких умовах актуальною становиться проблема харчування, фізичної активності студентської молоді в сучасних умовах здобуття освіти. Тому в подальшому необхідно науково обґрунтувати перспективні підходи раціоналізації способу життя здобувачів закладу вищої медичної освіти як складову системи профілактики по запобіганню ожиріння

ЛІТЕРАТУРА

1. Годун. Н. І. Раціональне харчування сучасних підлітків, як здоров'я- зберігаючий фактор. Молодий вчений. 2016. № 9.1 (36.1). С. 48.

2. Горобей М. П. Проблеми збалансованого харчування студентів. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2011. № 10. С. 21.

3. Дячук Д. Д., Заболотна І.Е. Обгрунтування організації медико-соціологічного моніторингу ожиріння у дітей. Проблема харчування. 2017. № 2. С. 11.

4. Ожиріння й надмірна вага – серйозна проблема сучасності. Online. URL: http://melzdrav-mlt.in.ua/2019/11/26/div-style-font-size-22px-text-align-center-color-brown-b-ozhirinnja-j-nadmirna-vaga-serjozna-problema-suchasnosti-b-div/ (дата звернення 18.11.2020).

5. Сєногонова Г. І. Ожиріння хвороба XXI століття. Технологический аудит и резервы производства. 2013. № 5/4 (13). С. 26.

REFERENCES

1. Hodun. N. I. Ratsionalne kharchuvannia suchasnykh pidlitkiv, yak zdorovia- zberihaiuchyi faktor. Molodyi vchenyi. 2016. № 9.1 (36.1). S. 48.

2. Horobei M. P. Problemy zbalansovanoho kharchuvannia studentiv. Pedahohika, psykholohiia ta medyko-biolohichni problemy fizychnoho vykhovannia i sportu. 2011. № 10. S. 21.

3. Diachuk D. D., Zabolotna I.E. Obhruntuvannia orhanizatsii medyko-sotsiolohichnoho monitorynhu ozhyrinnia u ditei. Problema kharchuvannia. 2017. № 2. S. 11.

4. Ozhyrinnia y nadmirna vaha – seriozna problema suchasnosti. Online. URL: http://melzdrav-mlt.in.ua/2019/11/26/div-style-font-size-22px-text-align-center-color-brown-b-ozhirinnja-j-nadmirna-vaga-serjozna-problema-suchasnosti-b-div/ (data zvernennia 18.11.2020).

5. Sienohonova H. I. Ozhyrinnia khvoroba KhKhI stolittia. Tekhnolohycheskyi audyt y rezervы proyzvodstva. 2013. № 5/4 (13). S. 26.

ВПЛИВ СПОСОБУ ЖИТТЯ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ В ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ ОСВІТИ НА ВИНИКНЕННЯ ОЖИРІННЯ В ЗДОБУВАЧІВ

Боярин Ж.С., Копетчук В.А.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *За останні роки все більшої актуальності набуває проблема зайвої ваги та ожиріння. У сучасному світі ця проблема стала глобальною та все більше набуває поширення навіть серед країн з низьким рівнем життя. В Україні ситуація із "зайвими кілограмами" відображає світові тенденції. Наведені у дослідженні показники свідчать про серйозність проблеми, яка розкриває сутність негативного впливу надмірної маси тіла та ожиріння на стан і працездатність населення. Тому постає питання про підвищення рівня освіти з питань профілактики та раціоналізації способу життя (як однієї з причин виникнення ожиріння) саме серед студентської молоді, оскільки вагома її частина вже має надмірну масу тіла. Молодь, зокрема здобувачі, є в групі ризику до прогресування патології через неправильно сформовані моделі харчової поведінки.*

Ключові слова: *ожиріння, здобувачі, харчова поведінка, спосіб життя, фізична активність.*

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ ВО ВРЕМЯ ОБУЧЕНИЯ В ЗАВЕДЕНИИ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У СОИСКАТЕЛЕЙ

Боярин Ж.С., Копетчук В.А.
Житомирский медицинский институт Житомирского областного сонета

Аннотация. *За последние годы все большую актуальность приобретает проблема лишнего веса и ожирения. В современном мире эта проблема стала глобальной и все более распространенной даже среди стран с низким уровнем жизни. В Украине ситуация с "лишними килограммами" отражает мировые тенденции. Данные показатели свидетельствуют о серьезности проблемы, которая раскрывает сущность негативного влияния избыточной массы тела и ожирения на состояние и работоспособность населения. Поэтому возникает вопрос о повышении уровня образования по вопросам профилактики и рационализации образа жизни (как одной из причин возникновения ожирения) именно среди студенческой молодежи, поскольку значительная ее часть уже имеет избыточную массу тела. Молодежь, в частности соискатели, есть в группе риска к прогрессированию патологии из-за неправильно сформированной модели пищевого поведения.*

Ключевые слова: *ожирение, соискатели, пищевое поведение, образ жизни, физическая активность.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 159.944.4:616-051

СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА РІВНЯ ЗНАНЬ РЕСПОНДЕНТІВ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Васьковська О.Л., Круковська І.М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

PECULIARITIES OF MEDICAL WORKERS` SELF-ASSESSMENT ON THE ISSUE OF PROFESSIONAL BURNOUT

Vaskovska O.L., Krukovska I.M.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *Burnout is a problem facing healthcare professionals around the world. Physicians, as well as teachers, educators and social workers, belong to the human-to-human profession and are particularly prone to fatigue. A healthy employee is an important condition for professional activity, and his emotional well-being is a determining factor in professional life.*

Key words. *Burnout; medical workers; healthcare professionals.*

Актуальність проблеми. Здоров'я працюючого населення стало останнім часом однією з пріоритетних проблем у розвинутих країнах світу. Цілком очевидно, що це є не лише проявом гуманізму суспільства, але й результатом врахування величезних економічних збитків, яке несе людство через втрату здоров'я працівниками. Це знижує ефективність трудового потенціалу [9].

Робота медичних працівників має високі вимоги, надмірну відповідальність та емоційні навантаження, що висуваються до робітника, містить небезпеку сильних переживань, пов'язаних із робочим процесом та існує висока ймовірність появи професійного стресу. Нездатність в ряді випадків змінити несприятливий хід ситуації, характер спілкування та перенасичення комунікативної сфери підвищує стресогенність роботи медичних працівників. Здебільшого медики, що страждають на синдром професійного вигорання не помічають його за собою та не можуть допомогти собі самостійно.

Мета дослідження. Визначити рівень знань медичних працівників, щодо проблеми професійного вигорання.

Матеріали та методи. У досліджені безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні методи наукового дослідження:

- теоретичні:
  - метод системного аналізу світової та вітчизняної літератури;
  - теоретичне узагальнення,
  - синтез і аналіз з метою розкриття основних складових професійного вигорання серед медичних працівників;
- емпіричні – анкетування.

Результати дослідження та їх обговорення. Опрацьовуючи наукові джерела було підтверджено, що професійне вигорання - це виснаження емоційних, духовних та енергетичних ресурсів людини, що розвивається на фоні сильного хронічного робочого стресу. Цей стан проявляється повною відсутністю інтересу до професійної діяльності та почуттям труднощів у подальшому професійному розвитку, відсутності сили та бажання брати участь у діяльності, яка нещодавно була дуже цікавою. Найбільша загроза розвитку цього синдрому в тому, що він розвивається поступово, не поспішаючи, наростаючи щодня. Якщо ви ігноруєте перші ознаки, то з часом відчуття радості від роботи знижується, а бажанням залишити свою роботу швидко росте [10].

Вперше термін «вигорання» або «burnout» був введений американським психіатром Герхардом Фрейденбергер в 1974 році для характеристики психологічного стану здорових людей, що знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами (пацієнтами) в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги [2; 8].

Симптоми синдрому «професійного вигорання» можуть варіюватися від легких поведінкових реакцій (дратівливість,

стомлюваність) до психосоматичних і невротичних розладів.

Представники професій, чия діяльність пов'язана з інтенсивним спілкуванням, рано чи пізно починають відчувати такі симптоми:

- втома;
- занижена самооцінка;
- скарги на здоров'я;
- втрата почуття гумору;
- втрата сил.

Таблиця 1

Стадії та ознаки професійного вигорання [11]

Попередження	• звуження особистісного простору та інтересів до професійної діяльності; • надмірна захопленість працівника робочим процесом; • відмова або мінімізація своїх потреб поза робочим процесом; • скорочення часу на відпочинок; • безсоння, погіршення уваги, емоційне виснаження; • залежність від сторонньої думки; • знеособлення себе та свого впливу на робочий процес; • втрата інтересу до прийняття спільних рішень.
Відчуження	• втрата радості від роботи; • емоції притупляються, у взаєминах відчувається відстороненість; • дедалі частіше з'являється невизначене роздратування; • зникає емоційний підйом та позитив у спілкуванні з колегами; • зникає емпатія — замість неї приходять байдужість і цинічність звучать саркастичні репліки про незадовільну матеріальну компенсацію.
Виснаження	• відчуження набуває яскравішого вираження; • негативні почуття і роздратування вже не можна приховати; • почуття вини, що не витісняють навіть незначні проблиски радості та інтересу; • емоційне ставлення до світу «сплющене», проявляються елементарні захисні установки та схеми; • гострі психосоматичні реакції (тривалий головний біль, біль у шлунку; стійке безсоння; раптові приступи нудоти, запаморочення); • можуть розвиватися залежності, змінюватися звички в харчуванні.
Розчарування та відчай	• це завершальна стадія, її маркери — – відчуття порожнечі, безпомічності та беззмістовності не тільки роботи, а й життя в цілому; – своєрідне оціпеніння, імпульсивність та хаотичність рухів; – абсентний вираз обличчя й очей.

Емоційне виснаження відображає стресовий вимір вигорання і охоплює почуття безнадії, самотності, депресії, гніву, нетерпіння, дратівливості, напруженості, зниження емпатії, почуття браку енергії та занепокоєння. Деперсоналізація - це спроба, яку людина робить, щоб поставити дистанцію між собою та одержувачами послуги, активно ігноруючи якості, що роблять їх унікальними особистостями, спонукаючи почуття відчуженості та байдужості до інших. Це робить роботу з іншими людьми часто неприємною та небажаною. Низькі професійні досягнення або низька задоволеність роботою, у свою чергу, можна охарактеризувати як відчуття того, що було досягнуто дуже мало, а те, що досягнуто, нічого не варто [3].

В усьому світі встановлено, що медичні працівники вразливі до синдрому вигорання, що, в свою чергу, знижує якість їхнього життя та надання медичних послуг [4].

Професійний стрес виникає, коли фактори, пов'язані з роботою, взаємодіють з окремими факторами, що призводить до зміни психологічного та/або фізіологічного стану індивіда. Вигорання - це специфічний тип професійного стресу, який включає симптоми емоційного виснаження, знеособлення та зниження почуття особистого успіху [1,5,6].

Наслідки вигорання можуть бути значними не лише для медичних працівників, але й для їх пацієнтів. Вигорання асоціюється із значно більшим ризиком помилок (наприклад, помилок з ліками, помилками у діагностиці та прийнятті рішень) та неоптимальним ставленням до пацієнтів (наприклад, приділення мало уваги соціальному чи особистому впливу хвороби).

На індивідуальному рівні вигорання серед медичних працівників асоціюється з нижчим рівнем задоволеності кар'єрою, більшою ймовірністю передчасно залишити професію або обрати дострокову пенсію та більшим ризиком виникнення труднощів у міжособистісних стосунках, таких як з родиною та партнерами [1].

Для визначення рівню професійного вигорання серед медичних працівниць, було використано медико–соціологічне дослідження серед медиків КНП "ОМЦПЗ" ЖОР та комунальне некомерційне підприємство "Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня" Житомирської обласної ради. Для цього нами було розроблено спеціальний опитувальник, який складався із 29 питань з варіантами відповідей. Дане анкетування проходило в анонімній формі.

Загальна кількість анкетованих медичних працівників – 100 осіб. Серед них 14 чоловіків та 86 жінок, що становить 14%±3,5% та 86%±3,5% відповідно. Різниця між часткою чоловіків та жінок статистично вірогідна.

Серед опитаних 29 осіб віком від 19 до 30 років (29%±4,5%), 31-40 років – 27 осіб (27%±4,4%), 41-50 років – 19 медичних працівників (19%±3,9%). Найменша кількість опитаних у віковому інтервалі 51-60 років, їх кількість становить 11 осіб (11%±3,1%). 61-73 років на час опитування було 14 (14%±3,5%) медичним працівникам. Такі люди ще змушені працювати навіть будучи на заслуженому відпочинку у зв'язку з низькою пенсією. Ще деяким з них самотньо вдома і робота засіб від нудьги.

Таким чином, коло наших опитаних складали повнолітні особи, медичні працівники КНП "ОМЦПЗ" ЖОР та комунальне некомерційне підприємство "Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня" Житомирської обласної ради, де ми визначали рівень професійного вигорання.

Структуру анкетованих медичних працівників залежно від посади показано на рис.1

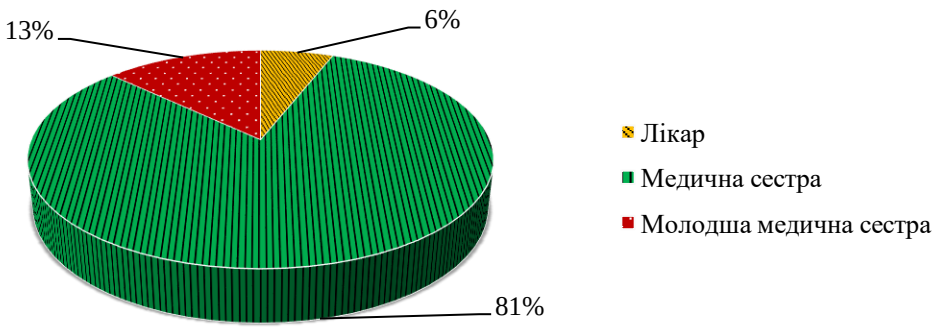


Рис 1. Структуру анкетованих медичних працівників залежно від посади

Кількість опитаних медичних працівників склала 6 лікарів (6%±2,4%), опитаних медичних сестер 81 (81%±3,9) та 13 молодших медичних сестер (13%±3,4%).

Структура медичних працівників за стажем наведено у таблиці 2.

Таблиця 2.

Стаж роботи медичних працівників

Стаж	Абс.	M±m, %
Менше 1 року – 10	36	36±4,8
11 – 20	34	34±4,7
21 – 30	9	9±2,9
31 – 40	9	9±2,9
41 – 51	12	12±3,2

Виникнення і розвиток синдрому професійного вигорання залежить від віку, стажу роботи і статі працівника. Було встановлено, що до вигоряння на роботі схильні наймолодші і недосвідчені медичні працівники, які покладають великі надії на свою кар'єру. Тому перший досвід роботи пов'язаний з адаптацією молодого фахівця до умов праці і нових вимог медичної практики. У період адаптації більшість медичних працівників схильні до професійного вигорання. За період від 10 до 20 років медичного стажу можливості

працівників можуть різко знизитися. Професійні якості медиків деформуються що, не може забезпечити їх кар'єрний успіх.

Серед усіх опитаних 91 особа (91%±2,9), а це більша частина, вважають проблему професійного вигорання у медичних працівників актуальною. Натомість 9 осіб (9%±2,9) не вважає дане питання актуальним.

Більшість визнає проблему професійного вигорання у медичних працівників актуальною тому що, професійна діяльність здебільшого пов'язана з пацієнтами та покращенням їхнього стану здоров'я. Під час роботи можуть виникати емоційно напружені події, що в свою чергу можуть призвести до вигорання медика. Більшість респондентів проявляють самосвідоме розуміння можливого виникнення у них синдрому професійного вигорання. Їх цікавить, як застерегти себе від вигорання, тому питання профілактики є для них важливим.

26 опитаних визнали свої знання досконалими. Більшість респондентів визнали, що мають загальне уявлення про проблему – 68 осіб. Найнижче свої знання оцінили 6 осіб, які визнали, що мають недостатній рівень знань з даної проблеми. Таким чином, аналізуючи дане запитання, бачимо, що більшість опитаних мають загальне уявлення з питань професійного вигорання у медичних працівників в той час, як вони вказали, що дане питання є актуальним, то потрібно поглибити знання медиків з цієї теми.

Серед усіх опитаних зі стажем роботи менше 1 року – 10 років 27 осіб (75%±7,2%), а це більша частина, мають загальне уявлення про проблему. Натомість 4 особи (11,1%±27,4%) не вважають свої знання достатніми. 5 медичних працівників (13,9%±5,8%) вважають, що їхні знання досконалі.

Більшість має лише загальні уявлення з даної проблеми тому що, особи зі стажем роботи менше 1 року – 10 років здебільшого молоді люди, які не надто заглиблювалися у дане питання. Медичні працівники, які мають не тривалий стаж роботи рідко стикаються з професійним вигоранням. Частка респондентів свідомо розуміє свою недосконалість знань. Тому актуальним для них буде відвідування бесід чи лекцій з даної проблематики.

Суб'єктивна оцінка рівня знань медичних працівників зі стажем роботи від 11 до 20 років щодо проблеми професійного вигорання: 13 опитаних визнали свої знання досконалими. Більшість респондентів визнали, що мають загальне уявлення про проблему – 21 особа. Варіант «Знання недостатні» не обрав жоден медичний працівник зі стажем роботи від 11 до 20 років. Таким чином, аналізуючи дане запитання, бачимо, що більшість опитаних мають загальне уявлення з питань професійного вигорання в той час, як вони є більш досвідчені ніж перша група опитаних.

4 опитаних (44,4%±49,7%) визнали свої знання досконалими. Більшість опитаних медичних працівників зі стажем роботи від 21 до 30 років вказали, що мають загальне уявлення про проблему - 5 осіб (55,6%±49,7%). Тих, що вважали, свої знання недостатніми не було.

Медичні працівники зі стажем роботи від 21 до 30 років теж мають загальне уявлення з даного питання, але тих, що визнають свій рівень знань недостатнім теж немає, як і в попередній групі опитаних. Це вказує на те, що з медичними працівниками проводять бесіди та заняття на курсах підвищення кваліфікації стосовно питань професійного вигорання.

Суб'єктивна оцінка рівня знань медичних працівників зі стажем роботи від 31 до 40 років щодо проблеми професійного вигорання: 3 опитаних (33,3%±15,7%) визнали свої знання досконалими. Більшість медичних працівників, а саме 5 осіб (55,6%±49,7%) вказали, що мають загальне уявлення про проблему. Серед анкетованих була 1 особа, яка визнала свої знання недостатніми.

Медичні працівники зі стажем роботи від 31 до 40 років здебільшого оцінили свій рівень знань загально, але бачимо, що відсоток опитаних чиї знання є досконалими нищий ніж у попередньої групи опитаних. Також варто звернути увагу на те, що є один медичний працівник з недостатнім рівнем знань з питань професійного вигорання.

Суб'єктивну оцінку рівня знань медичних працівників зі стажем роботи від 41 до 51 року щодо проблеми професійного вигорання наведено на рис. 2.

1 з опитаних (8,3%±8,0%) визнали свої знання досконалими. Більшість медичних працівників, а саме 10 осіб (83,4%±10,7%) вказали, що мають загальне уявлення про проблему. Серед анкетованих була 1 особа, яка визнала свої знання недостатніми.

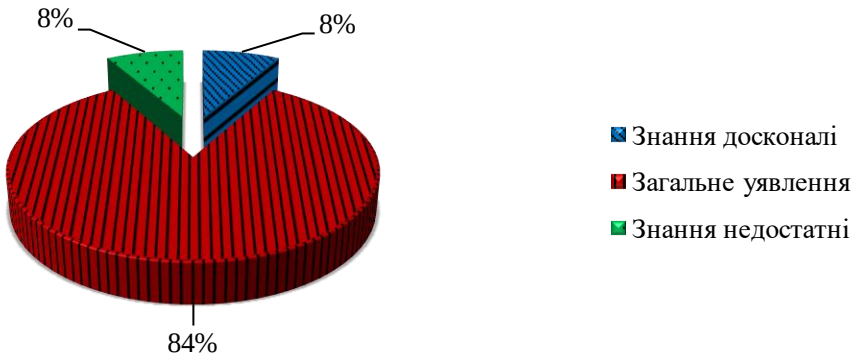


Рис. 2. Суб'єктивна оцінка рівня знань медичних працівників зі стажем роботи від 41 до 51 року щодо проблеми професійного вигорання

Переважна більшість медичних працівників зі стажем роботи від 41 до 51 року в загальному ознайомлені з проблемою професійного вигорання.

Висновок: отже, отримані результати свідчать про те, що медичні працівники КНП "ОМЦПЗ" ЖОР та комунальне некомерційне підприємство "Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня" Житомирської обласної ради мають загальне уявлення щодо проблеми професійного вигорання. Стосовно респондентів, що мають низький рівень знань з даної проблеми пропонуємо проводити бесіди та заняття на курсах підвищення кваліфікації стосовно питань професійного вигорання.

У подальшому вирішення проблеми професійного вигорання у медичних працівників дозволить нам розробити методику ранньої діагностики та профілактики даного синдрому. Профілактичні заходи у свою чергу дозволять зберегти та зміцнити фізичне та психічне здоров'я спеціалістів медичної сфери.[7]

ЛІТЕРАТУРА

1. Clough, Bonnie A., et al. "Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review." Systematic reviews 6.1 (2017): P. 144.
2. Freundberger H.J. (1974).Staff burnout // Social Scienes. P. 159-166.
3. Gouveia, Pedro Alves da Cruz, et al. "Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital."Revista da Associação Médica Brasileira 63.6 (2017): P. 504-511.
4. Kokonya, Donald A., et al. "Burnout syndrome among medical workers at Kenyatta National Hospital (KNH), Nairobi, Kenya." (2014), P:17
5. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory. 1986.
6. Maslach C, Jackson SE. Burnout in organizational settings. Appl Soc Psychol Ann. 1984;5:133 P. 53
7. Васьковська О. Л. Круковська І.М. Особливості професійного вигорання у медичних працівників.// Матеріали Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Вища освіта та практика в медсестринстві»/ О. Л. Васьковська. – Житомир, 22-23 жовтня 2020.– С. 212 – 215.
8. Васьковська О. Л. Профілактика професійного вигорання у медичних працівників.// Матеріали Всеукраїнської науково-методичної інтернет-конференції, присвяченої 90-річчю Черкаської медичної академії / О. Л. Васьковська. – Черкаси, 15 жовтня 2020.– С. 278 – 280.
9. Кундієв Ю.І.,Трахтенберг І.М.,Чернюк В.І.,Нагорна А.М. Медицина праці на сучасному етапі. Актуальні питання охорони здоров'я. Науковий журнал МОЗ України №1(5). 2014.С.47-54.
10.Сіла батарейка: що таке професійне вигорання та як його попередити. [on line].URL: https://happymonday.ua/shho-take-profesijne-vygorannya (Дата звернення 20.10.2020)
11.Стресостійкість і професійне вигорання педагогів. [on line]. URL: https://www.pedrada.com.ua/article/1455-stresostykst-profesyne-vigorannya-pedagogv (Дата звернення 20.01.2020).

