ISSN 2618-1592

ЖИТОМИРСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

Український науково-практичний журнал

MASTER OF NURSING

Ukranian scientific and practical journal

1 (27) 2022

ЖИТОМИР 2022

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
І. М. НІКОЛАЄВА
В. О. КОВАЛЕНКО
М.В. КІРЯЧОК
В. М. КОСЕНКО
І. М. КРУКОВСЬКА
Б. Б. ЛЕСЬКІВ
І. Р. МАХНОВСЬКА
А. О. МЕЛЬНИК
С. Д. ПОПЛАВСЬКА
С. С. ТЕВС
Н. М. САМБОРСЬКА
Т. І. ЧЕРНИШЕНКО
С. О. ЯСТРЕМСЬКА

Реєстраційне свідоцтво
КВ№ 23237-13077ПР
від 22.03. 2018 р.

Індекс 49895
Рекомендовано
Вченою радою
Житомирського медичного
інституту
Житомирської обласної ради
Протокол № 3 від 20.10.2021 р.

Періодичність
2 рази на рік

Наклад 200 прим.

Науковий редактор
В.О. Заболотнов

Відповідальний секретар
А.В. Антонов

Технічний редактор
О.В. Ціунчик

ISSN 2618-1592

Друк:
ФОП Худяков О. В.
10014 м. Житомир,
вул. Чапаєва 2, кв 51

Замовлення № 89

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.

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

© Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, 2022

МІЖНАРОДНА НАУКОВА РАДА ЖУРНАЛУ «МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА»

Голова Міжнародної наукової ради журналу «Магістр медсестринства» – Шатило Віктор Йосипович, доктор медичних наук, професор, радник ректора 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 – професор кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, доктор педагогічних наук, в.о.ректора Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради (Україна)

Горай Ольга Віцентіївна – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради (Україна)

Кірячок Марина Володимирівна – кандидат педагогічних наук, в.о. проректора 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 Жешовського 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)

Поплавська Світлана Дмитрівна – кандидат педагогічних наук, в.о. проректора з навчальної роботи Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради (Україна)

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 філософії 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

ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ ДЛЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я……7
Гордійчук С.В., Горай О.В., Поплавська С.Д., Кірячок М.В.

РОЛЬ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У ФОРМУВАННІ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ……21
Горбач Л.М.

ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ……..31
Дика Б. М.

ОБІЗНАНІСТЬ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ОПП «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА» ЖИТОМИРСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ З ПИТАНЬ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ……...36
Дячук Т.В., Риженко О.В.

НАСЛІДКИ УШКОДЖЕННЯ ХРЕБТА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ СПІНАЛЬНИХ ХВОРИХ…….41
Дячук Т.В., Риженко О.В.

ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ РОЗВИТКУ ТВОРЧОГО ПОТЕНЦІАЛУ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ……50
Ковальчук Т.Ю.

УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ДОГЛЯДІ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ……56
Ковальчук Т.Ю., Козирацька Л.М.

ДІАГНОСТИКА КРОВОВТРАТИ ПАРАМЕДИКАМ ПІД ЧАС БОЙОВИХ ДІЙ НА БАЗОВОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ…….....61
Міщук І. М., Хімчик Є. О., Слободенюк О.Л.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ ТА САМОСТІЙНА РОБОТА, ЇХ РОЛЬ В АКТИВІЗАЦІЇ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ.....65
Опрелянська Г.Г., Шаня Н.С.

ЗАСТОСУВАННЯ МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ПЕДІАТРІЇ……..65
Слободенюк О.Л.

ІНТЕРАКТИВНИЙ ПЛАКАТ ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ ІНСТРУМЕНТ ЗАДОВОЛЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ, ЗАГАЛЬНОКУЛЬТУРНИХ, ОСВІТНІХ ТА ПРОФЕСІЙНИХ ЗАПИТІВ І ПОТРЕБ РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ КОРИСТУВАЧІВ БІБЛІОТЕКИ ЖИТОМИРСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ……69
Шарнопільська В. Ю., Голумбевська М. В.

ДОСВІД ЗВО ЯК БАЗИС ПРОГРЕСИВНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ УПРАВЛІНСЬКИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЖИТОМИРСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ……75
Яворська Т., Яворський П.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ НА ГЛАУКОМУ ТА ЇЇ ПОШИРЕНІСТЬ В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ…….78
Гуменна Л.В., Кокоріна С.А., Чекурда Г.В.

ЦИТОЛОГІЧНИЙ СКРИНІНГ- ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ……...86
Козирацька Л.М. Лаговська Г.І. Ковальчук Т.Ю.

ВПЛИВ СТРЕСУ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ ТА МЕТОДИ ПРОТИДІЇ ЙОГО НЕГАТИВНИ…...92
Рирак В.В.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ…….....97
Табачук Л.П., Опрелянська Г.Г., Шаня Н.С., Бондарчук Н.Б.

ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ НА РОЗУМОВІ ЗДІБНОСТІ СТУДЕНТІВ……..102
Шищук Л.М., Ігнат'єв В.В., Петрук Ю.М., Шоханов О.С

ДОПОМІЖНИ ЗАСОБИ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИМИ СЕСТРАМИ ДЛЯ ЗАСПОКОЄННЯ ДІТЕЙ-ПАЦІЄНТІВ У МАНІПУЛЯЦІЙНИХ КАБІНЕТАХ……105
Юрченко М. В.

CONTENT

MEDICAL EDUCATION AND SCIENTIFIC RESEARCHES IN NURSING

PRINCIPLES OF QUALITY MANAGEMENT OF EDUCATIONAL ACTIVITIES IN THE TRAINING OF SPECIALISTS FOR THE INDUSTRY OF HEALTH PROTECTION…….7
Gordiychuk S.V., Gorai O.V., Poplavska S.D., Kiryachok M.V.

THE ROLE OF SIMULATION LEARNING IN FORMING PROFESSIONAL COMPETENCE OF FUTURE SPECIALISTS..21
Horbach L.M.

DIAGNOSTIC FEATURES OF DEPRESSIVE DISORDER IN YOUNG PEOPLE……..25
Dyka B. M.

ASSESSMENT OF HEALTH IN THE EDUCATION OF THE NURSERY'S RIGHT OF THE ZHYTOMYR MEDICAL INSTITUTE OF THE NUTRITION OF THE PUKHLIN OF THE BRAIN……31
Dyachuk T.V., Rizhenko O.V.

CONSEQUENCES OF SPINE DAMAGE AND REHABILITATION OF SPINE PATIENTS….36
Dyachuk T.V., Ryzhenko O.V.

PEDAGOGICAL CONDITIONS FOR THE DEVELOPMENT OF THE CREATIVE POTENTIAL OF FUTURE NURSES IN THE PROCESS OF PROFESSIONAL TRAINING…….....41
Kovalchuk T.Y.

PARTICIPATION OF THE NURSE IN THE CARE OF PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES……..50
Kovalchuk T.Y., Kozyratska L.M.

DIAGNOSTICS OF BLOOD LOSS FOR PARAMEDICS DURING COMBAT ACTIONS AT THE BASIC LEVEL OF PROVIDING MEDICAL AID……..56
Mischuk I. M., Khimchyk E.O., Slobodenyuk O.L.

INTERDISCIPLINARY INTEGRATION AND INDEPENDENT WORK, THEIR ROLE IN ACTIVATING THE COGNITIVE ACTIVITY OF EDUCATION ACQUISITIONS……..61
Oprelyanska G.G., Shanya N.S.

STATEMENT OF MANUAL THERAPY IN PEDIATRICS…….....65
Slobodenyuk O.L.

INTERACTIVE POSTER AS AN INNOVATIVE TOOL TO SATISFY INFORMATIONAL, GENERAL CULTURAL, EDUCATIONAL AND PROFESSIONAL REQUESTS AND NEEDS OF VARIOUS CATEGORIES OF USERS OF THE ZHYTOMYR MEDICAL INSTITUTE LIBRARY……69
Sharnopilska V. Yu., Golumbevska M. V.

THE EXPERIENCE OF ZVO AS THE BASIS OF THE PROGRESSIVE IMPLEMENTATION OF MODERN MANAGEMENT TECHNOLOGIES IN THE ZHYTOMYR MEDICAL INSTITUTE……75
Yavorska T., Yavorsky P.

SOCIAL HEALTH

THE INCIDENCE OF GLAUCOMA IN THE POPULATION AND ITS PREVALENCE IN THE ZHYTOMYR REGION…….78
Humenna L.V., Kokorina S.A., Chekurda G.V.

CYTOLOGICAL SCREENING - AN EFFECTIVE METHOD OF CERVICAL CANCER PREVENTION……..86
Kozyratska L., Lahovska G., Kovalchuk T.

THE EFFECT OF STRESS ON THE HUMAN BODY AND METHODS OF COMBATING ITS NEGATIVE CONSEQUENCES……92
Ryrak V.V.

PREVENTION OF THYROID GLAND DISEASES……..97
Tabachuk L.P., Oprelyanska G.H., Shanya N.S., Bondarchuk N.B.

EFFECTS OF EXERCISE ON STUDENTS' MENTAL ABILITIES……102
Shyshchuk L.M., Ignatev V.V., Petruk Yu.M., Shokhanov O.S.

AUXILIARY TOOLS AND POSSIBILITIES OF THEIR APPLICATION BY NURSES TO SATISFY CHILD PATIENTS IN MANIPULATION CABINETS……...105
Yurchenko M. V.

УДК: 378:61]:005.6

ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ ДЛЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Гордійчук С.В., Горай О.В., Поплавська С.Д., Кірячок М.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

PRINCIPLES OF QUALITY MANAGEMENT OF EDUCATIONAL ACTIVITIES IN THE TRAINING OF SPECIALISTS FOR THE INDUSTRY OF HEALTH PROTECTION

Gordiychuk S.V., Gorai O.V., Poplavska S.D., Kiryachok M.V.
*Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Counci*l

Abstract. *The analysis of the practice of applying the strategy of the quality of educational activity in Ukrainian higher education institutions convincingly indicates the beginning of the development of the quality assurance system at the institutional level by creating a quality management structure of higher education institutions, defining the policy and mission of the institution regarding the quality of education, defining procedures, tools, performance indicators and the effectiveness of the internal system of ensuring the quality of education.*

This process is related to the requirements regulated at the national level and the beginning of the accreditation procedures of educational programs, which are carried out by experts of the National Agency for Quality Assurance of Education. However, in medical education institutions, such a trend has not yet acquired a systemic character, and in medical colleges and schools, after their transition to the system of professional preliminary education, it is not actually carried out. That is why the creation of a quality management system for the educational activity of the medical college is gaining relevance.

The peculiarity of this study is the scientific justification of the analysis of the state and prospects for improving the organization of quality management of educational activities for the training of nurses, paramedics and midwives in medical colleges of Ukraine. The scientific study provided for the stages of its implementation. Thus, at the ascertaining stage, an analysis, synthesis and generalization of regulatory documents regulating the management of the quality of educational activities at the European and national levels was carried out; the experimental base, the number and qualitative composition of the participants of the research work have been determined. In order to study the practical state of implementation of the system of quality management of educational activity in medical colleges, a survey of the administrative and managerial level was conducted regarding the principles and procedures of the system of ensuring the quality of educational activity at the institutional level, and an agreed version of the questionnaire data received from the management of medical colleges from 15 regions of Ukraine was studied. The total number of respondents was 398 people, including 23 medical college directors, 63 deputy directors, 89 heads of departments, 24 methodologists and 199 heads of subject cycle commissions. The questionnaire that was proposed for the study is a modification of the questionnaire created by the International Charitable Foundation "International Educational Policy Research Fund" and the Ukrainian Catholic University within the framework of the "Space of Educational Initiatives" project of the Ukrainian Catholic University.

Актуальність. Аналіз практики застосування стратегії якості освітньої діяльності в українських закладах вищої освіти переконливо свідчить про початок

розбудови системи забезпечення якості на інституційному рівні шляхом створення структури управління якістю закладів вищої освіти [1], визначення політики та місії закладу щодо якості освіти [2], визначення процедур, інструментів [3], індикаторів результативності [4] та ефективості внутрішньої системи забезпечення якості освіти [5]. Цей процес пов'язаний із вимогами, що регламентуються на загальнодержавному рівні [6], та початком процедур акредитації освітніх програм, які здійснюються експертами Національного агентства із забезпечення якості освіти. Проте в закладах медичної освіти така тенденція ще не набула системного характеру, а в медичних коледжах та училищах, після їх переходу до системи фахової передвищої освіти, фактично не здійснюється. Саме тому створення системи управління якістю освітньої діяльності медичного коледжу набуває актуальності.

Матеріали та методи. Особливістю цього дослідження є наукове обґрунтування аналізу стану та перспектив покращення організації управління якістю освітньої діяльності підготовки медичних сестер, парамедиків та акушерок у медичних коледжах України. Наукове дослідження передбачало етапність його проведення. Так, на констатуючому етапі було проведено аналіз, синтез та узагальнення нормативно-правових документів, що регламентують управління якістю освітньої діяльності на європейському та національному рівнях [7,8,9,10,11]; визначено експериментальну базу, кількість та якісний склад учасників науково-дослідної роботи.

Для вивчення практичного стану запровадження в медичних коледжах системи управління якістю освітньої діяльності було проведено анкетування адміністративно-управлінської ланки щодо принципів та процедур системи забезпечення якості освітньої діяльності на інституційному рівні та вивчено узгоджений варіант анкетних даних, отриманих від керівництва медичних коледжів з 15 областей України. Загальна кількість респондентів становила 398 осіб, серед яких 23 директори медичного коледжу, 63 заступники директора, 89 завідувачів відділень, 24 методисти та 199 голів предметних циклових комісій. Анкета, що була запропонована для дослідження, є модифікацією опитувальника, створеного Міжнародним благодійним фондом «Міжнародний фонд дослідження освітньої політики» та Українського католицького університету у межах проекту «Простір освітніх ініціатив» Українського католицького університету [12].

Анкета передбачала вибіркові, конструктивні та альтернативні відповіді. Складалась з 28 питань, що було розділено на три кластери. Перший кластер передбачав вивчення загальних відомостей про ЗВО, кадрове забезпечення, інформацію про наявність структурних підрозділів, відповідальних за провадження внутрішньої системи управління якістю освітньої діяльності медичного коледжу. Запитання другого кластеру надали можливість визначити наявність елементів системи внутрішнього забезпечення якості освітньої діяльності в медичних коледжах, основних інструментів, що застосовуються для здійснення внутрішнього аудиту якості освітньої діяльності, переліку заходів, що вживаються за результатами оцінювання якості освіти в медичних коледжах. До третього кластеру належали запитання, що визначали наявність зворотного зв’язку з основними стейкхолдерами [13].

Другим напрямом констатуючого етапу дослідження стало вивчення оприлюднених даних щодо забезпечення якості освітньої діяльності на офіційних сторінках закладів вищої медичної освіти, що брали участь у дослідженні, та здійснення порівняльного аналізу фактичного стану впровадження внутрішніх систем забезпечення якості освітньої діяльності в медичних коледжах з результатами анкетних даних, що були надані керівництвом медичних коледжів.

Загалом було проаналізовано структуру та зміст офіційних веб-сторінок 23 медичних училищ і коледжів України.

Після проведення констатувальної частини експериментального дослідження було створено авторську модель системи забезпечення якості освітньої діяльності[14].

Концептуальний компонент системи дозволив реалізувати концепцію загального управління якістю освітньої діяльності медичного коледжу. Методологічно-цільовий компонент системи забезпечення якості освітньої діяльності медичного коледжу передбачав формування стратегії, стратегічної і тактичної мети та цілей забезпечення якості освітньої діяльності медичного коледжу. Суб'єктно-змістовий компонент моделі забезпечував управління якістю освітньої діяльності медичного коледжу на основі державних освітніх стандартів та системи менеджменту якості. Діяльнісно-процесуальний компонент моделі системи забезпечення якості освітньої діяльності в медичному коледжі дозволив визначити відповідність освітніх послуг, що проваджується закладом медичної освіти, до ліцензійних й акредитаційних вимог у сфері вищої освіти та раціонального ресурсного забезпечення освітнього процесу. Цей компонент моделі було розглянуто з позицій управління системою на основі менеджменту якості із застосуванням системного, процесного, ситуаційного, інноваційного, інформаційного, компетентнісного, ресурсного, креативного, стандартизованого підходів, а також підходів до інтернаціоналізації та академічної доброчесності. Оціночний компонент системи забезпечення якості освітньої діяльності медичного коледжу передбачає аналіз результативності якості освітньої діяльності медичного коледжу та рівень сформованості якості медичної освіти[15] .

Для аналізу показників ефективності запровадження системи забезпечення якості освітньої діяльності в медичних коледжах було проаналізовано успішність здобувачів медичної освіти впродовж їх життєвого циклу з 2014 до 2018 рр. в 4-х медичних коледжах, зокрема в коледжі КВНЗ «Житомирський медичний інститут» Житомирської обласної ради, КВНЗ «Бердичівський медичний коледж» Житомирської обласної ради, КВНЗ «Миколаївський базовий медичний коледж» та КВНЗ «Вінницький медичний коледж ім. акад. Д.К. Заболотного». Основними показниками дослідження стали:

– успішність абітурієнтів з предмету біологія як профільної дисципліни при вступі до медичного коледжу, що визначено у свідоцтві про завершення базової загальної середньої освіти та атестаті про повну загальну середню освіту;

– показник успішності з предмету біологія абітурієнтів при вступі до медичного коледжу за результатами вступних іспитів (для осіб, що вступали на навчання на основі базової загальної середньої освіти) та результатів зовнішнього незалежного оцінювання (для осіб, що вступали на навчання на основі базової загальної середньої освіти);

– показник успішності студентів з фундаментальних дисциплін: «Анатомія людини», «Фізіологія», «Медична біологія», «Основи медичної генетики» циклу загальної підготовки;

– показник успішності студентів з професійно-орієнтованих дисциплін: «Внутрішня медицина», «Хірургія», «Педіатрія», «Акушерство», «Гінекологія», «Медсестринство у внутрішній медицині», «Медсестринство в хірургії», «Медсестринство в педіатрії», «Медсестринство в акушерстві», «Медсестринство в гінекології»;

– показник успішності студентів випускного курсу при складанні субтестів блоків «Внутрішня медицина», «Хірургія», «Основи медсестринства» або «Догляд за хворими», «Педіатрія», «Акушерство і гінекологія» ліцензованого інтегрованого іспиту Крок – М.

Загалом під час проведення експериментальної частини дослідження було проаналізовано успішність 895 здобувачів освіти, у тому числі 284-х, які вступали на навчання до медичного коледжу на основі базової загальної середньої освіти (111 осіб навчались на відділенні «Лікувальна справа», кваліфікація фельдшер; 173 особи – на відділенні «Сестринська справа», кваліфікація медична сестра), та 611 осіб, які вступали на навчання на основі повної загальної середньої освіти (246 осіб навчались на відділенні «Лікувальна справа», кваліфікація фельдшер; 206 осіб – на відділенні «Сестринська справа», кваліфікація медична сестра; 159 осіб – на відділенні «Акушерська справа», кваліфікація акушерка) [16].

Для встановлення ефективності запровадження системи забезпечення якості освітньої діяльності в медичних коледжах показники успішності кожного студента в процесі їх життєвого навчального циклу порівнювались шляхом визначення кореляційного коефіцієнту Спірмана (прямі та зворотні сильні кореляційні зв'язки ± 0,1 – ± 0,29, середньої сили ± 0, 3 – ± 0,69, слабкі ± 0,7 – ± 0,99, ± 1 повна залежність), достовірність отриманих результатів перевірялась за допомогою критерію Стьюдента.

Основна частина. У ході дослідження нами визначено, що керівництво 23 медичних училищ та коледжів стверджує наявність власної внутрішньої системи забезпечення якості освітньої діяльності та виконання процедур та заходів, що передбачені на законодавчому рівні. Водночас керівники закладів медичної освіти, що взяли участь в опитуванні, зауважили, що на інституційному рівні наявні лише елементи внутрішніх систем забезпечення якості освітньої діяльності. Більш того, директори та заступники 22 медичних училищ та коледжів теоретично виявили намір побудувати локальні системи забезпечення якості. На нашу думку, отриманий дисбаланс відповідей пов'язаний з недостатнім рівнем обізнаності, мотивації, зацікавленості щодо необхідності впроваджувати внутрішні системи забезпечення якості освітньої діяльності з боку вищого керівництва закладів медичної освіти.

За результатами анкетування встановлено, що в усіх закладах медичної освіти відсутні окремі структурні підрозділи, які б відповідали за управління та забезпечення якості освітньої діяльності. Структурними підрозділами, що періодично контролюють питання якості надання освітньої послуги, є: навчальний та практичний відділи, циклові предметні комісії, посадові особи (заступник директора з навчальної роботи, завідувачі відділень, голови циклових предметних комісій, методисти тощо).

Керівники медичних училищ та коледжів стверджують необхідність періодичного проведення перегляду освітніх програм підготовки здобувачів освіти. Для якісної корекції змісту освітньої програми вивчаються думки стейкхолдерів: викладачів (52,2%); адміністрації закладів освіти (43,5%); батьків студентів, абітурієнтів (56,6%); роботодавців (39,2%); студентів (34,8%); професійних громадських асоціацій, об'єднань (30,5%), абітурієнтів (13,1%). Однак, аналізуючи відповіді респондентів щодо заходів, які здійснюються за результатами перегляду освітніх програм, нами з'ясовано, що вилучення непотрібних дисциплін систематично або періодично здійснюється у 21% закладів; запровадження нових обов'язкових дисциплін за результатами аудиту проводять 26% медичних коледжів та училищ; періодично здійснюють перенесення дисциплін на інший курс 78%; розширюють перелік дисциплін вільного вибору студента 39%; створюють нові освітні програми 47%.

Одним із проблемних питань провадження процедур та заходів забезпечення якості освітньої діяльності є оцінка якості роботи викладачів.

Основними заходами, що здійснюються під час аудиту діяльності науково-педагогічних та педагогічних працівників, є: застосування систематичного або періодичного опитування студентів щодо якості роботи викладачів (91%); проведення відкритих занять з подальшим їх оцінюванням викладачами та адміністраторами (95%); проведення підсумкового контролю з дисципліни (заліку/екзамену) іншим викладачем (73%); реалізація ректорських контрольних робіт (94%); оцінювання обсягу та якості розробленого викладачем навчально-методичного забезпечення дисципліни (підручників/посібників, практикумів, тестів тощо) (92%); оцінювання наукової активності викладача (кількість наукових публікацій, участь у наукових конференціях тощо) з питань забезпечення якості освіти (90%); оцінювання позааудиторної активності викладача (проведення олімпіад та конкурсів, ведення наукових гуртків тощо) (93%). Отже, керівництво закладів медичної освіти з різною частотою (систематично/періодично) намагається проводити аудит навчальної, методичної, практичної, виховної, наукової діяльності викладачів. Занепокоєння викликає факт реалізації системності у використанні отриманої в ході аудиту інформації для підвищення якості освітньої діяльності, оскільки нами було виявлено наступну періодичність застосування заходів за результатами оцінювання якості викладання: проведення індивідуальної бесіди керівника медичного закладу вищої освіти з викладачами (систематично 69,5%, періодично 21,7%), формування та оприлюднення рейтингів викладачів медичного закладу вищої освіти за результатами аудиту якості викладання (систематично 34,9%, періодично 47,9%); диференціації заробітної платні залежно від результатів аудиту якості викладання (систематично 17,3%, періодично 8,9%); проведення матеріального стимулювання у формі преміювання найкращих викладачів за результатами аудиту якості викладання в медичних училищах та коледжах (систематично 52,1%, періодично 34,7%); зобов'язання викладача пройти курси підвищення кваліфікації, тренінги тощо за результатами аудиту якості викладання у медичних училищах та коледжах (систематично 60,8%, періодично 8,7%); звільнення викладачів за результатами аудиту якості викладання в медичних училищах та коледжах (систематично 4,5%, періодично 13 %). Отже, як правило, основними заохоченнями для підвищення мотивації та якості викладацької діяльності є матеріальне стимулювання, натомість при виявленні недоліків у викладацькій діяльності керівництво закладів медичної освіти зосереджується лише на проведенні індивідуальних бесід та рекомендаціях щодо підвищення рівня кваліфікації.