REFERENCES:

1. Clough, Bonnie A., et al. "Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review." Systematic reviews 6.1 (2017): R. 144.
2. Freundberger H.J. (1974) .Staff burnout // Social Scienes. R. 159-166.)
3. Gouveia, Pedro Alves da Cruz, et al. "Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital." Revista da Associação Médica Brasileira 63.6 (2017): R. 504-511.)
4. Kokonya, Donald A., et al. "Burnout syndrome among medical workers at Kenyatta National Hospital (KNH), Nairobi, Kenya." (2014), R: 17)
5. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Butter burnout inventory. 1986
6. Butter C, Jackson SE. Burnout in organizational settings. Appl Soc Psychol Ann. 1984; 5: 133 R. 53
7. Vaskovskaya O.L. Krukovskaya I.M. Peculiarities of professional burnout in medical workers.// Materials Proceedings of the scientific-practical conference with international participation "Higher education and practice in nursing" / O.L. Vaskovskaya. - Zhytomyr, October 22-23, 2020.– P. 212 - 215.
8. Vaskovskaya O.L. Prevention of burnout in medical workers.//Materials of the All-Ukrainian scientific-methodical Internet conference dedicated to the 90th anniversary of the Cherkasy Medical Academy / O.L. Vaskovskaya. - Cherkasy, October 15, 2020.– P. 278 - 280.
9. Kundiev YI, Trachtenberg IM, Chernyuk VI, Nagornaya AM Occupational medicine at the present stage. Current health issues. Scientific Journal of the Ministry of Health of Ukraine №1 (5). 2014.C.47-54.
10. Battery power: what is burnout and how to prevent it. [on line] .URL: https://happymonday.ua/shho-take-profesijne-vygorannya (Accessed 20.10.2020)
11. Stress resistance and professional burnout of teachers. [on line]. URL: https://www.pedrada.com.ua/article/1455-stresostykst-profesyne-vigorannya-pedagogv (Accessed 20.01.2020).

СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА РІВНЯ ЗНАНЬ РЕСПОНДЕНТІВ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Васьковська О.Л., Круковська І.М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Вигорання - проблема, з якою стикаються медичні працівники у всьому світі. Медичні працівники, а також вчителі, вихователі та соціальні працівники належать до професії «від людини до людини» і особливо схильні до втоми. Здоровий працівник - важлива умова професійної діяльності, а його емоційний добробут - визначальний фактор у професійному житті.*

Ключові слова: *вигорання, медичні працівники, професіонали охорони здоров'я.*

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ РЕСПОНДЕНТОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Васьковска Е.Л., Круковска И.М.
Житомирский медицинский институт Житомирского областного совета

Аннотация. *Выгорание - проблема, с которой сталкиваются медицинские работники во всем мире. Медицинские работники, а также учителя, воспитатели и социальные работники относятся к профессии «от человека к человеку» и особенно подвержены усталости. Здоровый работник - важное условие профессиональной деятельности, а его эмоциональное благополучие - определяющий фактор в профессиональной жизни.*

Ключевые слова*: выгорание, медицинские работники, профессионалы здравоохранения.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 613:159.9

ТВОРЧІСТЬ ЯК ВИРІШАЛЬНИЙ ЧИННИК ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

Вознюк О.В.,
Житомирський державний університет імені Івана Франка
Дядюк В.В.,
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

CREATIVITY AS A DETERMINANT OF HEALTH OF THE PARTICIPANTS OF EDUCATIONAL PROCESS

O.V. Voznyuk,
Zhytomyr Ivan Franko State University
Dyadyuk V.V.,
Zhytomyr Medical Institute

Abstract. *The urgency of the problem stems from the fact that health can be understood as the cornerstone value of human life, and the study of the conditions for actualizing and maintaining the health of the participants in the educational process is an important task of modern human sciences. Accordingly, the analysis of human being's health in the context of his/her creative activity, which is the purpose of the article, enables outlining one of the basic principles of the formation of a healthy lifestyle in a human being. To achieve the purpose, that is, to substantiate the correlation between health and creativity, a theoretical analysis of the problem field has been used, which presupposes applying such theories and concepts as the theory of stress by H. Selye, the information theory of stress by P.V. Simonov, L. Festinger's theory of cognitive dissonance, V.A. Petrovsky and E. Dici, the theory of creativity as non-adaptive activity by D.B. Bogoyavlenskaya, the concept that establishes a correlation between a person's internal motivation and his creative activity, A. Maslow's provisions for the self-actualized personality, the theory of psychological defense, etc. The loss of health by the human body is realized as the loss of the above-mentioned state of coherence, which leads to an increase in entropy, that is, to the activation of the processes of disintegration of human body due to the inconsistency of biorhythms and functions of its cells, organs and systems. This reduces the energy tone of the body and the resistant capabilities of its immunity. The analysis made it possible to conclude that the creative activity of a human being can be considered the most important factor in his/her health, since it increases the energy tone of a person. This conclusion requires a psychological and pedagogical experiment to clarify the peculiarities of the impact of the creative potential of participants in the educational process on the level of their somatic health.*

Key words*: creativity, health of participants in the educational process, coherence, stress, psychological and worldview destruction, protective psychological mechanisms.*

Вступ. Здоров'я людини являє собою одну з наріжних цінностей її життя, а вивчення феномена здоров'я – це один із пріоритетів сучасної науки. Можна сказати, що здоров'я як найскладніший і найважливіший об'єкт для вивчення виявляє міждисциплінарний характер, оскільки тільки в контексті зусиль різних наук можна досягти цілісного розуміння цього феномена. Тому, як засвідчив аналіз наукових джерел, існує більш ніж 300 визначень здоров'я. Ці визначення доцільно сфокусувати у рамках деяких концепцій здоров'я, які можуть бути зведені до таких, як медична (передбачає медичні ознаки і характеристики, здоров'я, яке тут розуміється як відсутність хвороб і їх симптомів), біомедична (як здоров'я розглядається відсутність суб'єктивних відчуттів нездоров'я і органічних порушень), біосоціальна (в рамках цієї концепції розглядаються в єдності медичні та соціальні чинники здоров'я, при цьому пріоритет віддається соціальним чинникам), ціннісно-соціальна (тут здоров'я розуміється як особистісна цінність людини).

Актуальність проблеми. Здоров'я постає наріжною цінністю людського життя. Відповідно, дослідження умов актуалізації та підтримки здоров'я всіх учасників освітнього

процесу виступає важливим завданням сучасних наук про людину, які складають міждисциплінарний ресурс нашого дослідження.

Мета дослідження – аналіз здоров'я учасників освітнього процесу в контексті творчості як вирішального й інтегрального чинника актуалізації здоров'я.

Виклад матеріалу. Аналіз наукової літератури щодо різних аспектів здоров'я дозволяє зробити висновок, який має характер своєрідного постулату: найбільш повно здоров'я як психофізіологічна сутність характеризує стан функціонально-соматичної цілісності людського організму, що забезпечує повноту і різноманітність всієї множини процесів цього організму [12].

Втрата здоров'я людським організму реалізується як втрата ним зазначеного вище стану цілісності/когерентності в результаті певних дій на організм з боку зовнішнього і/або внутрішнього середовища, що, відповідно до другого закону термодинаміки, призводить до підвищення ентропії, тобто до активізації процесів розпаду організму через неузгодженість біоритмів та функцій його клітин, органів і систем.

У контексті проблеми здоров'я цілісність людського організму проявляється також в тому, що на будь-який негативний подразник зовнішнього середовища організм відповідає єдиною пристосувальною реакцією – стресом, результатом якого є різні хвороби (Г. Сельє [10]). Стрес як психофізіологічний процес постає цілісним станом оскільки він супроводжується стійким набором неспецифічних реакцій організму, загальних для більшості, якщо не для всіх, хвороб.

Зазначений феномен дозволяє припустити, що у витоків безлічі захворювань лежить вузький набір причин, що сфокусований навколо єдиного чинника, який призводить до ослаблення життєвого тонусу організму, звужуючи його "життєвий простір". Це, у свою чергу, призводить до спотворення нормального режиму функціонування однієї із "слабких" ланок організму, що і продукує хворобу, яка переборюється єдиним же чинником/ресурсом – імунітетом, процес ослаблення якого зараз розглядається в якості основного чинника будь-якої хвороби, в тому числі і COVID-19.

У цілому, стрес як найпоширеніший феномен сучасного світу виступає, перш за все, інформаційним процесом, оскільки є психофізіологічним "потрясінням" людського організму, зумовленим в меншій мірі негативними/стресорними діями зовнішнього середовища, і в більшій, – психолого-світоглядним негативізмом самої людини. Тобто, соматичні реакції організму на той чи інший стимул (подразник) зовнішнього середовища, в силу наявності великих ресурсів механізму гомеостазу (що реалізує діалектичну стійкість внутрішнього середовища живих систем), як правило, не можуть привести до хвороби (тут ми не розглядаємо екстремальні умови існування живої істоти, в тому числі і людини).

У даному випадку хвороба у контексті перебігу інформаційних процесів виникає тоді, коли організм людини не може адекватно реагувати на зовнішні подразники саме в силу своєї психолого-світоглядної деструкції. Остання виступає умовою вироблення безлічі згубних/негативних психологічних установок, емоційних станів і ціннісних орієнтацій, що генерують/актуалізують, в свою чергу, всілякі хвороби. Відтак, зараз багато спеціалістів різних галузей знань доходять висновку, що причина багатьох, якщо не всіх хвороб людини, пов'язана з її психічною організацією, і, в кінцевому підсумку, з її духовно-ціннісно-світоглядними орієнтаціями [2; 5; 8].

Процес лікування будь-якої хвороби при цьому виявляється у певному розумінні простим. Він полягає в гармонізації духовного світу людини, в упорядкуванні її свідомості.

Зазначимо, що стрес на рівні основних психофізіологічних реакцій людини проявляється у вигляді емоцій, які виступають інтегральною характеристикою людського організму, про що свідчить інформаційна теорія емоцій П.В. Симонова, згідно з якою емоція є реакція людини на дефіцит актуальної інформації: якщо людина відчуває дефіцит інформації щодо певної актуальної для неї події, то цей стан формує емоційну (орієнтовну, пошукову, стресову) реакцію, в якій задіяний цілісний організм. Відтак, експериментально показано, що емоція є функція інформації, коли емоція реалізується як реакція організму на брак інформації про ту чи іншу життєву ситуації, пов'язану з процесом задоволення людиною своїх потреб [11].

Виходячи з інформаційної теорії емоцій можна стверджувати, що дефіцит інформації про зовнішній світ є виразом ситуативної невизначеності, яка породжує у людини стрессорний стан непевності в сьогоднішньому

і завтрашньому дні.

При цьому, стрес як фундаментальна причина хвороб реалізується не тільки в процесі емоційного реагування на подразники зовнішнього і внутрішнього середовища (що виражає адаптивний аспект стресу), але і в процесі неможливості/нездатності такого реагування (що виступає чинником дезаптації).

Найбільш повно психо-енерго-поведінкова складова здоров'я була вивчена Інститутом кинесиології (США), результати досліджень якого наводять у своїх книгах П. Вайнцвайг і директор цього інституту Д. Даймонт [3]. Науковці дійшли висновку, що позитивний настрій і позитивне ставлення до світу є вирішальним чинником підвищення життєвого тонусу людини і зміцнення її імунітету з усіма соціальними і медико-біологічними наслідками, що випливають з цього [3].

Відтак, здоров'я людини виступає сутністю, яка виражає характер і рівень інтегрованості організму в навколишнє середовище, що на мові синергетики визначається як процес дисипації – відкритості організму зовнішньому середовищу, з яким він обмінюється енергією та інформацією, знижуючи рівень своєї ентропії і отримуючи доступ до енергетичних ресурсів зовнішнього середовища. За таких умов, здоров'я є змінна – функціональна величина, що характеризує здатність організму відновлювати і підтримувати незмінною гомеостатичну рівновагу. У зв'язку з цим здоров'я, яке характеризується певним рівнем адаптаційної енергії, може бути виражено величиною зворотної кількості енергії, яку організм змушений витрачати для відновлення гомеостазу після виведення його з рівноваги.

Хвороба, причина якої є зниження життєвого (енергетичного) тонусу людського організму, актуалізується завдяки стресам, які виступають інформаційної сутністю і є наслідком інформаційної невизначеності важливих для людини подій. Таким чином, падіння енергетичного тонусу організму викликається стресами, які мають як зовнішні (погодні умови, інтенсивне фізичне навантаження, неправильне харчування та ін.), так і внутрішні причини.

До внутрішніх причин (діалектичним чином пов'язаних із зовнішніми причинами) відноситься "негармонійний" світогляд і мислення людини, які можуть привести до розвитку "негармонійного", "патологічного" ставлення до життя через вироблення деструктивних психологічних установок. Це, в свою чергу, призводить до виснаження життєвої енергії: як показали експерименти, падіння життєвої енергії у людини має місце внаслідок її негативного ставлення до себе і навколишнього середовища, що підтверджується вивченням ракових та інших захворювань: причиною як раку, так і інших хвороб, виступають тривалі вкорінені негативні стресові стани/реакції людини (ненависть, гнів, образа, ревнощі та ін.). Навпаки, позитивне ставлення людини до життя підвищує енергетичний тонус організму [3].

Існує ефективний механізм повного зниження інформаційної невизначеності соціального середовища людини, не пов'язаний з численними механізмами психологічного захисту, – віра в Вищий Розум (Абсолют) як переконаність людини в наявності Бога – творчого гармонійного початку реальності.: як засвідчують наукові дослідження, віруючі люди менше хворіють і живуть довше.

У зв'язку з висновком про те, що стрес виступає головною причиною людських хвороб, розглянемо фундаментальний механізм існування сучасної людини, пов'язаний з формуванням *психологічних захистів як універсальних пристосувальних реакцій людини на стресогенне соціальне середовище*.

Найбільш повно механізми психологічного захисту вивчені в контексті *теорії когнітивного дисонансу* (когнітивної дистрибуції), яка показує, що "ми не переробляємо інформацію неупереджено, а спотворюємо її таким чином, щоб вона задовольняла нашим раніше засвоєним уявленням" (Е. Аронсон [1]). У момент когнітивного дисонансу людина прагне звільнитися від амбівалентної (двоїстої) парадоксальної когнітивної ситуації за допомогою спотворення дійсності (що можна проілюструвати байкою про "зелений виноград").

Наприклад, коли ми купили якусь вельми дорогу річ, яка потім виявилася непотрібною, тобто не вартою заплачених за неї грошей, то ми виявляємо дві протилежні когніції (припущення): або річ дійсно є цінною і коштує витрачених грошей, або ми опинилися "невдахами".

Ці дві протилежні когніції, по-перше, не можуть мирно співіснувати одна з одною в "чорно-білій" свідомості людини з її двійковою "так-ні" логікою мислення. Саме для даної

людини виникає зазначена проблема, пов'язана з когнітивним дисонансом. По-друге, людині, яка володіє чорно-білим мисленням, для запобігання падінню самооцінки, виявляється вельми проблематичним визнати себе невдахою.

Принциповим в даному випадку виявляється те, що багато людей причиною своїх успіхів вважають себе, а невдач – інших людей, навколишнє середовище, долю тощо.

Таким чином, протиріччя між двома протилежними ідеями (подіями), на яких зосереджується людина, що характеризується чорно-білим дискретно-лінійним сприйняттям дійсності, часто призводять до того, що одна з цих ідей (подій) або витісняється, або спотворюється, або трансформується в напрямку смислового ряду протилежної ідеї. В результаті такого дискретно-лінійного процесу обробки інформації людина втрачає адекватне сприйняття реальності, яка являє собою, насправді, принципово цілісною, нелінійною сутністю, в рамках якої протилежності мирно сусідять і навіть переходять одна в одну.

Соціальна психологія виявила безліч подібних прикладів когнітивного дисонансу, коли в проблемній ситуації через виникнення когнітивного дискомфорту в разі зіткнення двох полярних ідей (психологічних станів), людина відкидає одну з ідей (психологічних станів), оскільки вона не здатна "фліртувати з абсурдом": в своїй більшості, як зауважив А. Камю, такі люди – це істоти, які витрачають своє життя на переконання себе в тому, що оточуюча їх дійсність не абсурдна. Однак, відкритість абсурду характерна для творчих людей. Проаналізуємо цю тезу більш докладно із залученням результатів у галузі соціально-педагогічних досліджень.

Результати та їх обговорення. Як засвідчує аналіз наукових джерел, творчі люди здатні мислити парадоксально-багатозначним чином, і у процесі подолання когнітивної амбівалентності (подвійності) подій навколишньої дійсності здатні усувати конфлікт між протилежними когніціями шляхом їх поєднання в певній проміжній між ними когніції – нейтральній парадоксальній сутності. Цей акт відкритості до абсурду, парадоксу досягається завдяки творчому парадоксально-метаморфозному мисленню і світогляду, що виявляє дипластію як здатність інтегрувати протилежні сутності (поняття, психологічні стани, емоційні реакції) і оперувати ними (див., наприклад, таку форму мови, як оксиморон – "живий мрець", "сильна слабкість", "геніальна тупість"), що постає провідним чинником розвитку людини в онто- і філогенезі (Б.Ф. Поршнєв).

Відзначимо, що процес когнітивного дисонансу має місце не тільки на логіко-поведінковому, психолого-світоглядному, а й на психофізіологічному і соматичному рівнях організму, що є причиною багатьох хвороб – психічних, психосоматичних, соматичних. У фізіології когнітивний дисонанс виступає в образі павлівського "збивання мотивів" (конфлікту двох протилежних і однаково сильних мотивів поведінки), що є умовою виникнення неврозів, які експериментальним чином викликаються сильним збудженням гіпоталамуса (при якому одночасно активізуються обидві його відділи), а також в процесі боротьби суперечливих прагнень/мотивів людини (А.М. Свядощ).

Людина ж, яка виступає відкритою системою і яка сприймає світ з повною довірою, поєднуючи полярні його аспекти, є творчою особистістю, оскільки, як засвідчують експерименти, люди з високим творчим потенціалом краще асоціюють поняття з протилежними значеннями, ніж з подібними (В.С. Ротенберг).

Тут потрібно сказати і те, що творчість як процес інтеграції контрастних і суперечливих сутностей і створення нових цілісностей (смислів), є головною рисою еволюційного механізму. Як пише Ф.Клікс, найважливіша передумова появи нової якості складається тоді, коли дві системи, які незалежно виникли для виконання різних функцій, вступають між собою у взаємодію. Ця взаємодія породжує нову якість, при цьому дві початкові структури зберігаються в новій функціональній єдності як її часткові підсистеми, однозначні за своєю природою [7].

Згідно В.С.Ротенбергу, творчі люди можуть зберігати стан невизначеності, володіючи можливістю рефлексувати і використовувати одночасно кілька протилежних один по відношенню до одного ідей, понять, уявлень, психологічних, психофізіологічних станів. І, як наслідок, творчі люди можуть сприймати і досліджувати такі відносини і зв'язки, які є недоступними для тих, хто схиляється до ясності і однозначності.

Якщо творча особистість є метою розвитку людини, то такою ж метою розвитку є і фундаментальна властивість творчої людини, що полягає в здатності включати полярні

аспекти світу в єдиний концептуальний і онтологічний контекст, тобто сприймати світ як дещо цілісне, інтегральне і парадоксальне/абсурдне.

У зв'язку з цим відзначимо, що творча людина, характеризуючись розвитком внутрішньої мотивації як стану самодетермінації і самодостатності, володіє життєстійкістю завдяки високому рівню адаптаційних механізмів, які їй притаманні в силу творчого, парадоксального, багатозначного ставлення до реальності, що дозволяє творчій людині контролювати різні події/чинники цієї реальності, досягаючи стану контролювання свого життя.

Крім того, як засвідчили психологічні дослідження, внутрішня мотивація як психологічний механізм самоконтролю людини реалізується в так званій надситуативній творчій діяльності (як способі переборення, трансцендування наявної життєвої ситуації "тут і тепер"). Тобто внутрішня мотивація, що звільняє людину від детермінації її поведінки зовнішнім середовищем, реалізує творчий акт, який постає діяльністю, вільною від зовнішніх впливів, діяльністю заради самої діяльності, подібно до "мистецтва заради мистецтва".

Формування внутрішньої мотивації до певного виду діяльності випливає з розвитку творчої складової учасників освітнього процесу, коли формування/розвиток творчої особистості є головним моментом у кристалізації внутрішньої (самодетермінантної) мотивації щодо поведінки людини, а творчість при цьому є виходом у сферу багатозначного, багатомірного, парадоксального, абсурдного, дипластичного розуміння реальності та її освоєння. Тобто творчість передбачає актуалізацію надситуативності як здатності суб'єкта долати принцип доцільності, виходити за рамки "тут і тепер".

Внутрішня мотивація формується на шляху непрагматичної діяльності (якою і виступає творчість): експерименти Річарда де Чармса показали, що якщо людина отримує винагороду за роботу, яку вона робить за власним бажанням, то внутрішня мотивація цієї діяльності буде слабшати; а якщо ж людина не винагороджується за нецікаву діяльність, розпочату нею тільки заради винагороди, то внутрішня мотивація до неї може парадоксальним чином посилитися [6].

Едвард Дісі показав, що відчуття людиною себе як компетентного діяча і самодетермінованої особистості окреслює її базові потреби. З іншого боку, задоволення цих базових потреб у тій чи іншій діяльності реалізує механізм формування внутрішньої мотивації до цієї діяльності, як і остання постає чинником реалізації зазначених базових потреб, з якими тісним чином пов'язана ще одна базова потреба – потреба в значущих відносинах.

Наведені вище результати дозволили Е. Дісі і Р. Раяну на базі Ротчерского університету (США) обґрунтувати теорію когнітивної оцінки, згідно з якою людина в процесі тієї чи іншої діяльності проводить оцінку трьох параметрів: причинного (коли людина прагне з'ясовує, що є причиною її дій – вона сама або дещо ззовні), компетентністного (пов'язаного із з'ясуванням ефективності діяльності) та соціального (коли залучена до діяльності людина, прагне з'ясувати, наскільки її діяльність сприяє підтримці значущих міжособистісних відносин).

Дослідники вважають, що в умовах, коли людина впевнено локалізує причину своїх дій у собі, вважає себе компетентною і інтегрованою у соціальну систему значущих відносин, то така людина характеризується внутрішньою мотивацією своєї діяльності (поведінки), а сама діяльність набуває творчих рис, приносячи людині успіх і психологічне благополуччя. Останнє включає в себе переживання щастя, відчуття осмисленості та повноти свого існування, почуття самоактуалізації [9], високого життєвого тонусу, відчуття "потоку".

Саме цей стан, що характеризує творчу людину, яка володіє багатозначним парадоксальним нелінійним мисленням, звільняє її від стресів як результату "чорно-білого" однозначного лінійного "хворобливого" мислення, сприйняття та освоєння дійсності людиною.

Висновки та перспективи подальшого дослідження.

1) Енергія як міра руху і зміни організму виступає функцією біоритмічної єдності його органів і систем, тобто енергія реалізує єдність організму, що досягається через функціональну когерентність його клітин, органів і систем, а також реалізує його відкритість зовнішньому середовищу, з якого організм черпає енергетичні ресурси. Втрата енергії організмом призводить до зниження його життєвого тонусу та імунітету в процесі розпаду цього організму через дисінхронізацію його клітин, органів і

систем, що збільшує його ентропію, тобто хаотизує його внутрішнє середовище. Цей стан можна доцільно вважати хворобою.

2) Чинник, який призводить до розпаду організму, є стресом – психофізіологічним "потрясінням" організму. Стрес в його найбільш загальному вигляді можна трактувати як емоційний стан, пов'язаний з інформаційною невизначеністю, в яку потрапляє людина в процесі задоволення своїх потреб. Цей емоційний стан інформаційної невизначеності реалізується як негативні психічні реакції людини та ініціюється негативними емоційними станами, неповноцінними психологічними установками і атитюдами, антидуховними ментально-світоглядними ціннісними орієнтаціями, що викликають падіння життєвого тонусу та призводять до ослаблення імунітету організму, що активізує ті чи інші хвороби.