На нашу думку, одним із критеріїв результативності провадження внутрішньої системи забезпечення якості освітньої діяльності є рівень формування в здобувачів медичної освіти загальних та спеціальних компетентностей. Також нами було з'ясовано, які інструменти та з якою частотою використовуються при здійсненні аудиту результатів навчання. Так, визначено, що у 86% медичних коледжів та училищ систематично здійснюються внутрішні вимірювання рівня сформованості компетентностей шляхом проведення ректорських контрольних, внутрішнього тестування та рецензування тощо; 47,8% закладів медичної освіти систематично та 30,4 % періодично проводять зовнішню оцінку якості результатів навчання здобувачів освіти; 43,4% закладів освіти здійснюють опитування випускників та підтримують з ними зворотний зв'язок; керівництво 30,4% медичних коледжів та училищ систематично та 56,5% періодично проводить опитування потенційних роботодавців з метою одержання оцінки від організацій та підприємств, у яких працюють випускники, щодо якості сформованих знань, умінь, навичок.

Наступною частиною дослідження був аналіз повноти оприлюднення публічної інформації на офіційних веб-сайтах закладів медичної освіти. Критеріями для аналізу стали наступні позиції: нормативні документи (статут, колективний договір, інформація про діяльність структурних підрозділів, положення про організацію освітнього процесу, положення про систему внутрішнього забезпечення якості освітньої діяльності, інформація про освітні програми та їх профілі, що реалізуються в закладі медичної освіти, інформація про проведення вступної кампанії тощо); інформація про відділ або центр, що відповідає за моніторинг якості освіти; взаємодія із стейкхолдерами; результати щорічного оцінювання здобувачів освіти, науково-педагогічних і педагогічних працівників; інформація про здійснення освітньої діяльності закладів медичної освіти.

У цілому матеріал, що розміщений на офіційних інтернет-сторінках закладів медичної освіти, змістовно інформує про історію закладу, персональний склад адміністрації, відділення як структурні підрозділи закладу медичної освіти, циклові предметні комісії як структурні підрозділи, що відповідальні за методичну діяльність, ліцензування та акредитацію, вступну кампанію тощо. Сайти 17% медичних училищ та коледжів не місять інформацію про статут та положення, що регламентують навчальну, методичну, виховну, практичну та наукову діяльність. На офіційних веб-сторінках лише 15 закладів медичної освіти (65%) розміщена сканована копія положення про організацію освітнього процесу. Аналізуючи офіційні сайти 23 закладів медичної освіти, які здійснюють підготовку медичних сестер, акушерок, фельдшерів (парамедиків), нами визначено, що лише на веб-сторінках двох з них (8,5%) оприлюднено положення про систему внутрішнього забезпечення якості, на сайтах ще двох медичних коледжів та двох медичних училищ (17,3%) містяться положення про внутрішній контроль, про внутрішньоучилищний контроль, про моніторинг якості освітнього процесу, про проведення директорських контрольних робіт, що є елементом внутрішньої системи забезпечення якості освіти. Жоден заклад медичної освіти не має окремого розділу, присвяченого питанням забезпечення якості освіти. Відсутня також інформації про здійснення зворотного зв'язку між закладами медичної освіти, що здійснюють підготовку кадрів для системи охорони здоров'я, та стейкхолдерами (роботодавці, студенти та їх батьки, інші зацікавлені особи). Нами не виявлено показників рейтингових списків оцінювання освітньої діяльності викладачів медичних коледжів та училищ (в одному закладі медичної освіти є положення про рейтингове оцінювання викладачів, на сайті іншого закладу міститься інформація про умови підготовки до атестації педагогічних працівників). На веб-сторінках 12 медичних училищ та коледжів (52%) представлені документи, що інформують про освітні програми підготовки здобувачів освіти як на основі повної, так і базової загальної середньої освіти.

Аналіз показників ефективності запровадження системи забезпечення якості освітньої діяльності в коледжі КВНЗ «Житомирський медичний інститут» виявив наявність сильних прямих кореляційних зв'язків на відділенні «Лікувальна справа» між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Анатомія людини», та компетентностями, сформованими на рівні дисциплін «Внутрішня медицина» (0,77), «Хірургія» (0,76), «Гінекологія» (0,77) з циклу професійної і практичної підготовки; між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Фармакологія та медична рецептура», та компетентностями, сформованими на рівні дисциплін «Внутрішня медицина» (0,73), «Акушерство» (0,75); між компетентностями, сформованими на рівні

фундаментальних навчальних дисциплін «Мікробіологія» (0,75), та компетентностями, сформованими на рівні дисципліни «Інфектологія»; між компетентностями, сформованими на рівні навчальної дисципліни «Догляд за хворими», та компетентностями, сформованими на рівні дисциплін «Внутрішня медицина» (0,76), «Гінекологія» (0,72).

На відділенні «Сестринська справа» в коледжі КВНЗ «Житомирський медичний інститут» прямі сильні кореляційні зв'язки виявлено між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Анатомія людини», та компетентностями, сформованими на рівні дисциплін «Медсестринство в хірургії» (0,85), «Медсестринство в педіатрії» (0,78), «Медсестринство в гінекології» (0,73); між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Фармакологія та медична рецептура», та компетентностями, сформованими на рівні дисциплін «Медсестринство в хірургії» (0,79), «Медсестринство в педіатрії» (0,77); між компетентностями, сформованими на рівні навчальної дисципліни «Основи медсестринства», та компетентностями, сформованими на рівні дисципліни «Медсестринство в акушерстві» (0,75).

Прямі сильні кореляційні зв'язки в коледжі КВНЗ «Житомирський медичний інститут» було встановлено й на відділенні «Акушерська справа» між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Фармакологія та медична рецептура», та компетентностями, сформованими на рівні дисципліни «Гінекологія» (0,86).

Порівняльний аналіз решти показників виявив наявність середньої сили прямих кореляційних зв'язків між досліджуваними явищами в здобувачів освіти усіх трьох відділень.

Аналіз результатів успішності студентів у процесі життєвого освітнього циклу в КВНЗ «Бердичівський медичний коледж» на відділенні «Лікувальна справа» надав можливість констатувати факт наявності сильних прямих кореляційних зв'язків між компетентностями, сформованими на рівні загальноосвітньої підготовки з предмету «Біологія», та компетентностями здобувачів освіти за фундаментальною навчальною дисципліною «Анатомія людини» (0,72); між компетентностями, сформованими на рівні навчальної дисципліни «Анатомія людини», та компетентностями з професійних дисциплін «Внутрішня медицина» (0,77), «Хірургія» (0,70).

У КВНЗ «Бердичівський медичний коледж» на відділенні «Сестринська справа» встановлено наявність прямих сильних кореляційних зв'язків між компетентностями, сформованими на рівні загальноосвітньої підготовки з предмету «Біологія», та компетентностями здобувачів освіти за фундаментальними навчальними дисциплінами «Анатомія людини» (0,70), «Медична біологія» (0,77); між компетентностями, сформованими на рівні навчальної дисципліни «Анатомія людини», та компетентностями з професійної дисципліни «Медсестринство в педіатрії» (0,90); між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Фармакологія та медична рецептура», та компетентностями, сформованими на рівні дисципліни «Медсестринство в гінекології» (0,76); між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Фізіологія», та компетентностями, сформованими на рівні дисциплін «Медсестринство в педіатрії» (0,90), «Медсестринство в акушерстві» (0,75), «Медсестринство в гінекології» (0,81); між компетентностями, сформованими на рівні навчальної дисципліни «Основи медсестринства», та компетентностями, сформованими на рівні дисципліни «Медсестринство у внутрішній медицині» (0,72).

Порівняльний аналіз успішності студентів за результатами впровадження моделі системи забезпечення якості освітньої діяльності на відділенні

«Лікувальна справа» Миколаївського базового медичного коледжу надав можливість встановити наявність сильних кореляційних зв'язків між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Фармакологія та медична рецептура», та компетентностями, сформованими на рівні дисциплін «Гінекологія» (0,74), «Педіатрія» (0,73); між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Загальний догляд», та компетентностями, сформованими на рівні дисципліни «Гінекологія» (0,74).

Аналіз життєвого навчального циклу на відділенні «Сестринська справа» виявив наявність сильного кореляційного зв'язку між показниками успішності із загальноосвітнього предмету «Біологія» та навчальними дисциплінами «Медична біологія» (0,76), «Анатомія людини» (0,74); між компетентностями, сформованими на рівні навчальної дисципліни «Анатомія людини», та компетентностями з професійних дисциплін «Медсестринство у внутрішній медицині» (0,73), «Медсестринство в педіатрії» (0,76); між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Фармакологія та медична рецептура», та компетентностями, сформованими на рівні дисципліни «Медсестринство в акушерстві» (0,72).

Серед успішності здобувачів медичної освіти відділення «Акушерська справа», що навчались у Миколаївському базовому медичному коледжі, встановлено наявність прямого сильного кореляційного зв'язку між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Фармакологія та медична рецептура», та компетентностями, сформованими на рівні дисципліни «Хірургія» (0,76); між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Загальний догляд», та компетентностями, сформованими на рівні дисципліни «Акушерство» (0,79).

Аналіз показників ефективності запровадження системи забезпечення якості освітньої діяльності у КВНЗ «Вінницький медичний коледж ім. акад. Д.К. Заболотного» надав можливість встановити, що освітні досягнення здобувачів медичної освіти, які навчались на відділенні «Лікувальна справа», виявили наявність сильних прямих кореляційних зав'язків між компетентностями, сформованими на рівні загальноосвітньої навчальної дисципліни «Біологія», та компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Медична біологія» (0,73); між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Анатомія людини», та компетентностями, сформованими на рівні професійно-орієнтованої клінічної дисципліни «Гінекологія» (0,71).

Аналізуючи навчальні досягнення здобувачів медичної освіти, що проходили підготовку на відділенні «Сестринська справа» за освітньою програмою підготовки майбутніх медичних сестер, нами встановлено наявність сильних прямих кореляційних зав'язків між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Анатомія людини», та компетентностями, сформованими на рівні професійно-орієнтованих клінічних дисциплін «Медсестринство у внутрішній медицині» (0,73), «Медсестринство в педіатрії» (0,73); між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Фармакологія та медична рецептура», та компетентностями, сформованими на рівні професійно-орієнтованої клінічної дисципліни «Медсестринство в акушерстві» (0,73); між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Фізіологія», та компетентностями, сформованими на рівні професійно-орієнтованої клінічної дисципліни «Медсестринство в педіатрії» (0,73).

Водночас на відділенні «Акушерська справа» Вінницького медичного коледжу, де здійснювалась підготовка майбутніх акушерок, встановлено наявність сильних прямих кореляційних зав'язків між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Фармакологія та медична рецептура», та компетентностями, сформованими на рівні професійно-орієнтованої клінічної дисципліни «Педіатрія» (0,74); між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальної навчальної дисципліни «Фізіологія», та компетентностями, сформованими на рівні професійно-орієнтованої клінічної дисципліни «Внутрішня медицина» (0,71); між компетентностями, сформованими на рівні базової клінічної навчальної дисципліни «Догляд за хворими», та компетентностями, сформованими на рівні професійно-орієнтованої клінічної дисципліни «Акушерство» (0,75).

Серед інших показників, що аналізувались, встановлено наявність кореляційних зав'язків середньої (86%) та слабкої (2%) сили прямої направленості на відділеннях, де здійснювалась підготовка майбутніх фельдшерів (парамедиків), акшерок, медичних сестер.

Дискусія. Отже, за результатами проведеного дослідження нами зроблено загальні висновки щодо стану впровадження систем або елементів забезпечення якості освіти в медичних коледжах і училищах.

Керівництво медичних училищ та коледжів декларує запровадження внутрішньої системи забезпечення якості освіти або ж її елементів, однак проведений детальний аналіз на основі відповідей учасників анкетування та моніторингу офіційних веб-сторінок свідчить про відсутність у більшої частини закладів медичної освіти необхідного інформаційного, мотиваційного, методичного, кадрового ресурсу для запровадження дієвих систем забезпечення якості освіти на інституційному рівні.

У закладах медичної освіти, що брали участь у дослідженні, відсутні структурні підрозділи, відповідальні за управління якістю освіти, такі функції додатково покладені на певних адміністраторів, як правило, заступників з навчальної роботи або методистів, які мають великий обсяг функціональних обов'язків, а тому процес внутрішнього забезпечення якості має формальний характер, зводиться до проведення комплексних (директорських) контрольних робіт та аналізу оцінок, отриманих здобувачами освіти.

Більшість (86,0 %) медичних училищ та коледжів зазначає, що процес запровадження внутрішніх систем забезпечення якості освітньої діяльності потребує створення моделі локальної системи забезпечення якості, що враховувала б специфіку діяльності закладів медичної освіти, була адаптована до специфіки медичних училищ, коледжів та оприлюднена у вигляді методичних рекомендацій.

Закладами медичної освіти задекларовано вивчення інтересів та думок стейкхолдерів (студентів, абітурієнтів, викладачів, адміністрації, органів управління, батьків студентів, роботодавців, професійних та громадських організацій тощо), однак, якщо і відбувається якісний процес зворотного зв'язку з усіма зацікавленими сторонами, то в більшості випадків отримані результати не враховуються при перегляді освітніх програм.

Проблемним питанням якісного та адекватного реагування на результати проведення аудиту якості змісту існуючих освітніх програм є передбачений стандартом освітньої діяльності підготовки здобувачів освіти в галузі охорони здоров'я єдиний комплексний кваліфікаційний іспит та його складник – ліцензійний комплексний кваліфікаційний іспит «Крок». Вилучення «непотрібних» дисциплін, запровадження нових обов'язкових дисциплін, розширення переліку дисциплін вільного вибору

студента тощо, як правило, не реалізується в медичних училищах та коледжах, оскільки ДУ «Центр тестування при МОЗ України» формує базу тестових завдань на основі примірного навчального плану підготовки медичних кадрів із урахуванням обов'язкових для вивчення дисциплін циклів природничо-математичної та професійної підготовки.

У закладах медичної освіти, що здійснюють підготовку кадрів для потреб системи охорони здоров'я, проводяться елементи оцінки якості роботи викладачів, однак результати такого аудиту є закритими, вони не оприлюднюються на веб-сайтах. Крім того, основними заходами, що здійснюються за результатами аудиту, є індивідуальна бесіда керівника з викладачем.

Лише 47,0 % медичних коледжів та училищ з 23-х використовують електронне середовище в організації освітньої діяльності, що свідчить про необхідність його запровадження як для зовнішньої, так і внутрішньої системи забезпечення якості освітнього процесу.

Аналіз офіційних веб-сторінок медичних училищ та коледжів надає змогу зробити висновок, що більшість сайтів перевантажені інформацією про щоденні заходи та події закладів освіти, натомість вони мають мінімальний рівень інформованості для студентів, абітурієнтів та інших зацікавлених осіб щодо забезпечення якості, змісту освітніх програм та дисциплін, критеріїв оцінювання.

Здійснюючи обговорення аналізу показників ефективності запровадження системи забезпечення якості освітньої діяльності, слід зазначити, що отримані кореляційні зв'язки між результатами успішності здобувачів освіти свідчать про системність та залежність формування загальних та спеціальних компетентностей у студентів від прийняття управлінських рішень щодо якості освітньої діяльності, педагогічної майстерності та обізнаності науково-педагогічних працівників, які здійснюють освітній процес, а також від управління інформаційним, інноваційним, методичним, фінансовим ресурсом.

Так, науково підтверджено, що від рівня сформованості компетентностей із загальноосвітнього предмету «Біологія» залежить рівень сформованості компетентностей з фундаментальних дисциплін «Анатомія людини», «Фізіологія», «Медична біологія», «Основи медичної генетики». Також встановлено, що при створенні необхідних освітніх умов, запровадженні системи забезпечення якості освітньої діяльності, впровадженні викладачами медичного коледжу сучасних інноваційних технологій, студентоцентрованому підході, формуванні індивідуальної траєкторії освітнього процесу тощо у майбутніх медичних фахівців відбувається стійке формування комбінації знань, вмінь і практичних навичок з фундаментальних навчальних дисциплін.

Також слід зауважити, що встановлена наявність прямих кореляційних зв'язків сильної і середньої сили між компетентностями, сформованими на рівні фундаментальних навчальних дисциплін, наприклад, «Анатомія людини», «Фізіологія», «Медична біологія», які вивчаються на перших курсах у медичних коледжах, є основою наукового світогляду для використання отриманих знань та вмінь у процесі вивчення клінічних дисциплін, як-от: «Внутрішня медицина», «Хірургія», «Педіатрія», «Акушерство», «Гінекологія», «Медсестринство у внутрішній медицині», «Медсестринство в хірургії», «Медсестринство в педіатрії», «Медсестринство в акушерстві», «Медсестринство в гінекології». Ці глибокі фахові знання необхідні в подальшій практичній та професійній діяльності фельдшера, медичної сестри та акушерки з питань професійного спілкування, спостереження та догляду за пацієнтами, виконання медичних маніпуляцій згідно зі стандартами та правилами інфекційної безпеки, що має велике значення для їх

подальшої самостійної практичної та професійної діяльності.

Висновки. За результатами проведеного дослідження нами зроблено загальні висновки щодо стану впровадження систем або елементів забезпечення якості освіти в медичних коледжах та училищах: існує розбіжність між інформацією щодо запровадження внутрішньої системи якості освітньої діяльності, задекларованою керівництвом медичних коледжів та училищ, та реальним станом; питаннями забезпечення якості освітньої діяльності займаються посадові особи на різних рівнях структури управління, однак відсутня системність у координації такої діяльності; керівництво більшості (86%) медичних училищ та коледжів зазначає, що процес запровадження внутрішніх систем забезпечення якості освітньої діяльності потребує створення моделі локальної системи забезпечення якості; заклади медичної освіти здійснюють зворотний зв'язок із усіма зацікавленими сторонами (студенти, абітурієнти, викладачі, адміністрація, органи управління закладом освіти, роботодавці, професійні та громадські організації тощо), однак при перегляді освітніх програм підготовки здобувачів освіти отримані результати враховуються в неповному обсязі; у медичних училищах та коледжах проводяться елементи оцінки якості роботи викладачів, однак результати такого аудиту є закритими, вони не оприлюднюються на веб-сайтах.

Необхідно підкреслити, що основною умовою розвитку закладу вищої медичної освіти є вдосконалення управління освітньою діяльністю, впровадження внутрішніх систем забезпечення якості освіти, здійснення моніторингу рівня формування загальних та спеціальних (фахових) компетентностей, налагодження та постійне підтримування зворотного зв'язку із стейкхолдерами (здобувачами освіти, роботодавцями, іншими зацікавленими особами) тощо. До того ж впровадження моделі системи забезпечення якості освітньої діяльності серед закладів медичної освіти, що здійснюють підготовку майбутніх медичних сестер, акушерок, фельдшерів (парамедиків), надає можливість розвитку системності формування медичних знань та клінічного мислення, що підтверджено на основі виявлених сильних та середньої сили кореляційних зв’язків прямої направленості між рівнем формування компетентностей з базових, фундаментальних та профільних (клінічних) дисциплін освітньої програми підготовки здобувачів освіти в галузі охорони здоров’я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Making the Most of Our Potential: Consolidating the European Higher Education Area, Bucharest Communique 2012 URL: http://www.ehea.info/Upload/document/ministerial_declarations/Bucharest_Communique_2012_610673.pdf

2. Єреванське комюніке 14–15 травня 2015 року. URL:http://lpehea.in.ua/sites/default/files/documents/2016/05/24/yerevanske_komyunike_2015.pdf

3.The European Higher Education Area in 2020: Bologna Process Implementation Report *URL:* http://www.ehea.info/page-ministerial-conference-paris-2018

4. Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (ESG). Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти (ESG) : Ухвалено Міністерською конференцією в Єревані, 14-15 травня 2015 р. – К. : ТОВ "Поліграф плюс", 2015. – 32 с.

5. Kondrashov Nikolay Interaction of the higher education and school in the future teacher to continuing professional education. Indywidualistyczny I wspolnotowy obraz ksztalcenia doroslych w swiecie – terazniejszosc I perspektywy. Monografia wieloautorska; redakcja naukowa

Leszek Ploch, Matgorzata Myszka, Aneta Nieweglowska, Malgorzata Wisniewska: Siedlce, 2018. С. 139-147

6. Quality Assurance in Higher Education Institutions in Ukraine 2016 through the prism of European Guidelines and Standards ESG 2015 / V.Bugrov, O.Khrutska, O.Krykliy, K.Kyrychenko, O.Liuta, M.Mazurkiewicz, A.Pyzhyk, D.Shchegliuk, V.Yuskaiev. – EXANTE, Wrocław, 2016. – 104 p. режим доступу: http://quaere.pwr.edu.pl/wp-content/uploads/QA-in-Ukraine-reports.pdf

7. Y. Sari, M. A. Hadiyat and C. Beatrice "The design and implementation of Lean Quality Management System National", in Conf. Proc. of Production System XI and Quality Engineering Management VI, 2015, pp. B123–B136.

8. Eric Wibisono, "The new management system ISO 21001:2018: What and why educational organizations should adopt it", in International Seminar on Industrial Engineering and Management, At: Makassar, Indonesia, vol. 11th, 2018.

9. F. Anthony Camilleri, "Standardizing Management Systems for Educational Organizations: Implications for European Higher Education", 12th European Quality Assurance Forum, Riga, Latvia, 2017.

10. L. M. Fonseca, "From quality gurus and TQM to ISO 9001:2015: a review of several quality paths", Int. J. Qual. Res., 9, pp. 167–180, 2015.

11. Modern Approaches to Education Management to Ensure the Quality of Educational Services Hassan Ali Al-Ababneh 1,Salem A .S. Alrhaimi TEM Journal. Volume 9, Issue 2, Pages 770-778, May 2020.

12. Гордійчук С.В. Обгрунтування внутрішнього забезпечення якості освітньої діяльності та якості вищої освіти у КВНЗ «Житомирський медичний інститут» в умовах європейської вищої школи / С.В. Гордійчук // Вісник Луганського національного університету ім. Т. Шевченко (педагогічні науки) – Випуск 6(320), червень, 2018. – С. 103-110.

13. Гордійчук С.В. Управління якістю освітньої діяльності медичного закладу освіти на основі інноваційного підходу / С.В. Гордійчук // Вісник Житомирського державного університету ім. І. Франка – Випуск 2 (97), 2019. – С. 35- 42

14. Гордійчук С.В. Управління внутрішньою системою забезпечення якості освітньої діяльності у закладах медичної освіти / С.В. Гордійчук // Збірник наукових праць «Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка» – випуск 5 (161). Серія: Педагогічна науки. – 2019. С. 48-52

15. Гордійчук С.В. Забезпечення якості освітньої діяльності на інституційному рівні / С.В. Гордійчук // Збірник наукових праць «Педагогічні науки» - 2017. – С. 139- 144.

16. Гордійчук С.В. Теоретичні і методичні засади управління якістю освітньої діяльності в медичних коледжах : дис. … доктор педагогічних наук : 13.00.06 – теорія і методика управління освітою / Інститут педагогіки НАПН України. Київ, 2021. 735 с.

REFERENCES

1. Making the Most of Our Potential: Consolidating the European Higher Education Area, Bucharest Communique 2012 URL: http://www.ehea.info/Upload/document/ministerial_declarations/Bucharest_Communique_2012_610673.pdf

2. Yerevanske komiunike 14–15 travnia 2015 roku. URL:http://lpehea.in.ua/sites/default/files/documents/2016/05/24/yerevanske_komyunike_2015.pdf

3.The European Higher Education Area in 2020: Bologna Process Implementation Report URL: http://www.ehea.info/page-ministerial-conference-paris-2018

4. Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (ESG). Standarty i rekomendatsii shchodo zabezpechennia yakosti v Yevropeiskomu prostori

vyshchoi osvity (ESG) : Ukhvaleno Ministerskoiu konferentsiieiu v Yerevani, 14-15 travnia 2015 r. – K. : TOV "Polihraf plius", 2015. – 32 s.

5. Kondrashov Nikolay Interaction of the higher education and school in the future teacher to continuing professional education. Indywidualistyczny I wspolnotowy obraz ksztalcenia doroslych w swiecie – terazniejszosc I perspektywy. Monografia wieloautorska; redakcja naukowa Leszek Ploch, Matgorzata Myszka, Aneta Nieweglowska, Malgorzata Wisniewska: Siedlce, 2018. C. 139-147

6. Quality Assurance in Higher Education Institutions in Ukraine 2016 through the prism of European Guidelines and Standards ESG 2015 / V.Bugrov, O.Khrutska, O.Krykliy, K.Kyrychenko, O.Liuta, M.Mazurkiewicz, A.Pyzhyk, D.Shchegliuk, V.Yuskaiev. – EXANTE, Wrocław, 2016. – 104 r. rezhym dostupu: http://quaere.pwr.edu.pl/wp-content/uploads/QA-in-Ukraine-reports.pdf

7. Y. Sari, M. A. Hadiyat and C. Beatrice "The design and implementation of Lean Quality Management System National", in Conf. Proc. of Production System XI and Quality Engineering Management VI, 2015, pp. B123–B136.

8. Eric Wibisono, "The new management system ISO 21001:2018: What and why educational organizations should adopt it", in International Seminar on Industrial Engineering and Management, At: Makassar, Indonesia, vol. 11th, 2018.

9. F. Anthony Camilleri, "Standardizing Management Systems for Educational Organizations: Implications for European Higher Education", 12th European Quality Assurance Forum, Riga, Latvia, 2017.

10. L. M. Fonseca, "From quality gurus and TQM to ISO 9001:2015: a review of several quality paths", Int. J. Qual. Res., 9, pp. 167–180, 2015.

11. Modern Approaches to Education Management to Ensure the Quality of Educational Services Hassan Ali Al-Ababneh 1,Salem A .S. Alrhaimi TEM Journal. Volume 9, Issue 2, Pages 770-778, May 2020.

12. Hordiichuk S.V. Obhruntuvannia vnutrishnoho zabezpechennia yakosti osvitnoi diialnosti ta yakosti vyshchoi osvity u KVNZ «Zhytomyrskyi medychnyi instytut» v umovakh yevropeiskoi vyshchoi shkoly / S.V. Hordiichuk // Visnyk Luhanskoho natsionalnoho universytetu im. T. Shevchenko (pedahohichni nauky) – Vypusk 6(320), cherven, 2018. – S. 103-110.

13. Hordiichuk S.V. Upravlinnia yakistiu osvitnoi diialnosti medychnoho zakladu osvity na osnovi innovatsiinoho pidkhodu / S.V. Hordiichuk // Visnyk Zhytomyrskoho derzhavnoho universytetu im. I. Franka – Vypusk 2 (97), 2019. – S. 35- 42

14. Hordiichuk S.V. Upravlinnia vnutrishnoiu systemoiu zabezpechennia yakosti osvitnoi diialnosti u zakladakh medychnoi osvity / S.V. Hordiichuk // Zbirnyk naukovykh prats «Visnyk Natsionalnoho universytetu «Chernihivskyi kolehium» imeni T.H. Shevchenka» – vypusk 5 (161). Seriia: Pedahohichna nauky. – 2019. S. 48-52

15. Hordiichuk S.V. Zabezpechennia yakosti osvitnoi diialnosti na instytutsiinomu rivni / S.V. Hordiichuk // Zbirnyk naukovykh prats «Pedahohichni nauky» - 2017. – S. 139- 144.

16. Hordiichuk S.V. Teoretychni i metodychni zasady upravlinnia yakistiu osvitnoi diialnosti v medychnykh koledzhakh : dys. … doktor pedahohichnykh nauk : 13.00.06 – teoriia i metodyka upravlinnia osvitoiu / Instytut pedahohiky NAPN Ukrainy. Kyiv, 2021. 735 s.

ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ ДЛЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Гордійчук С.В., Горай О.В., Поплавська С.Д., Кірячок М.В.

Житомирський медичний інституту Житомирської обласної ради

У науковому дослідженні визначено етапи його виконання. Так, на констатуючому етапі здійснено аналіз, синтез та узагальнення нормативних документів, що

регламентують управління якістю освітньої діяльності на європейському та національному рівнях; визначено експериментальну базу, кількісний та якісний склад учасників науково-дослідної роботи. З метою вивчення практичного стану впровадження системи управління якістю освітньої діяльності в медичних коледжах було проведено опитування адміністративно-управлінського рівня щодо принципів і процедур системи забезпечення якості освітньої діяльності в закладі. рівня та вивчено узгоджений варіант анкетних даних, отриманих від керівництва медичних коледжів з 15 регіонів України. Загальна кількість опитаних склала 398 осіб, з них 23 директори медичних коледжів, 63 заступники директорів, 89 завідувачів кафедр, 24 методисти та 199 голів предметних циклових комісій. Запропонована для дослідження анкета є модифікацією анкети, створеної Міжнародним благодійним фондом «Міжнародний фонд досліджень освітньої політики» та Українським католицьким університетом у рамках проекту «Простір освітніх ініціатив» Українського католицького університету.

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 378.147.091.33-027.22:61

РОЛЬ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У ФОРМУВАННІ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ

Горбач Л.М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

THE ROLE OF SIMULATION LEARNING IN FORMING PROFESSIONAL COMPETENCE OF FUTURE SPECIALISTS

Horbach L.M.
Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Council

Abstract. *The educational process in the field of professional higher education is an intellectual, creative activity of the teacher, which is conducted and aimed at the transfer, assimilation, multiplication and use of knowledge, skills and other competencies of students aimed at forming a harmoniously developed personality. One of the methods of training a competitive specialist is simulation training.*

Simulation training is a mandatory component of professional training that uses a model of professional activity in order to enable each student to perform professional activity or its element in accordance with professional standards or rules of medical care. Learning practical skills using simulators (or models) is becoming common in various fields. Simulators used in medicine allow the student to learn many skills before meeting real patients. Students have the opportunity to acquire basic medical skills without harming the patient. In general, it can be argued that the use of incentive training in medical training will lead to better development and acquisition of practical competencies, a significant reduction in the number of medical errors, to improve and enhance the efficiency of health care.

Key words: *competencies of future specialists, simulation training, medical education, quality of training, medical skills*

Актуальність проблеми. Останніми роками вища медична освіта зазнала змін, пов'язаних з удосконаленням педагогічних принципів, методів викладання, а насамкінець з епідемічною ситуацією. Реформування медичної галузі і впровадження компетентісного підходу у медичній освіті призводять до підвищення вимог до підготовки майбутніх медичних фахівців. Формування професійної компетенції майбутніх медичних кадрів вимагає інтеграції професійної освіти, практичної діяльності та інтенсивного впровадження інноваційних технологій. Традиційне навчання доповнюється рядом інтерактивних методик для вивчення клінічних дисципліни. Підвищення рівня професійної майстерності медичних фахівців є однією з актуальних проблем сучасної охорони здоров'я. Щоб підготувати компетентного медичного працівника, готового до самостійної роботи, необхідно комбінувати традиційні методи викладання з використанням інноваційних технологій. Саме таким є симуляційне навчання.

Історія медичної симуляції налічує багато тисячоліть і нерозривно пов'язана з розвитком медичних знань, науково-технічного прогресу та військовими замовленнями. Так успіхи хімічної промисловості зумовили появу пластмасових манекенів, прогрес комп'ютерних технологій визначив створення віртуальних тренажерів і симуляторів пацієнта. Багато сучасних проектів зі створення симуляторів мали прикладне військове значення і

фінансувалися оборонними відомствами. [4;5]

Останнім часом в Україні відбувається стрімке впровадження великої кількості віртуальних технологій в різні сфери діяльності людини. У системі вітчизняної охорони здоров'я з'явилися і широко впроваджуються різноманітні фантоми, моделі, муляжі, тренажери, віртуальні симулятори та інші технічні засоби навчання, що дозволяють в тій чи іншій мірі достовірно моделювати процеси, ситуації й інші аспекти професійної діяльності медичних працівників. За кордоном, де ці технології з'явилися раніше, накопичено досвід, який дозволив створити систему симуляційного навчання. Його застосування покликане істотно підвищити якість, ефективність і безпеку медичної допомоги, яка надається населенню. [1]

Мета дослідження - розкрити важливісті в підготовці конкурентоспроможного фахівця – симуляційного навчання. Симуляційне навчання – обов'язковий компонент професійної підготовки, що використовує модель професійної діяльності з метою надання можливості кожному студенту виконати професійну діяльність або її елемент відповідно до професійних стандартів або правил надання медичної допомоги.

Матеріали та методи дослідження: Для досягнення поставленої мети використано методи системного аналізу та логічного узагальнення.

Результати та їх обговорення. Симуляційне навчання в медичних закладах є невід'ємною частиною у професійній підготовці медичних фахівців. Такий вид навчання дає можливість кожному здобувачу вищої освіти відпрацьовувати професійні навички з надання медичної допомоги в безпечному навчальному середовищі. Навчання практичних навичок завдяки використанню (манекенів) симуляторів, тренажерів і стандартизованих пацієнтів є «золотим стандартом» медичної освіти в розвинутих країнах світу вже понад 10 років. Саме тому в Україні почали приділяти суттєве значення розвитку симуляційного навчання як одному зі шляхів створення і впровадження нових конкурентоспроможних технологій для підготовки фахівців інноваційного типу. [2;4]

В закладі вищої освіти, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради був створений в рамках реалізації Україно-Швейцарського проекту «Розвиток медичної освіти» навчально-тренінговий центр з використанням високотехнологічного обладнання, де здобувачі освіти відпрацьовують практичні навички та удосконалюють свої практичні вміння. Здобувачі освіти займаються в лабораторіях, це лабораторія маніпуляційної техніки, лабораторія невідкладних станів дорослих, лабораторія невідкладних станів дітей та підлітків, лабораторія клінічних навиків, лабораторія клінічних навиків з фізіотерапії та реабілітації, лабораторія клінічних навиків з педіатрії, лабораторія стимуляційної медицини, лабораторія сімейної медицини, дебрифінг зали та лабораторія комп'ютерних технологій та дистанційного навчання.

До переваг стимуляційного навчання можна віднести, можливість відпрацювання практичних навичок в умовах, максимально наближених до реальних, без ризику для пацієнтів, можливість моделювання різних ургентних ситуацій, здійснити необмежену кількість маніпуляцій внаслідок послідовних повторів з розбором помилок. Особливо ефективним є симуляційне навчання при підготовці майбутніх медичних фахівців, оскільки робота на тренажері сприяє автоматизації стандартних рухів під час тієї чи іншої медичної маніпуляції, що дозволяє поступово удосконалювати все більш складні практичні навички.

Проведення стимуляційного навчання складається з декількох етапів:

перший етап - визначення рівня оволодіння матеріалом на початку практичного заняття; другий - демонстрація та пояснення викладачем практичних навичок на високофункціональних манекенах, муляжах, фантомах; третій етап - індивідуальне відпрацювання та виконання практичних навичок здобувачем освіти; четвертий етап - перевірка викладачем рівня засвоєння практичних навичок здобувачем освіти, обговорення та аналіз симуляційного сценарію.

Впровадження інноваційних технологій робить заняття більш доступними та цікавими, активізує навчально-пізнавальну та практичну діяльність.

Варто зазначити, що симуляційне навчання та відпрацювання навичок на фантомах і муляжах не замінює, а лише доповнює підготовку до реальної практичної роботи та забезпечує контроль викладача за якістю виконання кожним здобувачем освіти дій і скорочення часу на їх підготовку.

Проходячи навчання в медичному закладі, здобувачі освіти майже завжди відчувають дефіцит практичної підготовки. Для цього існує низка перешкод – це неможливість відтворення більшості практичних маніпуляцій, відсутність тематичних пацієнтів, етико-деонтологічні, морально-етичні та законодавчі обмеження у взаєминах між здобувачами освіти і пацієнтами. Тому найважливішими завданнями сучасної медичної освіти є створення умов для якісної підготовки висококваліфікованих спеціалістів у різних медичних галузях. При симуляційному навчанні основним є отримання практичних і теоретичних знань без нанесення шкоди здоров'ю пацієнта за умов реалістичного моделювання клінічної ситуації. Саме завдяки таким технологіям підготовка майбутніх медичних працівників максимально наближена до їх реальної діяльності.

Використання симуляційних методів покращує якість та ефективність засвоєння навчального матеріалу, підвищує мотивацію здобувачів освіти до навчання.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Виходячи з вищесказаного ми з упевненістю можемо говорити про те, що симуляційне навчання в процесі вивчення клінічних дисциплін дозволяє суттєво підвищити та поглибити якість освіти майбутніх медиків, та позбавляє їх зайвих хвилювань та стресів, засвоєння практичних навичок дає можливість підготувати висококваліфікованого, конкурентоспроможного спеціаліста, який досконало володіє своїми професійними вміннями та відповідає сучасним вимогам стандартів вищої освіти. Симуляційне навчання є досить ефективним методом для підвищення якості підготовки майбутніх медичних фахівців. Однак, воно не повинно замінювати клінічне, а доповнювати його. Тільки так можна досягти результату.

ЛІТЕРАТУРА

1. Запорожан В.М., Тарабрін О.О. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи. Практичний порадник. Суми: ПФ «Видавництво "Університетська книга"», 2018. 240 с.

2. Інновації у вищій освіті: проблеми, досвід, перспективи: монографія / за ред. П.Ю. Сауха. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. Івана Франка, 2017. – 444 с.

3. Реформування системи медичних сестер в Україні // Медсестринство. – 2014. – №1. – С. 20-24.

4. Симуляційне навчання в системі підготовки медичних кадрів: матеріали навчально-методичної конференції, присвяченої 212-й річниці від дня заснування ХНМУ (Харків, 30 лист. 2016 р.) / кол. авт. – Харків: ХНМУ, 2016. – 188 с.

5. Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід: огляд / В.В. Артьоменко, С.С. Семченко, О.С. Єгоренко та ін. // Одеський медичний журнал. – 2015. – № 6. – С. 67–74.

REFERENCES

1. Zaporozhan V.M., Tarabrin O.O. Symuliatsiina medytsyna. Dosvid. Zdobuttia. Perspektyvy. Praktychnyi poradnyk. Sumy: PF «Vydavnytstvo "Universytetska knyha"», 2018. 240s.

2. Innovatsii u vyshchii osviti: problemy, dosvid, perspektyvy: monohrafiia / za red. P.Iu. Saukha. – Zhytomyr: Vyd-vo ZhDU im. Ivana Franka, 2017. – 444 s.

3. Reformuvannia systemy medychnykh sester v Ukraini // Medsestrynstvo. – 2014. – №1. – S. 20-24.

4. Symuliatsiine navchannia v systemi pidhotovky medychnykh kadriv: materialy navchalno-metodychnoi konferentsii, prysviachenoi 212-y richnytsi vid dnia zasnuvannia KhNMU (Kharkiv, 30 lyst. 2016 r.) / kol. avt. – Kharkiv: KhNMU, 2016. – 188 s.

5. Symuliatsiine navchannia v medytsyni: mizhnarodnyi ta vitchyznianyi dosvid: ohliad / V.V. Artomenko, S.S. Semchenko, O.S. Yehorenko ta in. // Odeskyi medychnyi zhurnal. – 2015. – № 6. – S. 67–74.

РОЛЬ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У ФОРМУВАННІ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ

Горбач Л.М.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Освітній процес у сфері фахової передвищої освіти – це інтелектуальна, творча діяльність викладача, що провадиться та спрямована на передачу, засвоєння, примноження і використання знань, умінь та інших компетентностей у студентів спрямовані на формування гармонійно розвиненої особистості. Одним із методів підготовки конкурентоспроможного фахівця – симуляційне навчання.*

Симуляційне навчання – обов'язковий компонент професійної підготовки, що використовує модель професійної діяльності з метою надання можливості кожному студенту виконати професійну діяльність або її елемент відповідно до професійних стандартів або правил надання медичної допомоги. Навчання практичним навичкам з використанням симуляторів (або моделей) стає поширеним явищем в різних областях. Симулятори, що використовуються в медицині, дозволяють студенту освоїти багато навичок, перш ніж зустрітися з реальними пацієнтами. Студенти мають можливість надбати базові медичні навички, не завдаючи шкоди пацієнтові. Загалом можна стверджувати, що використання стимуляційного навчання у медичній підготовці призведе до кращого опрацювання і засвоєння практичних компетенцій, значного зменшення кількості медичних помилок, до поліпшення і підвищення ефективності медичного обслуговування.

Ключові слова: *компетенції майбутніх фахівців, симуляційне навчання, медична освіта, якість навчання, медичні навички.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 616.89-008.454-07-053.6

ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ

Дика Б. М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

DIAGNOSTIC FEATURES OF DEPRESSIVE DISORDER IN YOUNG PEOPLE

Dyka B. M.
Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Council

Abstract. *Depressive disorder is a group of disorders characterized by both physiological disorders and low situational mood, in other words, reactions to stressful situations, disappointments, and losses. A depressive disorder is not only a one-time episode of mood depression and a desire for solitude but a mental disorder that requires immediate treatment.*

Purpose of the study: to characterize the diagnostic criteria for depressive disorder in young people

Object of the study: students of Zhytomyr Medical Institute

Subject of the study: diagnosis and prevention of depressive disorders

Objective of the study: to study the theme of depressive disorders, pathogenesis, risk factors, and ways to diagnose the disease at the initial stages.

The study involved 113 students of Zhytomyr Medical Institute.

Test participants completed an anonymous online test on the Google Forms platform, which consisted of 21 questions. The test was prepared according to the Beck Depression Inventory, which makes it possible to objectively assess the severity of a depressive disorder and is a valid diagnostic classifier.

Results of the study: 22 respondents were in the first group, which is 19.5% of the total number of participants. In the second group - 29, which is 25.6%. In the third group - 16 participants, which is 14.1%. In the fourth group - 27 participants, which is 23.9%, and in the fifth group - 19.

Conclusions: *Hence, only 19.5% of respondents have no symptoms of a depressive disorder. These participants have stable and good mental health, and they do not experience any depression symptoms at all. They do not have to worry about their mental health. Other participants of the survey must pay attention to their state of health and the factors that led to the disorder, with the subsequent seeking of professional medical advice.*

Актуальність. У зв’язку з поширенням коронавірусної хвороби, а в подальшому введенням воєнного стану в Україні, у людей розвинулись такі симптоми як безнадія, відчай і меланхолія, що свідчать про розвиток депресивного розладу. Вплив на людину стресорних факторів призводить до змін психічного здоров'я [4, с.370]. На жаль в групі ризику перебувають навіть особи молодого віку, особливо діти. Доведено, що за період розвитку COVID-19 поширеність депресивних розладів серед дітей зросла від 20% до 85%. Поряд з цим в групі ризику також знаходяться і люди старшого віку, особливо ті, у яких є хронічні соматичні захворювання. Часто саме бронхіальна астма, цукровий діабет, стенокардія і артрит впливають на розвиток депресивних станів [1, с.45]. Відповідно важливою є правильна діагностика депресивного розладу, особливо на ранніх стадіях, коли депресивний стан виражений помірно та

його прояви незначні. Депресія – це психічне хронічне рецедивуюче захворювання, яке проявляється як фізіологічними порушеннями так зниженням настрою ситуаційного характеру, а саме реакції на стресові ситуації, розчарування та втрати. Депресивний розлад є не лише одномоментний епізод пригнічення настрою і прагнення до усамітнення, а психічний розлад, який потребує негайного лікування. анестезіологічна, тривожна, іпохондрична, дисфорична, з нав'язливими станами, істерична та інші.

Враховуючи ситуацію з карантинними обмеженнями під час поширеності Covid-19, що впливають на соціальну взаємодію людей тривалий час, ризик виникнення депресивного розладу значно збільшився [2, с.69]. Тому навіть якщо у пацієнта немає симптоматики депресії, то потрібно брати до уваги чинники ризику для того, щоб запобігти її виникненню, оскільки краще лікування – це профілактика. Багато факторів можуть спричинити виникненню цього захворювання – від емоційного перенавантаження до виявлення невиліковної хвороби. Потрібно враховувати анамнез пацієнта з самого дитинства. Страхи, емоційне та сексуальне насильство в дитинстві можуть бути значним поштовхом для виникнення депресивного розладу. Крім цього, різка зміна обстановки: переїзд в інше місто, країну, звільнення з роботи, перекваліфікація є пусковим механізмом для виникнення проблем з психічним здоров'ям людини. Виявлення у пацієнта невиліковних захворювань призводить до пасивного погляду на життя. Навіть природні катаклізми в їх осередку можуть спричинити депресію. Ці чинники індивідуальні для кожної оосбистості, тому потрібно враховувати все, що відбувалося з людиною протягом її життя. Також потрібно обдумувати і психологічно зважувати небажаних наслідків психоемоційних переживань людини в минулому. Здорова людина також потребує психологічної допомоги під час впливу психотравмуючого чинника, у такому випадку краще попросити порадити консультацію психолога, щоб не допустити розвитку у людини депресивного стану.

У підлітків важливе діагностичне значення депресивних станів має аналіз суїцидальних намірів, який здійснюється за допомогою різних методик, зокрема методики А. Т. Бека, де визначається ступінь депресивного стану та вираженості проявів. Також під час опитування пацієнта можна застосовувати метод клінічного інтерв'ю. З увагою до стану пацієнта важливо визначити його самопочуття, окремі симптоми та аспекти його життя. Почуття такту та повага до емоційних кордонів хворого допоможе помітити важливі деталі його поведінки. Якщо пацієнт агресивний або не налаштований на співпрацю, необхідно знайти з ним спільну мову [3, с.39].

Арт-терапія – новітній метод діагностики психічних розладів людини. Він полягає у тому, що всі свої думки та переживання людина висловлює проявами мистецтва. Це не тільки метод діагностики, але і один із методів лікування та профілактики, що допомагає здобути гармонію з самим собою. Аналізуючи результати, можна не тільки встановить діагноз, але й визначиться з важливим методом лікування. Це допоможе не тільки наладити контакт з хворим, але й переконати його у позитивному результаті лікування [5, с.1739].

Мета дослідження: характеризувати діагностичні критерії депресивного розладу у осіб молодого віку

Об’єкт дослідження: студенти Житомирського медичного інституту

Предмет дослідження: діагностика і профілактика депресивних розладів

Завдання дослідження: розкрити тему депресивних розладів, патогенез, чинники ризику та способи виявлення захворювання на початкових етапах. Виявити наявність симптомів депресивних

розладів серед студентів Житомирського медичного інституту.

Прояви депресії у дітей та молодих людей значно відрізняються від того, що відбувається у людей старшого віку. Науковцями доведено, що одним із пусковим механізмів виникнення депресивних розладів у дитячому та молодому віці є гормональні зміни в організмі. Дуже часто прояви депресії у дітей залишаються непоміченими батьками, які списують це на прояви характеру дитини в малому віці.

Механізм виникнення депресивних розладів у людей старшого віку (60 і старше) пов'язаний з фізичними захворюваннями, що притаманні даній віковій категорії. Найчастіше депресія у таких хворих виникає як ускладнення до існуючих патологій, а прояви поєднуються з проявами основного захворювання, що ускладнює діагностику, тому такі пацієнти проявляють негативне або байдуже ставлення до антидепресивної терапії, тому с такими пацієнтами складніше взаємодіяти.

Як і в діагностиці будь-якого психічного захворювання, в діагностиці депресії займає важливе місце анамнез пацієнта. Навіть якщо у пацієнта немає проявів депресивного розладу, для того, щоб краще визначити ризик виникнення захворювання у конкретної людини, потрібно брати до уваги такі чинники як емоційні травми дитинства, спричиненою раптовою втратою близьких, розлученням батьків, проблемами в сім'ї, наявність низьких емоційно-вольових характеристик, емоційне або сексуальне насильство в анамнезі, зловживання наркотичними речовинами або алкоголем, втрата роботи чи наявність низького соціального статусу, пасивна життєва позиція, підвищена тривожність, раптова зміна обстановки: перекваліфікація, звільнення з роботи, переїзд в інше місто, країну, жінки молодого віку, які завагітніли або мають небажаних дітей, генетична схильність: наявність депресивного розладу у одного із батьків, інфекційні захворювання, що вражають оболонки головного мозку, ендокринні патології – знижена функція щитовидної залози (гіпотиреоз), дефіцит соматотропіну (гормону росту), пухлинні захворювання в останніх стадіях, термінальні стадії невиліковних хвороб, надмірне вживання лікарських засобів (леводопи, кортикостероїди, бензодіазепіни), що можуть призвести до розвитку так званої ятрогенної депресії, економічні кризи в країні, природні катаклізми, війни [2, с.70].