3) Долаються негативні стани за допомогою впевненості людини в гармонійному устрої світу. Іншим засобом досягнення людиною здоров'я людиною є подолання негативних станів через творчість як здатність об'єднувати протилежності, що кристалізує цілісності, що виявляють синергетичний феномен системних властивостей цілого ("ціле більше частин"), що знижує ентропію середовищ і систем, підвищує життєвий тонус людини і зміцнює її імунітет/здоров'я.

Перспективами нашого дослідження можна вважати проведення психолого-педагогічного експерименту щодо з'ясування особливостей впливу творчого потенціалу учасників освітнього процесу на рівень їх соматичного здоров’я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аргайл Майкл. (1987) Психологія щастя. Methuen & Co. LTD. Лондон та Нью-Йорк. 275 с.

2. Aronson, E., & Aronson, J. (2004). Соціальна тварина. (9-е вид.) Варто / Фрімен.

3. Біофотоніка та когерентні системи в біології Л. В. Бєлоусова (редактор), В. Л. Воейков (редактор), В. С. Мартинюк (редактор), Springer Science + Business Media, LLC., 2007, Нью-Йорк.

4. Комсток, Г. В. і Партрідж, К. В. (1972) Відвідування церкви та здоров’я. Журнал хронічних хвороб 25: 665 72.

5. Давидовський, І.В. (1963) Адаптаційні процеси в патології. (медико-біологічний аспект проблеми). [Стаття чеською мовою] Lek Veda Zahr. 18; 10: 198-204.

6. Даймонд Дж. (1979) Поведінкова кінезіологія. Як активувати тимус і збільшити життєву енергію (тверда обкладинка). Н. Ю .: Харпер і Роу, 1979. 234 р.

7. Дубров А. П. (1978) Геомагнітне поле і життя, геомагнітобіологія. XVII + 318 с., 82 абат., 17 таб. Нью-Йорк-Лондон 1978. Plenum Press.

8. Франкл В. (1992) Пошуки людини змістом: вступ до логотерапії. Книги Beacon Press, Нью-Йорк, 160 с.

9. Грир, С. та Уотсон, М. (1985) Назустріч психобіологічній моделі раку: психологічні міркування. Соціальні науки та медицина 20: 773 7.

10. Хамер, Р.Г. (2000). Короткий зміст Нової медицини. Amici di Dirk. 173 с.

11. Хекхаузен Хайнц (1991). Мотивація і Ганден. Lehrbuch der Motivationspsychologie. Спрінгер, Берлін.

12. Хірото Д. С., Селігман М. Е. (1975) Загальність навченої безпорадності у людини // Журнал особистості та соціальної психології. 1975. Вип. 31 (2). С. 311–327.

13. Хуанг Ю., Чжао Н. (2020) Генералізований тривожний розлад, симптоми депресії та якість сну під час спалаху COVID-19 у Китаї: опитування в поперечному перерізі через Інтернет // Psychiatry Research. Вип. 288. С. 112-118.

14. Негайні психологічні відповіді та пов'язані з ними фактори на початковому етапі епідемії коронавірусу 2019 (COVID-19) серед загальної популяції Китаю / Цуйян Ван, Рію Пан, Сяоян Ван [та ін.] // Міжнародний журнал екологічних досліджень та охорони здоров'я. (2020). Вип. 17, № 5. С. 1729.

15. Клікс, Ф. (1993) Erwachendes Denken. Geistige Leistungen aus evolutionspsychologischer Sicht. Spektrum Akademischer Verlag. 405 с.

16. Laing R. D. (1982) Голос досвіду. Н. Й .: Пантеон, 1982. 344 р.

17. Ледріх Дж., Гана К. (2013) Зв'язок між атрибутивним стилем, сприйнятим контролем, самооцінкою та депресивним настроєм у неклінічній вибірці: Підхід до структурного моделювання рівнянь // Психологія та психотерапія: теорія, дослідження та практика. Вип. 86, № 4. С. 413–430.

18. Маслоу А.Х. (1976) Далі досягнень людської природи / А.Х. Маслоу. Н. Й .: Книги пінгвінів, 407 с.

19. Ормонт, Л. Р. (1981) Агресія та рак при груповому лікуванні. У J. G. Goldberg (ред.) Психотерапевтичне лікування онкологічних хворих. Нью-Йорк: Вільна преса

20. Сприймається контроль і здоров'я / К.А. Уолстон, Б.Р. Уолстон, С. Сміт [та ін.] (1987) // Сучасна психологія. Вип. 6, № 1. С. 5–25.

21. Ротенберг, В.С. (1985) Гіпноз та образне мислення. Психологічний журнал. 2, 6: 23–34.

22. Райан Р. М., Десі Е. Л. (2001). Про щастя та людський потенціал: огляд досліджень гедонічного та евдемонічного благополуччя. У С. Фіске (Ред.), Щорічний огляд психології (Т. 52; стор. 141-166). Пало-Альто, Каліфорнія: Щорічні огляди, Inc.

23. Селі, Дж. (1974) Стрес без лиха. - Філадельфія: J. B. Lippincott Co., 1974. 122 с.

24. Шекель, Р.Б. та ін. (1981) Психологічна депресія та 17-річний ризик смерті від раку. Психосомітична медицина 43: 117 25.

25. Симонов, П.В. (1991). Мотивований мозок: нейрофізіологічний аналіз поведінки людини: [монографія]. Філадельфія: видавництва Gordon and Breach Science, 280 с.

26. Вознюк А.В. (2017) Нова парадигма психотерапевтичної корекції (реабілітації) дітей з особливими потребами. Американський журнал фундаментальних, прикладних та експериментальних досліджень, 3 (6).

27. Вознюк А.В. (2018) Агресія та здоров'я: спроба концептуальної інтеграції цих явищ. Технології розвитку інтелекту, 2 (8 (19)). URL-адреса http://www.psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article / view / 320

REFERENCES:

1. Arhail Maikl. (1987) Psykholohiia shchastia. Methuen & Co. LTD. London ta Niu-York. 275 s.

2. Aronson, E., & Aronson, J. (2004). Sotsialna tvaryna. (9-e vyd.) Varto / Frimen.

3. Biofotonika ta koherentni systemy v biolohii L. V. Bielousova (redaktor), V. L. Voeikov (redaktor), V. S. Martyniuk (redaktor), Springer Science + Business Media, LLC., 2007, Niu-York.

4. Komstok, H. V. i Partridzh, K. V. (1972) Vidviduvannia tserkvy ta zdorovia. Zhurnal khronichnykh khvorob 25: 665 72.

5. Davydovskyi, I.V. (1963) Adaptatsiini protsesy v patolohii. (medyko-biolohichnyi aspekt problemy). [Stattia cheskoiu movoiu] Lek Veda Zahr. 18; 10: 198-204.

6. Daimond Dzh. (1979) Povedinkova kineziolohiia. Yak aktyvuvaty tymus i zbilshyty zhyttievu enerhiiu (tverda obkladynka). N. Yu .: Kharper i Rou, 1979. 234 r.

7. Dubrov A. P. (1978) Heomahnitne pole i zhyttia, heomahnitobiolohiia. XVII + 318 s., 82 abat., 17 tab. Niu-York-London 1978. Plenum Press.

8. Frankl V. (1992) Poshuky liudyny zmistom: vstup do lohoterapii. Knyhy Beacon Press, Niu-York, 160 s.

9. Hryr, S. ta Uotson, M. (1985) Nazustrich psykhobiolohichnii modeli raku: psykholohichni mirkuvannia. Sotsialni nauky ta medytsyna 20: 773 7.

10. Khamer, R.H. (2000). Korotkyi zmist Novoi medytsyny. Amici di Dirk. 173 s.

11. Khekkhauzen Khaints (1991). Motyvatsiia i Handen. Lehrbuch der Motivationspsychologie. Sprinher, Berlin.

12. Khiroto D. S., Selihman M. E. (1975) Zahalnist navchenoi bezporadnosti u liudyny // Zhurnal osobystosti ta sotsialnoi psykholohii. 1975. Vyp. 31 (2). S. 311–327.

13. Khuanh Yu., Chzhao N. (2020) Heneralizovanyi tryvozhnyi rozlad, symptomy depresii ta yakist snu pid chas spalakhu COVID-19 u Kytai: opytuvannia v poperechnomu pererizi cherez Internet // Psychiatry Research. Vyp. 288. S. 112-118.

14. Nehaini psykholohichni vidpovidi ta poviazani z nymy faktory na pochatkovomu etapi epidemii koronavirusu 2019 (COVID-19) sered zahalnoi populiatsii Kytaiu / Tsuiian Van, Riiu Pan, Siaoian Van [ta in.] // Mizhnarodnyi zhurnal ekolohichnykh doslidzhen ta okhorony zdorovia. (2020). Vyp. 17, № 5. S. 1729.

15. Kliks, F. (1993) Erwachendes Denken. Geistige Leistungen aus evolutionspsychologischer Sicht. Spektrum Akademischer Verlag. 405 s.

16. Laing R. D. (1982) Holos dosvidu. N. Y .: Panteon, 1982. 344 r.

17. Ledrikh Dzh., Hana K. (2013) Zviazok mizh atrybutyvnym stylem, spryiniatym kontrolem, samootsinkoiu ta depresyvnym nastroiem u neklinichnii vybirtsi: Pidkhid do strukturnoho modeliuvannia rivnian // Psykholohiia ta psykhoterapiia: teoriia, doslidzhennia ta praktyka. Vyp. 86, № 4. S. 413–430.

18. Maslou A.Kh. (1976) Dali dosiahnen liudskoi pryrody / A.Kh. Maslou. N. Y .: Knyhy pinhviniv, 407 s.

19. Ormont, L. R. (1981) Ahresiia ta rak pry hrupovomu likuvanni. U J. G. Goldberg (red.) Psykhoterapevtychne likuvannia onkolohichnykh khvorykh. Niu-York: Vilna presa

20. Spryimaietsia kontrol i zdorovia / K.A. Uolston, B.R. Uolston, S. Smit [ta in.] (1987) // Suchasna psykholohiia. Vyp. 6, № 1. S. 5–25.

21. Rotenberh, V.S. (1985) Hipnoz ta obrazne myslennia. Psykholohichnyi zhurnal. 2, 6: 23–34.

22. Raian R. M., Desi E. L. (2001). Pro shchastia ta liudskyi potentsial: ohliad doslidzhen hedonichnoho ta evdemonichnoho blahopoluchchia. U S. Fiske (Red.), Shchorichnyi ohliad psykholohii (T. 52; stor. 141-166). Palo-Alto, Kaliforniia: Shchorichni ohliady, Inc.

23. Seli, Dzh. (1974) Stres bez lykha. - Filadelfiia: J. B. Lippincott Co., 1974. 122 s.

24. Shekel, R.B. ta in. (1981) Psykholohichna depresiia ta 17-richnyi ryzyk smerti vid raku. Psykhosomitychna medytsyna 43: 117 25.

25. Symonov, P.V. (1991). Motyvovanyi mozok: neirofiziolohichnyi analiz povedinky liudyny: [monohrafiia]. Filadelfiia: vydavnytstva Gordon and Breach Science, 280 s.

26. Vozniuk A.V. (2017) Nova paradyhma psykhoterapevtychnoi korektsii (reabilitatsii) ditei z osoblyvymy potrebamy. Amerykanskyi zhurnal fundamentalnykh, prykladnykh ta eksperymentalnykh doslidzhen, 3 (6).

27. Vozniuk A.V. (2018) Ahresiia ta zdorovia: sproba kontseptualnoi intehratsii tsykh yavyshch. Tekhnolohii rozvytku intelektu, 2 (8 (19)). URL-adresa http://www.psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article / view / 320

ТВОРЧІСТЬ ЯК ВИРІШАЛЬНИЙ ЧИННИК ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

Вознюк О.В.,
Житомирський державний університет імені Івана Франка
Дядюк В.В.,
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Актуальність проблеми пов'язана з тим, що здоров'я постає наріжною цінністю людського життя, а дослідження умов актуалізації та підтримки здоров'я учасників освітнього процесу виступає важливим завданням сучасних наук про людину. Відповідно, аналіз здоров'я людини в контексті її творчої діяльності, що постає метою статті, дозволяє окреслити один із засадничих принципів формування здорового способу життя цієї людини. Для досягнення мети, тобто для обґрунтування кореляції здоров'я і творчості, використаний теоретичний аналіз проблемного поля, що передбачає залучення таких теорій та концепцій, як: теорія стресу Г. Сельє, інформаційна теорія стресу П.В. Симонова, теорія когнітівного дисонансу Л. Фестінгера, концепція надситуативной активності В.А. Петровського і Е.Дісі, теорія творчості як неадаптівної активності Д.Б. Богоявленської, концепція, що встановлює кореляцію між внутрішньою мотивацією людини і її творчою діяльністю, положення про самоактуалізовану особистість А. Маслоу, теорія психологічного захисту та ін. Здоров'я як психофізіологічна сутність розуміється як стан функціонально-соматичної цілісності людського організму, яке забезпечує повноту і різноманітність всієї безлічі процесів цього організму. Втрата здоров'я людським організмом реалізується як втрата ним зазначеного вище стану когерентності, що призводить до підвищення ентропії, тобто до активізації процесів розпаду організму через неузгодженість біоритмів і функцій його клітин, органів і систем. Це знижує енергетичний тонус організму та резистентні можливості його імунітету. Проведений аналіз дозволяє дійти висновку, що творча активність людини може вважатися найважливішим чинником її здоров'я, оскільки вона підвищує енергетичний тонус людини. Цей висновок потребує проведення психолого-педагогічного експерименту щодо з'ясування особливостей впливу творчого потенціалу учасників освітнього процесу на рівень їх соматичного здоров'я.*

Ключові слова: *творчість, здоров'я учасників освітнього процесу, когеренція, стрес, психолого-світоглядна деструкція, захисні психологічні механізми.*

ТВОРЧЕСТВО КАК РЕШАЮЩИЙ ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Вознюк О.В.,
Житомирський государственный университет имени Ивана Франка
Дядюк В.В.,
Житомирський медицинский институт Житомирского областного совета

Аннотация. *Актуальность проблемы связана с тем, что здоровье можно понимать как краеугольную ценность человеческой жизни, а исследования условий актуализации и поддержания здоровья участников образовательного процесса является важной задачей современных наук о человеке. Соответственно, анализ здоровья человека в контексте его творческой деятельности, что выступает целью статьи, позволяет очертить один из основных принципов формирования здорового образа жизни этого человека. Для достижения цели, то есть для обоснования корреляции здоровья и творчества, использован теоретический анализ проблемного поля, который предусматривает привлечение таких теорий и концепций, как теория стресса Г. Селье, информационная теория стресса П.В. Симонова, теория когнитивного диссонанса Л.Фестингера, концепция надситуативной активности В.А. Петровского и Э.Диси, теория творчества как неадаптивной активности Д.Б. Богоявленской, концепция, устанавливающая корреляцию между внутренней мотивацией человека и его творческой деятельностью, положения о самоактуализированной личности А. Маслоу, теория психологической защиты и др. Здоровье как психофизиологическая сущность понимается как состояние функционально-соматической целостности человеческого организма, которая обеспечивает полноту и разнообразие всего множества процессов этого организма. Потеря здоровья человеческим организма реализуется как потеря им указанного выше состояния когерентности, что приводит к повышению энтропии, то есть к активизации процессов распада организма из-за несогласованности биоритмов и функций его клеток, органов и систем. Это снижает энергетический тонус организма и резистентные возможности его иммунитета. Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что творческая активность человека может считаться важнейшим фактором его здоровья, поскольку она повышает энергетический тонус человека. Этот вывод требует проведения психолого-педагогического эксперимента по выяснению особенностей влияния творческого потенциала участников образовательного процесса на уровень их соматического здоровья.*

Ключевые слова: *творчество, здоровье участников образовательного процесса, когеренция, стресс, психолого-мировоззренческая деструкция, защитные психологические механизмы.*

МАГІСТР медсестринства

УДК: 614.2:001

ДИТЯЧИЙ ПОБУТОВИЙ ТРАВМАТИЗМ: ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ (НА ПРИКЛАДІ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Карпюк В. В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

CHILDREN'S DOMESTIC INJURY: CAUSES AND CONSEQUENCES (ON THE EXAMPLE OF VINNITSA REGION)

Karpyuk V. V.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *The term "injury" comes from the Latin word and means a bodily injury when injured. Injuries that recur in a certain group of the population are called injuries. Child injuries (as a type of injury) should be understood as a set of sudden injuries among children of different ages. Injuries among children are unfortunately quite common, so the study of the prevalence of child injury, as well as its prevention is one of the most pressing health problems, the importance of which is often underestimated.*

The level of injuries, including children's injuries, has been growing steadily all over the world lately. Of particular concern is the increase in household njuries, which leads to an increase in infant mortality, is one of the causes of disability.

Age, anatomical-physiological and psychological features of children, their physical and mental development, lack of life experience, increased interest in learning about the world around them are essential in the occurrence of injuries in children.

The least common injuries among children in the first year of life.

Preschool children are almost always under the supervision of parents or guardians of children's institutions and the level of injuries among them does not exceed 5% of the total.

But school-age children, having gained some independence and freedom and not having enough life experience, are injured much more often. Therefore, the issue of prevention and prevention of children's domestic injuries is becoming relevant.

Key words: *injury, children's injury, statistics, prevention.*

Актуальність. У наші дні все більше місця в системі безпеки життєдіяльності займає дитячий травматизм. У всіх європейських країнах, а також США, проблема профілактики побутового травматизму стає предметом особливої стурбованості широкого кола осіб і працівників різних спеціальностей. Унікальні базові потреби дітей мають бути враховані в базових принципах, які лежать в основі більшості успішних програм профілактики травматизму в світі [1].

Вперше, проблема дитячого травматизму була розглянута на рівні ВООЗ у 2008 році, у "Всемирном докладе о профилактике детского травматизма" подано всебічний огляд сучасних знань про різні типи не навмисних дитячих травм і про те, як їх попередити.[2]

У 2009 році представлено "Доклад о профилактике детского травматизма в Европе". У документі розглянуто питання профілактики п'яти основних видів травм (дорожньо – транспортні пригоди, утоплення, термічні пошкодження, падіння та отруєння). По кожному виду дитячої травми фактичні дані вказують на те, що попередити або зменшити шкоду заподіяну травмами можна за допомогою цілого ряду підходів. [3]

В Україні питання дитячого травматизму, крім нормативно – правових актів рівня розглядається на засіданнях та конференціях на державному та місцевих рівнях. Наприклад, резолюція "круглого столу" Комітету з питань охорони здоров'я на тему: "Шляхи зниження дитячого травматизму від опікової травми". Де розглянуто основні причини виникнення дитячого травматизму та шляхи його запобігання. Зокрема, подана статистика травматизму по областях. [5]

Виключення не складає й Вінницька область, яка за даними займає п'яте місце по Україні за дитячим травматизмом. Тому за результатами дослідження запропоновано

посилити профілактичні заходи на державному, місцевому та освітніх рівнях, а також просвітницька робота серед батьків.

Адже, пояснення даним фактам можна шукати як з боку недбалої поведінки батьків, так і з боку сучасних тенденцій дитячого розвитку.

У зв'язку з тим, що дитячий травматизм впливає на психофізичний стан молоді, з якою суспільство будь-якої держави пов'язує своє майбутнє виникла необхідність проведення даного дослідження.

Мета. Вивчення та аналіз причин виникнення та заходів профілактики дитячого побутового травматизму, обґрунтування системи заходів профілактики, аналіз основних закономірностей дитячого травматизму Вінницької області у порівняні з всеукраїнськими показниками

Матеріали і методи. Для досягнення мети використано медико-соціологічне дослідження (анкетування) за допомогою спеціального розробленого опитувальника.

Респонденти представлені медичними сестрами КНП "Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня Вінницької обласної Ради", КНП "Барська центральна районна лікарня" Барської районної ради, КНП "Шаргородська центральна районна лікарня" Шаргородської районної ради в загальній кількості 160 респондентів.

Використана офіційна статистична звітність за період 2015-2019 рр. та результати власних досліджень і спостережень.

Результати та їх обговорення. Темпи поширення дитячого травматизму в Україні викликають занепокоєння. При аналізі статистичних даних і звітів констатовано збільшення цифри по кількості нещасних випадків дітей до 14 років – з 242323 випадків за 12 місяців у 2015 році до 307679 за 12 місяців 2019 року [**Error! Unknown switch argument.**].

Аналіз показників дитячого травматизму в розрізі 2015 - 2019 рр. приведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Узагальнені дані про стан дитячого травматизму в Україні за 2015 – 2019 роки

Код згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб і споріднених проблем охороніздоровя десятого перегляду	Найменування	Усього потерпілих				
		2015	2016	2017	2018	2019
V01-V99	Транспортні нещасні випадки	4900	6774	4950	6123	4666
W00-W19	Падіння	147495	184773	191494	201129	194794
W20-W49	Випадкова дія неживих механічних сил	41325	85448	90566	56625	56191
W50-W64	Вплив живих механічних сил	14057	17665	19831	20811	18959
W65-W74	Випадкове утоплення чи занурення у воду	155	110	125	116	192
W75-W84	Інші нещасні випадки із загрозою дихання	419	259	279	354	548
W85-W99	Нещасні випадки, спричинені Електричним струмом, випромінюванням, температурою або тиском	382	298	393	382	354
X00-X09	Нещасні випадки, Спричинені дією диму, вогню та полум'я	673	505	540	528	743
X10-X19	Нещасні випадки, спричинені жаром та гарячими речовинами (предметами)	4918	5045	4928	4804	4690
X20-X29	Отруєння, спричинені отруйними тваринами та рослинами	673	651	642	793	631
X30-X39	Нещасні випадки, пов'язані з дією природних факторів	767	802	864	826	652
X40-X49	Випадкові отруєння та дія отруйних речовин	2013	2371	1997	1767	1680
X45	Випадкове отруєння та дія алкоголю	356	459	655	748	810
X50-X57	Вплив перенапруження, подорожування та нестатків	479	473	484	408	560

X58-X59	Нещасні випадки внаслідок дії інших та неуточнених факторів	16485	13541	15388	15820	14986
X60-X84	Навмисне самоушкодження	448	392	336	218	242
X85-Y09	Напад з метою вбивства або нанесення ушкодження	2153	2623	2824	2649	2754
Y10-Y34	Ушкодження з невизначеними намірами	3433	3001	3555	2585	3026
Y40-Y84	Ускладнення внаслідок терапевтичного та хірургічного втручання	76	106	115	82	152
Y85-Y89	Віддалені наслідки зовнішніх причин захворюваності та смертності	1116	897	1040	1529	1087
ВСЬОГО:		**242323**	**326193**	**340938**	**318297**	**307717**

Порівнюючи дані представлених 5 років, очевидно, щорівень травматизму в останні два роки має тенденцію до зменшення випадків. Втім середній показник по Україні це 307094 випадків на рік – досить висока цифра, що свідчить про:

- недостатній рівень уваги держави до проблеми дитячого травматизм;
- необхідність мультидисциплінарног опідходу до питання організації системи профілактики дитячого травматизму та створення єдиної удосконаленої моделі;
- необхідність створення моніторингу отриманих травм за обставинами отримання, для можливості корегування профілактичних заходів, зважаючи на тип травми;
- вплив соціально-економічного стану держави;
- необхідність підвищення рівня індивідуальної культури дорослих;
- навчання навичкам безпечного поводження з приладами;
- необхідність модифікації (убезпечення) предметів, приладів.

Порівняльний графік показників дитячого травматизму у розрізі України та Вінницької області представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Порівняний аналіз дитячого травматизму у Вінницькій області з всеукраїнськими показниками

Роки	**Кількість в абсолютнихданих**		
	Україна	**Вінницька область**	**%**
2015 р.	242323	9994	4,12
2016 р.	326193	9416	3,07
2017 р.	340938	7640	2,24
2018 р.	318297	7662	2,40
2019 р.	307717	7566	2,45

Проаналізувавши дані можна зробити висновки: рівень травматизму по Вінницькій області в порівняні з показниками України має тенденцію до зниження з 9994 випадків в абсолютних цифрах у 2015 році (408,48 на 10 000 дитячого населення) до 7566 випадків (311,94) у 2019 році [6].