У зв'язку з поширенням COVID-19 підвищився рівень стресу, що призвело до проблем з психічним здоров'ям серед людей, які перебували тривалий час в ізоляції, враховуючи карантинні обмеження та осіб, які доглядали за хворими. Тому стало доцільно виявити наявність депресивного розладу серед здобувачів освіти в Житомирському медичному інституті.

У дослідженні взяли участь 113 студентів Житомирського медичного інституту, що навчаються на 1-х, 3-х та 4-х курсах відділень «Сестринська справа» та «Лікувальна справа» освітнього ступеня «Молодший спеціаліст» та відділення «Сестринська справа» освітнього ступеня «Бакалавр».

Участники тестування пройшли анонімний онлайн-тест на платформі Google-форми, який складався із 21-го пункту. Тест був підготовлений відповідно до методики А.Т. Бека (Beck Depression Inventory), де враховується об'єктивна оцінка ступеня тяжкості депресивного розладу та є серйозним діагностичним класифікатором. Методика була розроблена на основі клінічних спостережень найважливіших симптомів депресії, найбільш часто пред'явлених пацієнтами [3, с.40].

Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, відповідних специфічним ознакам депресії. Затвердження розподілені враховуючи підвищення значущості вкладу визначених показників у загальний ступінь тяжкості депресії. Кожному респонденту було запропоновано

вибрати один варіант відповіді «а», «б», «в» чи «г». Кожен варіант відповіді оцінюється окремо: «а» – 0 балів, «б» – 1 бал, «в» – 2 бали, «г» – бали. В результаті кожен учасник отримав від 0 до 63 балів.

Інтерпретація результатів наступна: від 0 до 9 – відсутність депресивних симптомів, від 10 до 15 – депресія легкого ступеню (субдепресія), від 16 до 19 – депресія помірного ступеню, від 20 до 29 – депресія середнього ступеню (виражена), від 30 до 63 депресія важкого ступеню.

Результати. Проаналізувавши 113 анкет респондентів умовно можна поділити отримані відповіді на 5 груп:

1-а – учасники, що отримали від 0 до 9 балів;

2-а – учасники, що отримали від 10 до 15 балів;

3-я – учасники, що отримали від 16 до 19 балів;

4-а – учасники, що отримали від 20 до 29 балів;

5-а – учасники, що отримали від 30 до 63 балів.

Відповідно у першій групі опинились 22 респонденти, що становить 19,5% від загальної кількості учасників. У другій групі кількість респондентів – 29, що становить 25,6%. У третій групі – 16 учасників, що становить 14,1%. У четвертій групі – 27 учасників, що становить 23,9%. У п'ятій групі - 19 учасників.

Також було виявлено перелік симптомів депресивного розладу, що більшість респондентів відмічали в себе. В 17-му пункті майже 42% респондентів відповіли, що відчувають себе втомленими, навіть якщо майже нічого не робили. Близько 20% учасників тестування страждають безсонням. Майже 45% учасників легко дратуються, а 50,4% учасників не можуть наважитися зробити рішучий крок. Також 34% учасників відчувають комплекс неповноцінності. Такі результати вказують на те, що більшість учасників або в групі ризику виникнення депресивного розладу, або вже мають прояви цього захворювання.

Учасникам, що потрапили в категорії 2 та 3 рекомендовано звернутись до спеціалістів в галузі психіатрії для визначення причин захворювання та травмуючих чинників. Через 2-3 тижні рекомендується пройти тестування ще раз. Якщо результати залишились незмінними або погіршилися, то респонденту краще звернутися за спеціалізованою допомогою в заклад охорони здоров'я.

Респондентам, які опинилися в групах 4 та 5 потрібно негайно звернути увагу на стан свого психічного здоров'я та звернутися за спеціалізованою допомогою до лікаря-психотерапевта або психіатра.

Одним із найважливіших методів профілактики любого психічного розладу – є ведення здорового способу життя. Це включає в себе відмову від куріння, алкоголю, правильне харчування та помірна фізична активність. Займатись спортом або фізкультурою є дуже важливим в збереженні тонусу мускулатури та загального стану організму, але не потрібно забувати про вікові та індивідуальні особливості кожної людини. Загартовування організму також є вкрай ефективним. Потрібно загартовувати свій організм, дотримуючись принципів і певних правил, щоб не було невтішних наслідків.

Негативні емоції, стреси та конфлікти, якщо вони є постійними, чинять згубний вплив на організм людини, тому потрібно старатися їх уникати. Якщо робота, на якій працює людина, приносить їй тільки проблеми та горе, то потрібно змінити вид діяльності. Уникати стресів та конфліктів вкрай важко, але можна знайти компроміс.

Перевтома, нестача сну – негативні фактори, які сприяють виникненню депресивного розладу. При тривалих розумових та фізичних навантаженнях потрібно робити невеликі перерви по 10-15 хвилин. Навіть якщо робота важлива і людині потрібно працювати вночі, то краще відкласти її на ранок, тому що вночі організм потребує відпочинку та сну.

Один із найважливіших аспектів профілактики – правильне харчування. Потрібно навчитись правильно розподіляти норму жирів, білків та вуглеводів на день, щоб уникати переїдання, остерігатися авітамінозу. Якщо людина постійно відчуває в'ялість та слабість, то краще більше споживати продуктів, які багаті на різні вітаміни, найчастіше це різноманітні овочі та фрукти.

Можна вживати препарати, які в своєму складі мають незамінну амінокислоту триптофан. У організмі вона перетворюється на серотонін, який є важливим засобом профілактики депресії. Достатня концентрація триптофану міститься в шоколаді, бананах, солодощах.

Висновки. Отримані результати дослідження показали, що тільки у 19,5% респондентів відсутні симптоми депресивного розладу. У 1-ї категорії учасників стабільний і здоровий стан психічної діяльності, повна відсутній симптоматики депресії. Їм не треба хвилюватися з приводу свого психічного здоров'я. Іншим необхідно звернути увагу на стан свого здоров'я, чинники, що призвели до такого стану, звернутися за необхідною спеціалізованою допомогою до медичного закладу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Левада О.В., Троян О.С. Психічні розлади із соматичними симптомами: місце в сучасних класифікаціях, дефініції, діагностика та лікування. Нейроews. – 2018. №4-5 (97), 44-50 с.
2. Ситнік П.О. Коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) та вагітність: огляд літератури. Український медичний часопис. – 2020/ 6 (1) (140) – XI/XII/, 68-73 с.
3. Чабан О. С., Хаустова О. О. Тривога у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями. НейроNews. - 2020. Вип. 3, № 114, 38-44 с
4. Adele C. Viguera Prevalence and Predictors of Depression Among Patients With Epilepsy, Stroke, and Multiple Sclerosis Using the Cleveland Clinic Knowledge Program Within the Neurological Institute – 2018. – 370-375 p.
5. Fear, Anxiety, Stress and Depression of Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among Patients and Their Healthcare Workers – A Descriptive Study [Parchani A., Vidnya K., Panda P.K. and others] – Volume 2021 – 1737-1746 p.

REFERENCES

1. Levada O.V., Troian O.S. Psykhichni rozlady iz somatychnymy symptomamy: mistse v suchasnykh klasyfikatsiiakh, definitsii, diahnostyka ta likuvannia. Neiroews. – 2018. №4-5 (97), 44-50 s.
2. Sytnik P.O. Koronavirusna khvoroba 2019 (COVID-19) ta vahitnist: ohliad literatury. Ukrainskyi medychnyi chasopys. – 2020/ 6 (1) (140) – XI/XII/, 68-73 s.
3. Chaban O. S., Khaustova O. O. Tryvoha u patsiientiv iz khronichnymy neinfektsiinymy zakhvoriuvanniamy. NeiroNews. - 2020. Vyp. 3, № 114, 38-44 s
4. Adele C. Viguera Prevalence and Predictors of Depression Among Patients With Epilepsy, Stroke, and Multiple Sclerosis Using the Cleveland Clinic Knowledge Program Within the Neurological Institute – 2018. – 370-375 p.
5. Fear, Anxiety, Stress and Depression of Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among Patients and Their Healthcare Workers – A Descriptive Study [Parchani A., Vidnya K., Panda P.K. and others] – Volume 2021 – 1737-1746 p.

ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ

Дика Б. М.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Депресивний розлад – це група розлалів, які проявляються як фізіологічними порушеннями так і зниженням настрою ситуаційного характеру, а саме реакції на стресові ситуації, розчарування та втрати. Депресивний розлад є не лише одномоментний епізод пригнічення настрою і прагнення до усамітнення, а психічний розлад, який потребує негайного лікування.*

Мета дослідження: *характеризувати діагностичні критерії депресивного розладу у осіб молодого віку.*

Об'єкт дослідження: *студенти Житомирського медичного інституту.*

Предмет дослідження: *діагностика і профілактика депресивних розладів.*

Завдання дослідження: розкрити тему депресивних розладів, патогенез, чинники ризику та способи виявлення захворювання на початкових етапах.

У дослідженні взяли участь 113 студентів Житомирського медичного інституту.

Учасники тестування пройшли анонімний онлайн-тест на платформі Google-форми, який складався із 21-го пунту. Тест був підготовлений відповідно до методики А.Т. Бека (Beck Depression Inventory), де враховується об'єктивна оцінка ступеня тяжкості депресивного розладу та є серйозним діагностичним класифікатором.

Результади дослідження: у першій групі опинились 22 респонденти, що становить 19,5% від загальної кількості учасників. У другій групі – 29, що становить 25,6%. У 3 групі – 16 учасників, що становить 14,1%. У четвертій групі – 27 учасників, що становить 23,9%, 5 групі – 19.

Висновки. Отже, тільки у 19,5% респондентів відсутні симптоми депресивного розладу. У цих учасників стабільний і здоровий стан психічної діяльності, повна відсутній симптоматики депресії. Їм не треба хвилюватися з приводу свого психічного здоров'я. Іншим учасником опитування необхідно звернути увагу на стан свого здоров'я, чинники, що призвели до такого стану, звернутися за необхідною спеціалізованою допомогою.

Ключові слова*: психічне здоров'я, психіка, COVID-19, депресія, субдепресія.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК: 614.253.5:616.831-006.6(477.42-21)ЖМІ

ОБІЗНАНІСТЬ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ОПП «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА» ЖИТОМИРСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ З ПИТАНЬ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Дячук Т.В., Риженко О.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

ASSESSMENT OF HEALTH IN THE EDUCATION OF THE NURSERY'S RIGHT OF THE ZHYTOMYR MEDICAL INSTITUTE OF THE NUTRITION OF THE PUKHLIN OF THE BRAIN

Dyachuk T.V., Rizhenko O.V.
Zhytomyr Medical Institute of Zhytomyr Regional

Abstract. *On June 8, the medical community celebrates World Brain Tumor Day. This day was first celebrated by the German Association of Medical Care for Brain Tumors.*

Brain cancer is a fairly common cancer. Among all types of cancer, brain cancer is about 50%. This oncological disease can develop in the same way in people of both sexes. Moreover, primary brain cancer, at the stage when the disease is local, can in many cases be cured with surgery. Secondary brain cancer is more difficult to treat. Unfortunately, most cases of brain cancer are at the stage when treatment is quite difficult and therefore statistics indicate the death of this disease in more than 60% of cases. Patients with brain tumors make up about 4% among patients with organic lesions of the nervous system.

The role of the nurse in the prevention of brain tumors is to identify risk factors for this pathology in a particular patient and conduct special individual training. The nurse should carry out sanitary and educational work aimed at preventing the occurrence of brain tumors.

The main purpose of the study was to theoretically substantiate and experimentally check the awareness of applicants for education EPP "Nursing" on brain tumors.

Average medical professionals should be very knowledgeable about brain prevention because most of their work is occupied by sanitary and educational work, while the doctor is already identifying an existing problem. The task for medical students, as for the future of average medical personnel, is to have good knowledge of the prevention and detection of people with brain tumors.

Key words*: swelling, cancer, head brain, health education.*

Актуальність проблеми. Відомо що Україна займає друге місце в Європі за темпами поширення онкозахворювань. Щорічно 140 тисяч українців дізнаються, що у них рак. Щодня 450 українців дізнаються, що у них виявлена злоякісна пухлина (20 осіб на годину). Щороку від раку помирають близько 90 тисяч українців, 35% - люди працездатного віку [2, 6].

Ризик розвитку онкологічних захворювань складає 27,7% для чоловіків і 18,5% для жінок.

За розрахунками ВООЗ, до 2020 року кількість людей, які вперше захворіють на рак, в Україні буде більше 200 тисяч.

8 червня медична спільнота відзначає Всесвітній день обізнаності про пухлини головного мозку (World Brain Tumor Day) – відзначається з 2000 року. Цей день вперше був відзначений Німецькою асоціацією медичної допомоги при пухлинах головного мозку [4].

Рак головного мозку є досить поширеним онкологічним захворюванням. Серед усіх видів онкологічних

захворювань рак мозку становить близько 50%. Дане онкологічне захворювання може розвинутися однаково у людей обох статей. Причому первинний рак мозку, на стадії, коли захворювання локальне, може бути в багатьох випадках вилікуваний за допомогою хірургічного втручання. Вторинний рак головного мозку лікується складніше. На жаль, більшість випадків раку мозку виявляється на стадії, коли лікування досить важке й тому статистика говорить про смертельний результат даного захворювання більш ніж у 60% випадків. Хворі на пухлини головного мозку становлять близько 4 % серед хворих з органічними ураженнями нервової системи. Пухлини головного мозку по частоті займають п'яте місце серед пухлин інших локалізацій, поступаючись пухлинам шлунку, матки, легень і стравоходу. [1, 3].

Мета дослідження: експериментально перевірити стан обізнаності здобувачів освіти Житомирського медичного інституту щодо питань пухлин головного мозку.

Матеріали та методи:

- теоретичні: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація теоретичних та дослідних даних, застосованих для визначення стану і розроблення досліджуваної проблеми;
- емпіричні: діагностичні методи, анкетування.

Результати та їх обговорення. Пухлини головного мозку відносяться до групи захворювань головного мозку, найбільш важких в діагностиці. Ці захворювання є частою причиною тимчасової і стійкої втрати працездатності.

Від своєчасної діагностики цього серйозного захворювання залежать, в деякій мірі, результати лікування. Спеціаліст любого профіля повинен вміти діагностувати ці захворювання, знати методи лікування та питання трудової експертизи [5].

Пухлини головного мозку — гетерогенна група різних внутрішньочерепних новоутворень, доброякісних або злоякісних, що виникають внаслідок аномального поділу клітин, які в минулому були нормальними складовими самої тканини мозку (нейрони, гліальні клітини, астроцити, олігодендроцити, епендимальні клітини), лімфатичної тканини, кровоносних судин мозку, черепно-мозкових нервів, мозкових оболонок, черепа, залозистих утворень мозку (гіпофіза та епіфіза), або виникають внаслідок метастазування первинної пухлини, що знаходиться в іншому органі [3].

До факторів ризику відносяться:

Вік. Ризик виникнення пухлини головного мозку зростає з віком. Більшість пухлин головного мозку виникає у людей від 45 років і старше. Однак пухлина головного мозку може з'явитися в будь-якому віці. А деякі пухлини головного мозку, такі як медулобластома та доброякісна астроцитома мозочка, розвиваються головним чином у дітей [2].

Схильність до впливу радіації. Особи, схильні до дії іонізуючої радіації, мають підвищений ризик розвитку пухлин головного мозку. До прикладів іонізуючої радіації відноситься променева терапія, яка використовується для лікування раку і опромінення, викликане впливом атомних бомб чи техногенних катастроф з радіоактивним випромінюванням. Більш поширені форми радіації, такі як електромагнітні поля від ліній високої напруги і радіовипромінювання від мобільних телефонів і мікрохвильових печей, однак не доведено їх зв’язку з виникненням пухлин головного мозку.

Схильність до впливу хімічних речовин на робочому місці. Особи, що працюють на певних підприємствах, перебувають у групі підвищеного ризику розвитку пухлин головного мозку, можливо внаслідок контакту з хімічними речовинами, дії яких вони піддаються на робочому місці. Дослідження не завжди підтверджують цю інформацію, але існують деякі факти підвищеного ризику розвитку пухлин головного мозку на підприємствах певних галузей, включаючи

сільське господарство, електротехнічну промисловість, охорону здоров'я і нафтопереробну промисловість.

Сімейний анамнез пухлин головного мозку. Невелика частина пухлин головного мозку виникає у людей, що мають сімейний анамнез пухлин головного мозку або сімейний анамнез генетичних синдромів, що підвищують ризик розвитку пухлин головного мозку [4].

Однією з найважливіших проблем інтенсифікації медичної допомоги населенню та профілактики хронічних захворювань є залучення всього медичного персоналу до пропаганди здорового способу життя людини.

Кожна професійна медсестра має певну відповідальність у боротьбі з раком. Вона має брати активну участь у пропаганді здорового способу життя та навчанні основ догляду за онкологічними хворими в закладах охорони здоров'я, підприємствах і приватних структурах [6].

Роль медичної сестри у профілактиці пухлин головного мозку полягає у виявленні факторів ризику цієї патології у конкретного хворого і проведенні спеціального індивідуального навчання. Медична сестра повинна проводити санітарно-просвітницьку роботу спрямовану на профілактику виникнення пухлин головного мозку.

Медична сестра має брати активну участь у навчанні, санітарно-просвітницькій роботі, пропаганді в суспільстві здорового способу життя та догляду за онкологічними хворими. Медсестра має бути сумлінною і уважною при виконанні своїх обов'язків, адже помилки при виконанні процедур, введенні ліків можуть призвести до тяжких ускладнень, а недостатній догляд навіть до смерті хворого. Від того, як медсестра оглядає пацієнта, робить ту або іншу процедуру, у багатьох випадках залежить успіх ранньої діагностики та вчасного лікування онкохворого [2].

Основна мета дослідження полягала у теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці обізнаності здобувачів освіти ОПП «Сестринська справа» з питань пухлин головного мозку.

Було проведено медико-соціологічне дослідження (анкетування) серед. здобувачів освіти Житомирського медичного інституту. Результати експериментальної роботи, яка проводилась по даному дослідженні показують, що здобувачі освіти ОПП «Сестринська справа» Житомирського медичного інституту, достатньо обізнані з питань пухлин головного мозку, але більшість здобувачів хочуть додатково розвиватись та дізнаватись нову інформацію з приводу РГМ. Позитивним є те, що велику частину інформації здобувачі освіти отримують на заняттях з онкології та хірургії, або від викладачів. Також хочемо зауважити, що більшість здобувачів проходять профілактичні огляди, що підтверджує високий рівень відповідальності майбутніх спеціалістів.

Середні медичні працівники повинні бути дуже добре обізнаними з профілактики головного мозку тому, що велику частину їхньої роботи займає саме санітарно-просвітницька робота, в той час коли лікар уже виявляє наявну проблему. Завданням для студентів-медиків, як для майбутнього середнього медичного персоналу гарно володіти знаннями з профілактики та виявлення людей з пухлинами головного мозку.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Аналіз наукової літератури з даної проблеми засвідчив, що рак головного мозку є досить поширеним онкологічним захворюванням. Дане онкологічне захворювання може розвинутися однаково у людей обох статей. Причому первинний рак мозку, на стадії, коли захворювання локальне, може бути в багатьох випадках вилікуваний за допомогою хірургічного втручання. Вторинний рак головного мозку лікується складніше.

З’ясовано, що пухлини головного мозку по частоті займають п'яте місце серед пухлин інших локалізацій, поступаючись пухлинам шлунку, матки,

легень і стравоходу. Зустрічаються пухлини головного мозку у будь-якому віці, проте відзначається деяке переважання їх в пубертатному періоді (12-18 років) і у віці 45—50 років.

За допомогою медико-соціологічного опитування виявлено, що здобувачі освіти ОПП «Сестринська справа» Житомирського медичного інституту, достатньо обізнані з питань пухлин головного мозку, але більшість здобувачів хочуть додатково розвиватись та дізнаватись нову інформацію з приводу РГМ. Це може свідчити про те, що не всі здобувачі впевненні в якості своїх знань, а вони, як майбутні професіонали повинні досконало володіти знаннями щодо виявлення та профілактики пухлин головного мозку.

У статті зазначені лише деякі аспекти формування готовності здобувачів до професійної самореалізації. Перспективою подальшого дослідження ми вбачаєм в розробці рекомендацій для викладачів щодо висвітлення проблеми пухлин головного мозку для покращення професійних навичок у здобувачів освіти ОПП «Сестринська справа» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради.

ЛІТЕРАТУРА

1. Білинський Б.Т. Медичні помилки в онкології. Львів: Афіша, 2013. – 324 с.

2. Михайлович Ю. Й. Організація протиракової боротьби / Ю. Й. Михайлович, А. В. Гайсенко / / Клінічна онкологія. - 2011. - № 2 (2). - С. 47-48.

3. Ковальчук Л. М. Медсестринство в онкології / Л. М. Ковальчук. - К. : Медицина, 2011. - С. 19-20, 95-99.

4. Онкологія (За ред. Білинського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В.) Підручник. Видання третє, доповнене, перероблене. Київ: Здоров'я. –2007. – 527 с.

5. Онкологія. Вибрані лекції для студентів і лікарів / За ред. В. Ф. Чехуна. – К.: Здоров'я України, 2010. – 768 с.

6. Радіологія (Променева діагностика та променева терапія.) / За заг. ред. М. М. Ткаченка. К.: Книга плюс. 2011. –719 с.

REFERENCES

1. Bilynskyi B.T. Medychni pomylky v onkolohii. Lviv: Afisha, 2013. – 324 s.

2. Mykhailovych Yu. Y. Orhanizatsiia protyrakovoi borotby / Yu. Y. Mykhailovych, A. V. Haisenko / / Klinichna onkolohiia. - 2011. - № 2 (2). - S. 47-48.

3. Kovalchuk L. M. Medsestrynstvo v onkolohii / L. M. Kovalchuk. - K. : Medytsyna, 2011. - S. 19-20, 95-99.

4. Onkolohiia (Za red. Bilynskoho B.T., Sterniuka Yu.M., Shparyka Ya.V.) Pidruchnyk. Vydannia tretie, dopovnene, pereroblene. Kyiv: Zdorovia. –2007. – 527 s.

5. Onkolohiia. Vybrani lektsii dlia studentiv i likariv / Za red. V. F. Chekhuna. – K.: Zdorovia Ukrainy, 2010. – 768 s.

6. Radiolohiia (Promeneva diahnostyka ta promeneva terapiia.) / Za zah. red. M. M. Tkachenka. K.: Knyha plius. 2011. –719 s.

ОБІЗНАНІСТЬ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ОПП «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА» ЖИТОМИРСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ З ПИТАНЬ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Дячук Т.В., Риженко О.В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *8 червня медична спільнота відзначає Всесвітній день обізнаності про пухлини головного мозку (World Brain Tumor Day). Цей день вперше був відзначений Німецькою асоціацією медичної допомоги при пухлинах головного мозку.*

Рак головного мозку є досить поширеним онкологічним захворюванням. Серед усіх видів онкологічних захворювань рак мозку становить близько 50%. Дане онкологічне захворювання може розвинутися однаково у людей обох статей. Причому первинний рак мозку, на стадії, коли захворювання локальне, може бути в багатьох випадках вилікуваний за допомогою хірургічного втручання. Вторинний рак головного мозку лікується складніше. На жаль, більшість випадків раку мозку виявляється на стадії, коли лікування досить важке й тому статистика говорить про смертельний результат даного захворювання більш ніж у 60% випадків. Хворі на пухлини головного мозку становлять близько 4 % серед хворих з органічними ураженнями нервової системи.

Роль медичної сестри у профілактиці пухлин головного мозку полягає у виявленні факторів ризику цієї патології у конкретного хворого і проведенні спеціального індивідуального навчання. Медична сестра повинна проводити санітарно-просвітницьку роботу спрямовану на профілактику виникнення пухлин головного мозку.

Основна мета дослідження полягала у теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці обізнаності здобувачів освіти ОПП «Сестринська справа» з питань пухлин головного мозку.

Середні медичні працівники повинні бути дуже добре обізнаними з профілактики головного мозку тому, що велику частину їхньої роботи займає саме санітарно-просвітницька робота, в той час коли лікар уже виявляє наявну проблему. Завданням для студентів-медиків, як для майбутнього середнього медичного персоналу гарно володіти знаннями з профілактики та виявлення людей з пухлинами головного мозку.

Ключові слова: *пухлини, рак, головний мозок, здобувач освіти.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 617.547-036.8+615.8

НАСЛІДКИ УШКОДЖЕННЯ ХРЕБТА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ СПІНАЛЬНИХ ХВОРИХ

Дячук Т.В., Риженко О.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

CONSEQUENCES OF SPINE DAMAGE AND REHABILITATION OF SPINE PATIENTS

Dyachuk T.V., Ryzhenko O.V.
Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Council

Abstract. *Multiple and combined human injuries are one of the most urgent problems of medicine today, moreover, there are good reasons to believe that this issue may become the main problem of medical science in the XXI century. Despite the modern advances in medicine, mortality and disability in conditions of polytrauma remain quite high, which is related not only to the severity of injuries, but also to various complications of a general and local nature that occur both in the early and in the remote post-traumatic period. The mortality rate from injuries of the locomotor system is quite significant and is, according to various reports, from 5.4 to 49.6%.*

Mild complicated spinal cord injury accounts for almost half of all cases (48%). Most often, patients with the consequences of a spinal cord injury are assigned the III group of disability (50%).

Despite the achievements of modern medicine, mortality and disability in polytrauma with a skeletal component remain quite high, which is due not only to the severity of injuries, but also to the presence of various complications of a general and local nature, which are observed both in the early and in the remote period after the injury.

The solution to the issue of the organization of care for these injured is the development of diagnostic criteria and the selection of high-quality treatment methods. Achieving a good result in the treatment of this category of patients depends on many factors, such as: organization of care at the pre-hospital stage, early transportation to a specialized hospital, organization of specialized care at the hospital stage.

The task of effective provision of medical care at the stages of treatment is to reduce the intensity and power of the influence of the causative factors of the fatal outcome of the traumatic process. The solution to such a task consists in the development and purposeful implementation of medical and diagnostic measures to eliminate the maximum possible volume of direct causes of death.

Актуальність проблеми. Політравма з ушкодженням опорно-рухової системи є однією з найпоширеніших та складних у лікуванні, а також загрозливою для життя людини, тому вивчення клініко-організаційних проблем лікування постраждалих з такою травмою є актуальним та необхідним [3].

Травма хребта (ТХ) – одна з найскладніших проблем сучасної нейрохірургії. У США щороку реєструють близько 8-10 тисяч нових випадків ускладненої хребетної травми, в Україні цей показник складає 2–3 тисячі на рік. Ця відносно невелика кількість постраждалих у загальній структурі ушкоджень компенсується високим відсотком летальності та інвалідності. Усі хворі з тяжкою ускладненою хребетною травмою, як правило, отримують I чи II групу інвалідності. (через 4–5 місяців після травми), яка через 3-5 років переогляду на МСЕК (медико-соціальна експертна комісія) встановлюється безстроково, бо такі пацієнти мають глибокий стійкий неврологічний дефіцит, що вкрай важко

піддається лікуванню та реабілітації. Хворим з неускладненою ТХ при неадекватному лікуванні в багатьох випадках встановлюють ІІІ групу інвалідності через 1,5-4 роки після травми (за формулюванням «порушення опорної функції хребта ІІ–ІІІ ступеня») [4].

Хребет — це анатомічно складний сегмент, пошкодження якого призводить до тяжких порушень, особливо при ураженні інших органів і систем. У цих випадках проходить не підрахунок клінічних симптомів окремих пошкоджень, а враховуються всі, і це в свою чергу викликає труднощі в діагностиці і лікувальній тактиці. В останній період збільшується частка поєднаних пошкоджень хребта з іншими пошкодженнями. Близько 70% травмованих з політравмою є учасниками ДТП [4].

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, летальність та інвалідність при політравмі із скелетним компонентом залишаються досить високими, що зумовлено не тільки тяжкістю пошкоджень, а й наявністю різних ускладнень загального та місцевого характеру, які спостерігають як в ранньому, так і у віддаленому періоді після травми [3].

Вирішенням питання організації допомоги цим травмованим є розробка діагностичних критеріїв і підбору якісних методів лікування. Досягнення гарного результату в лікуванні даної категорії пацієнтів залежить від багатьох факторів, таких як: організація допомоги на догоспітальному етапі, раннє транспортування в спеціалізований стаціонар, організація спеціалізованої допомоги на госпітальному етапі.

Мета дослідження. Визначити поняття та узагальнити знання з питань травми хребта, як однієї з основних видів травм при політравмах.

Матеріали та методи. Теоретичні: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація теоретичних та дослідних даних, застосованих для визначення стану і розроблення досліджуваної проблеми.

Результати та їх обговорення. Множинні та поєднані ушкодження людини в наш час є однією з найактуальніших проблем медицини, більш того, є вагомі підстави вважати, що це питання може стати основною проблемою медичної науки у XXI столітті. Незважаючи на сучасні досягнення медицини, летальність та інвалідність за умов політравми залишаються досить високими, що пов’язано не тільки з тяжкістю пошкоджень, а й з різними ускладненнями загального та місцевого характеру, які виникають і в ранньому, і у віддаленому після травматичному періоді. Летальність від травм опорно-рухової системи досить значна і становить, за різними повідомленнями, від 5,4 до 49,6 % [1].

Легка ускладнена хребетно-спинномозкова травма становить майже половину всіх випадків (48%). Найчастіше хворим з наслідками хребетно-спинномозкової травми встановлюють ІІІ групу інвалідності (50%).

Останніми роками відмічена стійка тенденція до обтяження травматичних ушкоджень, більшість з яких набуває множинний, поєднаний та комбінований характер із притаманним їм синдромом взаємного обтяження.

В даний час одним з ключових факторів у зниженні летальності на ранньому госпітальному етапі серед постраждалих з політравмою та пошкодженнями скелету є пошук способів зменшення ускладнень і, тим самим, поліпшення загальних результатів лікування. При цьому вирішальне значення при важких травматичних ушкодженнях мають можливість відновлення життєво важливих функцій організму і подальша соціальна адаптація.

Лікування пацієнтів з травмою хребта представляє значні складності як в плані організації, так і через необхідність швидкого і адекватного вибору лікувально-діагностичної тактики у осіб

які постраждали, отримали численні травми, кожна з яких або їх сукупність можуть бути причиною критичного стану і загрожують життю постраждалих. Концепція негайної тотальної допомоги (Early Total Care, ETC), запропонована хірургами, під цим терміном ґрунтується проведення хірургічних процедур для всіх травматологічних хворих в першу добу після травми без урахування тяжкості та області ушкоджень давно відійшла в минуле [2].

Лікування постраждалих з травмою хребта є складною та багатогранною проблемою сучасної нейрохірургії. Це пов'язано, насамперед, із ураженням важливих органів, що призводить до низки функціональних порушень. У постраждалих з ушкодженням хребта травматичний шок набуває більш виражений характер. Сучасні вимоги до лікувально-діагностичного процесу серед постраждалих зі скелетним компонентом травми хребта вимагають стандартизації надання медичної допомоги та уніфікації лікувально-діагностичних заходів, для чого необхідне вивчити клініко-епідеміологічні та клініко-нозологічні характеристики процесу, а також визначити фактори ризик та конкретний вплив ушкоджень структур хребта на перебіг травматичного процесу в зазначеної категорії постраждалих.

Завданням ефективного надання медичної допомоги на етапах лікування є зменшення інтенсивності та сили впливу причинних факторів виникнення летального результату травматичного процесу. Рішення такого завдання полягає в розробленні та цілеспрямованому впровадженні лікувально-діагностичних заходів для усунення максимально можливого обсягу безпосередніх причин смерті [1].

Спінальні хворі — це складний контингент хворих з паралічами різного ступеня та важкості. Біль, нерухомість, залежність від сторонньої допомоги завдають хворому моральних і фізичних страждань. Досвідчена медична сестра має вчасно і сумлінно виконувати всі призначення лікаря, спрямовувати всю роботу на профілактику можливих ускладнень, проводити лікувальний масаж та лікувальну фізкультуру, створювати приємний морально-психологічний клімат.

Загальний догляд за хворими має здійснюватися під час денних, нічних, добових чергувань залежно від потреб пацієнта.

Фізіотерапія (особливо лікувальна гімнастика) становить найбільш ефективний напрям ведення хворих із парезами кінцівок, вона спрямована на тренування рухів в паретичних кінцівках і запобігання контрактур. Дихальна гімнастика дозволяє попередити захворювання бронхолегеневої системи. Догляд за хворими включає здійснення лікувально-відновної терапії на всіх етапах медичної реабілітації. Організація догляду, перш за все, полягає в деонтологічних принципах, які забезпечують задовільний психоемоційний стан пацієнта. Теплий прийом хворого, поведінка медперсоналу, максимально швидке обстеження і призначення лікування, чітке визначення режиму поведінки, впевненість та оптимізм в діях лікарів та медичних сестер задовільно впливають на психологічний стан пацієнта.

Міміка, жести, вираз обличчя та очей медперсоналу повинні бути адекватними та оптимістичними, оскільки хворий болісно реагує на нещирість, сторонні розмови.

Особливу увагу потрібно приділяти обережному транспортуванню пацієнтів в діагностичні кабінети для подальшого обстеження та при перевертанні у ліжку, виключаючи згинання, розгинання та бокові зміщення хребта [2].

Пацієнти з пошкодженнями хребта потребують медичної, соціальної та професійної реабілітації. У гострий період травми проводиться рання медична реабілітація в умовах стаціонару, спрямована на профілактику післяопераційних ускладнень (пролежнів, контрактур, сечових свищів тощо). У

подальшому пацієнтів переводять в реабілітаційні відділення, а після цього їх направляють на санаторно-курортне лікування в спеціалізовані санаторії. Трудова реабілітація спрямована на працевлаштування постраждалих у спеціально створених умовах.

Питання повернення до професійної діяльності осіб фізичної праці слід вирішувати індивідуально. Щодо загальної медичної реабілітації, таким хворим бажано рекомендувати режим без зайвих фізичних навантажень, лікувальні фізичні вправи, спрямовані на підтримку власного м'язового корсета, плавання, у разі загострення болю – курси фізіотерапії.

Висновки. Лікування постраждалих з травмою хребта є складною та багатогранною проблемою сучасної нейрохірургії. Це пов'язано, насамперед, із ураженням важливих органів, що призводить до низки функціональних порушень. При цьому у постраждалих з ушкодженням хребта травматичний шок набуває більш виражений характер. Сучасні вимоги до лікувально-діагностичного процесу серед постраждалих зі скелетним компонентом травми хребта вимагають стандартизації надання медичної допомоги та уніфікації лікувально-діагностичних заходів.

Завданням ефективного надання медичної допомоги на етапах лікування є зменшення інтенсивності та сили впливу причинних факторів виникнення летального результату травматичного процесу. Рішення такого завдання полягає в розробленні та цілеспрямованому впровадженні лікувально-діагностичних заходів для усунення максимально можливого обсягу безпосередніх причин смерті [1].

Результат лікування постраждалих з ушкодженнями хребта значною мірою залежить від вчасної та професійної наданої екстреної медичної допомоги. Відповідно допомога, яку надають на місці пригоди має важливу роль у подальшому лікуванні пацієнта. Успіх лікування постраждалих з ураженням хребта залежить від адекватних лікувально-діагностичних заходів на всіх етапах надання медичної допомоги, починаючи з догоспітального етапу. Варто зауважити, що помилки та дефекти лікування, які були допущені на догоспітальному етапі лікування дуже часто не можуть бути виправлені на наступних, навіть за умов надання висококваліфікованої допомоги на цих етапах.

Тому необхідно приділити особливу увагу саме догоспітальному етапу надання екстреної медичної допомоги постраждалим з ушкодженнями хребта.

При ушкодженнях хребта з травмою спинного мозку перспективи реабілітації визначаються можливим рівнем відновлення його функції. Багато з таких постраждалих стають інвалідами, лікування яких здійснюється у спеціалізованих відділеннях та спінальних центрах. Необхідним є індивідуальний підхід до всіх видів реабілітації таких хворих, забезпечення їх засобами для пересування, а в разі можливості – вирішення питання про реабілітацію професійну, що відповідно покращить і умови соціальної реабілітації постраждалого у суспільстві.

ЛІТЕРАТУРА

1. Желіба М.Ю., Хіміч С.А., Герич І.С. Загальна хірургія: підручник. – К: ВСВ: «Медицина», 2018. - 608 с.
2. В.П. П'ятикоп Нейрохірургія: навчальний посібник. – К: ВСВ: «Медицина», 2019. – 152с.
3. Березницький Я.В., Вільцянюк О.В. Хірургічні хвороби: підручник К: ВСВ: «Медицина», 2017. - 416 с.
4. Міронов С.Т. Ортопедія: клінічні рекомендації ВСВ: «ГЭОТАР-Медиа», 2017. – 784 с.

REFERENCES

1. Zheliba M.Iu., Khimich S.A., Herych I.S. Zahalna khirurhiia: pidruchnyk. – K: VSV: «Medytsyna», 2018. - 608 s.

2. V.P. Piatykop Neirokhirurhiia: navchalnyi posibnyk. – K: VSV: «Medytsyna», 2019. – 152s.
3. Bereznytskyi Ya.V., Viltsianiuk O.V. Khirurhichni khvoroby: pidruchnyk K: VSV: «Medytsyna», 2017. - 416 s.
4. Mironov S.T. Ortopediia: klinichni rekomendatsii VSV: «НЭОТАR-Medya», 2017. – 784s.

НАСЛІДКИ УШКОДЖЕННЯ ХРЕБТА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ СПІНАЛЬНИХ ХВОРИХ

Дячук Т.В., Риженко О.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Множинні та поєднані ушкодження людини в наш час є однією з найактуальніших проблем медицини, більш того, є вагомі підстави вважати, що це питання може стати основною проблемою медичної науки у XXI столітті. Незважаючи на сучасні досягнення медицини, летальність та інвалідність за умов політравми залишаються досить високими, що пов'язано не тільки з тяжкістю пошкоджень, а й з різними ускладненнями загального та місцевого характеру, які виникають і в ранньому, і у віддаленому після травматичному періоді. Летальність від травм опорно-рухової системи досить значна і становить, за різними повідомленнями, від 5,4 до 49,6 %.*

Легка ускладнена хребетно-спинномозкова травма становить майже половину всіх випадків (48%). Найчастіше хворим з наслідками хребетно-спинномозкової травми встановлюють III групу інвалідності (50%).

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, летальність та інвалідність при політравмі із скелетним компонентом залишаються досить високими, що зумовлено не тільки тяжкістю пошкоджень, а й наявністю різних ускладнень загального та місцевого характеру, які спостерігають як в ранньому, так і у віддаленому періоді після травми.

Вирішенням питання організації допомоги цим травмованим є розробка діагностичних критеріїв і підбору якісних методів лікування. Досягнення гарного результату в лікуванні даної категорії пацієнтів залежить від багатьох факторів, таких як: організація допомоги на догоспітальному етапі, раннє транспортування в спеціалізований стаціонар, організація спеціалізованої допомоги на госпітальному етапі.

Завданням ефективного надання медичної допомоги на етапах лікування є зменшення інтенсивності та сили впливу причинних факторів виникнення летального результату травматичного процесу. Рішення такого завдання полягає в розробленні та цілеспрямованому впровадженні лікувально-діагностичних заходів для усунення максимально можливого обсягу безпосередніх причин смерті.

Ключові слова: *політравма, травма хребта, спінальні хворі.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 378.147.091.33:614.253.5

ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ РОЗВИТКУ ТВОРЧОГО ПОТЕНЦІАЛУ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ

Ковальчук Т.Ю.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

PEDAGOGICAL CONDITIONS FOR THE DEVELOPMENT OF THE CREATIVE POTENTIAL OF FUTURE NURSES IN THE PROCESS OF PROFESSIONAL TRAINING

Kovalchuk T.Y.
Zhytomyr Medical Institute ZhRC

Abstract: *The article examines the pedagogical conditions and peculiarities of the development of the creative potential of future nurses of higher educational institutions, defines the principles of pedagogical implementation, which will increase the quality of training of future specialists.*

Key words: *creativity, quality of training, nurses, educational process, pedagogical conditions.*

Актуальність теми. Підготовка фахівців з високим рівнем професійних компетентностей, здатних до постійного саморозвитку та самовдосконалення, відповідального ставлення та організації творчого підходу до професійної діяльності зі сформованою професійною позицією є одним із головних завдань сучасної освіти. Враховуючи запити сучасного суспільства, орієнтованого на новітній європейський простір, виникає потреба в інтелектуальному, культурному, фізичному, моральному та творчому розвитку й постійному самовдосконаленні особистості, у висококваліфікованих фахівцях, у накопиченні та використанні науково-технічного, культурного та творчого потенціалу [13 с.31].

Модернізація професійної (професійно-технічної) та фахової передвищої освіти зумовила інтенсивний пошук шляхів оптимізації процесу розвитку духовно-творчого потенціалу майбутніх фахівців; змінилися ціннісні орієнтири, виникла потреба в лікарях нового часу – у фахівцях із високим рівнем сформованого професійно значущих рис і духовно-творчого потенціалу, котрі здатні якісно й сумлінно виконувати свої професійні обов'язки та соціальну роль. Духовно-творчий потенціал є невід'ємним складником професійної та загальної культури медичних сестер, одним із основних показників моральної і громадянської зрілості особистості професіонала із сукупністю взаємопов'язаних суспільно цінних рис, більшість із яких формуються у процесі професійної підготовки.

Провідною метою підготовки молодшого медичного спеціаліста, як зазначає М. Бабич, є формування фахівця нового зразка, в центрі професійної діяльності якого є особистість з її особливостями, індивідуальним станом здоров’я та внутрішніми потенційними можливостями до адаптації; фахівця, діяльність якого зосереджена на творчу, діалогічну, емпатійну взаємодію з пацієнтом, на активізацію потенційних можливостей особистості, поліпшення і гармонізацію індивідуальних компенсаторних резервів; фахівця, спроможного ефективно здійснювати належний догляд за хворими, встановлювати медсестринський діагноз, визначати проблеми пацієнта, виконувати призначення лікаря в амбулаторних і

стаціонарних умовах, в умовах сім'ї, в освітніх закладах [5].

Актуальність теми посилюється як суспільними очікуваннями на професійно компетентних, гуманних, толерантних, високодуховних медичних сестер і необхідністю теоретичного обґрунтування процесу формування духовно-творчого потенціалу майбутнього фахівця в процесі професійної підготовки, так і потребою самої особистості у використанні внутрішніх потенційних ресурсів для професійного зростання й самореалізації.

У статті 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1993 р., зі змінами згідно з Законами: № 121-VI від 12.02.2008 р., № 76-VIII від 28.12.2014 р., № 326-VIII від 09.04.2015 р., № 928-VIII від 25.12.2015 р. тощо) основними принципами охорони здоров'я визначено: гуманістичну спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими, індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найуразливіших верств населення. У «Концепції розвитку вищої медичної освіти» (2008 р.) підкреслюється, що розвиток національної системи охорони здоров'я потребує нового покоління висококваліфікованих медичних працівників. Це зумовлює необхідність пошуку нових шляхів формування професіоналізму майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки, що є особливо актуальним в контексті реформування медичної галузі України.

Особливості професійної підготовки медичного персоналу висвітили українські та зарубіжні вчені, зокрема концептуальні позиції теоретико-методичних засад професійної освіти (О. Антонова, А. Маркова, Н. Ничкало, С. Сисоєва, Л. Сущенко, Т. Сущенко та ін.); особливості вищої медичної освіти (В. Аверін, М. Банчук, О. Волосовець, Л. Дудікова, С. Тихолаз, І. Фещенко, Я. Цехмістер та ін.); різні аспекти фахової підготовки майбутніх медичних працівників, зокрема медичних сестер (В. Аверін, А. Агаркова, В. Бабаліч, І. Борискова, О. Ісаєва, Ю. Колісник-Гуменюк, Н. Кудрява, О. Кузьмінова, О. Солодовник, Н.Попова ,З. Шарлович, М. Шегедин та ін.). Проте не достатньо дослідженою залишається проблема розвитку творчого потенціалу майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки.

Творча складова у професійній діяльності медичних сестер є невід'ємною скаладовою їх професійної майстерності та досконалості. Психологічний комфорт пацієнта, його націленість та видужання та успіх лікування певною мірою залежить від творчого підходу медичної сестри до виконання своєї професійної діяльності.

Мета дослідження передбачає – визначити та теоретично обгрунтувати педагогічні умови розвитку творчого потенціалу майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки.

Об'єкт дослідження – творчий потенціал майбутніх медичних сестер.

Предмет дослідження – педагогічні умови розвитку творчого потенціалу у майбутніх медичних сестер в процесі фахової підготовки.

Окреслена мета зумовила такі **завдання** дослідження:

1. Здійснити аналіз стану досліджуваної проблеми педагогічні умови розвитку творчого потенціалу медичних сестер у процесі фахової підготовки; розкрити сутність поняття «розвиток творчого потенціалу у майбутніх медичних сестер» та особливості його формування в процесі фахової підготовки.

2. Обгрунтувати критерії, показники та рівні розвитку творчого потенціалу майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки.

3. Проаналізувати особливості результатів дослідження розвитку творчого потенціалу майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки.

4. Розробити та апробувати методичні рекомендацці щодо підвищення рівня розвитку творчого потенціалу майбутніх медичних сестер.

Для розв'язання поставлених завдань передбачається використати такі методи дослідження:

- *теоретичні* – аналіз та систематизація наукової літератури; характеристика понятійно - категоріального апаприту; узагальнення теоретичних положень щодо розвитку творчого потенціалу майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки.

- *емпіричні* – діагностичні (анкетування, тестування, бесіда), обсерваційні (пряме та опосередковане спостереження); педагогічний експеримент -для перевірки ефективності розроблених організаційно-педагогічних умов розвитку творчого потенціалу майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки.

- *методи математичної статистики* – опрацювання результатів дослідження.

Результати та їх обговорення. У контексті професійного навчання важливо здійснити аналіз поняття «педагогічні умови». У «Словнику довіднику з професійної педагогіки» «педагогічні умови» визначені як обставини, за яких залежить та відбувається цілісний продуктивний педагогічний процес професійної підготовки фахівців, що опосередковується активністю особистості, групою людей [17].

Найбільш повним на нашу думку є визначення педагогічних умов А. Литвина й О. Мацейко. Науковці визначили їх як комплекс спеціально спроєктованих генеральних чинників впливу на зовнішні та внутрішні обставини навчально-виховного процесу й особистісні параметри всіх його учасників. Педагогічні умови забезпечують цілісність навчання та виховання в інформаційноосвітньому середовищі навчального закладу відповідно до вимог суспільства та запитів ринку праці, сприяють усебічному гармонійному розвитку особистості та створюють сприятливі можливості для виявлення її задатків, урахування потреб і формування загальнолюдських і професійно важливих якостей, ключових кваліфікацій, загальних і професійних компетенцій [10, с. 56].

Отже, під педагогічними умовами розвитку творчого потенціалу майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки розуміємо комплекс спеціально спроєктованих генеральних чинників впливу на обставини освітнього процесу, що забезпечують цілеспрямований педагогічний вплив на формування й актуалізацію творчого потенціалу особистості у процесі фахової підготовки.

У ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» окреслені основні принципи охорони здоров'я: гуманістичну спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найвразливіших верств населення. Професійна підготовка медичних сестер має бути орієнтована на формування не лише долікарської компетентності, а й готовності випускників медичних ЗВО до участі в забезпеченні гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності й довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їхнє здоров'я, на чому акцентується в «Загальнодержавній програмі розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» та в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Підготовка медичних сестер є важливою складовою вітчизняної системи освіти, концептуальні ідеї якої базуються на положеннях Конституції України, Державної національної програми «Освіта» («Україна XXI століття»), «Національної доктрини розвитку освіти України у XXI столітті», законів України «Про освіту» і «Про вищу освіту».