Побутовий, або домашній травматизм, як один із найпоширеніших типів травматизму становить близько 60% випадків. До структури побутового травматизму входять такі причини, як опіки, вбивства, самогубства, різні травми опорно-рухового апарату (включаючи випадання з вікон, падіння в сходові прольоти, з даху, з балконів), отруєння, асфіксія, укуси тварин і утоплення [6]. У структурі причин первинної інвалідності в дитинстві побутовий травматизм становить близько 6%. Найбільш частою причиною інвалідності в дитинстві є вогнепальні та осколкові поранення (40%), травма ока (22%). Втрата зору і пальців рук стали підставою встановлення інвалідності в 50% випадків [6].

Проаналізувавши, дані по зверненнях до травматологічного пункту Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні, які були отримані протягом 2015 – 2019 рр. можна зробити наступні висновки. (таблиця 3)

Таблиця 3

Кількість звернень до травматологічного пункту КПН "Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня"

Узагальнена кількість звернень до травматологічного пункту та госпіталізацій до стаціонарних відділень КНП "Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня Вінницької обласної Ради"					
Тип травми	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Вулична	7176	8129	8834	10647	12068
Побутова	3502	3830	3889	3744	3345
ДТП	109	140	160	152	112
Шкільна	1082	992	1194	794	874
Насильство	146	150	145	197	68
Спортивна	854	1020	1049	861	874
Укушені рани	242	264	253	349	141
Інші	148	58	9	13	11
Всього звернень	**13259**	**14583**	**15533**	**16757**	**17493**
Всього госпіталізовано	**1387**	**1335**	**1227**	**1217**	**1501**

За 2015 рік із 13259 звернень побутові травми серед дітей становили 3502 випадки, тобто 26.4%. У 2016 році – 14583 травмованих – з них – 3830 (26.2%) побутових травм. Протягом 2017 – 2019 років: 15533 – 3889 (25%), 16757 – 3744 (22.3%),17494 – 3345 (19.1%) відповідно [7].

Таким чином, можна побачити певну тенденцію до зменшення кількості побутових травм серед дітей. Проте, дуже часто високий рівень дитячих травм обумовлений особливостями психологічно – фізичного розвитку дітей. Імпульсивність, неврівноваженість, недостатня самокритичність та страх сприяють травматизації.

Соціальним значенням проблеми дитячого травматизму – зростання показників втрати працездатності, інвалідизації, що в свою чергу призводить до значних соціально-економічних втрат. Фактом є і те, що нещастя з дитиною призводить до тимчасової непрацездатності батьків, негативно впливає на їх здоров'я. Однак значимість даної проблеми явно недооцінюється.

При медико-соціологічного дослідження з'ясовано, що більшість опитуваних 53,8% причиною виникнення побутового травматизму в більшості випадків рахують нехтування правилами техніки безпеки, 36.3 % – неуважність батьків [8].

Найважливішими заходами його профілактики є контроль за вчинками дітей з боку дорослих, усунення з поля їх зору небезпечних предметів — ножів, гострих палиць та шпиць, сірників, хімічних речовин, ліків, заборона гратись на вулицях та дорогах, купатися без нагляду дорослих і в неперевірених місцях та багато інших. Для профілактики травматизму дітей грудного віку треба уникати їх піднімання над собою (над головою) та укладання на стільцях, звідки вони можуть упасти.

У першій лінії боротьби з травматизмом роль медичної науки і її представників полягає в науковому обгрунтуванні ролі соціально-економічних та екологічних факторів у профілактиці та лікуванні травм [7].

Другу ланку боротьби з травматизмом складають спільні зусилля керівників підприємств, установ, організацій, колективів та батьків з лікарями щодо розробки і дотримання в цих колективах заходів профілактики травм, їх аналізу та конкретних висновків про результати цих заходів, а також удосконалення.

Третя лінія боротьби – головна лінія – медична. Проводиться за сприяння, допомоги органів внутрішніх справ (поліції, пожежників тощо). Нею передбачені організація першої допомоги тим, хто отримав травму, їх лікування та реабілітація.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Причини травматизму багатогранні і носять взаємозалежний характер, що вимагає широкомасштабних стратегічних рішень. Темпи зростання рівня дитячого травматизму вимагають дієвих рішень з боку

органів виконавчої влади, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти, громадських організацій в питанні побудови ефективної моделі системи профілактики дитячого побутового травматизму.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондарь С. О Медико – соціальне обґрунтування удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів: дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Київ, 2020. 280 с.

2. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма: резюме: веб – сайт. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/87357

3. Доклад о профилактике детского травматизма в Европе: веб – сайт. URL: http://www.demoscope.ru/weekly/2009/0369/biblio04.php

4. Дудник С. В. Профілактика дитячого травматизму як один із пріоритетних напрямів охорони здоров'я: сучасні підходи до попередження дитячої смертності та інвалідності / С. В. Дудник // Економіка і право охорони здоров'я. 2017. № 2. С. 36 – 41.

5. Засідання «круглого столу» Комітету з питань охорони здоров'я: веб – сайт. URL: http://komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/30668.pdf

6. Звіти по рівню травматизму КУ «Інформаційно – аналітичний центр медичної статистики» Вінницької області: веб – сайт. URL:http://uskv.vn.ua/okv/okv86/1okv86.html

7. Інформаційно – аналітична довідка про стан травматизму невиробничого характеру в Україні за 12 місяців 2015 – 2019 рр.: веб – сайт. URL:https://www.dsns.gov.ua/files/2019/2/27/555/%D0%BD%D1%84.-%D0%B0%D0%BD%D0%B0%_D0%BB.%20%D0%B4_%D0%BE%D0%B2%2012%20%D0%BC!%D1%81%D1%8F%D1%86!%D0%B2%202018%20%D1%80..doc.pdf

8. В.О. Малєєв, В. М. Безпальченко Аналіз та профілактика травматизму в Україні. Вісник ХНТУ. 2019. №1(68). С. 34 – 42

REFERENCE

1. Bondar SO Medico - social substantiation of the improved model of injury prevention in schoolchildren: dissertation for the degree of Doctor of Philosophy - National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupika. Kyiv, 2020. 280 p.

2. World report on child injury prevention: summary: website. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/87357

3. Report on Child Injury Prevention in Europe: website. URL: http://www.demoscope.ru/weekly/2009/0369/biblio04.php

4. Dudnyk SV Prevention of child injuries as one of the priority areas of health care: modern approaches to the prevention of child mortality and disability / SV Dudnyk // Economics and law of health care. - 2017. - № 2. - P. 36 - 41.

5. The meeting "round table" Committee on Health: web – site. URL: http://komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/30668.pdf

6. Reports on the level of injuries of KU "Information - analytical center of medical statistics" of Vinnytsia region: website. URL: http://uskv.vn.ua/okv/okv86/1okv86.html

7. Information and analytical report on the state of non-productive injuries in Ukraine for 12 months of 2015 - 2019: website. URL: https://www.dsns.gov.ua/files/2019/2/27/555/%D0%BD%D1%84.-%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB .% 20% D0% B4% D0% BE% D0% B2% 2012% 20% D0% BC!% D1% 81% D1% 8F% D1% 86!% D0% B2% 202018% 20% D1% 80. .doc.pdf

8. B.O. Maleev, VM Bezpalchenko Analysis and prevention of injuries in Ukraine. Bulletin of KhNTU. - 2019. - №1 (68) .- P. 34 – 42

ДИТЯЧИЙ ПОБУТОВИЙ ТРАВМАТИЗМ: ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ (НА ПРИКЛАДІ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Карпюк В. В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Термін "травма" походить від латинського слова і в перекладі означає тілесне пошкодження при пораненні. Пошкодження, які повторювались у певній групі населення, називаються*

травматизмом. Під дитячим травматизмом (як різновиду травматизму) слід розуміти сукупність раптово виниклих ушкоджень серед дітей різного віку. Травми серед дітей, на жаль, зустрічаються досить часто. Тому питання дослідження особливостей поширення дитячого травматизму, а також його профілактики є однією з актуальних проблем охорони здоров'я. Значимість цієї проблеми часто недооцінюється. Травматизму можна уникнути шляхом вжиття заходів профілактики чи боротьби з ним.

Рівень травматизму, в тому числі дитячого останнім часом невпинно зростає в усьому світі. Особливе занепокоєння викликає зростання побутового травматизму, який призводить до зростання дитячої смертності та є однією з причин інвалідності.

У виникненні травм у дітей суттєве значення мають вікові, анатомо-фізіологічні та психологічні особливості дітей, їх фізичний та розумовий розвиток, недостатність життєвого досвіду, підвищений інтерес до пізнання навколишнього світу.

Найменш розповсюджений травматизм серед дітей першого року життя.

Діти дошкільного віку майже постійно знаходяться під наглядом батьків чи вихователів дитячих закладів і рівень травматизму серед них не перевищує 5% від загальної кількості.

А ось діти шкільного віку, отримавши певну самостійність та свободу і не маючи достатнього життєвого досвіду, травмуються значно частіше. Тому актуальності набуває питання попередження і профілактики дитячого побутового травматизму.

Ключові слова: *травма, дитячий травматизм, статистика, профілактика.*

ДЕТСКИЙ БЫТОВОЙ ТРАВМАТИЗМ: ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ (НА ПРИМЕРЕ ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ)

Карпюк В. В.
Житомирский медицинский институт Житомирского областного совета

Аннотация. *Термин "травма" происходит от латинского слова и в переводе означает телесное повреждение при ранении. Повреждения, которые повторялись в определенной группе населения, называются травматизмом. Под детским травматизмом (как разновидности травматизма) следует понимать совокупность внезапно возникших повреждений среди детей разного возраста. травмы среди детей, к сожалению, встречаются достаточно часто. Поэтому вопросы исследования особенностей распространения детского травматизма, а также его профилактики являются одной из актуальных проблем здравоохранения. Значимость данной проблемы часто недооценивается. Травматизма можно избежать путем принятия мер профилактики или борьбы с ним.*

Уровень травматизма, в том числе детского, в последнее время неуклонно растет во всем мире. Особенно беспокойство вызывает рост детского бытового травматизма, который приводит к росту детской смертности, является одной из причин инвалидности.

В возникновении травм у детей существенное значение имеют возрастные, анатомо-физиологические и психологические особенности детей, их физическое и умственное развитие, недостаточность жизненного опыта, повышенный интерес к познанию окружающего мира.

Наименее распространенный травматизм среди детей первого года жизни.

Дети дошкольного возраста почти постоянно находятся под присмотром родителей или воспитателей детских учреждений и уровень травматизма среди них не превышает 5% от общего количества.

А вот дети школьного возраста, получив определенную самостоятельность и свободу и не имея достаточного жизненного опыта, травмируются значительно чаще. Поэтому актуальность приобретает вопрос предупреждения и профилактики детского бытового травматизма.

Ключевые слова: *травма, детский травматизм, статистика, профилактика.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 616.98:578.828]-084-053.6

ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ/СНІДу У МОЛОДІЖНОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Козак Т.П.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

HIV/AIDS PREVENTION AMONG YOUNG PEOPLE AS A MEDICAL-SOCIAL PROBLEM

Kozak T.P
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *The article deals with the problem of HIV / AIDS spreading among young people. The reasons that led to the rapid spread of the infection in Ukraine have been identified, they are: unemployment, economic instability, uncontrolled use of alcohol and drugs, devaluation of the family institution, accelerating migration. This situation is due to the crisis of society, which has the following consequences: information ignorance of the general population, unprotected sex, low interest in surveys. Nowadays, HIV / AIDS prevention is no more the responsibility physicians, as the disease has serious economic, demographic and social consequences and poses a threat to the development of society. Thus, the issue of forming a healthy lifestyle should become the main priority of state youth policy.*

Key words*: HIV / AIDS, spread of the epidemic, preventive measures, state youth policy.*

Актуальність проблеми. Загроза здоров'ю населення через розповсюдженні ВІЛ/СНІД є питанням існування нації та однією з найбільш серйозних медико-соціальних проблем. В середині XX століття ВІЛ інфекція розповсюдилась по всьому світі, що стало загрозою не тільки для окремих країн, але й для всього людства. Останні роки в Україні спостерігається збільшення кількості хворих на ВІЛ /СНІД інфекцію. Важливого значення в даному контексті набувають профілактичні заходи, які мають на меті надання достовірної наукової інформації, що дозволить запобігти хворобі, або виявити її на ранніх стадіях і підвищити рівень тривалості життя населення.

Розповсюдження епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні триває, що передусім стосується молоді. Ураження вірусом поступово виходить за межі лише уразливих груп і дедалі більше поширюється з-поміж загальної популяції – серед груп-містків, статевих партнерів наркозалежних осіб та жінок секс-бізнесу. Означені процеси актуалізують особливу потребу в профілактиці ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі як складного соціального явища, що підносить питання формування здорового способу життя до пріоритетів державної молодіжної політики. [2]

Мета. Теоретичний аналіз сучасних підходів до профілактики ВІЛ/СНІДу у молодіжному середовищі, обґрунтування специфіки та напрямків покращення організації профілактичних заходів.

Матеріали та методи. Для досягнення мети використано бібліосематичний метод та методи системного аналізу й логічного узагальнення.

Результати та їх обговорення. Профілактика ВІЛ/СНІДу – це комплексна проблема. Серед причин, що зумовили стрімке поширення інфекції в Україні, визначають: безробіття (особливо серед молоді), економічну нестабільність, неконтрольоване вживання алкоголю та наркотиків, поширення проституції, знецінення інституту сім'ї, прискорення темпів міграції. До того ж така ситуація багато в чому обумовлена кризою суспільства, що має наслідком: інформаційну необізнаність широкого загалу населення, незахищений секс, низький рівень зацікавленості в обстеженнях, наркотизацію молоді.[3]

Проблема профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні регулюється чинними нормативно-правовими актами та державними програми, що включають у себе наступні заходи:

- проведення пояснювальної роботи засобами масової інформації, в Інтернеті, а також у соціальних мереж, реклама здорового способу життя;

- особливе посилення профілактики у групах ризику;
- перехід до використання медичних виробів одноразового використання під час лікувально-діагностичного процесу в медичних закладах;
- забезпечення безпеки донорства, що запобігає передачі ВІЛ-інфекції через кров;
- контроль механізму протидії передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- безоплатне тестування на ВІЛ інфекцію молоді та людей, які знаходяться в групі ризику;
- реабілітаційні програми для споживачів ін'єкційних наркотиків, в першу чергу ВІЛ-позитивних;
- створення радіо- і телепередач з відповідним просвітницьким контентом.

Слід зауважити, що проблема поширення ВІЛ/СНІДу в Україні має стійкий соціальний характер. Означене явище обумовлено низкою чинників, які значною мірою перебувають поза компетенцією медиків. Це захворювання має серйозні економічні, демографічні та соціальні наслідки, становить небезпеку для розвитку сучасного суспільства. Аналіз даних демонструє, що з метою формування і реалізації ефективної політики протидії поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні необхідно запровадити низку заходів на рівні держави. Боротьба з безробіттям серед молоді, доступність для молодих громадян соціальних, медичних, культурних та рекреаційних закладів може стати важливими етапами у подоланні епідемії в країні. Комплексність причин поширення епідемії ВІЛ/СНІД у молодіжному середовищі порушує питання щодо інституційних повноважень здійснювати профілактичну роботу у цій сфері. Підрозділи Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту зобов'язані надавати низку соціальних послуг щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІД. Зокрема, до повноважень центрів (відповідно до наказу Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України «Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу» від 17.11.2006 р. № 3925/760) входить:

– проведення інформаційно-просвітницьких профілактичних заходів (лекції, бесіди, відеолекторії) з дітьми, молоддю, батьками та педагогами;
– проведення навчальних заходів профілактичного спрямування (семінари, тренінги) для дітей, молоді, їх батьків та соціальних працівників;
– надання медико-соціальних послуг ВІЛ-позитивним дітям, молоді та членам їх сімей;
– забезпечення розробки, виготовлення та розповсюдження інформаційно-просвітницьких та рекламних матеріалів;
– забезпечення медичних працівників інформаційно-просвітницькими матеріалами;
– забезпечення обміну шприців у споживачів ін'єкційних наркотиків та їх передача для утилізації закладам охорони здоров'я;
– забезпечення соціального супроводу ВІЛ-позитивних дітей та молоді за направленнями закладів охорони здоров'я;
- надання соціальних послуг ВІЛ-позитивним дітям, молоді та членам їх сімей;
– проведення передтестового та післятестового консультування.

При центрах діють спеціалізовані формування – центри для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, що, згідно з типовим положенням, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 р. № 148, надають соціально-побутові, психологічні, соціально-педагогічні, соціально-медичні, юридичні та інформаційні послуги тим, кого вже торкнулася епідемія інтервенційних програм профілактики ВІЛ на індивідуальному рівні. [1]

Висновки та перспективи подальших досліджень. Профілактика суспільно негативних явищ – це спільна справа всіх соціальних інституцій. В даному контексті актуальності набуває роль фахівця з громадського здоровя у просвітницькій роботі з батьками, обговорення з дітьми та підлітками ризиків для здоров'я, що можуть бути викликані через вживання наркотиків та асоціальну поведінку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аналітичний звіт дослідження / Щербина В.В. та ін.; Державний інститут розвитку сім'ї та молоді. – К., 2017. – 187 с.
2. Семигіна Т. В. Профілактика ВІЛ/СНІДу серед молоді: від теорії до реальності / Тетяна Семигіна // Вісник Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту. - 2010. - № 3. - С. 150-161.
3. Скуйбіда Ю. В. Проблема ВІЛ/СНІДу як питання порядку денного в публічній політиці України / Ю.В. Скуйбіда // Наукові записки НаУКМА. – Т.45: Політичні науки. – 2015. – С. 71-77

REFERENCES

1. Analitychnyi zvit doslidzhennia / Shcherbyna V.V. ta in.; Derzhavnyi instytut rozvytku simi ta molodi. – K., 2017. – 187 s.
2. Semyhina T. V. Profilaktyka VIL/SNIDu sered molodi : vid teorii do realnosti / Tetiana Semyhina // Visnyk Ministerstva Ukrainy u spravakh simi, molodi ta sportu. - 2010. - № 3. - S. 150-161.
3. Skuibida Yu. V. Problema VIL/SNIDu yak pytannia poriadku dennoho v publichnii politytsi Ukrainy / Yu.V. Skuibida // Naukovi zapysky NaUKMA. – T.45: Politychni nauky. – 2015. – S. 71-77

ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ/СНІД У МОЛОДІЖНОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Козак Т.П.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *У статті розглянуто проблему розповсюдження ВІЛ/СНІД серед молоді. Визначено причини, що зумовили стрімке поширення інфекції в Україні, а саме: безробіття, економічна нестабільність, неконтрольоване вживання алкоголю та наркотиків, знецінення інституту сім'ї, прискорення темпів міграції. Така ситуація обумовлена кризою суспільства, що має наслідком: інформаційну необізнаність широкого загалу населення, незахищений секс, низький рівень зацікавленості в обстеженнях, наркотизацію молоді. На сучасному етапі профілактика ВІЛ/СНІД перестає бути компетенцією лише медиків, оскільки захворювання має серйозні економічні, демографічні та соціальні наслідки, становить небезпеку для розвитку суспільства. Отже, питання формування здорового способу життя має стати основним з пріоритетів державної молодіжної політики.*

Ключові слова: *ВІЛ/СНІД, розповсюдження епідемії, профілактичні заходи, державна молодіжна політика.*

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ / СПИД В МОЛОДЁЖНОЙ СРЕДЕ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Козак Т.П
Житомирский медицинский институт Житомирской областной рады

Аннотация. *В статье рассмотрена проблема распространения ВИЧ / СПИД среди молодежи. Определены причины, обусловившие стремительное распространение инфекции в Украине, а именно: безработица, экономическая нестабильность, неконтролируемое употребление алкоголя и наркотиков, обесценивание института семьи, ускорение темпов миграции. Такая ситуация обусловлена кризисом общества, что влечет: информационную неосведомленность широких масс населения, незащищенный секс, низкий уровень заинтересованности в обследованиях, наркотизацию молодежи. На современном этапе профилактика ВИЧ / СПИД перестает быть компетенцией только медиков, поскольку заболевание имеет серьезные экономические, демографические и социальные последствия, представляет опасность для развития общества. Поэтому вопросы формирования здорового образа жизни должны стать основным из приоритетов государственной молодежной политики.*

Ключевые слова: *ВИЧ/СПИД, распространение эпидемии, профилактические мероприятия, государственная молодежная политика.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 614.253.5:616-072.2

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ВІДДІЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ВИЯВЛЕННІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ ЗІ СТАНОМ ЇЇ ЗДОРОВ'Я

Мосійчук Ю.М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

THE ROLE OF THE NURSE OF THE FUNCTIONAL DIAGNOSTICS DEPARTMENT IN IDENTIFYING THE INTERRELATION BETWEEN A PERSON'S LIFESTYLE AND HIS HEALTH

Mosiychuk Y.M.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *Based on the results of a questionnaire survey of patients with identified signs of deterioration in health, risk factors associated with the influence of lifestyle, the patient's attitude to them, the possibility of lifestyle modification were identified. The components of nursing activities to identify the main problems of the patient, his motivation for scientifically grounded norms of life, the promotion of health promotion and prevention in the conditions of the department of functional diagnostics are analyzed. The role of the nurse of the functional diagnostics department in identifying the interrelation between a person's lifestyle and his state of health has been determined. Practical guidelines have been developed for lifestyle adjustment patients.*

Key words: *nurses, functional diagnostics department, health, person's lifestyle, patients.*

Актуальність. В останні роки все більшої значущості для втрати здоров'я населення набувають хронічні неінфекційні захворювання (НІЗ) - хвороби системи кровообігу, органів дихання, травлення, цукровий діабет, новоутворення, які мають велике поширення, і на них припадає понад 80% всієї смертності населення. Серед населення України вирішальну роль у формуванні негативних тенденцій у сфері громадського здоров'я відіграє значна поширеність чинників ризику розвитку хронічних НІЗ, зокрема тютюнопаління, надмірної маси тіла і ожиріння, високого рівня артеріального тиску, холестеринемії, нераціонального харчування, гіподинамії, зловживання алкоголем [2, с.123].

Здоров'я як певний психосоматичний стан правомірно розглядати як продукт соціуму і культури. Здорова поведінка досягається більш ефективно, коли вона формується і реалізується на рівні тих чи інших культурних традицій і "вбудована" в патерни робочої діяльності, сімейного життя і форми дозвілля [5, с.22].

Повсюдне поширення серед населення несприятливих факторів способу життя створює серйозну проблему підготовки нових поколінь до реалізації репродуктивної функції, професійної діяльності і обороноздатності, що вимагає відповідного рішення проблем формування здорового способу життя (ЗСЖ). Розробка і реалізація стратегій, проектів, програм подібного роду повинні не тільки бути спрямовані на окремі елементи (фактори) способу життя населення, а й враховувати особливості окремих контингентів і колективів людей, структури, характеру формування сімей з метою посилення вже існуючих заходів і впровадження інноваційних заходів.

Європейська стратегія профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями визначає конкретні дії в цій галузі і, зокрема, інвестування в людські ресурси на благо охорони здоров'я: забезпечення освіти та професійної підготовки працюючих і майбутніх працівників охорони здоров'я з метою поглиблення їх знань для профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями (НІЗ); озброєння населення відповідними знаннями з тим, щоб вони ставали важливим ресурсом профілактики і боротьби з хворобою як для самих себе, так і для інших людей; використання існуючих людських ресурсів з більшою віддачею, наприклад, за допомогою розширення можливостей в області зміцнення здоров'я і профілактики в роботі медичних сестер, стоматологів і фармацевтів [1].

У зарубіжній охороні здоров'я набув широкого поширення термін "якість життя, пов'язана зі здоров'ям" (Health-related Quality of life). Кінцевою метою охорони здоров'я є відновлення або збереження функціонування і благополуччя, пов'язаних зі здоров'ям, що є Health-related Quality of life.

Сумарний показник якості життя, релевантного здоров'ю, включає три основні складові:

- основні функції організму: толерантність до фізичного навантаження, виконання повсякденної роботи, інтелектуальна діяльність;
- клінічний симптомокомплекс, який визначається основним або супутнім захворюванням або його лікуванням;
- психоемоційний стан, який знаходиться в прямій залежності від перебігу патологічного процесу, психологічного контакту з лікарем і суспільством, режиму виконання лікувальних і діагностичних заходів, задоволення медичною допомогою [3, с.45].

Як показує світовий досвід, раніше існуюча "хвороботворна" парадигма охорони здоров'я поступається місцем новій моделі громадського здоров'я, яка розділяє відповідальність за здоров'я громадянина між державою, громадським здоров'ям, медичним працівником та самою людиною. Хворі рідко звертаються до медичних працівників за профілактичною допомогою, що сприяє швидкому прогресуванню захворювання та погіршенню стану пацієнта [3].

Метаболічні фактори ризику сприяють розвитку чотирьох основних змін метаболізму, що призводять до підвищення ризику НІЗ: підвищений кров'яний тиск; зайва вага/ожиріння; гіперглікемія (високий вміст глюкози в крові); гіперліпідемія (високий вміст ліпідів у крові).

Медичні працівники мають основу та навички, які можуть сприяти найбільш ефективному поширенню обізнаності про здорове життя серед населення за умови належної підготовки (знання та інформація), мотивації (в т. ч. пацієнтів), чіткої організації роботи та міждисциплінарної взаємодії.

Медичні сестри повинні бути обізнаними щодо основних проблем пацієнта, демонструвати та пропагувати науково-обгрунтовані норми життя, так званий кодекс здоров'я.

Мета дослідження: визначення ролі медичної сестри відділення функціональної діагностики у виявленні взаємозв'язку способу життя людини зі станом її здоров'я.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі відділення функціональної діагностики КУ «Центральна міська лікарня №1» м. Житомира. Розроблено анкету для пацієнтів (36 питань). з метою отримання суб'єктивної оцінки стану здоров'я та умов для його зміцнення, виявлення ставлення до факторів ризику, які впливають на здоров'я, мотивації на науково-обгрунтовані норми життя. Виявлено додаткові зміни показників стану серцево-судинної системи (ЕКГ) з подальшою консультацією лікаря-кардіолога. Проведене опитування 40 пацієнтів (20 чоловіків та 20 жінок) із виявленими ознаками погіршення стану здоров'я. Середній вік опитаних 41,6 ± 0,7 років.

Методи дослідження: соціологічний, метод системного аналізу.

Результати та їх обговорення. За результатами анкетування виявлено фактори ризику, пов'язані з впливом способу життя, визначено ставлення пацієнта до них, можливість модифікації способу життя.

Визначено рівень обізнаності медичних сестер відділення функціональної діагностики з питань впливу способу життя на здоров'я, модифікації способу життя, профілактики неінфекційних захворювань. Проаналізовано складові медсестринської діяльності по виявленню основних проблем пацієнта, його мотивації на науково-обгрунтовані норми життя, пропаганді зміцнення здоров'я і профілактики в умовах відділення функціональної діагностики.

Низька фізична активність спостерігається у 70% чоловіків і 80% жінок; порушення харчової поведінки - відповідно у 45 та 70%; надмірне куріння - у 45% і 10%; зловживання алкоголем - у 25% і 5%, що зумовлює широке поширення хронічних неінфекційних захворювань.

Поширення факторів ризику серед опитаних, становить до 80%. Провідними факторами є гіподинамія, виявлена у 40% обстежених, нераціональне харчування і надлишкова маса тіла (30%), артеріальна гіпертензія (25%), тютюнопаління (30%), стресові ситуації (30%).

Значне поширення вищезазначених факторів ризику визначає схильність до виникнення патології, що свідчить про невідповідність адаптаційно-компенсаторних

можливостей організму біологічним витратам на пристосування до умов життя і діяльності.

Результати дослідження показують, що в цілому пацієнти (90% опитаних) хочуть змін у всіх п'яти класах поведінки (характер харчування, контроль за власною масою тіла, куріння, споживання алкоголю, фізична активність).

Висновки та перспективи подальших досліджень. Профілактика хронічних неінфекційних захворювань та формування здорового способу життя у громадян включають комплекс таких заходів як: інформування, виявлення факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань, профілактика ускладнень хронічних захворювань, проведення диспансеризації та профілактичних медичних оглядів, диспансерний нагляд.

Розроблено практичні рекомендації для пацієнтів по корекції способу життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Глобальна стратегія запобігання неінфекційних захворювань та боротьби з ними. Женева: ВООЗ 2000. 22 с.
2. Некоторые результаты исследования качества жизни, релевантного здоровью, больных с артериальной гипертензией / И. Л. Кром и др. Социология медицины. 2016. №15 (2). С. 122-126.
3. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний: рекомендации. М., 2013. 128 с.
4. Сердюк А. М., Полька Н. С. Профілактика неінфекційних захворювань, що пов'язані зі способом життя, особливостями харчування та фізичною активністю, - вагомий напрям національної стратегії охорони здоров'я населення України. Журнал Національної Академії Медичних Наук України. 2010. Том 16, N 2. С. 299-306.
5. Слабкий Г. О. Формування у населення здорового способу життя в умовах упровадження сімейної медицини. Управління закладом охорони здоров'я. 2010. N 12- С. 21-30.

REFERENCES

1. Hlobalna stratehiia zapobihannia neinfektsiinykh zakhvoriuvan ta borotby z nymy. Zheneva: VOOZ 2000. 22 s.
2. Nekotorыe rezultatы yssledovanyia kachestva zhyzny, relevantnoho zdoroviu, bolnыkh s arteryalnoi hypertenzyei / Y. L. Krom y dr. Sotsyolohyia medytsynы. 2016. №15 (2). S. 122-126.
3. Profylaktyka khronycheskykh neynfektsyonnыkh zabolevanyi: rekomendatsyy. M., 2013. 128 s.
4. Serdiuk A. M., Polka N. S. Profilaktyka neinfektsiinykh zakhvoriuvan, shcho poviazani zi sposobom zhyttia, osoblyvostiamy kharchuvannia ta fizychnoiu aktyvnistiu, - vahomyi napriam natsionalnoi stratehii okhorony zdorovia naselennia Ukrainy. Zhurnal Natsionalnoi Akademii Medychnykh Nauk Ukrainy. 2010. Tom 16, N 2. S. 299-306.
5. Slabkyi H. O. Formuvannia u naselennia zdorovoho sposobu zhyttia v umovakh uprovadzhennia simeinoi medytsyny. Upravlinnia zakladom okhorony zdorovia. 2010. N 12- S. 21-30.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ВІДДІЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ВИЯВЛЕННІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ ЗІ СТАНОМ ЇЇ ЗДОРОВ'Я

Мосійчук Ю.М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація *За результатами анкетування пацієнтів із виявленими ознаками погіршення стану здоров'я визначено фактори ризику, пов'язані з впливом способу життя, ставлення пацієнта до них, можливість модифікації способу життя. Проаналізовано складові медсестринської діяльності по виявленню основних проблем пацієнта, його мотивації на науково обґрунтовані норми життя, пропагуванні зміцнення здоров'я і профілактики в умовах відділення функціональної діагностики. Визначено роль медсестри відділення функціональної діагностики у виявленні взаємозв'язку між способом життя людини і станом здоров'я. Розроблено практичні рекомендації для пацієнтів по корекції способу життя.*

Ключові слова: *медичні сестри, відділення функціональної діагностики, здоров'я, спосіб життя людини, пацієнти.*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА С СОСТОЯНИЕМ ЕГО ЗДОРОВЬЯ

Мосийчук Ю. Н.
Житомирский медицинский институт Житомирского областного совета

Аннотация. *По результатам анкетирования пациентов с выявленными признаками ухудшения состояния здоровья определены факторы риска, связанные с влиянием образа жизни, отношение пациента к ним, возможность модификации образа жизни. Проанализированы составляющие медсестринской деятельности по выявлению основных проблем пациента, его мотивации на научно-обоснованные нормы жизни, пропаганде укрепления здоровья и профилактики в условиях отделения функциональной диагностики. Определена роль медсестры отделения функциональной диагностики в выявлении взаимосвязи между образом жизни человека и состоянием его здоровья. Разработаны практические рекомендации для пациентов по коррекции образа жизни.*

Ключевые слова: *медицинские сестры, отделение функциональной диагностики, здоровье, образ жизни человека, пациенты.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 616.98:578.828]-053.6(477.42)

ПСИХОЛОГО-ВИХОВНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ/СНІДУ СЕРЕД МОЛОДІ ГРОМАДИ (НА ПРИКЛАДІ ДОВБИСЬКОЇ ГРОМАДИ НОВОГРАД-ВОЛИНСЬКОГО РАЙОНУ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Ольшевська Л. Ю.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL ASPECTS OF HIV/AIDS PREVENTION AMONG YOUNG PEOPLE (ON THE EXAMPLE OF THE DOVBYSH TERRITORIAL COMMUNITY, NOVOGRAD-VOLYNSKY DISTRICT, ZHITOMIR REGION)

Olshevskaya L. Yu.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *The root cause of HIV/AIDS is risky behavior in society, that is, the wrong way of life. The further development of the epidemic dependents on the cultural, moral level of people, their social attitudes, health-preserving competence. The main source of replenishment of the epidemic is young people who demonstrate risky behavior patterns. The article analyzes the implementation of the psychological and educational aspects of HIV/AIDS prevention among young people, according to the results of a sociological survey of 120 students in grades 7-11 of three schools of the Dovbysh territorial community of the Novograd-Volynsky district of the Zhytomyr region.*

The research findings require unrelenting attention to raise awareness among adolescents and young people about the spread of HIV infection. It is relevant to introduce in educational institutions (within the framework of optional and extracurricular activities) a number of preventive programs aimed at developing skills that contribute to resisting negative social influences, as well as programs covering issues of sex education and safe sexual behavior.

Key words*: HIV prevention, youth, territorial communities, sociological survey, healthy lifestyle.*

Актуальність. Захворюваність на ВІЛ/СНІД в Україні має основні ознаки соціально небезпечної хвороби, а тому профілактика ВІЛ/СНІДу є об'єктом державного управління та пріоритетом державної політики України у сфері охорони здоров'я. Основними напрямками реалізації державної та регіональної політики щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу слід визнати заходи щодо запобігання інфікування ВІЛ та щодо догляду, підтримки й лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

Парадокс ВІЛ/СНІДу полягає саме у тому, що в його основі закладена ризикована поведінка в соціумі, тобто неправильний спосіб життя. Основним джерелом поповнення епідемії стає молодь, яка демонструє ризиковані моделі поведінки. Про це свідчать невтішні результати соціологічних опитувань щодо поширення серед молодих людей у віці 15–18 років інфекцій, які передаються статевим шляхом, вживання ними психоактивних речовин та наявності в них інших шкідливих звичок [2, с.207].

Первинна профілактика ВІЛ повинна бути спрямована на здорове населення і на сьогоднішній день - це єдиний ефективний спосіб запобігання поширенню СНІДу. Подальший розвиток епідемії знаходиться в прямій залежності від того, який культурний, моральний рівень людей, які їхні соціальні установки, ставлення до себе, до людей, до суспільства, наскільки вони вміють і бажають зберегти своє здоров'я.

Одним з компонентів державних програм протидії епідемії ВІЛ-інфекції виступає профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків та молоді. Попередження ВІЛ-інфекції серед підлітків та молоді складається з профілактики зараження ВІЛ в побуті, запобігання зараженню їх статевим шляхом і при ін'єкціях наркотиків (навіть якщо вони не є наркоманами, а відносяться до так званих експериментаторів).

Поєднання різних аспектів профілактичної діяльності: освітній аспект, який формує базову систему уявлень і знань про соціально-психологічні, медичні, правові

та морально-етичні наслідки ВІЛ-інфікування; соціальний аспект, орієнтований на формування позитивних моральних і етичних цінностей, що визначають вибір здорового способу життя; психологічний аспект, спрямований на формування стресостійких особистісних ресурсів, позитивно-когнітивних оцінок, а також установок "бути успішним", бути здатним зробити позитивний альтернативний вибір у важкій життєвій ситуації [1, с.4].

Активізація громад, посилення їхніх спроможностей до дій у напрямі здоров`я є однією з п`яти груп (комплексів) заходів щодо формування здорової політики, створення сприятливого соціального і природного середовища, розвитку персональних вмінь і навичок здорового способу життя, переорієнтації служб охорони здоров`я передовсім на профілактику хвороб, аніж лікування їхніх наслідків, які становлять сутність формування здорового способу життя (ФЗСЖ). Всіляке сприяння підвищенню активності громад, зміцненню їхньої дієздатності, розвитку є одним з головних завдань ФЗСЖ тому, що саме завдяки активної участі громади у розробці і ухваленні рішень, визначенні пріоритетів діяльності, плануванні стратегій і впровадженні заходів для поліпшення здоров`я і здійснюється ФЗСЖ [4].

Складовими елементами інформаційного механізму взаємодії на рівні територіальної громади виступають: інформація епідеміологічного, медичного та соціального характеру; інформування про засоби профілактики ВІЛ/СНІД на рівні громади, сім'ї та індивідуальному рівні; інформаційне забезпечення з безперервного підвищення професійної майстерності для представників громадськості; інформаційно-технічне забезпечення взаємодії між суб'єктами управління; соціально-психологічна підтримка ВІЛ-інфікованих та їхніх сімей у громаді [3].

Профілактична спрямованість – важливий принцип сімейної медицини. Профілактика розглядається як управління (формування, охорона, зміцнення) здоров'ям пацієнтів. Це неможливо без врахування генетичних особливостей кожного члена сім'ї, психологічного клімату, духовного змісту сім'ї. Роль психолога в центрі ПМСД виконують сімейний лікар, медична сестра, тому, до основних компетенцій спеціалістів сімейної медицини, окрім медичних, належать: володіння технікою спілкування, знання прийомів педагогічної взаємодії та основ психотерапії; зосередженість на пацієнтові (пацієнт-орієнтованість) та орієнтація на громаду [5, с.14].

Мета дослідження. Проаналізувати реалізацію психолого-виховних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу за результатами соціологічного опитування шкільної молоді Довбиської громади Новоград-Волинського району Житомирської області.

Матеріали та методи. Проведене соціологічне опитування 120 учнів 7-11 класів трьох шкіл Довбиської громади Новоград-Волинського району Житомирської області: Довбиської ЗОШ 1-3 ст., Кам'янобрідської ЗОШ, Мар'янівської ЗОШ 1-3 ст., віком від 14 до 17 років, за спеціально розробленою анкетою (22 питання з варіацією вибору: "вірно", "невірно", "не знаю" по кожному з них). Опитування проводилося на добровільній та стихійній основі під час проведення тематичних профілактичних заходів. Питання анкети були розділені на 2 групи - питання, що стосуються шляхів передачі ВІЛ-інфекції, небезпеки зловживання легальними і нелегальними ПАР; та питання соціально-психологічного характеру, спрямовані на виявлення установок на поведінку, яка допоможе уникнути зараження ВІЛ-інфекцією, почуття відповідальності, ціннісного ставлення до особистості людини, життя, здоров'я, сім'ї; розумну поведінку по відношенню до ВІЛ-інфікованих, передбачення потенційно небезпечних ситуацій і уникнення їх в ситуації підвищеного ризику, вибір ефективних способів дії.

Крім того, були проаналізовані соціально-демографічні характеристики респондентів (стать і вік). Середній вік респондентів склав 15,5±1,6 року. Розподіл за статтю: юнаки - 30,0±2,3%, дівчата -70,0±2,3%.

Методи дослідження: соціологічний, метод системного аналізу.

Результати та їх обговорення. Результати, отримані в ході дослідження, вимагають неослабної уваги для підвищення обізнаності підлітків та молоді щодо проблеми поширення ВІЛ-інфекції. Нинішні молоді люди бояться "звичайного" життя без спонтанності, інтенсивних переживань і яскравих вражень.

Проведене дослідження показало, що неповнолітні в силу свого віку, цікавості і схильності до експериментів зі своїм здоров'ям бажають "в житті спробувати все" (такий варіант обрали 31,0% опитаних). 32,0 %

опитаних школярів взагалі не знають про існування епідемії ВІЛ/СНІДу, з твердженням "Я не така людина, щоб заразитися ВІЛ" погоджуються 25,5 % школярів. Цей факт ще раз демонструє низьку інформованість щодо проблеми ВІЛ/СНІДу.

Щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції, тільки 65,0% респондентів правильно називають ризик статевого шляху зараження. Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини – 44,0% опитаних. В освітньому середовищі, мабуть, більше приділяється уваги профілактиці споживання психоактивних речовин, що підвищує рівень знань про парентеральний шлях передачі ВІЛ-інфекції, який становив 70,5% у опитаних осіб.

Частка осіб, які вважають за можливе зараження ВІЛ через укуси комах, і тих, хто побоюється спільного з ВІЛ-інфікованою людиною прийому їжі (35,0 і 30,0% відповідно). На питання: "Чи небезпечно займатися спортом з ВІЛ-інфікованими людьми?" ствердно відповіли 22,5% респондентів, що також свідчить про низьку обізнаність про можливі шляхи зараження.

При недостатньому рівні знань факторів і шляхів передачі формується високий рівень тривожності і страх зараження, упередженості до людей з ВІЛ-інфекцією, що веде до дискримінації хворих і негативно позначається на їх психоемоційному статусі. У дослідженні простежується стигматизація людей, що живуть з ВІЛ, за відповідями респондентів на твердження "Я б уникав ВІЛ-інфікованих людей": вважають вірним - 40,5%, а не знають відповіді -15,2% підлітків.

Із засобів захисту від зараження в 75,0% випадків респонденти вибрали використання презервативів, бо вважають, що вони захищають від ВІЛ-інфекції, але при кожному статевому контакті готові їх використовувати тільки 48,0% .

Серед джерел інформації, якими користувалися неповнолітні для збереження свого здоров'я і профілактики хвороб: інтернет і соціальні мережі – 73%, медпрацівники – 62%, друзі, однолітки -33%, педагоги, батьки – 12%.

Актуальним є впровадження в освітніх закладах ряду профілактичних програм, які спрямовані на формування навичок, що сприяють протистоянню негативному соціальному впливу, а також програм, які висвітлюють питання статевого виховання і безпечної сексуальної поведінки. Доцільна розробка багаторівневої стратегії профілактичного втручання із запобігання поширенню ВІЛ/ СНІДу у молодіжному середовищі.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Профілактична робота з неповнолітніми вимагає використання системного характеру, надання інформації з урахуванням віку, соціального статусу, добровільності участі, по можливості в союзі з батьками, педагогами, шкільними психологами. В освіті доцільно використовувати ті джерела і форми подачі інформації, які більш імпонують сучасному поколінню. Єдиний спосіб плідної взаємодії з молоддю – це пояснювати, обговорювати і наводити аргументи. Отже, розробка і впровадження ефективних програм навчальних курсів (тренінгів) для молоді щодо профілактики ризикованої поведінки, (зокрема ВІЛ-інфікування), є конче необхідними. Навчання за такими програмами в рамках факультативної та позакласної роботи має забезпечити позитивний вплив на поведінку учнів шляхом підвищення їхньої мотивації до здорового способу життя, отримання необхідних для безпечної поведінки знань, набуття життєвих навичок, а також формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воронцова Т. В., Оржеховська В. М., Пономаренко В. С. Формування здорового способу життя та профілактика ВІЛ/СНІДу: програма навчального курсу для учнівської молоді старшого підліткового та юнацького віку. К.: Освіта, 2013. 12 с.

2. Габора Л. І. Проблеми профілактики ВІЛ/СНІДу в контексті формування здорового способу життя. Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді: зб. наук. пр. / М-во освіти і науки України, АПН України, Ін-т проблем виховання; редкол.: О. В. Сухомлинська, І. Д. Бех, А. Й. Сиротенко [та ін.]. К., 2005. Вип. 8, кн. ІІ. С. 206–209.

3. Программа профилактики ВИЧ-инфекции в общеобразовательном учреждении / В. Н. Касаткин и др. URL.: https://sch183. mskobr.ru/files/programma_profilaktiki_vich-infekcii_v_obweobrazovatel_nom_ uchrezhdenii.pdf.

4.Роль громади у формуванні здорового способу життя /О. Вакуленко та ін. URL:

http://www.health. gov.ua /Publ/conf.nsf/50e0ce 97d91c75b3c2256d8f 0025c386/8713ce5da6101f7ec2256ddc003af350?OpenDocument.

5.Формування здорового способу життя молоді. Навчально-методичні рекомендації / Т. Андріученко та ін.; (кер. авт. колект. Т. Андріученко). 2-ге вид. К.: Бланк-Прес, 2019. 120с.

REFERENCES

1. Vorontsova T. V., Orzhekhovska V. M., Ponomarenko V. S. Formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia ta profilaktyka VIL/SNIDu: prohrama navchalnoho kursu dlia uchnivskoi molodi starshoho pidlitkovoho ta yunatskoho viku. K.: Osvita, 2013. 12 s.

2. Habora L. I. Problemy profilaktyky VIL/SNIDu v konteksti formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia. Teoretyko-metodychni problemy vykhovannia ditei ta uchnivskoi molodi: zb. nauk. pr. / M-vo osvity i nauky Ukrainy, APN Ukrainy, In-t problem vykhovannia; redkol.: O. V. Sukhomlynska, I. D. Bekh, A. Y. Syrotenko [ta in.]. K., 2005. Vyp. 8, kn. II. S. 206–209.

3. Prohramma profylaktyky VYCh-ynfektsyy v obshcheobrazovatelnom uchrezhdenyy / V. N. Kasatkyn y dr. URL.: https://sch183. mskobr.ru/files/programma_profilaktiki_vich-infekcii_v_obweobrazovatel_nom_ uchrezhdenii.pdf.

4.Rol hromady u formuvanni zdorovoho sposobu zhyttia /O. Vakulenko ta in. URL: http://www.health. gov.ua /Publ/conf.nsf/50e0ce 97d91c75b3c2256d8f 0025c386/8713ce5da6101f7ec2256ddc003af350?OpenDocument.

5.Formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia molodi. Navchalno-metodychni rekomendatsii / T. Andriuchenko ta in.; (ker. avt. kolekt. T. Andriuchenko). 2-he vyd. K.: Blank-Pres, 2019. 120 s.