Нині актуалізується проблема особистісного розвитку і творчої самореалізації кожного громадянина України, в тому числі й медичних сестер, проте спостерігається певна

невідповідність професійної підготовки майбутніх медичних сестер потребам суспільства у високо духовних і толерантних медичних працівниках; існують певні суперечності між сучасними потребами ринку праці в медичній галузі й соціальним замовленням, що зумовлюють необхідність професійної підготовки медичних сестер, здатного до гармонійного саморозвитку та постійного самовдосконалення свого клінічного творчого мислення, самоаналізу та самооцінки власної діяльності, спроможного швидко й адекватно реагувати на потреби суспільства, бути професійно компетентним, духовно багатим, творчо активним.

Тому основною метою професійної підготовки медичних сестер має бути створення педагогічних умов для їх професійно-творчого самовиявлення. Ця ідея ґрунтується на принципі гуманізації професійної підготовки фахівця, здатного до реалізації власного духовно-творчого потенціалу, на основних положеннях провідних концепцій теоретико-методичних засад професійної освіти, на філософських розробках і наукових розвідках педагогів, психологів, соціологів.

Як стверджує український учений М. Згуровський, у сучасних умовах освіти стає актуальним суттєве оновлення змісту й методики навчання, «вже має діяти виключно креативна методика навчання, основою якої є принцип «створи», замість принципу «повтори» [8, с. 2]. Успішним у своїй професійній діяльності може бути фахівець, який є духовно-творчою особистістю, здатною до неперервного особистісного саморозвитку і професійного самовдосконалення впродовж усього життя - людиною, яка реалізовуючись як професіонал і самостверджуючись як особистість, відчуває себе потрібною суспільству.

Від духовно-творчого потенціалу майбутніх медичних сестер нині залежить не лише якість виконання ними професійних функцій і соціальних ролей, але й рівень їхнього особистісного саморозвитку й професійного самовдосконалення впродовж усього життя. Одним із пріоритетних завдань гуманітарної складової сучасної медичної освіти є формування і розвиток активної, ініціативно-творчої, високоінтелектуальної, компетентної особистості майбутнього фахівця медичної сфери, який володіє професійним творчим мисленням, особливим філософсько-медичним світоглядом, готовністю до творчої самореалізації та постійного фахового самовдосконалення в умовах жорсткої професійної конкуренції.

У різних джерелах «творчість» має різні тлумачення. У науковій літературі це поняття трактують як «форму діяльності людини, спрямовану на створення якісно нових для неї цінностей, що мають суспільне значення, тобто важливих для формування особистості як суспільного суб'єкта» [12], як «чинник і передумову свободи людини» [6, с. 142], як «мислення в його вищій формі, що проявляється як уява і яке виходить за межі відомих способів вирішення виниклого завдання» [15, с. 142]. Творчість - це продуктивна форма активності і самостійності людини, її результатом є наукові відкриття, винаходи, створення нових музичних, художніх витворів, розв'язання нових завдань у праці медичних працівників, вчителя, інженера та ін. [7, с. 282]. Найширше визначення творчості, на наш погляд, запропонували філософи. Із філософських і соціологічних позицій творчість - це характеристика людини, яка активно перетворює дійсність, об'єктивну і суб'єктивну.

У педагогічному енциклопедичному словнику творчість у контексті освітнього процесу тлумачиться як «форма діяльності людини, спрямована на створення якісно нових для неї цінностей, що мають суспільне значення, тобто важливих для формування особистості як суспільного суб'єкта» [14, с. 286]. Творчість - це процес людської діяльності, результатом якої є створення якісно нових матеріальних і

духовних цінностей, і яка оцінюється за своєю соціальною значущістю, новизною, оригінальністю, неповторністю, унікальністю. Це вища форма активності та самостійності діяльності людини.

Психолого-педагогічний аспект проблеми творчості, пов'язаний із виявленням і розвитком творчих рис особистості, з розробкою змісту засобів та умов організації та здійснення творчої діяльності майбутніх медичних сестер, за яких конкретне явище є об'єктом, а окремий індивід - суб'єктом. На відміну від філософського, у педагогічному аспекті вивчення феномену творчості значна увага звертається на новизну та суспільну значущість результатів творчої діяльності як основних її критеріїв. Таким чином, у педагогіці творчість розуміється як процес засвоєння матеріальних і духовних цінностей, створених людством, під час якого відбувається формування і розвиток творчої особистості.

Поняття «творчий потенціал особистості» в науковому просторі має різні тлумачення: обдарованість людини, здатність до активної самореалізації, прагнення до найвищих етичних ідеалів, сукупність можливостей реалізації нових напрямків діяльності суб'єкта творчості [0]; інтегративна властивість особистості, що характеризує міру можливостей здійснення творчої діяльності, готовності та здатності до творчої самореалізації і саморозвитку. Під потенціалом інколи розуміють і сукупність наявних коштів або можливостей, що можуть бути мобілізовані для досягнення певної мети, для здійснення планів, завдань тощо.

У філософському визначенні поняття «творчий потенціал особистості» є багатогранним. Воно трактується як обдарованість людини, як здатність до активної самореалізації, як прагнення до вищих етичних ідеалів, як фонд і сукупність можливостей реалізації нових напрямів діяльності суб'єкта творчості [11]. Потенціал особистості, на думку українського філософа О. Чаплигіна, - це інтегральна ознака, що характеризує певний рівень зрілості її сутнісних сил як суб'єкта життєдіяльності і як індивідуальну цінність, що сприяє розширенню її можливостей в освоєнні своїх суспільних відносин і свого власного саморозвитку [18].

У педагогіці та психології творчий потенціал розглядається як сукупність умінь, навичок, можливостей, що визначають рівень розвитку особистості (Л. Москвичов, Р. Піхтовніков); як синтетична якість, що характеризує міру можливостей особистості, яка здійснює діяльність творчого характеру (М. Мартинюк, В. Овчиннікова); як соціально-психологічна установка на нетрадиційне вирішення протиріч об'єктивної реальності (Є. Колесніков). У психологічних розвідках трактування творчого потенціалу зводиться до прояву внутрішнього життя людини в процесі її взаємодії з іншими людьми (А. Ананьєв, К. Виготський).

Французький учений Ф. Полан трактував творчий потенціал особистості як прояв комплексу якостей людської волі, вважаючи, що чим організованіша й розвиненіша воля, тим більше сформований творчий потенціал [15, с. 142].

Як стверджує В. Моляко, творчий потенціал складається з природних здібностей, спрямованості інтересів, загального інтелекту, швидкості засвоєння нової інформації, допитливості, бажання створювати щось нове, наполегливості, цілеспрямованості, працьовитості; зі швидкого оволодіння вміннями, навичками, майстерністю виконання певних дій; здатності до реалізації власних стратегій і тактики вирішення різних проблем, завдань, пошуку виходу зі складних нестандартних, екстремальних ситуацій [12].

На думку таких учених, як Л. Виготський, В. Кан-Калик, Н. Кічук, М. Лазарєв, О. Матюшкін, С. Сисоєва, творчість безпосередньо пов'язана з розумовою діяльністю людини, якій належить вирішальна роль; творчість – це

найважливіша форма людської практики, активізації потенціалу суб'єкта в процесі особистісних змін.

Розвиток творчого потенціалу медичних сестер – це неперервний, цілеспрямований процес актуалізації задатків, здібностей, формування професійної самосвідомості, творчого підходу до вирішення поставлених завдань, розвиток клінічного творчого мислення та медичного сприйняття дійсності. Складниками творчого потенціалу, на думку вчених Д. Богоявленської, Л. Новікової, С. Смирнова, є інтелект, розвинена творча уява, здібності, активність у самореалізації.

Особливої уваги заслуговує й позиція А. Деркача, який наголошує на тому, що пріоритетними характеристиками творчого потенціалу є творча спрямованість професійних інтересів, потреба в новаторській діяльності, здібність до новацій, високий рівень загального і деяких спеціальних видів інтелекту, здібність до формування асоціативних зв'язків, розвинена уява, сильна вольова регуляція поведінки і діяльності, самостійність, уміння управляти своїм станом, зокрема й стимулювати свою творчу активність. Учений вважає, що високий творчий потенціал, який виявляється в професійній діяльності, творчому пошуку, вмінні приймати ефективні і нестандартні рішення, прямо пов'язаний з рівнем професіоналізму особистості [0, с. 171].

Найважливішим складником творчого потенціалу є пізнавальна потреба як основа пізнавальної мотивації особи, яка проявляється в позитивному ставленні людини до новизни ситуації, в бажанні відкрити нове в звичайному. На думку В. Моляко, творча особистість, має вищий ступінь розвитку, підготовленості до конкретних видів діяльності, до життя в цілому, до зміни стилів поведінки, до пошуків виходу з кризових станів, до найбільш конструктивної, раціональної поведінки в так званих, граничних станах [12, с. 4].

Творчий потенціал особистості медичних сестер – складне, багатогранне поняття, що об'єднує в собі всі основні характеристики особистості майбутнього фахівця, визначає міру його творчих можливостей. Під внутрішньою готовністю до творчості вчені розуміють здатність людини концентрувати творчі сили, під зовнішньою – почуття обов'язку, відповідальності, совісті. І це необхідно враховувати під час організації освітнього процесу Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, спрямовуючи його на посилення мотивації до активної пізнавальної діяльності майбутніх медичних сестер , на розвиток їхніх творчих здібностей і професійних навичок.

Особливої уваги заслуговує думка В. Александрової про те, що «об'єднання свідомості та підсвідомості через духовність дозволяє особистості досягти надзвичайної сили натхнення, піднятися на вершину творчості» [0, с. 45].

Адже структура духовного потенціалу складається з можливостей суб'єкта, які ще не розвинені в творчі здібності; із внутрішніх (суб'єктивних) можливостей, які активізують реалізацію творчих здібностей; характеру впливу суб'єкта на предмет творчості. На думку М. Кузнєцової, творча особистість, перш ніж зробити якесь новаторське перетворення в об'єктному світі, в першу чергу повинна сама в собі створити особистість, має відповідним чином змінити свій суб'єктний світ. Як зазначає дослідниця, духовність є показником норми, цілісності та повноти розвитку особистості, свідченням реалізації та розкриття важливих властивостей людини, її творчого потенціалу. Рівень духовної спроможності особистості є універсальним критерієм творчості [9].

Кожна людина займається творчістю за умови не механічного, а творчого підходу до виконання своєї діяльності й прагнення вдосконалити її, збагатити

чимось новим. Тільки тоді, коли людина починає творити саму себе і позитивно перетворювати, змінювати світ навколо себе заради добра, діючи згідно з загальнолюдськими законами, цінностями й життєвими орієнтирами, – лише тоді вона по-справжньому, у повному сенсі відчуває себе людиною. Творчість особистості стає універсальним способом її самореалізації. А формування і розвиток духовно-творчого потенціалу майбутніх медичних сестер є одним із векторів загальної медичної підготовки.

Висновки та перспективи подальших досліджень.

Виходячи з вище сказаного, педагогічні умови формування творчого потенціалу були сформульовані з вихідних концепцій розвитку творчого потенціалу особистості та зважаючи на досвід попередніх педагогічних досліджень. Визначені педагогічні умови у процесі фахової підготовки мають оптимально впливати на перебіг досліджуваного процесу, активізувати формування компонентів творогов потенціалу.

Отже, для формування духовно-творчого потенціалу майбутніх медичних сестер і його неперервного розвитку необхідно створити педагогічно комфортне освітнє середовище, максимально наближене до професійного (що насправді успішно реалізовується) й особливу увагу приділити організації педагогічної співпраці та забезпеченню духовно-творчої взаємодії викладачів і майбутніх фахівців у процесі професійної підготовки. Творчі можливості людини реалізуються не тільки в предметній діяльності, а й у самому процесі її життя, самореалізації як засобі самоствердження, самовираження і саморозвитку. Потенційні можливості та внутрішні ресурси особистості є невід'ємними складниками процесу її творчого саморозвитку. Саморозвиток – це не спонтанна актуальність, а вмотивований творчий процес розкриття й розвитку реальних і потенційних здібностей, свідомої самоосвіти та самовиховання особистості майбутніх медичних сестер.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акмеология: учеб. пособ./ А. Деркач, В. Зазыкин. СПб: Питер, 2003. 256 с.

2. Александрова В. Г. Возрождение духовных традиций гуманной педагогики. Педагогика, 2008. № 6. С. 14.

3. Антонова О. Є., Шарлович З. П. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини: сутність, структура, технологія формування: монографія. – Житомир: Вид-во Полісся, 2016. – 258с. – ISBN 978-966-655-835-3.

4. Александрова В. Г. Возрождение духовных традиций гуманной педагогики. Педагогика, 2008. № 6. С. 14.

5. Бабич М. Я. Формування професійних якостей майбутнього молодшого медичного спеціаліста як психологічна проблема / М. Я. Бабич // Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки фахівців за соціономічним профілем : матеріали наук.-практ. конф. – Хмельницький : ХНУ, 2011. – С. 102.

6. Гагин Ю. А. Концептуальный словарь-справочник по педагогической акмео-логии: учеб. пособ. Изд. 2-е. СПб., СПбГУПМ, Балт. пед. академия, 2000. 222 с.

7. Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А. Краткий психологический словарь: Личность, образование, самообразование, профессия. Мн.: Хэлтон, 1998. 399 с.

8. Згуровський М. З. Вища технічна освіта і Болонський процес. Доповідь на Всеукраїнської нараді ректорів вищих технічних навчальних закладів 1718 березня 2004 р., м. Харків. Київський політехнік, 2004. № 12. № 2.

9. Кузнецова М. А. Творчество как атрибут человеческого бытия : автореф. дис. ... докт. филос. наук : 09.00.13. Волгоградский гос. ун-т. Волгоград, 2012. 43 с.

10. Литвин А., Мацейко О. Методологічні засади поняття «педагогічні умови». Педагогіка і психологія професійної освіти. 2013. №. 4. С. 43–63.

11. Мартинюк І. О. Творчий потенціал і самореалізація особистості / Психологія і педагогіка життєтворчості. К., 1996. 792 с.

12. Моляко В. О. Психологічна теорія творчості. Обдарована дитина. 2004. № 6. С. 2-9.

13. Попова Н. О. Формування професійної позиції майбутнього медичного працівника в процесі фахової підготовки у медичному коледжі: дис.. докт. пед. наук: 011. Кропивницький, 2020. 306 с.

14. Педагогический энциклопедический словарь / Гл. ред. Б. М. Бим-Бад; Ред-кол.: М. М. Безруких, В. А. Болотов, Л. С. Глебова и др. Москва: Большая Российская энциклопедия, 2003. 528 с: ил.

15. Проблемы научного творчества: сб. аналит. обзоров / Академия наук СССР Институт научной информации по общественным наукам; авт. обзоров А. Н. Лук ; отв. ред. А. И. Воронин. М., 1980. 228 с.

16. Проблемы научного творчества: сб. аналит. обзоров / Академия наук СССР Институт научной информации по общественным наукам; авт. обзоров А. Н. Лук ; отв. ред. А. И. Воронин. М., 1980. 228 с.

17. Словник-довідник з професійної педагогіки / ред.-упоряд. А. Семенова. Одеса : Пальміра, 2006. 272 с.

18. Чаплигін О. К. Творчий потенціал людини як предмет соціально-філософської рефлексії: дис... докт. філос. наук: 09.00.03 / Харківський нац. авто-моб.-дорожн. ун-т. - Харків, 2001, 428 с.

REFERENCES

1. Acmeology: textbook. assistant./ A. Derkach, V. Zazykin. St. Petersburg: Peter, 2003. 256 p.

2. Aleksandrova V. G. Revival of spiritual human traditions pedagogues Pedagoginka, 2008. No. 6. P. 14.

3. Antonova O. E., Sharlovich Z. P. Professional and pedagogical competence of family medicine nurses: essence, structure, technology of formation: monograph. - Zhytomyr: Polissya Publishing House, 2016. - 258 p. – ISBN 978-966-655-835-3.

4. Aleksandrova V. G. Revival of spiritual traditions of humane pedagogy. Pedagoginka, 2008. No. 6. P. 14.

5. M. Ya. Babich Formation of professional qualities of the future junior medical specialist as a psychological problem / M. Ya. Babich // Current issues of the theory and practice of psychological and pedagogical training of specialists according to the socionomic profile: scientific and practical materials. conf. – Khmelnytskyi: KhNU, 2011. – P. 102.

6. Gagin Yu. A. Conceptual Dictionary-Reference on Pedagogical Acmeology: учеб. help Ed. 2nd St. Petersburg, SPbGUPM, Balt. ped. Academy, 2000. 222 p.

7. Dyachenko M. I., Kandybovnych L. A. Short psychological dictionary: Personality, education, self-education, profession. Mn.: Halton, 1998. 399 p.

8. Zgurovsky M. Z. Higher technical education and the Bologna process. Report at the All-Ukrainian meeting of rectors of higher technical educational institutions on March 17, 2004, Kharkiv. Kyiv Polytechnic University, 2004. No. 12. No. 2.

9. Kuznetsova M. A. Creativity as an attribute of human existence: autoref. thesis ... Dr. philosophy Sciences: 09.00.13. Volgograndsk Gos. Univ. Volgograd, 2012. 43 p.

10. Lytvyn A., Matseyko O. Methodological foundations of the concept of "pedagogical conditions". Pedagogy and psychology of professional education. 2013. No. 4. P. 43–63.

11. Martynyuk I. O. Creative potential and self-realization of personality / Psychology and pedagogy of life creativity. K., 1996. 792 p.

12. Molyako V. O. Psychological theory of creativity. A gifted child. 2004. No. 6. P. 2-9.

13. Popova N. O. Formation of the professional position of a future medical worker in the process of professional training in a medical college: diss.. doc. ped. Sciences: 011. Kropyvnytskyi, 2020. 306 p.

14. Pedagogical encyclopedic dictionary / Ch. ed. B. M. Bym-Bad; Editor-in-chief: M. M. Bezrukikh, V. A. Bolotov, L. S. Glebova, etc. Moscow: Bolshaya Rossiysknaya encyclopnediya, 2003. 528 p.: ill.

15. Problems of scientific creativity: Sat. analyst obzorov / Academy of Sciences of the USSR Institute of Scientific Information on Social Sciences; author A. N. Luk reviews; open ed. A. I. Voronin. M., 1980. 228 p.

16. Problems of scientific creativity: Sat. analyst obzorov / Academy of Sciences of the USSR Institute of Scientific Information on Social Sciences; author A. N. Luk reviews; open ed. A. I. Voronin. M., 1980. 228 p.

17. Dictionary-handbook of professional pedagogy / editor-in-chief. A. Semenov. Odesa: Palmyra, 2006. 272 p.

18. Chaplygin O. K. The creative potential of a person as a subject of socio-philosophical reflection: dissertation... doc. Philos. Sciences: 09.00.03 / Kharkiv National auto-mobile-road Univ. - Kharkiv, 2001, 428 p.

ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ РОЗВИТКУ ТВОРЧОГО ПОТЕНЦІАЛУ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ

Ковальчук Т.Ю.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *У статті розглянуто педагогічні умови та особливості розвитку творчого потенціалу майбутніх медичних сестер вищих навчальних закладів, визначено принципи педагогічної реалізації, що підвищить якість підготовки майбутніх фахівців.*

Ключові слова: *творчість, якість навчання, медичні сестри, освітній процес, педагогічні умови.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 614.253.5:616-006-052

УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ДОГЛЯДІ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Ковальчук Т.Ю., Козирацька Л.М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

PARTICIPATION OF THE NURSE IN THE CARE OF PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES

Kovalchuk T.Y., Kozyratska L.M.
Zhytomyr Medical Institute ZhRC

Abstract: *The article is devoted to the participation of nurses in the care of patients with oncological diseases, the definition of the main aspects of care and the emotional sphere of patient care. A nurse plays an important role in the care of cancer patients. She has to spend the most time with patients, first of all to provide help: to determine the various needs of the patient, to be an intermediary between the doctor and relatives, to independently determine the amount and nature of help. Therefore, the topic of the nurse's participation in the care of patients with oncological diseases is an urgent problem today and requires detailed consideration.*

Key words*: nurse, patient, oncological diseases, care, prevention.*

Актуальність теми. Україна входить до першої десятки країн світу з найвищою онкозахворюваністю населення. Щорічно виявлять понад 180 тис. осіб із різними злоякісними новоутвореннями, а на обліку перебувають близько 750 – 800 тис. пацієнтів [5].

Останніми роками спостерігається безперервний ріст частоти захворюваності на онкопатологію в усіх регіонах світу. У більшості європейських країн створено так звані канцер – реєстри (НКР), що об’єднують дані про всіх онкологічних хворих. Такий національний канцер – реєстр сформовано і в Україні [4].

Моніторинг ураження населення України злоякісними новоутвореннями (ЗН), який здійснюється мережею НКР, дозволяє отримати достовірну інформацію про особливості розвитку цього процесу. Для визначення пріоритетів в організації онкологічної допомоги хворим на рак проведено дослідження онкоепідеміологічної ситуації та стану організації онкологічної допомоги хворим на ЗН. Виходячи з реалій, які зумовлені коронавірусною пандемією, особлива увага приділялась не тільки загальному рівню ураження населення України ЗН, але й структурним статево-віковим особливостям захворюваності та смертності від раку [1].

Станом на початок 2021 року в Україні на обліку в медичних установах перебувають 1 млн 187,6 тисяч пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

За 2019 рік в Україні було зафіксовано 138 тисяч 509 нових випадків захворювання на рак. Чоловіки найчастіше хворіли на рак легенів, трахеї і бронхів (20,3%), на рак передміхурової залози (12,4%) і на немеланомні захворювання шкіри (9,9%). У жінок найчастіше зустрічався рак молочної залози (20,3%), немеланомні захворювання шкіри (12,9%) і рак матки (9,5%).

В Україні як такої профілактики онкозахворювань немає. У 2019 року в ході профілактичних оглядів було виявлено 22,4% хворих. При цьому рак, виявлений на ранній стадії, краще піддається лікуванню.

У ВООЗ нагадують про те, як важливо проходити профілактичні огляди,

звертатися до лікаря з симптомами нездужання і робити регулярний скринінг з урахуванням свого віку і факторів ризику [9].

За останні роки в Україні майже зникло виявлення хворих на профоглядах – у 2020 р. цей показник дорівнював 20,2% і перебував у межах від 2,4% у Чернігівській області до 51,7% у м. Київ. Можна констатувати, що повністю ігнорується вимога профілактичного огляду з метою виявлення ЗН кожного хворого, який звернувся за медичною допомогою до будь-якого лікаря у поліклініці чи стаціонарі, що могло б сприяти ранньому виявленню ЗН, особливо візуальних локалізацій (губи, ротової порожнини, прямої кишки, шкіри, грудної залози, шийки матки, а також передміхурової залози як лідируючої за темпами приросту патології у чоловічого населення), або ж такі огляди виконуються формально, без належного рівня онкологічної грамотності та настороги [1].

Медична сестра – професія, яка вимагає від людини стійкості, неабиякої сили волі та витривалості, особливо коли мова йде про догляд за важкохворими пацієнтами. Вміння співпереживати, любити та вислухати обов`язково мають бути в арсеналі кожної медичної сестри.

Сухість і черствість – не ті якості якими має бути наділений медичний персонал. Пацієнт повинен довіритись, відкритись і не боятись розповісти про свої проблеми.

Медичні сестри – це органічний сплав високих моральних якостей, загальної ерудиції та майстерності яка повинна виконувати свої обов’язки професійно, згідно стандартам діяльності медичної сестри, визначеними Міністерством охорони здоров’я України, діяти в межах своєї компетентності, захищати права пацієнта проголошені ВООЗ та Всесвітньою медичною асоціацією.

До професійних вимог належать: творчий підхід до своїх обов’язків, уміння швидко орієнтуватися в інформації, вибрати з неї найнеобхідніше, безперервно вдосконалювати свої знання та навички, підвищувати свій професійний рівень.

Головна діяльність спеціаліста медсестринства передбачає виконання призначень лікаря, вирішення та задоволення існуючих та потенційних проблем пацієнта, створення сприятливих умов для швидкого одужання та спрямовування своїх дій на зменшення ймовірності виникнення захворювань [5].

Мета дослідження: дослідити участь медичної сестри в догляді за пацієнтами з

онкологічними захворюваннями на базі «Обласного онкологічного диспансеру» Житомирської обласної ради. Визначити головні аспекти догляду та емоційну сферу піклування за пацієнтами з онкологічними захворюваннями.