ПСИХОЛОГО-ВИХОВНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ/СНІДУ СЕРЕД МОЛОДІ ГРОМАДИ (НА ПРИКЛАДІ ДОВБИСЬКОЇ ГРОМАДИ НОВОГРАД-ВОЛИНСЬКОГО РАЙОНУ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Ольшевська Л. Ю.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація *В основі ВІЛ/СНІДу закладена ризикована поведінка в соціумі, тобто неправильний спосіб життя. Подальший розвиток епідемії пребуває в прямій залежності від культурного, морального рівня людей, їх соціальних установок, здоров'язберігаючої компетентності. Основним джерелом поповнення епідемії стає молодь, яка демонструє ризиковані моделі поведінки. У статті проаналізовано реалізацію психолого-виховних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі за результатами проведеного соціологічного опитування 120 учнів 7-11 класів трьох шкіл Довбиської громади Новоград-Волинського району Житомирської області.*

Результати, отримані в ході дослідження, вимагають неослабної уваги для підвищення обізнаності підлітків та молоді щодо проблеми поширення ВІЛ-інфекції. Актуальним є впровадження в освітніх закладах (в рамках факультативної та позакласної роботи) ряду профілактичних програм, які спрямовані на формування навичок, що сприяють протистоянню негативному соціальному впливу, а також програм, які висвітлюють питання статевого виховання і безпечної сексуальної поведінки.

Ключові слова: *профілактика ВІЛ-інфекції, молодь, територіальні громади, соціологічне опитування, здоровий спосіб життя.*

ПСИХОЛОГО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДа СРЕДИ МОЛОДЕЖИ (НА ПРИМЕРЕ ДОВБЫШСКОЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ОБЩИНЫ НОВОГРАД-ВОЛЫНСКОГО РАЙОНА ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ)

Ольшевская Л. Ю.
Житомирский медицинский институт Житомирского областного совета

Аннотация. *В основе ВИЧ/СПИДа заложено рискованное поведение в социуме, то есть неправильный образ жизни. Дальнейшее развитие эпидемии находится в прямой зависимости от культурного, нравственного уровня людей, их социальных установок, здоровьесберегающей компетентности. Основным источником пополнения эпидемии становится молодежь, которая*

демонстрирует рискованные модели поведения. В статье проанализировано реализацию психолого-воспитательных аспектов профилактики ВИЧ/СПИДа в молодежной среде по результатам проведенного социологического опроса 120 учеников 7-11 классов трех школ Довбышской территориальной общины Новоград-Волынского района Житомирской области.

Результаты, полученные в ходе исследования, требуют неослабевающего внимания для повышения осведомленности подростков и молодежи по проблеме распространения ВИЧ-инфекции. Актуальным является внедрение в образовательных учреждениях (в рамках факультативной и внеклассной работы) ряда профилактических программ, направленных на формирование навыков, способствующих противостоянию негативному социальному влиянию, а также программ, освещающих вопросы полового воспитания и безопасного сексуального поведения.

Ключевые слова: *профилактика ВИЧ-инфекции, молодежь, территориальные общины, социологический опрос, здоровый образ жизни.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 613:303.4

МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПИТАНЬ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ: ПРОГРАМА, ОБСЯГ, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Пирхова Н. П.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

MEDICO-SOCIALOGICAL RESEARCH OF A HEALTHY LIFESTYLE FORMATION: PROGRAM, SCOPE, MATERIALS AND METHODS

Pirkhova N.P.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Resume. *The article discusses the program, scope, materials and research methods on "The role of the Master of Public Health in the formation of a healthy lifestyle among the population", which will further help assess the level of public awareness of healthy lifestyles by conducting medical and sociological research Guidelines.*

The purpose is to determine the program, scope, materials and methods of medical and sociological research on the formation of a healthy lifestyle among the population. To achieve this goal, the following methods were used: bibliosemantic, analysis, generalization and systematization of literature and medical and sociological research (questionnaire).

Results. The research program consisted of four successive stages. The first stage involved an analytical review of scientific sources and publications. The relevance of the chosen topic, purpose, tasks, subject and object of research are determined.

In the second stage, the scientific and methodological tools of the study were identified. The third stage is the development of a standardized anonymous questionnaire on healthy lifestyle (HLS). The questionnaire included questions - "menu", ie when the respondent can choose any combination of answers, and questions involving one of the four options ("yes", "no", "partially", "did not think")

The fourth stage aims to conduct a medical and sociological study (questionnaire): collection of primary statistics, their calculation, analysis and interpretation of research results.

Conclusions. The program, volumes, methods and materials of medical and sociological research on the topic: "The role of the master of public health in the formation of a healthy lifestyle among the population" will provide representativeness of the results, help assess the level of public awareness of healthy living and provide guidelines.

Key words: *medical and sociological research, program, volume, materials, methods.*

Актуальність дослідження. Здоровий спосіб життя – це форми і способи повсякденної життєдіяльності людини,які зміцнюють і вдосконалюють адаптаційні і резервні можливості організму, що забезпечує успішне виконання соціальних і професійних функцій [4; с.132].

Реалізація перелічених форм поведінки надзвичайно складна. Причинами цього є відсутність у населення настанови на верховенство цінності здоров'я в ієрархії людських потреб, належної мотивації, позитивного ставлення до свого здоров'я та здорового способу життя [3; с.10]. Відповідальна роль в цьому покладена на магістра громадського здоров'я.

Володіючи фаховими компетентностями, він здатен надавати необхідну інформацію населенню про методи профілактики, наслідки неправильного чи запізного лікування, правильне раціональне харчування, вплив шкідливих звичок на організм та необхідну фізичну активність. Саме магістру громадського здоров'я повинна належати провідна роль у профілактиці захворювань, а також пропаганді та формуванні здорового способу життя серед населення [2; с.256].

Усвідомлення значущості профілактики, збереження та підтримки здоров'я населення передбачає проведення досліджень з питань формування у населення ЗСЖ[1; с.134]. Відповідно до цього було розроблено програму,

обсяг, матеріали та методи медико-соціологічні дослідження.

Мета дослідження: Визначити програму, обсяг, матеріали та методи медико-соціологічного дослідження з питань формування здорового способу життя серед населення**.**

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети використано методи: бібліосемантичний–збір та вивчення наукових джерел; аналіз, узагальнення й систематизація літератури та медико-соціологічне дослідження (анкетування).

Програма дослідження складалась з чотирьох послідовних етапів (Рис.1).

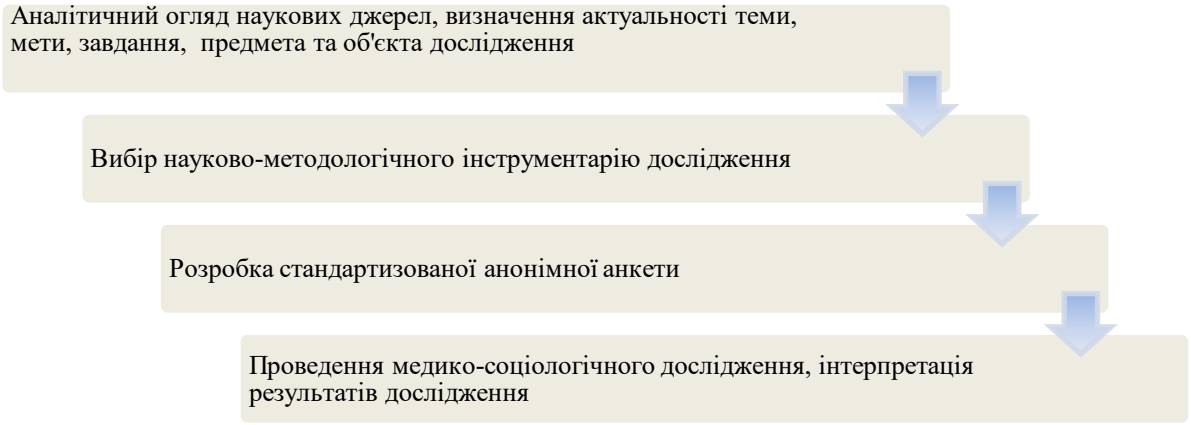


Рис.1. Структурно-логічна схема етапності дослідження

Результати та їх обговорення. Перший етап передбачав аналітичний огляд наукових джерел, публікацій. Визначено актуальність обраної теми, мета, завдання, предмет та об'єкт дослідження.

На другому етапі, було визначено науково-методологічний інструментарій проведення дослідження.

Третій етап – розробка стандартизованої анонімної анкети з питань здорового способу життя (ЗСЖ). До анкети увійшли питання – «меню», тобто коли респондент може вибрати будь-яке поєднання варіантів відповідей, та питання, що припускають один із чотирьох варіантів («так», «ні», «частково», «не замислювався(-лась)»)

Четвертий етап має на меті – проведення медико- соціологічного дослідження (анкетування): збір первинних статистичних даних, їх розрахунок , аналіз та інтерпретація результатів дослідження.

У роботі використані наступні методи:

-теоретичні (бібліосемантичний, статистичний, системного аналізу та логічного узагальнення);

- емпіричні (анкетування, математична обробка даних).

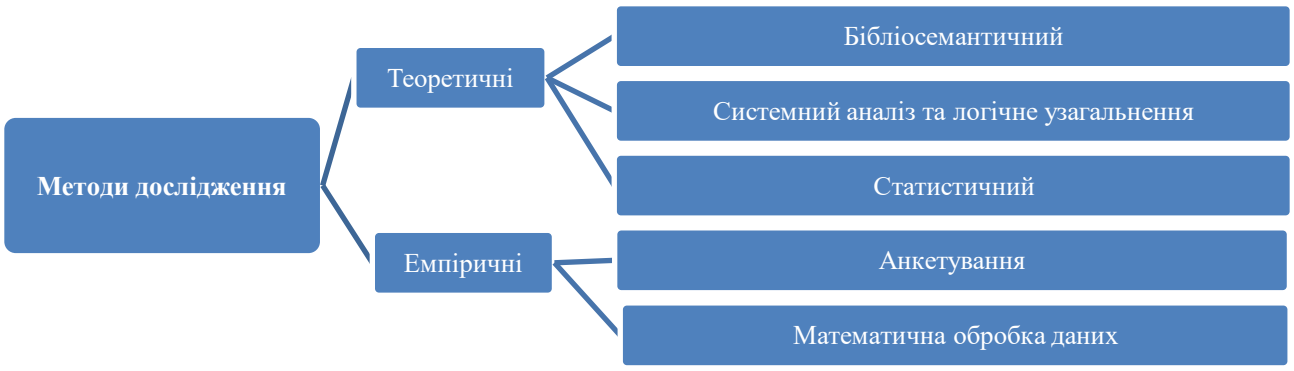


Рис. 2. Методи дослідження

Анкетування проводилось серед осіб різних вікових груп, які мешкають у м. Житомирі, Житомирській області з 2020 – 2021рр.. Проведено опитування 150 осіб (69 чоловіків та 81 жінок). Дані про особу, яка заповнювала анкету, містили питання, що характеризують соціальний статус респондента (вік, стать, місце роботи). Розроблена анкета містить такі складові: звернення до респондента, отримання проінформованої згоди на участь у дослідженні та основний блок з цільовими запитаннями.

Чи знаєте Ви, що таке «здоровий спосіб життя(ЗСЖ)»?	• -Так; -Ні; -Частково; -Увлення не маю.
Чи відноситесь Ви до категорії осіб, які ведуть ЗСЖ?	• -Так; -Ні; -Частково; -Не замислююсь .
Що для Вас означає «здоровий спосіб життя»?	• -Займатися спортом, уникнення стресів; -Відсутність шкідливих звичок, а саме паління, вживання наркотиків, алкоголю; -Раціональне харчування, здоровий сон; -Усі вище перераховані компоненти, як єдине ціле.
Якими на Вашу думку є складові ЗСЖ?	•-Відсутність шкідливих звичок; -Раціональне харчування, чергування праці та відпочинку; -Фізична активність, загартування; - Усі вище перераховані.
З якою метою Ви стали дотримуватись ЗСЖ?	• -Щоб бути красивим(-ою) та здоровим(-ою); -Щоб у майбутньому були здорові діти; -Не веду здоровий спосіб життя; - Інший варіант
Хто або що вплинуло на Ваше ставлення до підтримання Вами здорового способу життя?	•-Батьки, друзі; -Телебачення, інтернет-ресурси, книги, лекції у навчальному закладі; -Спосіб життя родини чи знайомих; - Власні хвороби чи хвороби рідних
Який із перерахованих чинників, на Вашу думку, займає 1 місце на етапі збереження здоров'я?	•Спосіб життя; - Медицина; -Спадковість; - Довкілля;
Яке Ваше ставлення до тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків?	•-Різко негативне; -Позитивне, сам палю, вживаю алкоголь; -Намагаюсь кинути палити, вживати алкоголь; - Інший варіант
Що, на Вашу думку, спонукає людей до звичок, які шкодять здоров'ю?	•-Можливість вважати себе крутішим (-ою); -Стреси, бажання розслабитись, більше часу побути в колі знайомих чи друзів; -Сім'я, як приклад для наслідування; -Не знають про шкідливий вплив на організм людини.
Яке ставлення у Вашій родині до формування здорового способу життя?	•Негативне; б. Позитивне; в. Байдуже; г. Ніколи не цікавило це питання.
В якому напрямку необхідно проводити реформування галузі охорони здоров'я?	•- Профілактичному; - Економічному; - Сімейна медицина; - Страхова медицина.
Який з чинників ризику виникнення хвороб Ви вважаєте найбільш небезпечним?	• - Тютюнопаління, вживання алкоголю; - Нераціональне харчування; - Надлишкова маса тіла; - Низька фізична активність.
Чи вірите Ви в успіх дотримання рекомендації ЗСЖ?	• - Так; - Ні; - Частково; - Не замислювався (-лася).

Рис.3. Запитання анкети для опитування респондентів

Етапи програми медико-соціологічного дослідження

I етап	Вивчення актуальності обраної теми, формулювання мети, завдань, вибір предмета та об'єкта дослідження, аналітичний огляд літератури	
	Джерела наукових праць, публікацій (всього джерел 110 , із них 7 іноземних авторів, інтернет-ресурси).	
II етап	Вибірнауково-методологічного інструментарію	
	Теоретичні методи (бібліосемантичний, статистичний, системний аналіз та логічне узагальнення)	Емпіричні методи (анкетування, статистична обробка даних)
III етап	Розробка стандартизованої анонімної анкети	
	Звернення до респондента	Соціальний статус респондента: - вік; - стать; - місцеробoти.
	Отримання проінформованої згоди на участь	
	Складання блоку питань	
IV етап	Систематизація, математична обробка, аналіз та інтерпретація результатів анкетування	
	Аналіз анкет	
	Формулювання остаточних висновків; Літературне оформлення тексту роботи	Розробка пропозицій щодо формування здорового способу життя серед населення.
Впровадження: 2 публікації у співавторстві, участь у науково-практичних конференціях.		
I етап	Вивчення актуальності обраної теми, формулювання мети, завдань, вибір предмета та об'єкта дослідження, аналітичний огляд літератури	
	Джерела наукових праць, публікацій (всьогоджерел 110 , із них 7 іноземних авторів, інтернет-ресурси).	
II етап	Вибір науково-методологічного інструментарію	
	Теоретичні методи (бібліосемантичний, статистичний, системний аналіз та логічне узагальнення)	Емпіричні методи (анкетування, статистична обробка даних)
III етап	Розробка стандартизованої анонімної анкети	
	Звернення до респондента	Соціальний статус респондента: - вік; - стать; - місцеробoти.
	Отриманняпроінформованоїзгоди на участь	
	Складання блоку питань	
IV етап	Систематизація, математична обробка, аналіз та інтерпретація результатів анкетування	
	Аналіз анкет	
	Формулювання остаточних висновків; Літературне оформлення тексту роботи	Розробка пропозицій щодо формування здорового способу життя серед населення.
Впровадження: 2 публікації у співавторстві, участь у науково-практичнихконференціях.		

Висновки та перспективи подальших досліджень. Програма, обсяги, методи та матеріали медико-соціологічного дослідження на тему: «Роль магістра громадського здоров'я у формуванні здорового способу життя серед населення» забезпечать репрезентативність отриманих результатів, допоможуть оцінити рівень обізнаності населення щодо формування здорового способу життя шляхом проведення медико-соціологічного дослідження та надати методичні рекомендації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Підборський Ю. Г. Проблемиформування здорового способу життя в сучаснійзагальноосвітнійшколі / Ю. Г. Підборський, Р. Г. Підборський // Молодийвчений. - 2016. - №9.1. - С. 134. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2016_9.

2. Арзютов Г.М., Андронова Л.Ф., Гуска М.Б., Гаркова О.В. Формування валеологічних знань студентської молоді засобами освіти – змістовний засіб формування здорового способу життя // Наукові праці Кам'янець Подільського державного університету: Проблеми теорії і методики фізичного виховання, олімпійського та професійного спорту. – Випуск 5. – Кам'янець Подільський, 2007. – 256 с.

3. Білім Г. Активнийруховий режим - один ізосновнихкомпонентівформуваннянавичок здорового способу життя / Г. Білім ,//' Здоров'я та фізична культура. - 2009. - № 34. – С.10.

4. Нечаєв В. Сучасні тенденції у розвитку фізкультурно-оздоровчих технологій / В. Нечаєв // Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. Вісник Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. ІванаОгієнка : зб. наук.пр. – 2010. – Вип. 3. – С. 132.

5. Долинський Б. Т. Визначення сутності поняття «здоров'я» та його роль у професійній діяльності вчителя початкової школи // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка.; гол. ред. Носко М. О. Чернігів: ЧНПУ, 2016. – Вип. 136. – 256 с. – С. 67.

REFERENCE

1. Pidborsky Y. Problems of forming a healthy lifestyle in modern secondary school / Y.G.Pidborsky, R.Pidborsky // Young Scientist. - 2016 - № 9.1. - P. 134. - Access mode: http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2016_9

2. Arzyutov G., Andronova L., Guska M., Garkova O. Formation of valeological knowledge of student youth by means of education - a meaningful means of forming a healthy lifestyle // Scientific works of Kamyanets-Podilsky State University: Problems of theory and methods of physical education, Olympic and professional sports. - Issue 5. - Kamyanets-Podilsky, 2007. - 256 p.

3. Bilim G. Active motor mode - one of the main components of the formation of healthy lifestyle skills / G. Bilim, // 'Health and physical culture. - 2009. - № 34. - P.10.

4. Nechaev V. Modern trends in the development of physical culture and health technologies / V. Nechaev // Physical education, sports and human health. Bulletin of Kamyanets-Podilsky National un-tu them. Ivan Ogienko: coll. Science. pr. - 2010. - Vip. 3. - P. 132.

5. Dolynsky BT Defining the essence of the concept of "health" and its role in the professional activities of primary school teachers // Bulletin of Chernihiv National Pedagogical University named after Taras Shevchenko .; Goal. ed. Nosko MO Chernihiv: ChNPU, 2016. - Issue. 136. - 256 p. - P. 67.

МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПИТАНЬ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ: ПРОГРАМА, ОБСЯГ, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Пирхова Н. П.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

***Резюме**. У статті розглянуті програма, обсяг, матеріали та методи дослідження, які в подальшому допоможуть оцінити рівень обізнаності населення щодо формування здорового способу життя шляхом проведення медико-соціологічного дослідження та надати методичні рекомендації.*

*Мета – визначити програму, обсяг, матеріали та методи медико-соціологічного дослідження з питань формування здорового способу життя серед населення**.***

Для досягнення поставленої мети використано методи: бібліосемантичний, аналіз, узагальнення й систематизація літератури та медико-соціологічне дослідження (анкетування).

Результати. Програма дослідження складалась з чотирьох послідовних етапів. Перший етап передбачав аналітичний огляд наукових джерел, публікацій. Визначено актуальність обраної теми, мета, завдання, предмет та об'єкт дослідження.

На другому етапі було визначено науково-методологічний інструментарій проведення дослідження.

Третій етап – розробка стандартизованої анонімної анкети з питань здорового способу життя (ЗСЖ). До анкети увійшли питання – «меню», тобто коли респондент може вибрати будь-яке поєднання варіантів відповідей, та питання, що припускають один із чотирьох варіантів («так», «ні», «частково», «не замислювався(-лась)»).

Четвертий етап має на меті проведення медико-соціологічного дослідження (анкетування): збір первинних статистичних даних, їх розрахунок, аналіз та інтерпретація результатів дослідження.

Висновки. Програма, обсяги, методи та матеріали медико-соціологічного дослідження на тему «Роль магістра громадського здоров'я у формуванні здорового способу життя серед населення» забезпечать репрезентативність отриманих результатів, допоможуть оцінити рівень обізнаності населення щодо формування здорового способу життя шляхом проведення медико-соціологічного дослідження та надати методичні рекомендації.

***Ключові слова**: медико-соціологічне дослідження, програма, обсяг, матеріали, методи.*

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ПРОГРАММА, ОБЪЕМ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пырхова Н. П.
Житомирский медицинский институт ЖОС

Резюме. *В статье рассмотрены программа, объем, материалы и методы исследования, которые в дальнейшем помогут оценить уровень осведомленности населения по формированию здорового образа жизни путем проведения медико-социологического исследования и предоставить методические рекомендации.*

Цель - определить программу, объем, материалы и методы медико-социологического исследования по вопросам формирования здорового образа жизни среди населения.

Для достижения поставленной цели использованы методы: библиосемантичний, анализ, обобщение и систематизация литературы и медико-социологическое исследование (анкетирование).

Результаты. Программа исследования состояла из четырех последовательных этапов. Первый этап предусматривал аналитический обзор научных источников, публикаций. Определена актуальность выбранной темы, цель, задачи, предмет и объект исследования.

На втором этапе, было определено научно-методологический инструментарий проведения исследования.

Третий этап - разработка стандартизированной анонимной анкеты по вопросам здорового образа жизни (ЗОЖ). К анкете вошли вопросы - «меню», то есть когда респондент может выбрать любое сочетание вариантов ответов, и вопросы, предполагающие один из четырех вариантов («да», «нет», «частично», «не задумывался (-лась) »)

Четвертый этап преследует цель - проведение медико-социологического исследования (анкетирование): сбор первичных статистических данных, их расчет, анализ и интерпретация результатов исследования.

Выводы. Программа, объемы, методы и материалы медико-социологического исследования на тему «Роль магистра общественного здоровья в формировании здорового образа жизни среди населения» обеспечат репрезентативность полученных результатов, помогут оценить уровень осведомленности населения по формированию здорового образа жизни путем проведения медико-социологического исследования и предоставить методические рекомендации.

Ключевые слова: *медико-социологическое исследование, программа, размер, материалы, методы.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 613.96:004.7-043.2

ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ КОМП'ЮТЕНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В ПІДЛІТКІВ

Плоткіна Л.П., Коваленко В.О.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

SUBSTANTIATION OF THE SYSTEM OF PREVENTING MEASURES OF COMPUTER ADDICTION IN ADOLESCENTS

Plotkina L., Kovalenko V.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract*. The process of computerization is gaining momentum in modern world. As a form of telecommunications, computer networks are a fundamentally new layer of social reality . The huge flow of information mostly unnecessary and sometimes harmful, makes anxious even an adult, when adolescents who are not resistant to various irritations suffer more. The article analyzes the essence of the "computer addiction" notion, its relationship with addictive behavior, describes its types and stages of formation, highlights the research of modern scientists from different positions on computer addiction as a type of addictive behavior.*

Key words*: computer addiction, adolescents, computer addiction, health, addictive behavior.*

Актуальність проблеми: В роботі розглядається теоретичні засади проблеми комп'ютерної залежності підлітків: причини, ознаки та наслідки. Розкрито особливості заходів профілактики комп'ютерної залежності підлітків. Розроблено проект щодо профілактики комп'ютерної залежності серед підлітків за участю медичних працівників. Здійснено емпіричне дослідження рівня комп'ютерної залежності підлітків та форми їх дозвілля.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці соціально-педагогічних умов первинної профілактики комп'ютерної адикції підлітків.

Об'єкт дослідження – профілактика комп'ютерної адикції у неповнолітніх.

Предмет дослідження – умови первинної профілактики комп'ютерної адикції підлітків.

Для реалізації поставленої мети було визначено такі завдання дослідження:

1. Визначити основні підходи до профілактики комп'ютерної залежності підлітків.
2. Визначити, обґрунтувати та експериментально перевірити систему заходів первинної профілактики комп'ютерної залежності підлітків.

Матеріали та методи. Для розв'язання поставлених завдань використано наступні методи дослідження: теоретичні: аналіз, синтез педагогічної, психологічної, соціологічної, методичної літератури з метою з'ясування класифікацій адикцій, уточнення сутності поняття «комп'ютерна адикція підлітка» і визначення його типових характеристик, основних механізмів формування комп'ютерної адикції та обґрунтування соціально-педагогічних умов її профілактики, розробки критеріїв оцінки комп'ютерної адикції підлітків; порівняння, класифікація та узагальнення результатів експерименту; емпіричні: педагогічне спостереження (безпосереднє, опосередковане) за поведінкою, емоційними станами підлітків під час гри на комп'ютері та по її завершенню; опитування (анкетування, інтерв'ю) підлітків та їхніх батьків; психодіагностичні методики для визначення рівнів комп'ютерної адикції підлітків; педагогічний експеримент (констатувальний, формувальний, контрольний етапи) з метою перевірки соціально-педагогічних умов первинної профілактики комп'ютерної адикції підлітків. математичної статистики: узагальнення емпіричних даних у процесі порівняння результатів констатувального та формувального етапів дослідження.

Результати та їх обговорення. Сьогоднішні темпи комп'ютеризації перевищують темпи розвитку всіх інших галузей. Без комп'ютерів і комп'ютерних мереж не обходиться жодна організація чи

установа у світі. Комп'ютери стрімко впровадилися в людське життя, а ми часто не усвідомлюємо того, що починаємо багато в чому залежати від них.[1; с. 114]

Суттєву роль у сучасній профілактичній роботі відіграють профілактичні інтервенції (цілеспрямований вплив на цільову групу профілактики з метою зміни її ставлення до проблеми і подолання факторів, що призводять до проблеми), завдання яких полягає у тому, щоб змінити некоректні й сформувати стійкі адекватні установки щодо проблеми та поведінки, сформувати вміння і навички, необхідні для попередження і подолання проблем, а також для задоволення власних потреб безпечним і ефективним шляхом.

Усі профілактичні дії згідно з рішенням ВООЗ диференціюються на первинні, вторинні, третинні. Первинними визначаються такі, що виконуються у здоровому середовищі, їх завдання - попередження виникнення у середовищі ровесників певного негативного явища та проблем, пов'язаних із ним.

На основі аналізу літературних джерел виокремлено основні підходи до профілактичної роботи та найпоширеніші моделі профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі, структуру профілактичних дій.

Представлено наукове обґрунтування соціальних умов та методики первинної профілактики комп'ютерної адикції підлітків, визначено її результативність; описано хід формувального експерименту та показано динаміку рівнів комп'ютерної адикції підлітків до і після експерименту. З метою проведення формувального експерименту нами було розроблено експериментальну методику, що концептуально відповідає теоретичним положенням кваліфікайної роботи. В її основу покладено зміст, форми і методи профілактичної роботи, зосереджені на формуванні у підлітків умінь і навичок, необхідних для попередження і подолання комп'ютерної адикції, а також для задоволення потреби отримання нових вражень, позитивних емоцій, подолання дискомфорту альтернативним шляхом. Експериментальна робота з підлітками була спрямована на: підвищення їхньої обізнаності щодо можливості використання комп'ютера, об'єктивних сучасних знань про ризики впливу комп'ютера на здоров'я, поведінку, настрій; зменшення їхньої агресивності та тривожності; формування відповідального ставлення до власного здоров'я; мотивацію до подальшого використання отриманих знань і навичок у реальному житті. У розв'язанні поставлених завдань застосовувався покомпонентний підхід. Реалізація когнітивного компоненту здійснювалася через засвоєння підлітками знань про вплив комп'ютера на здоров'я людини, особливості комп'ютерних ігор та їх потенційний вплив на формування особистості, можливості використання комп'ютера в житті. Сприйняття та аналіз отриманої інформації давали можливість підліткам розширити власний досвід, порівняти його з чужим. Профілактична робота здійснювалася, в основному, на тематичних виховних годинах, тренінгових заняттях, уроках інформатики.

На констатувальному етапі у експерименті були задіяні студенти-першокурсники коледжів. Одержані за результатами констатувального етапу емпіричні дані дозволили не лише виявити стан проблеми комп'ютерної залежності у підлітків, але й виділити групи, які в подальшому було залучено для проведення формувального етапу експерименту. Головна мета формувального етапу полягала у перевірці, в тому числі статистичній, достовірності розроблених умов щодо можливості зниження процесу розвитку комп'ютерної залежності.

У експерименті брали участь 131 студент, з яких було сформовано дві групи. 62 студенти контрольної та 69 студентів експериментальної груп. Для забезпечення більш точнішої математичної обробки статистичної інформації за результатами тестів та творчих завдань кожному респонденту були виставлені бали. Підлітки, які були віднесені до високого рівня ризику розвитку комп'ютерної залежності, отримали 41-50 балів, до середнього – 31-40 балів і до низького – 21-30 балів. Таким чином був побудований дискретний статистичний розподіл для учнівської вибірки. (табл. 1).

Таблиця 1

Дискретний статистичний розподіл для учнівської вибірки

Рівні залежності	Низький		Середній		Високий	
Інтервали	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50
Частота КГ, xi	7	11	16	16	7	5
Частота ЕГ, yi	5	15	18	15	10	6

Усі статистичні дослідження ґрунтуються на припущенні, що ознака генеральної сукупності має нормальний закон розподілу ймовірностей. Інколи підґрунтям для висновків про характер гіпотетичного розподілу можуть бути форми полігону або графіки.

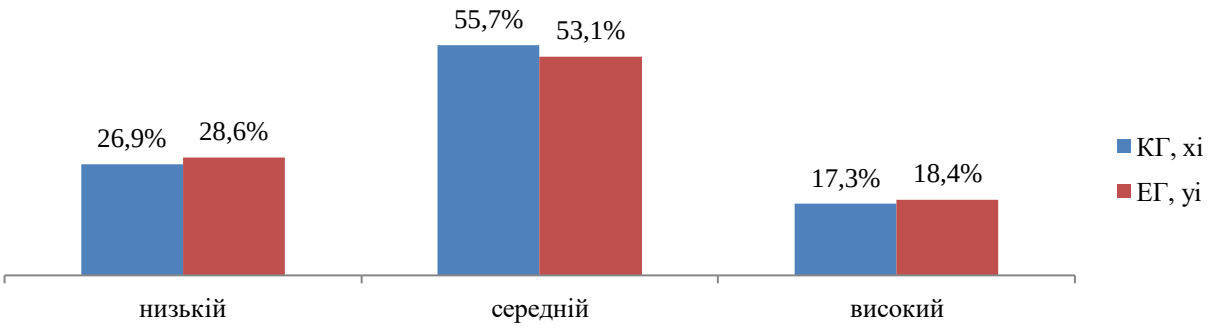


Рис. 1 Показники комп'ютерної залежності підлітків КГ і ЕГ до початку експерименту
Де: xi – частота появи ознак в контрольній групі (об'єм вибірки – 62);
yi – частота появи ознак в експериментальній групі (об'єм вибірки – 69).

Для підтвердження вірогідності одержаних результатів нами було визначено ступень кореляційної залежності між контрольною та експериментальною групами підлітків із застосуванням вибіркового коефіцієнта кореляції враховуючи парний статистичний розподіл вибірки. Обсяг вибірки в цьому разі дорівнює кількості пар, тобто n = 6.

Розрахунки були проведені за допомогою числових характеристик ознак:

- середня величина $\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^{n} x_i}{n}$;
- дисперсія $D_x = \frac{\sum_{i=1}^{n} x_i^2}{n} - (\bar{x})^2$;
- середнє квадратичне відхилення $\sigma_x = \sqrt{D_x}$.

А також за допомогою емпіричного кореляційного моменту

$$K_{xy}^* = \frac{\sum x_i y_i}{n} - \bar{x}\bar{y}$$

та вибіркового коефіцієнта кореляції

$$r_в = \frac{K_{xy}^*}{\sigma_x \sigma_y}.$$

Оскільки обсяг вибірки n = 6, то для КГ маємо:

$$\bar{x} = 8{,}67;$$

$$\frac{\sum x_i^2}{6} = 96{,}67;$$

$$D_x = 96{,}67 - 8{,}67^2 = 21{,}56.$$

$$\sigma_x = \sqrt{21{,}56} = 4{,}64.$$

Числові характеристики ознаки ЕГ:

$$\bar{y} = 8{,}17;$$
$$\frac{\sum y_i^2}{6} = 90{,}17;$$
$$D_y = 90{,}17 - 8{,}17^2 = 23{,}47.$$
$$\sigma_y = \sqrt{23{,}47} = 4{,}84.$$
$$\frac{\sum x_i y_i}{n} = 91{,}17;$$
$$K_{xy}^* = 91{,}17 - 8{,}67 * 8{,}17 = 20{,}39;$$
$$r_в = \frac{20{,}39}{4{,}64 * 4{,}84} = 0{,}9$$

Таким чином ми бачимо, що на початку експерименту зв'язок між КГ і ЕГ підлітків є *сильним і майже функціональним*. Вибірка підлітків є *однорідною***.** Це свідчить про те, що підлітки в контрольній та експериментальній групах мають майже однаковий рівень комп'ютерної залежності. На низькому рівні знаходиться 26,9% учнів КГ і 28,6% - ЕГ, на середньому рівні 55,7% учнів КГ і 53,1% – ЕГ, на високому рівні 17,3% учнів КГ і 18,4% – ЕГ. Потрібно зазначити, що підлітки двох груп мають в основному низький і середній рівні комп'ютерної залежності.

Розглянемо результати діагностики рівня комп'ютерної залежності рідлітків КГ і ЕГ після формувального експерименту. Згідно з експериментальними даними складемо парний статистичний розподіл вибірки.

Таблиця 2

Парний статистичний розподіл вибірки.

порівняно з початком експерименту. (див. рис. 2).

Рівні залежності	Низький		Середній		Високий	
Інтервали	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50
Частота КГ, xi	8	14	15	18	5	2
Частота ЕГ, yi	13	22	23	7	4	0

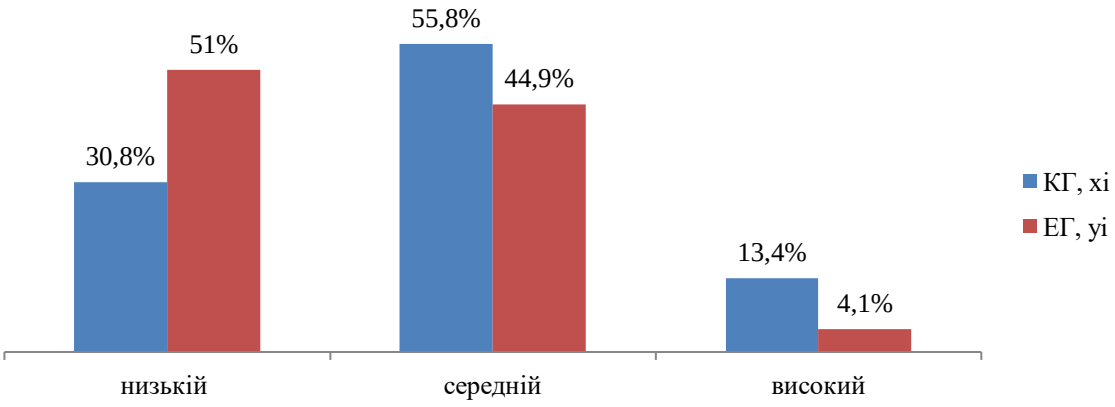


Рис. 2. Показники комп'ютерної залежності підлітків КГ і ЕГ після експерименту

Розрахуємо числові характеристики для КГ:

$$\bar{x} = 8{,}67;$$
$$\frac{\sum x_i^2}{6} = 100;$$
$$D_x = 24{,}89.$$
$$\sigma_x = \sqrt{24{,}89} = 4{,}99.$$

Числові характеристики ознаки ЕГ:

$$\bar{y} = 8{,}17;$$
$$\frac{\sum y_i^2}{6} = 124{,}5;$$
$$D_y = 57{,}81.$$
$$\sigma_y = \sqrt{57{,}81} = 7{,}6.$$
$$\frac{\sum x_i y_i}{n} = 89{,}67;$$
$$K_{xy}^* = 18{,}89;$$
$$r_в = 0{,}5.$$

Після впровадження розроблених нами заходів з профілактики комп'ютерної залежності в експериментальній групі показники рівнів залежності змінилися, а в контрольній групі майже залишилися без змін.

Так на низькому рівні знаходиться 30,8% підлітків КГ і 51% - ЕГ, на середньому рівні 55,8% учнів КГ і 44,9% - ЕГ, на високому рівні 13,4% учнів КГ і 4,1% - ЕГ.

Крім того, порівнюючи результати в контрольній групі, бачимо, що на низькому рівні було 26,9% підлітків до експерименту, а після - 30,8%; на середньому – до 55,7%, після – 55,8% учнів; на високому рівні – до – 17,3%, після – 13,4%. Тоді, як в експериментальній групі на низькому рівні було 28,6% підлітків до експерименту, а після - 51%; на середньому – до 53,1%, після – 44,9% учнів; на високому рівні – до – 18,4%, після – 4,1%.

Суттєво змінилися показники низького і високого рівнів в експериментальній групі.

Отже, проблема комп'ютерної залежності є актуальною проблемою серед досліджених підлітків, вирішення якої можливе, як показують результати роботи, зокрема за рахунок реалізації комплексних профілактичних заходів за участю медичних працівників, адже тільки кваліфікований медичний працівник спроможний вчасно виявити симптоми комп'ютерної залежності у підлітків і надати необхідну допомогу для її подолання.

Для досягнення мети нашої роботи була розроблена спеціальна програма дослідження, визначені етапи та методи наукового дослідження. Для виконання експериментальної частини програми дослідження було проведено діагностичне анкетування серед підлітків м.Житомира та області.

Узагальнюючи показники, ми отримали підстави для диференціації рівнів комп'ютерної залежності у підлітків : низький, середній і високий.

Низький рівень – немає ризику розвитку комп'ютерної залежності (після того, як учень один або кілька разів програв в рольову комп'ютерну гру, він починає «відчувати смак», йому починає подобатися комп'ютерна графіка, звуки, сам факт імітації реального життя чи якихось фантастичних сюжетів);

Середній рівень – стадія захоплення (поява ієрархії потреб нової потреби – гра в комп'ютерні ігри);

Високий рівень – стадія ризику розвитку комп'ютерної залежності (гравці є «завзятими», тобто знаходяться на стадії психологічної залежності від комп'ютерних ігор).

Після впровадження розроблених нами заходів за участю медичних працівників в експериментальній групі показники рівнів комп'ютерної залежності змінилися, а в контрольній групі майже залишилися без змін.

Крім того, порівнюючи результати в контрольній групі, бачимо, що на низькому рівні було 26,9% учнів до експерименту, а після - 30,8%; на середньому – до 55,7%, після – 55,8% учнів; на високому рівні – до – 17,3%, після – 13,4%. Тоді, як в експериментальній групі на низькому рівні було 28,6% учнів до експерименту, а після – 51%; на середньому – до 53,1%, після – 44,9% учнів; на високому рівні – до – 18,4%, після – 4,1%.

Суттєво змінилися показники низького і високого рівнів в експериментальній групі.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів профілактики комп'ютерної адикції. Актуальним для вивчення залишається вирішення цієї проблеми на рівні інших вікових груп, збагачення змісту дозвілля підлітків, пошуку шляхів запобігання інших видів девіантної поведінки підлітків. Проте, можна зробити висновок, що впроваджена програма з профілактики комп'ютерної залежності у підлітків за участю медичних працівників має позитивний результат.

ЛІТЕРАТУРА

1. Курисько Ю.О., Кубіцький С.О.Соціально-педагогічна профілактика комп'ютерної залежності підлітків. / Ю. О. Курисько., С.О. Кубіцький Україна. // Здоров'я нації. – 2016 р. с. 144.
2. Соціальна педагогіка : мала енциклопедія / [за заг. ред. І. Д. Звєрєвої.]. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 33 с.
3. Сергєєва Н. В. Соціально-педагогічні умови профілактики комп'ютерної адикції підлітків 13.00.05 - соціальна педагогіка. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних. Київ 2010 с. 6.
4. Клочко О. О. Соціальна реклама у питаннях профілактики адиктивної поведінки дітей та молоді. / Олексій Клочко. // Соціальна реклама в сучасному суспільстві : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, 2 грудня 2011 року. – Х. : Інститут соціальної політики регіону, 2011. – С. 67.
5. Дрепа М.И. Психологическая профілактика интернет-зависимости у студентов / автореф. дис. канд. психол. наук: спец. 19.00.05 «Социальная психология; психология социальной работы», 2010. 16 с.
6. Гончарук В. Інтернет-залежність в дітей та підлітків [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://konf.koippo.kr.ua/blogs/index.php/blog2/title-0.
7. Егоров А.Ю. «Социально приемлемые» аддикции [Електронний ресурс] – Режим доступа : http://www.narcom.ru/cabinet/online/109.html.
8. Золотова Г. Д. Особливості соціально-педагогічної профілактики адиктивної поведінки серед дітей групи ризику / Г. Д. Золотова // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. – 2010. – № 9 (196). – С. 93.
9. Песоцкая О. П. Современные подходы к профилактике аддиктивного поведения школьников / О.П. Песоцька // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2009. – № 17 (180). Ч.II. – С. 221.

REFERENCES

1. Kurysko YO, Kubitsky SO Socio-pedagogical prevention of computer adolescent addiction. / Yu. O. Kurisko., S.O. Kubitsky Ukraine. // Health of the Nation. - 2016 144.
2. Social pedagogy: a small encyclopedia / [for general. ed. ID Zvereva.]. - K.: Центр educational literature, 2008. - 33 p.
3. Sergeeva NV Socio-pedagogical conditions for the prevention of computer addiction adolescents 13.00.05 - social pedagogy. Abstract of the dissertation for the degree of candidate of pedagogical. Kyiv 2010 p. 6.
4. Klochko OO Social advertising in the prevention of addictive behavior of children and young people. / Alexey Klochko. // Social advertising in modern society: materials of the international scientific-practical conference, December 2, 2011. - H .: Institute of Social Policy of the region, 2011. - P. 67.
5. Drepa MI Psychological prevention of Internet addiction in students / author's ref. dis. Cand. psychol. Science: special. 19.00.05 "Social psychology; psychology of social work ", 2010. 16 p.
6. Goncharuk V. Internet addiction in children and adolescents [Electronic resource] – Mode access: http://konf.koippo.kr.ua/blogs/index.php/blog2/title-0.
7. Egorov A.Yu. "Socially acceptable" addictions [Electronic resource] – Mode access: http://www.narcom.ru/cabinet/online/109.html.
8. Zolotova GD Features of socio-pedagogical prevention of addictive behavior among children at risk / GD Zolotova // Bulletin of Taras Shevchenko Lviv National University. - 2010. - № 9 (196). - P. 93.
9. Pesotskaya OP Modern approaches to the prevention of addictive behavior schoolchildren / O.П. Pesotska // Bulletin of Luhansk Taras Shevchenko National University. - 2009. - № 17 (180). Part II - P. 221.

ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ КОМП'ЮТЕНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В ПІДЛІТКІВ

Плоткіна Л.П., Коваленко В.О.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *У статті проаналізовано сутність поняття «комп'ютерна залежність», її взаємозв'язок з адиктивною поведінкою, охарактеризовано її види та етапи формування, висвітлено*

дослідження сучасних науковців з різних позицій щодо комп'ютерної залежності як виду адиктивної поведінки.

Ключові слова: *комп'ютерна залежність, підлітки, комп'ютерна адикція здоров'я, адиктивна поведінка.*

ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ КОМПЬЮТЕНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Плоткина Л.П., Коваленко В.А.
Житомирский медицинский институт Житомирского областного совета

Аннотация. *В статье проанализированы сущность понятия «компьютерная зависимость», ее взаимосвязь с аддиктивным поведением, охарактеризованы ее виды и этапы формирования, освещены исследования современных ученых из разных позиций по компьютерной зависимости как вида аддиктивного поведения.*

Ключевые слова: *компьютерная зависимость, подростки, компьютерная аддикция, здоровья, аддиктивное поведение.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 159.9:61

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ «ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ» МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНДЕРНИХ ОЗНАК

Примаченко О.В. Примаченко С.О.
ВНЗ «Київський медичний коледж №3»

Прокопович Є.М.
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

PECULIARITIES OF MANIFESTATION OF EMOTIONAL «BURNOUT SYNDROME» AMONG HEALTHCARE WORKERS DEPENDING ON THEIR GENDER SIGNS

Primachenko O.V., Primachenko S.O.
HEI "Kyiv Medical College №3"

Prokopovich E.M.
Taras Shevchenko National University of Kyiv

Abstract. *The urgency of the article is that the problem of «emotional burnout» is particularly significant at the moment among health medical employees in Ukraine and around the world. The medical staff of medical employees is exposed to excessive stress on a daily basis in the course of their professional activities due to constant and direct contact with patients who need urgent care or are in a critical psychological state. These circumstances in most cases cause negative emotions, excessive mental stress and physical fatigue. The purpose of the article: a description of a study to study the syndrome of «emotional burnout» and the peculiarities of its manifestation in physicians depending on gender. The conducted empirical research is devoted to the analysis of psychological features of the manifestation of emotional burnout among medical employees(connection with gender factors). Research work was conducted during 2020. A special socio-psychological study included 60 medical employees(30 women and 30 men) with 5 or more years of experience working in medical institutions in Kyiv. Testing was performed at the beginning of the working day. The following psychodiagnostic methods were used in the empirical study: the method of diagnosing the level of «emotional burnout» VV Boyko, the method of «Research of burnout syndrome» Greenberg J., the questionnaire «Burnout syndrome» in the professions of the system «man - man» K. Maslach and S. Jackson, self-assessment method SA Budassi, Kettell questionnaire PF-16 test of adult personality traits. The results of the study allowed us to draw the following conclusions. Analyzing the relationship between gender traits and emotional burnout, it can be argued that women in stressful situations are more prone to psychosomatic and psychovegetative disorders, and men - to personal detachment (depersonalization). In addition, women develop the syndrome not only because «resistance» - inadequate selective emotional response and through the reduction of professional responsibilities, and through the experience of traumatic circumstances - a symptom of the component «stress», while in men «emotional burnout» unfolds through symptoms of only «resistance». Prospects for further research indicate that the results provide an opportunity to consider in a new perspective the problem of studying the factors of burnout in the context of the professional path of the medical employees. Based on the results obtained, we can say that most of the studied medical employees need specialized psychological care to overcome the emotional burnout syndrome.*

Key words: *emotional burnout syndrome, gender, gender characteristics, psychological features of medical employees.*

Актуальність проблеми. Медичний персонал стаціонарних відділень повсякденно в процесі професійної діяльності піддається надмірним стресовим впливам у зв'язку з постійним й безпосереднім контактом з хворими, які потребують термінової допомоги або знаходяться в критичному психологічному стані. Ці обставини в переважній кількості випадків викликають негативні емоції, надмірну психічну напругу та фізичну втому, вороже ставлення до роботи, загальне невизначене чуття занепокоєння, що сприяє

виснаженню психоемоційної сфери та розвитку синдрому «професійного та емоційного вигорання». Серед симптомів, що виникають першими, можна вирізнити загальне почуття втоми, вороже ставлення до роботи, загальне невизначене почуття занепокоєння, сприймання роботи як такої, що постійно ускладнюється та стає менш результативною. Медичний працівник може легко впадати в гнів, дратуватися і почувати себе розбитим, зосереджувати увагу на деталях і бути налаштованим надзвичайно негативно до усіх подій. Гнів, що він відчуває, може призвести до розвитку підозрілості. Працівник може думати, що співробітники можуть його позбутися. Цей стан може посилюватися почуттям «незалученості», особливо якщо раніше працівник брав участь в усіх подіях. Окрім того, кожен, хто намагається допомогти, щось порадити, викликає роздратування. Серйозними проявами «емоційного вигорання» є поведінкові зміни і ригідність. Якщо людина зазвичай балакуча і нестримана, вона може стати тихою і відчуженою. Чи навпаки, людина, що зазвичай тиха і стримана, може стати дуже говірковою, вступати в бесіду будь з ким. Жертва «емоційного вигорання» може стати ригідною у мисленні. Ригідний працівник закритий до змін, оскільки це вимагає енергії чи ризику, котрі є великою загрозою для вже виснаженої особистості.