Предмет дослідження: участь медичної сестри в догляді за пацієнтами з онкологічними захворюваннями.

Завдання наукового дослідження:

1.Здійснити аналіз стану досліджувальної проблеми участь медичної сестри в догляді за пацієнтами з онкологічними захворюваннями.

2. Дослідити рівень обізнаності та професіоналізму медичних сестер стосовно догляду за онкологічними пацієнтами на базі «Обласного онкологічного диспансеру» Житомирської обласної ради.

3. Внести свої пропозиції щодо покращення медсестринського догляду та піклування за пацієнтами з онкологічними захворюваннями.

Методи дослідження: бібліосематичний, медико-соціологічний, системного підходу та логічного узагальненя.

Матеріали та методи дослідження.

При виконанні практичної частини науково-дослідної роботи було проведено соціологічне дослідження медичних сестер для вивчення участі медичної сестри в догляді за пацієнтами з онкологічними захворюваннями на базі «Обласного онкологічного диспансеру» Житомирської обласної ради. Дослідження респондентів проводилось шляхом анонімного

анкетування. Дані з анкет були статистично оброблені. Для рівня обізнаності та професіоналізму медичних сестер стосовно догляду за онкологічними пацієнтами на базі «Обласного онкологічного диспансеру» Житомирської обласної ради було опитано 98 респондентів, віковий діапазон яких знаходився у межах від 20 до 65 років.

В основу розробленого нами опитувальника було покладено низку запитань, що стосувались мотивації медичних сестер стосовно роботи в хірургічному, гінекологічному та мамологічному відділеннях, обізнаності стосовно характеру та особливостей роботи у таких відділеннях, суб'єктивної оцінки рівня своїх знань щодо догляду за онкологічними пацієнтами та знанням основ медичної етики і деонтології.

Результати та їх обговорення. За результатами соціологічного дослідження було виявлено що мотивація у медичних сестер адекватна – вони хочуть, у першу чергу допомагати важкохворим пацієнтам, а мотиви особистої вигоди у них на другому місці. При виборі місця роботи більшість з них не знали особливостей роботи у відповідних відділеннях.

Загалом усі респонденти задоволені специфікою роботи у відділенні, в якому працюють, проте є деякі аспекти, що хотілося б змінити.

Проаналізувавши відповіді респондентів, ми виявили, що досліджувані не виділяють заходи, які необхідно провести для покращення роботи медичних сестер в онкологічному відділенні, а описують дії, які мають бути виконані з боку держави, інших співробітників лікарні та хворих.

Переважна більшість опитуваних вважають що робота в онкологічному відділенні вимагає повної самовіддачі, емпатійності та високого рівня кваліфікації. 66% опитуваних виділили підвищення заробітної плати як одну з основних дій, спрямованих на покращення роботи медичних сестер.

Тому, ми вважаємо, що було б доцільно виділяти достатнє матеріальне забезпечення як одне з найнеобхідніших для покращення роботи.

20% опитуваних також виділяють необхідність покращення ставлення до них з боку працівників лікарні, що займають вищі посади. Звісно, це суб'єктивний чинник, тому що вплинути на відношення з боку інших людей важко.

Лише 7% опитуваних виділили необхідність закупівлі нового обладнання.

Тобто вони орієнтувались не на власну вигоду, а на соціальну необхідність. Також наступні 7% опитуваних висловили думку, що змінити щось у роботі відділення медична сестра не в змозі, хоча малося на увазі загальні дії, а не конкретні.

Позитивним є те, що 93% респондентів ні в якому разі не хотіли б змінити місце роботи навіть незважаючи на проблеми, які виникають в процесі їх діяльності. У процесі обробки результатів анкетування, ми виділили дві основні форми організації навчання медичних сестер, які найбільш доцільні при організації роботи медсестер в онкологічному відділенні.

Першою формою є проходження курсів підвищення кваліфікації в закладах ВНЗ на відділені післядипломної освіти (її обрали 53% опитуваних). 40% опитуваних визначили домінуючою формою збільшення кількості годин навчання на робочому місці. Лише 7% опитуваних запропонували свій варіант навчання медичних сестер — проведення лекцій на робочому місці, тобто без відриву від роботи.

14% медичних сестер оцінюють рівень своїх професійних знань, вмінь та навичок достатніми для роботи в даному відділенні. 86% респондентів мають загальне уявлення.

Слід зазначити щодо дотримання етико-деонтологічних аспектів в своїй професійній діяльності, 75% медичних сестер відмітили, що вони завжди їх дотримуються, але 25% опитуваних виявили сумніви щодо дотримання таких правил.

На запитання чи відчуваєте ви пригніченість та дискомфорт в спілкуванні з онкологічними хворими, 40% опитуваних стверджують, що ніколи не мали таких відчуттів. Також 26% опитуваним важко відповісти, адже вони ніколи над цим не замислювались. 17% виявили сумніви щодо наявності у них таких відчуттів. Ще 17% опитуваних дали стверджувальну відповідь, що їм важко працювати з онкологічними хворими.

На запитання що респонденти відчувають при спілкуванні з онкологічними пацієнтами - 93% медичних сестер ніколи не намагались відгородитись від онкологічних хворих, і тільки 7% - відповіли, що вони ніби ставлять захисний екран від чужих страждань та негативних емоцій.

Дуже часто виникає запитання чи повинен пацієнт знати про свій діагноз?

Ми також задали це запитання медичним сестрам. 66% наших респондентів не можуть відповісти на дане запитання однозначно, оскільки бувають різні ситуації. 27% опитуваних висловили думку про необхідність повідомлення діагнозу пацієнту, адже приховуючи діагноз нерідко дається марна надія на повноцінне одужання. І лише 7% опитуваних висловили думку про те, що нема необхідності повідомляти діагноз пацієнту.

У процесі обробки результатів ми виявили досить цікавий факт:

40% опитуваних медичних сестер не вважають що участь у догляді за пацієнтами з онкологічними захворюваннями є функціональними обов'язками медичних сестер. Під функціональними обов'язками ми мали на увазі обслуговування пацієнтів онкологічного відділення, які знаходяться на лікуванні в ЗОЗ та потребують допомоги в дотриманні заходів особистої гігієни, харчуванні, в створенні позитивної емоційної атмосфери, контролю прийому ліків і т.і.

У процесі нашого дослідження ми дослідили відношення медичних сестер до деяких категорій пацієнтів, зокрема тих, що скаржаться на біль. Респонденти виявляють співчуття та намагаються полегшити страждання хворих, роблять все можливе задля підтримки духовної та фізичної рівноваги.

На запитання чи виникає у вас відраза при проведенні гігієнічних заходів хворим які знаходяться на ліжковому режимі: 50% опитуваних було важко відповісти на це запитання, адже вони ніколи над цим не замислювались, 25% відповіли, що ніколи не відчували відрази при здійсненні заходів особистої гігієни за онкологічними хворими. Решта 25% висловили думку, про те, що вони відчувають відразу при виконанні таких процедур. При проведенні анкетування, ми запитали в медичних сестер про те, чи вважають вони, що медсестринська допомога в їхньому відділенні проводиться на вищому рівні. 73% опитуваних виявили сумніві, щодо проведення її на вищому рівні. 27% респондентів дали стверджувальну відповідь на це питання, тобто вважають, що медсестринська допомога проводиться на вищому рівні. Результати опитування медичних сестер, щодо медичного забезпечення онкологічного відділення показали, що забезпечення замало, проте його вистачає для забезпечення нормального медсестринського догляду.

До функціональних обов'язків медичної сестри також входить навчання родичів онкологічних пацєнтів догляду за ними. При обробці результатів нами було виявлено, що не всі медичні сестри здійснюють це навчання. Лише 26% медичних сестер завжди проводять навчання родичів онкологічних пацієнтів догляду за ними. Також 46% медичних сестер проводять навчання, якщо їх про це просять. 28% опитуваних відповіли, що ніколи таким не займаються.

Висновки та перспективи подальших досліджень.

Проведене соціологічне дослідження вказує на те, що нами було визначено заходи, які на думку працівників онкологічного відділення мають бути

проведені для покращення участі медичної сестри в догляді за хворими з онкологічними захворюваннями.

Зокрема можна виділити декілька таких аспектів:

По-перше, на думку респондентів, необхідним є збільшення фінансування, що в свою чергу дасть можливість закупити нове обладнання на сучасному етапі та необхідну кількість лікарських засобів та медичного устаткування для повноцінного та продуктивного лікування пацієнтів.

По-друге, проводити просвітницьку роботу з медичним персоналом щодо необхідності моральної, емоційної підтримки хворих.

Підсумовуючи все вище сказане, варто зазначити, що робота медичної сестри в онкологічних відділеннях є не лише необхідною для догляду за пацієнтами, але і має велике значення для налаштування їх на позитивний лад. На даному етапі розвитку нашої медицини рівень допомоги, що надається в ЗОЗ, залишає бажати кращого. Позитивним є той момент, що в медичних сестер є бажання вдосконалювати свої професійні вміння та навички, допомагати пацієнтам незважаючи на труднощі, що виникають в процесі їх функціональних обов'язків. І це є важливий факт підвищення рівня розвитку нашої медицини. Медична сестра в онкологічному відділенні не просто відіграє важливу роль в забезпеченні повноцінного догляду за пацієнтами, вона є тією складовою ланкою, яка в змозі заспокоїти та зробити все можливе для покращення емоційного та фізичного стану хворого. А також проводити санітарно – просвітницьку роботу серед населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 22 – «Рак в Україні, 2019-2020». URL.: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/PDF/03-08-vstup.pdf.

2.Заклади медико- санітарної опіки // хоспісна та паліативна допомога // Основи медичної та соціальної реабілітації в медсестринстві: навч. посіб. / Л.О. Вакуленко, І.Р. Мисула, Л.В. Левицька та ін.; за редак. Л.О. Вакуленко. Тернопіль, 2016. – С. 59-61.

3. Л.М. Ковальчук, О.М. Парійчук, І.І. Романишин та ін.; за ред. Л.М. Ковальчука. Медсестринство в онкології: підручник /— К.: ВСВ "Медицина", 2011.

4. Л.М. Козирацька . Роль фельдшера у профілактиці шийки матки. Сучасний погляд на проблему. *Магістр медсестринства.* 2021 № 2 (26). С.42.

5. В.М. Лісовий, Л.П. Ольховський., В.А Капустник.: підручник, К.: ВСВ «Медицина», 2018. – 912 с. ISBN 978-617-505-622-6.

6.Медсестринство в сімейній медицині: підруч. для вищ. мед. закл. / Т.О. Антропова. – 3-є вид., виправл. – К.:ВСВ «Медицина» , 2012. – 488 с.

7.Медсестринство в онкології : підруч. для вищ. мед. закл. / ред. Л.М. Ковальчук. – 2-е вид., виправл. – К. : Медицина, 2013. – 512с.

8.Онкологія: підручник / Г.В. Бондар, Ю.В. Думанский, О.Ю. Попович та ін. ; за ред. Г.В. Бондаря, Ю.В. Думанського, О.Ю. Поповича. – К.:ВСВ «Медицина», 2013. – С. 129-140.

9. Онкологія в Україні:рівень захворюваності та смертності в 2019 – 2020 роках. URL.:https://www.slovoidilo.ua/2021/05/14/infografika/suspilstvo/onkolohiya ukrayini-riven-zaxvoryuvanosti-ta-smertnosti-2019-2020-rokax

10. Тарасюк В. С. Паліативно-хоспісна допомога : навч. посіб. / В. С. Тарасюк, Г. Б. Кучанська. – К. : ВСВ «Медицина», 2015. – С. 116–146.

11. Шатило В.Й. Паліативна медицина : підручник / В.Й. Шатило, П.В. Яворський. – К.:Медицина, 2010. – 200 с.

REFERENCES

1. Bulletin of the National Cancer Registry No. 22 – «Cancer in Ukraine, 2019-2020». URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/PDF/03-08-vstup.pdf.

2. Institutions of medical and sanitary care // hospice and palliative care // Fundamentals of medical and social rehabilitation in nursing: education. manual / L.O.Vakulenko, I.R. Mysula, L.V. Levytska and others; for the editor L.O. Vakulenko.Ternopil, 2016. – P. 59-61.

3. L.M. Kovalchuk, O.M. Pariychuk, I.I. Romanyshyn and others; under the editorship L.M. Kovalchuk Nursing in oncology: a textbook / — K.: VSV «Medytsina», 2011.

4. L.M. Kozyratska. The role of a paramedic in the prevention of cervical cancer. Modern view of the problem. Master of Nursing. 2021 No. 2 (26). P.42.

5. V.M. Lisovyi, L.P. Olkhovskyi., V.A. Kapustnyk.: textbook, K.: VSV «Medicine», 2018. - 912 p. ISBN 978-617-505-622-6.

6. Nursing in family medicine: tutorial. for universities honey. closing / T.O.Antropova. – 3rd ed., corrected. - K.: VSV "Medicine", 2012. - 488 p.

7. Nursing in oncology: tutorial. for universities honey. closing / ed. L.M. Kovalchuk. - 2nd ed., corrected. - K.: Medicine, 2013. - 512p.

8. Oncology: textbook / G.V. Bondar, Yu.V. Dumansky, O.Yu. Popovych et al. ; under the editorship G.V. Bondarya, Yu.V. Dumanskyi, O.Yu. Popovich - K.: VSV "Medicine", 2013. - P. 129-140.

9. Oncology in Ukraine: morbidity and mortality rate in 2019-2020. URL.:https://www.slovoidilo.ua/2021/05/14/infografika/suspilstvo/onkolohiya ukrayini-riven-zaxvoryuvanosti-ta-smertnosti-2019-2020-rokax

10. Tarasyuk V. S. Palliative and hospice care: teaching. manual / V. S. Tarasyuk, G. B. Kuchanska. - K.: VSV "Medicine", 2015. - P. 116–146.

11. Shatylo V.Y. Palliative medicine: textbook / V.Y. Shatylo, P.V. Yavorskyi - K.: Medicine, 2010. - 200 p.

УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ДОГЛЯДІ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Ковальчук Т.Ю., Козирацька Л.М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Стаття присвячена участі медичних сестер у догляді за хворими на онкологічні захворювання, визначенню основних аспектів догляду та емоційної сфери догляду за хворими. Медсестра відіграє важливу роль у догляді за хворими на рак. Найбільше часу їй доводиться проводити з пацієнтами, перш за все для надання допомоги: визначення різноманітних потреб хворого, бути посередником між лікарем і родичами, самостійно визначати обсяг і характер допомоги. Тому тема участі медичної сестри в обслуговуванні хворих на онкологічні захворювання є актуальною проблемою сьогодення та потребує детального розгляду.*

Ключові слова: *медична сестра, пацієнт, онкологічні захворювання, догляд, профілактика.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 001.891:[616.083.98-005.1:355.422]

ДІАГНОСТИКА КРОВОВТРАТИ ПАРАМЕДИКАМ ПІД ЧАС БОЙОВИХ ДІЙ НА БАЗОВОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Міщук І. М., Хімчик Є. О., Слободенюк О.Л.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

DIAGNOSTICS OF BLOOD LOSS FOR PARAMEDICS DURING COMBAT ACTIONS AT THE BASIC LEVEL OF PROVIDING MEDICAL AID

Mischuk I. M., Khimchyk E. O., Slobodenyuk O.L.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *Combat operations in Ukraine determined the priority of the task of first medical aid. Bleeding and blood loss are the main cause of death of the wounded. A paramedic is the first medical worker who diagnoses the presence of bleeding and the amount of blood loss in combat conditions. The lack of appropriate equipment and difficult conditions complicate the task of diagnosis. Only with the help of visual methods can he solve this problem. Therefore, there are questions about the availability and reliability of visual diagnostic methods, on the one hand, and the possibility of using them in practice, on the other hand.*

Key words: *paramedic, combat operations, basic level, visual methods of blood loss.*

Актуальність проблеми. Крововтрата є причиною смерті на полі бою у 50-60% поранених. Тому кожен військовослужбовець повинен вміти правильно та своєчасно зупиняти кровотечу [1, с. 76]. Оцінка величини крововтрати після дій із зупинки кровотечі – необхідна умова діяльності парамедика на базовому рівні медичної допомоги під час бойових дій для визначення загального стану пацієнта та черги евакуації.

Мета дослідження. Визначити методи діагностики величини крововтрати, які може використовувати парамедик під час бойових дій на базовому рівні надання медичної допомоги. Проаналізувати навчальну літературу на предмет опису проведення методів діагностики величини крововтрати, з якими може ознайомитись здобувач спеціальності 223 «Медсестринство» ОПП «Екстрена медицина».

Матеріали і методи. Бібліосематичний метод, системний аналіз і логічне узагальнення.

Результати дослідження. Визначати об’єм крововтрати і судити про тяжкість кровотечі можна за клінічними ознаками та об'єктивними даними (забарвлення шкіри та слизових оболонок, частота пульсу та дихання, величина артеріального та центрального венозного тиску, показник погодинного діурезу) та показниками гемограми, хоча встановлено значну невідповідність між величиною крововтрати та картиною периферичної крові, величиною артеріального тиску та іншими відносними показниками. На підставі цих даних можна скласти приблизне уявлення про об’єм крововтрати, проте це не відображає істинного стану пацієнта [2, с. 56]. Існуючі методи визначення об’єму крововтрати поділяються на непрямі (за клінічними ознаками, візуально, розрахункові методи) та прямі (зважування серветок, зважування хворого, колориметричний, метод електропровідності, щільності крові та ін.).

За мнемонічним алгоритмом *“PDABCDE“, масивною вважається кровотеча, при якій у потерпілого спостерігається витікання струменя крові* (не обов’язково пульсуючого); поруч з потерпілима наявна калюжа крові

розміром більше третини поверхні тулуба, або така, що швидко збільшується [3, с. 45]. Гостра крововтрата клінічно проявляється лише після зниження вихідного ОЦК на понад 25%. Умовно можна розрізняти три ступені крововтрати:

1) помірну, що становить не більше 25% вихідного ОЦК;

2) велику, рівну в середньому 30-40% вихідного ОЦК;

3) масивну - понад 40% вихідного ОЦК хворого.

При крововтраті, що становить 40% ОЦК і більше, зазвичай розвивається геморагічний шок.

Для визначення обсягу крововтрати можна використовувати показник шокового індексу Алговера-Буррі (1967), який визначається співвідношенням частоти пульсу та рівня систолічного артеріального тиску. При індексі 0,8 і менше – обсяг крововтрати дорівнює 10% ОЦК, при 0,9-1,2 - 20%, при 1,3-1,4 - 30%. при 1,5 і вище – 40% ОЦК і більше. За різних видів механічних травм обсяг крововтрати значно змінюється.

В таблиці представлені дані про величину крововтрати та дефіцит ОЦК в залежності від характеру та локалізації пошкодження.

Характер і локалізація пошкоджень	Крововтрата, л	Дефіцит ОЦК, %
Відкрита травма черепа	1,0	20
Травма грудної клітки: закрита	1,0	20
відкрита	1,5	30
Травма живота: закрита	1,0-1,5	20-30
відкрита	1,5-2,0	30-40
Переломи: кісток тазу стабільні	0,5-1,0	10-20
кісток тазу нестабільні	2,5-3,0	50-60
стегнової кістки закриті	1,0	20
стегнової кістки відкриті	1,5	30
кісток гомілки закриті	0,5-1,0	10-20
кісток гомілки відкриті	1,0-1,5	20-30
Відриви: стегна	2,0	40
гомілки, плеча	1,5	30
передпліччя	1,0	20
Пошкодження магістральних судин	2,5-3,0	50-60

До візуальних методів визначення об’єму крововтрати у постраждалих з відкритими, закритими переломами кісток та вогнепальними пораненнями відноситься метод, запропонований Сларком (1951 р.). Відповідно до цього методу крововтрата складає 0,5-1 літра при ушкодженнях гомілки; 0,5 - 2,5 літра при ушкодженнях стегна; до 2-3 літрів при ушкодженні заднього півкільця та 0,8 літра переднього півкільця тазу.

У поранених з вогнепальними ушкодженнями для визначення об’єму крововтрати запропоновано враховувати розмір рани, вимірюючи її відкритою кистею. Вважається, що площа рани розміром з кисть відповідає втраті 500 мл крові. Стопа, колінний суглоб і передпліччя окремо становлять 2-3 кратний об'єм кисті кожен, а стегно - в 10-12 разів більше кисті. Проте цей метод абсолютно непридатний при ушкодженнях та пораненнях грудей та живота.

За методом Гранта крововтрата визначається відповідно до розміру рани, яку слід вимірювати кистю: одна кисть – 10% ОЦК; дві кисті – 20% ОЦК; три кисті – 30% ОЦК; чотири кисті – 40% ОЦК.

Гравіметричний метод визначення крововтрати заснований на зважуванні пацієнта або операційного матеріалу до та після операції. Метод зважування пацієнта має низку істотних недоліків і дозволяє отримати результати лише після оперативного втручання [4, с. 44]. Метод зважування операційного матеріалу є

досить простим. Об`єм крововтрати визначається за різницею ваги сухих і змочених кров'ю тампонів, кульок, простирадл і халатів з урахуванням того, що 1 мл крові важить близько 1 г. Однак і він має суттєві недоліки (не враховується випаровування плазми при високій температурі в операційній тощо), що змушує хірургів збільшувати зважену кількість на 25-30%.

Лабораторні методи визначення об'єму крововтрати найбільш поширені у хірургічній клініці, проте в екстрених ситуаціях не завжди є можливость їх використати. Загальноприйнятими дослідженнями величини крововтрати є вивчення складу периферичної крові, визначення показників гематокриту, відносної густини крові, що виконуються відразу ж при надходженні хворого або потерпілого у відділення. Інформативність дослідження зростає при комплексному застосуванні методів. Оцінка вмісту еритроцитів, гемоглобіну має проводитися з урахуванням часу, що минув від початку кровотечі. У зв'язку з чим, незважаючи на зупинку кровотечі, відносні показники продовжують знижуватися, і анемія зростає. При тяжкій крововтраті дослідженню слід піддавати лише кров, взяту з центральної вени.

Для визначення об'єму крововтрати в клініці застосовують метод визначення відносної густини крові та плазми, запропонований Філіпсом, з використанням розчину сульфату міді з відносною густиною від 1,034 до 1,075. Метод ґрунтується на здатності сульфату міді утворювати оболонку навколо краплі крові або плазми, яка зберігає свою відносну щільність протягом 10-15 секунд [5, с. 66]. Краплю цитратної крові, взятої з вени, опускають з висоти 1 см у пробірку з розчином мідного купоросу. Дослідження проводиться 3-4 секунди, що викликає зміни щільності краплі крові. Використовування такого методу дозволяє визначити орієнтовані дані про обсяг крововтрати за допомогою хімічної реакції. Недоліком такого методу є недостатня точність.

Найбільш точною оцінкою величини крововтрати в даний час вважається визначення дефіциту об'єму циркулюючої крові (ОЦК), об'єму циркулюючої плазми (ОЦП) та об'єму циркулюючих еритроцитів (ОЦЕ). Відомості про дефіцит ОЦК можуть бути використані лише в перші години від початку крововтрати до настання реакції гідремії. Найбільш стійким компонентом ОЦК, визначаючим тяжкість кровотечі, є дефіцит ОЦЭ, який повільно відновлюється і об'єктивно відновлює величину крововтрати. Методи визначення ОЦК та її компонентів розробляються понад 150 років, поділяються на непрямі та прямі.

Прямі методи вимірювання об'єму крові, засновані на кровопусканні, відмиванні судин водою з перерахунком гемоглобіну на об'єм крові, були виконані в минулому на обезголовлених злочинцях. ОЦК людини становить від 5 до 6 л або 1/13 частина маси тіла і є непостійною величиною, яка залежить від фізіологічних та патологічних змін та методу визначення. Для визначення нормальних середніх величин ОЦК виконують розрахунок, використовуючи масу, поверхню тіла або зріст. Найбільш прийнятним є розрахунок на 1 кг маси тіла з урахуванням жирової клітковини, оскільки вона містить крові менше, ніж тканина паренхіматозних органів, м'язів та ін.