Медичний працівник, який відчуває на собі дію синдрому «емоційного вигорання», може намагатися подолати ситуацію, уникаючи колег та пацієнтів, фізично і духовно дистанціюючись від них. Уникнення та дистанціювання можуть проявлятися багатьма шляхами. Наприклад, працівник може бути відсутній на роботі. Він може спілкуватися безособовими способами з колегами та пацієнтами, може зменшувати власну замученість до контактів з ними. Медичний працівник, врешті-решт, впадає в депресію і починає сприймати ситуацію як «безнадійну». Він може залишити свою посаду чи взагалі змінити професію.

Мета дослідження: вивчення синдрому «емоційного вигорання» та особливостей його прояву у медичних працівників залежно від гендерних ознак.

Методологія та організація дослідження. Дослідницька робота проводилась протягом 2020 року. У спеціальне соціально – психологічне дослідження було включено 60 медичних працівників (30 жінок і 30 чоловіків) зі стажем роботи 5 та більше років, які працюють в медичних закладах Києва. Тестування проводилося на початку робочого дня.

При проведенні емпіричного дослідження були використані наступні психодіагностичні методики:

- Методика діагностики рівня «емоційного вигорання» В.В.Бойко [1];
- Методика «Досліження синдрому «вигорання» Гринберг Дж. [2];
- Опитувальник «Синдром вигорання» в професіях системи «людина – людина» К. Маслач та С.Джексон [4];
- Методика самооцінки С.А.Будассі [3];
- Опитувальник Кеттелла PF-16 тест властивостей особистості дорослих [6].

Результати дослідження та їх обговорення. Методологічна та наукова значущість. Гендер – це соціальна категорія, що визначає сукупність усіх властивостей, які відрізняють людей залежно від статі; становить комплекс соматичних, репродуктивних, соціокультурних і поведінкових характеристик.

Як указано на рис. 1, високий рівень розвитку «виснаження» – у жінок сформоване у переважній кількості (30 %) ніж у чоловіків (19%). Аналіз показників другого компонента – «резистенції» свідчить, що його розвиток властивий більшості жінок (16 %) та 4% чоловіків, тобто більше властивий жінкам, ніж чоловікам. У фазі «напруження» ми виявили високий рівень прояву цього компонента лише у чоловіків (4%).

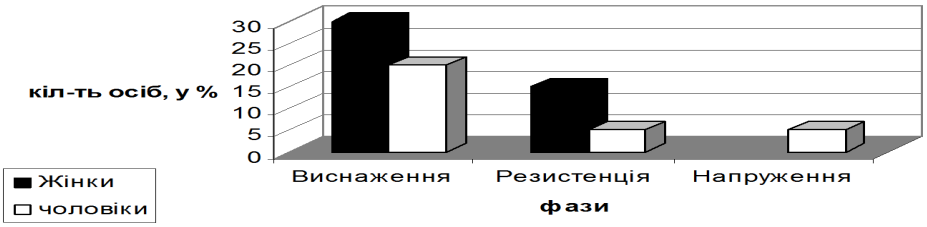


Рис. 1. Гендерні особливості високого рівня розвитку компонентів синдрому «емоційного вигорання» (%)

Таким чином, можна зробити висновок, що при високому рівні розвитку синдрому «емоційного вигорання» чоловіки і жінки, які працюють в медичних установах, майже однаково реагують на стрес-фактори через перший, другий компоненти – «виснаження» та «резистенцію», однак, чоловіки більш схильні реагувати також на третій компонент синдрому – «напруження».

Поглиблений аналіз особливостей прояву симптомів кожного із компонентів дає можливість детальніше розкрити взаємозв'язок синдрому емоційного вигорання та статі. Гендерні особливості частоти симптомів що сформувалися і фаз емоційного вигорання у медичних працівників указані нижче.

Згідно з результатами дослідження, указаними в таблиці 1, було виявилено, що за показниками вигорання у фазі «напруги» переживання психотравмуючих обставин більше у жінок (62 %), ніж у чоловіків (30 %); крім того тривога та депресія також більша у жінок (22%) ніж у чоловіків (10 %).

Таблиця 1

Гендерні особливості частоти симптомів що сформувалися і фаз емоційного вигорання у медичних працівників (%)

№ з\п	Показники вигорання	Стать (показники розвитку симптомів, кількість досліджуваних у %)	
		Жінки	Чоловіки
Фаза «напруги»	Переживання психотравмуючих обставин	62	30
	Тривога й депресія	22	10
Фаза «резістенції»	Неадекватне виборне емоційне реагування	62	45
	Емоційно-моральна дезорієнтація	21	21
	Розширення сфери економії емоцій	19	30
	Редукція професійних обов'язків	50	22
Фаза «виснаження»	Емоційний дефіцит	22	22
	Емоційна відстороніть	20	20
	Особистісна відстороніть (деперсоналізація)	22*	42*
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	17**	5**

*Примітка: * -рівень статистичної значущості (p<0,01)*
*** -рівень статистичної значущості (p<0,001)*

Фаза «резистенції» за показниками «неадекватне виборне емоційне реагування» представлена більшістю жінок (62 %) ніж чоловіків (45 %).

Показник вигорання «емоційно-моральна дезорієнтація» представлений однаково як у жінок (21 %) так і у чоловіків (21 %). Показник «розширення сфери економії емоцій» більший у чоловіків (30 %) ніж у жінок (19 %). Показник «редукція професійних обов'язків» виявлений у більшості жінок (50 %) ніж у чоловіків (22 %).

Фаза «виснаження» представлена наявністю наступних показників вигорання: «емоційний дефіцит» та «емоційна відстороненість» наявна у однаковій мірі у чоловіків та жінок (22 %); «особистісна відстороненість» (деперсоналізація) наявна більшою мірою в чоловіків (42 %), серед жінок вона представлена у 22 % досліджуваних. «Психосоматичні та психовегетативні порушення» наявні у більшої кількості жінок (17 %) ніж чоловіків (5 %).

Як видно з таблиці, було виявлено статистично значущі відмінності між статтю та такими симптомами емоційного вигорання: особистісна відстороненість (деперсоналізація) (p<0,01) та психосоматичні та психовегетативні порушення (p<0,001). Аналізуючи отримані дані, можна стверджувати, що жінки у стресовій ситуації більш схильні до психосоматичних та психовегетативних порушень, а чоловіки – до особистісної відстороненості (деперсоналізації). Крім того у жінок розвиток синдрому відбувається не тільки через «резистенцію» – неадекватне вибіркове емоційне реагування та через редукцію професійних обов'язків, крім того через переживання психотравмуючих обставин – симптом компонента напруги, у той час коли у чоловіків «емоційне вигорання» розгортається лише через симптом «резистенції».

Отримані в ході емпіричного дослідження дані узгоджуються з висновками вітчизняних і зарубіжних досліджень. Так,

зазначається, що взаємозв'язок між «емоційним вигоранням» і статтю не є однозначним. Одні автори стверджують, що чоловіки вигорають більшою мірою, ніж жінки, інші – навпаки. Отже, мова має йти не про те, що представники однієї із статей вигорають більше, а про специфіку впливу статі на компоненти емоційного вигорання [5; 7].

Крім того, вченими встановлено, що у стресовій ситуації чоловіки більше схильні до емоційної відстороненості, відчуття загнаності, сприймання ситуації як критичної, що дуже часто впливає на зміну стосунків з оточенням, провокує відчуження від людей. Чоловіки менше схильні до пошуку соціальної підтримки, ніж жінки, вони часто намагаються наслідувати стереотип поведінки «я мушу бути сильним і мужнім та вирішувати все сам».

Водночас жінки у стресовій ситуації більше схильні до емоційного виснаження, вони більше емоційно відкриті, але, емоційно заглиблюючись у переживання кожного з тих, хто поруч (і на роботі, і вдома), вони ставлять під загрозу своє емоційне здоров'я, ризикують емоційно спустошитися, виснажитись емоційно та фізично, набути психосоматичних та психовегетативних порушень (на які, порівняно з чоловіками, скаржаться значно частіше). Жінки схильні займати материнську позицію як вдома, так і на роботі, беручи на себе відповідальність за життя та добробут тих, хто поруч, що також може призводити до емоційного перевантаження, фізичного та морального виснаження (особливо, коли жінка не в змозі виконати покладені на неї обов'язки) [5].

Різниця у поведінкових проявах синдрому «емоційного вигорання» у чоловіків та жінок може пояснюватися також тим, що у чоловіків переважають інструментальні цінності, а жінки більше схильні до емоційного відгуку: вони у меншій мірі схильні до відсторонення від своїх пацієнтів, відвідувачів, громадян, які звернулися до них про допомогу.

Ризик «вигоріти» також залежить від того, наскільки функції, які виконують працівники, відповідають їх статево-рольовій орієнтації. Так, дослідники встановили, що чоловіки більше чутливі до впливу стресорів у тих ситуаціях, в яких від них вимагають демонстрації суто чоловічих якостей, таких, як фізичні дані, чоловіча відвага, емоційна стриманість, демонстрація власних досягнень у роботі. У той же час жінки більше чутливі до стресорних факторів при виконанні тих обов'язків, які потребують від них співчуття, підкорення.

Ще одним чинником, що впливає на виникнення синдрому «професійного вигорання» у жінок, є той факт, що жінка, яка працює, відчуває більш високі робочі перевантаження (порівняно з чоловіками) через додаткові домашні та родинні обставини [7].

Висновки та перспектива подальших досліджень. Проведене емпіричне дослідження присвячене аналізу психологічних особливостей прояву емоційного вигорання серед медичних працівників (зв’язок із гендерними чинниками). Результати дослідження дозволили сформулювати наступні висновки. Аналізуючи зв’язок гендерних ознак із емоційним вигоранням, можна стверджувати, що жінки у стресовій ситуації більш схильні до психосоматичних та психовегетативних порушень, а чоловіки – до особистісної відстороненості (деперсоналізації). Крім того у жінок розвиток синдрому відбувається не тільки через «резистенцію» – неадекватне виборне емоційне реагування та через редукцію професійних обов'язків, а ще через переживання психотравмуючих обставин – симптом компонента «напруга», в той час коли у чоловіків «емоційне вигорання» розгортається через симптоми лише «резистенції».

Отримані результати дають можливість розглянути у новому ракурсі проблему вивчення чинників вигорання в контексті професійного шляху особистості медичного працівника. Ґрунтуючись на отриманих результатах можна говорити, що більшість досліджуваних медичних працівників потребують спеціалізованої психологічної допомоги для подолання синдрому емоційного вигорання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении/ В.В. Бойко – СПб.: Питер.- 2014. – 105 с.

2. Горностай П.П. Психология личности: Словарь-справочник/ П.П. Горностай, Т.М. Титаренко – К.: рута, 2015.- 440 с.

3. Панюк В. Основи практичної психології/ В. Панюк, Т. Титаренко, Н.Чепелева – К.: Либідь, 2014. – 563с.

4. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн – СПб: Питер, 2016. – 712 с.

5. Ситников А. П. Акмеологический тренинг: теория, методика. Психотехнологии / А.П. Ситников – М.: Технологическая школа бизнеса, 2016. – 428 с. 89

6. Таланов В. Л. Справочник практического психолога / В.Л. Таланов, И.Г.Малкина-Пых − СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2015. − 928 с. 95

7. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников / Л.Н. Юрьева – Издательство «Сфера», - К. 2017 – 325с. 111

REFERENCES

1. Boiko V.V. Syndrom «эmotsyonalnoho vыhoranyia» v professyonalnom obshchenyy/ V.V. Boiko – SPb.: Pyter.- 2014. – 105 s. 15

2. Hornostai P.P. Psykholohyia lychnosty: Slovar-spravochnyk/ P.P. Hornostai, T.M. Tytarenko – K.: ruta, 2015.- 440s. 27

3. Paniuk V. Osnovy praktychnoi psykholohii/ V. Paniuk, T. Tytarenko, N.Chepeleva – K.: Lybid, 2014. – 563s. 73

4. Rubynshtein S. L. Osnovы obshchei psykholohyy / S.L. Rubynshtein – SPb: Pyter, 2016. – 712 s. 81

5. Sytnykov A. P. Akmeolohycheskyi trenynh: teoryia, metodyka. Psykhotekhnolohyy / A.P. Sytnykov – M.: Tekhnolohycheskaia shkola byznesa, 2016. – 428 s. 89

6. Talanov V. L. Spravochnyk praktycheskoho psykholoha / V.L. Talanov, Y.H.Malkyna-Pыkh − SPb.: Sova, M.: ЭKSMO, 2015. − 928 s. 95

7. Yureva L.N. Professyonalnoe vыhoranye u medytsynskykh rabotnykov / L.N. Yureva – Yzdatelstvo «Sfera», - K. 2017 – 325s. 111

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ «ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ» МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНДЕРНИХ ОЗНАК

Примаченко О.В., Примаченко С.О.
ВНЗ «Київський медичний коледж №3»

Прокопович Є.М.
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Анотація. *Актуальність проблематики статті полягає в тому, що проблема синдрому «емоційного вигорання» є особливо значущою на сьогодні серед медичних працівників в Україні та світі. Медичний персонал стаціонарних відділень повсякденно в процесі професійної діяльності піддається надмірним стресовим впливам у зв'язку з постійним й безпосереднім контактом з хворими, які потребують термінової допомоги або знаходяться в критичному психологічному стані. Ці обставини в переважній кількості випадків викликають негативні емоції, надмірну психічну напругу та фізичну втому. Мета статті: опис дослідження з вивчення синдрому «емоційного вигорання» та особливостей його прояву в медичних працівників залежно від гендерних ознак. Проведене емпіричне дослідження присвячене аналізу психологічних особливостей прояву емоційного вигорання серед медичних працівників (зв'язок із гендерними чинниками). Дослідницька робота проводилась протягом 2020 року. У спеціальне соціально-психологічне дослідження було включено 60 медичних працівників (30 жінок і 30 чоловіків) зі стажем роботи 5 та більше років, які працюють в медичних закладах Києва. Тестування проводилося на початку робочого дня. При проведенні емпіричного дослідження були використані наступні психодіагностичні методики: методика діагностики рівня «емоційного вигорання» В.В.Бойко, методика «Досліження синдрому «вигорання» Гринберг Дж., опитувальник «Синдром вигорання» в професіях системи «людина – людина» К. Маслач та С.Джексон, методика самооцінки С.А.Будассі, опитувальник Кеттелла PF-16 тест властивостей особистості дорослих. Результати дослідження дозволили сформулювати наступні висновки. Аналізуючи зв'язок гендерних ознак із емоційним вигоранням, можна стверджувати, що жінки в стресовій ситуації більш схильні до психосоматичних та психовегетативних порушень, а чоловіки – до особистісної відстороненості*

(деперсоналізації). Крім того в жінок розвиток синдрому відбувається не тільки через «резистенцію» – неадекватне виборне емоційне реагування та через редукцію професійних обов'язків, а ще через переживання психотравмуючих обставин – симптом компонента «напруга», в той час коли у чоловіків «емоційне вигорання» розгортається через симптоми лише «резистенції». Перспективи подальших досліджень свідчать про те, що отримані результати дають можливість розглянути в новому ракурсі проблему вивчення чинників вигорання в контексті професійного шляху особистості медичних працівників. Ґрунтуючись на отриманих результатах, можна говорити, що більшість досліджуваних медичних працівників потребують спеціалізованої психологічної допомоги для подолання синдрому емоційного вигорання.

***Ключові слова**: синдром «емоційного вигорання», гендер, гендерні ознаки, психологічні особливості медичних працівників.*

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНЫХ ПРИЗНАКОВ

Примаченко А.В., Примаченко С.А.
ВУЗ «Киевский медицинский колледж №3»

Прокопович Е.М.
Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко

***Аннотация.** Актуальность проблематики статьи заключается в том, что проблема синдрома «эмоционального выгорания» является особо значимой на данный момент среди медицинских работников в Украине и мире. Медицинский персонал стационарных отделений повседневно в процессе профессиональной деятельности подвергается чрезмерным стрессовым воздействиям в связи с постоянным и непосредственным контактом с больными, которые нуждаются в срочной помощи или находятся в критическом психологическом состоянии. Эти обстоятельства в подавляющем числе случаев вызывают негативные эмоции, чрезмерное психическое напряжение и физическую усталость. Цель статьи: описание исследования по изучению синдрома «эмоционального выгорания» и особенностей его проявления у медицинских работников в зависимости от гендерных признаков. Проведенное эмпирическое исследование посвящено анализу психологических особенностей проявления эмоционального выгорания среди медицинских работников (связь с гендерными факторами). Исследовательская работа проводилась в течение 2020 года. В специальное социально - психологическое исследование было включено 60 медицинских работников (30 женщин и 30 мужчин) со стажем работы 5 и более лет, работающих в медицинских учреждениях Киева. Тестирование проводилось в начале рабочего дня. При проведении эмпирического исследования были использованы следующие психодиагностические методики: методика диагностики уровня «эмоционального выгорания» В.В.Бойко, методика «Исследование синдрома «выгорания» Гринберг Дж., опросник «Синдром выгорания «в профессиях системы» человек – человек» К. Маслач и С.Джексон, методика самооценки С.А.Будасси, опросник Кеттелла PF-16 тест свойств личности взрослых. Результаты исследования позволили сформулировать следующие выводы. Анализируя связь гендерных признаков с эмоциональным выгоранием, можно утверждать, что женщины в стрессовой ситуации более склонны к психосоматическим и психовегетативных нарушений, а мужчины - к личностной отстраненности (деперсонализации). Кроме того у женщин развитие синдрома происходит не только из-за «резистенции» - неадекватное выборное эмоциональное реагирование и через редукцию профессиональных обязанностей, а через переживание психотравмирующих обстоятельств - симптом компонента «напряжение», в то время как у мужчин «эмоциональное выгорание» разворачивается через симптомы только «резистенции». Перспективы дальнейших исследований свидетельствуют о том, что полученные результаты дают возможность рассмотреть в новом ракурсе проблему изучения факторов выгорания в контексте профессионального пути медицинских работников. Основываясь на полученных результатах можно говорить, что большинство исследуемых медицинских работников нуждаются в специализированной психологической помощи для преодоления синдрома эмоционального выгорания.*

***Ключевые слова:** синдром «эмоционального выгорания», гендер, гендерные признаки, психологические особенности медицинских работников.*

ПРАВИЛА
подання матеріалу для опублікування для авторів журналу
«Магістр медсестринства»:

Редакція просить авторів при оформленні статей керуватися такими правилами:

Мова рукопису – українська.

Структура матеріалу:

Актуальність проблеми – стан дослідження проблеми за літературними джерелами не пізніше 5-7-річної давності

Мета дослідження.

Матеріали та методи.

Результати та їх обговорення – виклад основного матеріалу дослідження з обґрунтуванням отриманих статистично опрацьованих результатів.

Висновки та перспективи подальших досліджень.

Література.

Матеріали розташовуються у такій послідовності:

- Індекс УДК (окремий абзац з вирівнюванням по центру курсивом);
- Назва статті (великими літерами, напівжирний шрифт, окремий абзац з вирівнюванням по центру);
- Прізвище автора/авторів та ініціали (українською мовою, окремий абзац з вирівнюванням по центру);
- Місце роботи: назва установи, назва країни - для іноземних авторів (окремий абзац з вирівнюванням по центру);
- Анотація (1600-1800 знаків або 200-250 слів за структурою статті – актуальність проблеми, мета дослідження, матеріали та методи, результати та обговорення, висновки; курсив з вирівнюванням по ширині), ключові слова українською мовою (не більше 5);
- Текст статті;
- Список використаної літератури;
- Анотації статті російською та англійською мовами.

Вимоги до оформлення літератури:

Література (від 5-15 літературних джерел) друкується в кінці статті відповідно до національного стандарту ДСТУ ГОСТ 7.1:2015, Бібліографічний запис, в алфавітному порядку, посилання на літературні джерела обов'язкове. У тексті статті посилання позначаються в квадратних дужках, наприклад, [4], [5, с. 17]. Перша цифра – номер джерела у списку літератури, друга – номер сторінки. Номер джерела та номер сторінки розподіляються комою з пробілом, номер джерела крапкою з комою, наприклад, [7; 8]. Список літератури починається підзаголовком Література (з вирівнюванням по лівому краю напівжирним шрифтом).

Технічні вимоги до оформлення матеріалів:

Статті набираються на комп'ютері в текстовому редакторі MS Word 2003-2007 шрифтом 14 пунктів з міжрядковим інтервалом - 1,5, абзац – 1,25, без табуляцій та переносів. Параметри сторінки: формат А 4, орієнтація – книжна. Поля зверху, знизу, зліва, справа – 2,0 см. Необхідно використовувати однотипні лапки "". Загальна кількість ілюстрацій (креслень, фотокопій, графіків, малюнків тощо), таблиць не повинна перевищувати чотирьох.

Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та входять у загальний обсяг статті. Таблиці повинні мати вертикальну орієнтацію, формули набираються в редакторі «Microsoft Equation», малюнки – в графічних редакторах.

Таблиці повинні бути підписані (напівжирний шрифт) з вирівнюванням по центру та пронумеровані (шрифт курсив) з вирівнюванням по правому краю, наприклад: (Link).

Рисунки діаграми повинні бути пронумеровані та підписані (напівжирний шрифт) з вирівнюванням по лівому краю, наприклад: (Link).

Не дозволяється користуватися для форматування тексту пробілами, табуляцією та ін., ставити переноси вручну або користуватися автоматичним переносом.

Загальний обсяг статті не повинен перевищувати 20 000 знаків з пробілами. Мінімальна кількість сторінок – 5, максимальна – 14.

Правила подання матеріалів до редакційної колегії:

1. Стаття у відповідності з наведеними вимогами у роздрукованому вигляді. На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім'я та по батькові (повністю) з позначкою – вичитано, вивірено, відредаговано, дата;

2. Електронний варіант у зазначеному форматі на інформаційному носії на адресу редакції або на e-mail – ***naukova.lab.zhmi@gmail.com***;

3. Анотації статі російською та англійською мовами (електронний варіант);

4. На окремому аркуші відомості про автора, прізвище, ім'я по батькові, місце роботи, науковий ступінь, вчене звання, домашня адреса, електронна адреса, телефон для спілкування з редколегією;

5. Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи.

Статті, подані з порушенням вказаних вимог, РЕДАКЦІЯ НЕ РОЗГЛЯДАТИМЕ!

Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів.

Редколегія залишає за собою право перевірки статті на наявність плагіату та гарантує авторові захист авторських прав під час розгляду матеріалів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Адреса для листування та подання матеріалів:
10002, м. Житомир
вул. Велика Бердичівська 46/15
Житомирський медичний інститут
З позначкою «У Магістр медсестринства»
Електронна адреса закладу:
zhitomir.nursing@gmail.com
Тел./факс: 0412-43-08-91
Електронна адреса для листування: ***naukova.lab.zhmi@gmail.com***