Непрямі методи визначення ОЦК здійснюються за допомогою різних індикаторів, що вводяться в судинне русло хворого. Принцип визначення ОЦК полягає у розведенні у крові пацієнта індикатора, об'єм якого точно відомий. Зазвичай використовують речовини, за допомогою яких визначають об'єм циркулюючої плазми (ОЦП) або об'єм циркулюючих еритроцитів (ОЦЕ), а потім через показник гематокриту обчислюють ОЦК. Для визначення ОЦП як індикатор може бути застосована синя азофарба Т-1824 (синій Еванса), яка вступає в тісний

контакт з альбуміном і довго циркулює в крові разом з ним [6, с. 13]. Концентрація барвника у крові хворого визначається за допомогою спектрофотометрії. Іншим індикатором, що легко вступає в з'єднання з альбуміном плазми і показником величини ОЦП, що служить, є радіоактивний ізотоп йоду 131І. Для визначення ОЦЕ використовують ізотоп хрому. Помилки даних методик не перевищують 5-10% по відношенню до дійсного ОЦК; водночас у повсякденній роботі, особливо в умовах ургентної хірургії, можливості цих методів обмежені, що пов'язано з тривалістю проведення дослідження, відсутністю необхідних реактивів, апаратури.

Н.М.Шестаков (1977) запропонував методику визначення ОЦК щодо інтегрального опору тіла за допомогою реографа. Було встановлено, що існує обернено пропорційна залежність між інтегральним опором тіла і ОЦК [7, с. 313]. Дана методика визначення ОЦК проста, для її проведення не потрібно багато часу, вона може бути використана для безперервного контролю основних показників у динаміці. Таким чином, визначення ОЦК та її компонентів, насамперед ОЦЕ, дозволяє достовірно судити про обсяг та швидкість крововтрати, об'єктивно оцінити стан хворого, цілеспрямовано та повноважно визначити комплекс лікувальних заходів [8, с. 168].

Висновки. Не зважаючи на достатню кількість методів діагностики величини крововтрати парамедик під час бойових дій на базовому рівні може використовувати лише візуальні методи дослідження. Серед візуальних методів у підручниках описано лише методи: індекс Альговера, методи Сларка та Гранта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вказівки з воєнно-польової хірургії / за ред. Я. Л. Заруцького, А. А. Шудрака. – К. : СПД Чалчинська Н. В., 2014 – 76 с.
2. Діагностика і лікування крововтрати (Керівництво для лікарів) – Горбашко А. І., 1982 – 56 с.
3. Екстрена і невідкладна допомога: навчальний посібник / Бодулев О. Ю., Дикий О. М., Могильник А. І. та ін.: - 2-ге вид. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 45 с.
4. Український журнал медицини, біології та спорту – Ярошенко Р. А., Панасенко С. І., Чорна І. О., Лігоненко О. В. – 2022, том 7 – 44 с.
5. Phillips RA, VanSlyke LA, Dole VP, EmersonKJr, Hamilton PB, Archibald RM. Coppersulphatemethodformeasuringspecificgravitiesofbloodandplasma. ArmyMedicalBulletin - 1943 Dec – 66 p.
6. Gibson JG, Evans WA. Clinical studies of the bloodvolume. I. Clinical application of a methodemployingtheazodye “ EvansBlue “ andthespectrophotometer. J ClinInvest. 1937 May – 16 p.
7. Grant RT, Reeve EB. Observationsonthegeneraleffectsofinjuryinman, withspecialreferencetowoundshock - SpecRepSerMedResCounc (G B) – 1951 – 313 p.
8. Tkachenko AE. Dyferentsiynekhirurhichnelikuvannyapostrazhdalykh z poyednanoyukranio-abdominalnoyutravmoyu [Differentialsurgicaltreatmentofvictimswithcombinedcranio-abdominaltrauma]. Abstr. PhDr. (Med.). К – 2016 – 168 p.

REFERENCES

1. Vkazivky z voienno-polovoi khirurhii / za red. Ya. L. Zarutskoho, A. A. Shudraka. – K. : SPD Chalchynska N. V., 2014 – 76 s.
2. Diahnostyka i likuvannia krovovtraty (Kerivnytstvo dlia likariv) – Horbashko A. I., 1982 – 56 s.
3. Ekstrena i nevidkladna dopomoha: navchalnyi posibnyk / Bodulev O. Yu., Dykyi O. M., Mohylnyk A. I. ta in.: - 2-he vyd. – Vinnytsia : Nova Knyha, 2018. – 45 s.

4. Ukrainskyi zhurnal medytsyny, biolohii ta sportu – Yaroshenko R. A., Panasenko S. I., Chorna I. O., Lihonenko O. V. – 2022, tom 7 – 44 s.

5. Phillips RA, VanSlyke LA, Dole VP, EmersonKJr, Hamilton PB, Archibald RM. Coppersulphatemethodformeasuringspecificgravitiesofbloodandplasma. ArmyMedicalBulletin - 1943 Des – 66 p.

6. Gibson JG, Evans WA. Clinicalstudiesofthebloodvolume. I. Clinicalapplicationof a methodemployingtheazodye “ EvansBlue “ andthespectrophotometer. J ClinInvest. 1937 May – 16 r.

7. Grant RT, Reeve EB. Observationsonthegeneraleffectsofinjuryinman, withspecialreferencetowoundshock - SpecRepSerMedResCounc (G B) – 1951 – 313 r.

8. Tkachenko AE. Dyferentsiynekhirurhichnelikuvannyapostrazhdalykh z poyednanoyukranio-abdominalnoyutravmoyu [Differentialsurgicaltreatmentofvictimswithcombinedcranio-abdominaltrauma]. Abstr. PhDr. (Med.). K – 2016 – 168 r.

ДІАГНОСТИКА КРОВОВТРАТИ ПАРАМЕДИКАМ ПІД ЧАС БОЙОВИХ ДІЙ НА БАЗОВОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Міщук І. М., Хімчик Є. О., Слободенюк О.Л.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Бойові дії в Україні визначили пріоритетність завдання першої медичної допомоги. Саме кровотеча та крововтрата є основною причиною смерті поранених. Парамедик – перший медичний працівник, який діагностує в бойових умовах наявність кровотечі та величину крововтрати. Відсутність відповідного оснащення та складні умови утруднюють завдання діагностики. Лише за допомогою візуальних методів він може вирішити цю задачу. Тому постають питання наявності та достовірності методів візуальної діагностики з одного боку та можливості їх використання на практиці з іншого боку.*

Ключові слова: *парамедик, бойові дії, базовий рівень, візуальні методи крововтрати.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 37.016-044.247+378.041]:159.95

МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ ТА САМОСТІЙНА РОБОТА, ЇХ РОЛЬ В АКТИВІЗАЦІЇ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ

Опрелянська Г.Г., Шаня Н.С.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

INTERDISCIPLINARY INTEGRATION AND INDEPENDENT WORK, THEIR ROLE IN ACTIVATING THE COGNITIVE ACTIVITY OF EDUCATION ACQUISITIONS

Oprelyanska G.G., Shanya N.S.
Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Council

Abstract. *The article examines the role and place of interdisciplinary integration and independent work as a factor in improving teaching. Interdisciplinary connections help supplement the content of one discipline with knowledge from another, unite them and ensure the formation of professionally important skills and abilities. The application of interdisciplinary technologies for the training of junior bachelors allows raising them to a qualitatively new level of thinking, capable of comprehensively solving the tasks of medical practice based on the broad integration of data from various disciplines.*

Keywords: *interdisciplinary integration, independent work, productive educational process, integration technologies.*

Актуальність. Одним із найважливіших завдань вищих навчальних закладів передвищої фахової освіти є підготовка молодших бакалаврів, зміст навчання яких має переважно практичний характер. Існує безліч чинників, що впливають на якість їх підготовки: кадровий склад педагогів, навчально-методичне забезпечення навчального процесу, нормативно-правова і матеріальна база тощо. Разом з цим при формуванні фахівця, важливим є те, щоб здобувачі освіти не просто отримували знання з окремих дисциплін, а здобували комплекс знань, набутих на основі міжпредметних зв'язків, що сприяє формуванню професійних компетентностей. На сучасному етапі розвитку освіти актуальність міжпредметних зв'язків зростає.

Чому саме? По-перше, цього вимагає необхідність оновлення змісту освіти та приведення його у відповідність до вимог Закону "Про освіту", а також необхідність розробки освітньо-професійних програм, навчальних планів та засобів діагностики рівня освітньо-професійної підготовки. По-друге, недостатність фінансування освіти, зменшення навчального аудиторного навантаження до 30 годин на тиждень і збільшення самостійної роботи здобувачів освіти не дають змоги дублювання та паралелізму при вивченні окремих дисциплін.

По-третє, виходячи з нових соціально-економічних напрямків розвитку держави, зменшення часу на адаптування випускників до умов практичної діяльності. По-четверте, наявність суперечливості між окремими циклами дисциплін, зокрема, гуманітарної та соціально-економічної підготовки, яке, як правило, викладається без урахування професійної та спеціальної орієнтації, спрямованої на оволодіння професією. Це згубно впливає на становлення особистості фахівця, який не володіє духовною спадщиною в контексті своєї майбутньої діяльності.

Метою статті є висвітлення особливостей реалізації

міждисциплінарної інтеграції в медичних закладах вищої освіти.

Результати та їх обговорення. Приділяючи значну увагу міжпредметній інтеграції як фактору підвищення ефективності навчання, вважаю за необхідне відмітити, що не можна розглядати цю проблему тільки як співвідношення між двома та більше навчальними дисциплінами, які передбачають взаємне використання та збагачення загальних для них знань, умінь та навиків.

При підготовці фахівця інтеграцію необхідно розглядати як систему, що дає змогу виявити роль і місце кожної дисципліни, циклу, змісту, засобів, організаційних форм і методів навчання, засобів контролю тощо.

Реалізація цього завдання в цикловій комісії загально медичних дисциплін забезпечується такими організаційними умовами, зокрема:

- узгодженістю навчальних планів і програм із навчально-методичною документацією (підручниками, посібниками тощо);
- ознайомлення викладачів зі змістом програм і підручників суміжних дисциплін;
- єдністю навчально-виховних дій викладачів суміжних дисциплін;
- сумісною методичною роботою викладачів шляхом взаємовідвідування занять плануванням реалізації міжпредметних зв'язків, систематичністю їх здійснення;
- підвищенням кваліфікації молодих викладачів з даної проблеми.

На вирішення проблеми удосконалення між предметної інтеграції та підвищення їх ролі в активізації пізнавальної активності здобувачів освіти і спрямована робота викладачів циклової комісії.

Зокрема, проведена робота по виявленню ролі і місця кожної дисципліни в реалізації міжпредметних зв'язків та засобів контролю.

Особлива увага приділяється зв'язкам, які використовуються для поєднання в єдине ціле знань і практичних умінь, де основна увага зосереджується на попередній підготовці до практичних занять, що сприяє більш свідомому засвоєнню спеціальних дисциплін.

Реалізації міжпредметних зв'язків значною мірою сприяє самостійна робота, яку можна розглядати і як засіб оволодіння навчальним матеріалом, і як засіб, що сприяє єдності навчально-виховних дій викладачів суміжних дисциплін.

Якщо навчальний матеріал опрацьовується власноручно, самостійно (індивідуально!), виконується завдання від його постановки до аналізу отриманих результатів, то засвоюється не менше 90 відсотків інформації. Саме тому вища школа поступово, але неухильно переходить від передачі інформації до керівництва навчально-пізнавальною діяльністю, формування у студентів навиків самостійної творчої роботи.

Самостійна робота здобувачів освіти на сучасному етапі повинна стати основою вищої освіти, важливою частиною процесу підготовки фахівців. Як складне педагогічне явище - це особлива форма навчальної діяльності, спрямована на формування самостійності здобувачів освіти і засвоєння ними сукупності знань, вмінь, навиків, ще здійснюється за умови запровадження відповідної системи організації всіх видів навчальних занять. Як бачимо, мета самостійної роботи здобувачів освіти двоєдина: формування самостійності як риси особистості і засвоєння знань, умінь, навиків.

Основні функції самостійної роботи здобувачів освіти полягають у засвоєнні систематизованих знань з дисципліни, у формуванні вмінь і навиків, самостійного їх оновлення і творчого застосування, в умінні студентів вчасно передбачати і оцінити як можливий результат, так і саме виконання завдання, в умінні вчасно коригувати свою діяльність та у формуванні самостійності як риси характеру.

Зміна концептуальної основи й розширення функцій самостійної роботи здобувача освіти не тільки веде до збільшення її обсягу і важливості, а й викликає зміну у взаємовідносинах між викладачем і студентом як рівноправними суб'єктами навчальної діяльності, тобто коригує всі психолого-педагогічні засоби забезпечення самостійної роботи здобувачів освіти. Усе це ставить вимоги до пошуків таких форм навчальної роботи у ВНЗ, коли допомога і контроль з боку викладача не пригнічуватимуть ініціативи здобувача освіти, а привчатимуть його самостійно вирішувати питання організації, планування, контролю за своєю навчальною діяльністю.

Викладачі циклової комісії загальномедичних дисциплін використовують такі форми позааудиторної самостійної роботи студентів як:

- опрацювання лекції;
- конспектування навчального матеріалу (теми або окремих питань з теми);
- написання рефератів;
- розв'язування навчальних та ситуаційних задач;
- виконання графічних вправ і завдань;
- написання творчих робіт;
- складання кросвордів;
- виконання індивідуальних завдань, які включають навчально-дослідницьку роботу студентів.

Слід відмітити, що важлива увага приділяється викладачами навчальній та науково-дослідницькій роботі, яка значною мірою активізує пізнавальну активність здобувачів освіти, розвиває ініціативу, творче мислення, інтерес до самостійної роботи, сприяє більш повному розкриттю творчого потенціалу особистості, викликає почуття радості і задоволення від самостійних висновків і відкриттів.

Наведені вище форми організації самостійної роботи виявились дієвими. Завдання викладачів полягає у тому, щоб відібрати з них найбільш результативні в кожній конкретній ситуації, тобто такі, які б відповідали індивідуальним можливостям здобувачів освіти з урахуванням бюджету часу, а також - специфіці навчального матеріалу.

Висновки. Важливим і актуальним, особливо для студента-медика, є сьогодні вивчення нової дисципліни в контексті інтеграційних технологій, що неодмінно спонукатиме студентів до своєчасного якісного процесу навчання, що є не лише запорукою хорошої поточної успішності, а й комплексного підходу до освоєння кваліфікаційних знань. З огляду на вищевикладене, можемо зробити висновок, що необхідність використання інтеграційних технологій на кожному занятті спонукатиме студентів до кращого та глибокого оволодіння знаннями. Якщо такий підхід буде використаний педагогами компетентно, якісно та доброчесно, починаючи з першого курсу освітнього процесу, в студентів сформується чітке переконання необхідності системного підходу до навчального процесу з метою освоєння комплексних знань щодо обраної спеціальності. Подальші дослідження в даному напрямі спрямовуватимемо на активне впровадження міждисциплінарної інтеграції в освітній процес підготовки студентів різних освітньо-кваліфікаційних рівнів медичних закладів вищої освіти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гуменна Н.В. Міждисциплінарна інтеграція у професійній підготовці майбутніх фахівців медичної галузі. Інноваційна педагогіка. 2019. Випуск 18. Т. 1. С. 121–126.

2. Козолуп М.С. Міждисциплінарний підхід до формування академічної комунікативної компетенції у студентів природничих спеціальностей в університетах США. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка, соціальна робота». 2014. Випуск 30. С. 60–63.

3. Ковальчук В.І. Концепція формування проєктної компетентності учнів загальноосвітніх навчальних закладів. 2015. URL: https:// www.researchgate.net/publication/318307174_ Koncepcia_formuvanna_proektnoi_ kompetentnosti_ucniv_zagalnoosvitnih_ navcalnih_zakladiv.

4. Козловська І.М., Литвин А.В. Інтеграція та наступність у розвитку змісту навчального знання: методологічний аспект. Неперервна професійна освіта: теорія і практика. Київ, 2001. Ч. 2. С. 177–183.

5. Багрій М. М. Інтеграція навчального процесу у вищих медичних закладах / М. М. Багрій, Н. М. Воронич-Семченко, О. Г. Попадинець // Вісник проблем біології та медицини. – 2010. – Вип. 3. – С. 209–211.

6. Бех І. Д. Інтеграція як освітня перспектива / І. Д. Бех // Початкова школа. – 2002. – № 5. – С. 5–6.

7. Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 № 2145-VII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145- 19 (дата звернення: 05.06.2022).

8. Кондрин О. Є. Міждисциплінарний семінар і «кейс»-метод: взаємнодоповнюючі форми проблемного навчання / О. Є. Кондрин, М. М. Багрій, І. Ю. Ванджура // Галицький лікарський вісник. – 2010. – Т. 17. – № 2. – Ч. 1. – С. 121–125.

9. Посохова К. А. Результати впровадження нових технологій навчання при викладанні фармакології / К. А. Посохова, О. М. Олещук, О. О. Шевчук // Медична освіта. – 2012. – № 3 (додаток). – С. 133–135.

10. Чечотіна С. Ю. Актуальність упровадження міждисциплінарної інтеграції при вивченні фармакології / С. Ю. Чечотіна // Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 4. – С. 86–89. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Usa_2013_4_25 (дата звернення: 05.06.2022).

МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ ТА САМОСТІЙНА РОБОТА, ЇХ РОЛЬ В АКТИВІЗАЦІЇ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ

Опрелянська Г.Г., Шаня Н.С.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *У статті розглянуті роль та місце міждисциплінарної інтеграції та самостійної роботи як фактора удосконалення викладання. Міждисциплінарні зв'язки допомагають доповнити зміст однієї дисципліни знаннями з іншої, об'єднують їх і забезпечують формування професійно важливих вмінь та навичок. Застосування міждисциплінарних технологій підготовки молодших бакалаврів дозволяє підняти їх на якісно новий рівень мислення, здатного комплексно вирішувати завдання медичної практики на основі широкого інтегрування даних різноманітних дисциплін.*

Ключові слова: *міждисциплінарна інтеграція, самостійна робота, продуктивний освітній процес, інтеграційні технології.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 615.825-053.2

ЗАСТОСУВАННЯ МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ПЕДІАТРІЇ

Слободенюк О.Л.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

STATEMENT OF MANUAL THERAPY IN PEDIATRICS

Slobodenyuk O.L.
Zhytomyr Medical Institute of Zhytomyr Regional

Abstract. *Physiological development of the child is immobile without rukhovoї activity. Through the ruins, the child knows the world, she gets better, clings to the deep middle ground, developing the newbies and imagining the grown-up. Ruhi in any form, adequate to the physiological capabilities of a child's body, a healthy health official. This explains the effectiveness of the most manipulative benefits of manual therapy, as they are based on the principle of impact on the child's body. In the child's physical world, I myself have the right to have the most expressions of the tonic infusion, I will improve the trophic and compensatory action. In the universal practice of the child, manual therapy has been widely used. It is connected with this, that in the early stages it is possible to get ahead of the progression of the disease and the pathological state.*

Key words: *manual therapy, techniques and direct manual therapy for children*

Актуальність теми. У нашій країні мануальна терапія відносно нова галузь і активно практикується тільки останні 20 років. Своїм корінням дана методика йде в стародавні часи. Ще вчені в стародавньому світі, зокрема Гіппократ, вважали мануальну терапію і масаж панацеєю.

Мануальна терапія, заснована на лікувальній дії ручних прийомів. За допомогою певних дій, таких як поштовхи, вигинання або скручування, досягається звільнення затиснених нервів і вирівнювання хребта в цілому. Таким чином, кров починає краще і швидше функціонувати. Допомагає відкоригувати або усунути патологічні прояви болю в хребті, суглобах, м`язах.

Дитяча мануальна терапія використовує самі щадні і неагресивні методики. Тому підходить навіть новонародженим. Це найкращий час для усунення проблем хребта і суглобів, а ефективність проведення сеансів мануальної терапії зростає в рази. Через те, що скелет у діток не сформований остаточно, він є дуже податливим до зовнішніх впливів.

Мета: Визначити особливості застосування мануальної терапії в педіатрії відповідно до етапів психомоторного розвитку дитини, клінічних проявів хвороби та компенсаторних можливостей дитячого організму.

Матеріали та методи. .Для виконання поставлених завдань використано аналіз науково-методичної літератури та документальних матеріалів.

Результати та їх обговорення. Фізіологічний розвиток дитини неможливий без рухової активності. Через рухи дитина пізнає світ, вона вдосконалюється, пристосовується до навколишнього середовища, розвиваючи навички і вміння притаманні дорослому. Рухи в будь-якій формі, адекватні фізіологічним можливостям дитячого організму, завжди є оздоровчим чинником. Цим пояснюється ефективність найрізноманітніших засобів мануальної терапії, які базуються на принципі впливу на організм дитини. Саме в дитячому віці фізичні вправи мають найбільш виражений тонізуючий вплив, найкращу трофічну і компенсаторну дію. У всесвітній практиці

дитяча мануальна терапія знайшла широке застосування. Це пов'язано з тим, що на ранніх стадіях можливо попередити прогресування захворювання і патологічного стану. Дитячий і навіть грудний вік дитини, на відміну від дорослих, сприяє ефективності мануальних процедур для вирішення проблем з хребтом або суглобами, оскільки в юному віці скелет ще не сформувався остаточно, суглоби рухливі, а кістки податливі до зовнішнього впливу, що дозволяє без застосування медикаментозних методів лікування усунути захворювання і відновити правильну поставу дитини.

Основні показання для проведення мануальної терапії у дітей та підлітків – родові травми. Такі патології часто зустрічаються при проблемних пологах, що включають тазове передлежання плода, обвиття пуповиною і т.д.

При проходженні по родових шляхах у дитини часто страждає верхньошийний відділ хребта. Широко поширені родові плексити (ураження плечового нервового сплетіння). При важких пологах часто зустрічається кривошия (зміщення хребців в шийному відділі) і багато іншого.

При необхідності мануальну терапію малюкові призначають з найперших днів життя. Відразу ж після народження лікар оглядає дитину і вже в цей час може діагностувати вроджені патології, наприклад, кривошию. У таких випадках важливо пролікувати малюка до 3 місяців, оскільки саме в цей період висока ймовірність відхилень від розвитку.

Діагностикою та лікуванням патологій опорно-рухового апарату у маленьких пацієнтів повинен займатися виключно дипломований доктор з багатим досвідом роботи. Самолікування або звернення до остеопата-самоучки може привести до серйозних проблем для здоров'я немовляти і погіршення якості його життя.

Спочатку лікар повинен зібрати весь необхідний анамнез і дані про захворювання свого маленького пацієнта. Залежно від діагнозу малюкові призначать, томографію, рентген, вимірюють об'єм легенів. Сеанс зазвичай починається з масажних дій на зразок погладжування і розминки, а завершується методами активного впливу на м'язовий корсет і релаксацією. Біль зазвичай стихає вже після першого сеансу, але це зовсім не означає, що потрібно припиняти сеанси. Остаточний результат буде помітний лише після закінчення курсу, який зазвичай включає в себе 7-10 сеансів.

Як зрозуміти, що дитині потрібна допомога мануального терапевта?

Розпізнати симптоми порушень в опорно-руховому апараті у дітей першого року життя досить складно. Насторожити батьків може плач під час рухів, виконання гімнастики для новонароджених. У міру дорослішання у дитини можуть з'явитися обмеження рухливості в суглобах або відставання у фізичному розвитку. Також слід звертати пильну увагу на положення дитини під час сидіння, повзання або ходьби. При виникненні найменших підозр слід негайно проконсультуватися з педіатром і відправитися на обстеження до терапевта.

Для немовлят мануальна терапія також корисна, як і для дітей старшого віку і дорослих.

За допомогою м'якого впливу на м'язи і суглоби поліпшується трофіка проблемних зон, стимулюються відновні сили організму. Починаючи з дошкільного віку, діти вже самостійно можуть описати симптом, які їх турбують. Це може бути біль у хребті, м'язах, суглобах, головні болі, загальна слабкість і підвищена стомлюваність.

Техніки та напрямки мануальної терапії для дітей. Маніпуляційна (активна техніка). В основі цієї техніки – короткі поштовхи помірної сили. Впливу частіше піддаються хребетний стовп і крижі. Маніпуляційна мануальна терапія хребта відновлює здорову рухливість хребетних відділів, усуває защемлення нервових корінців і розслабляє м'язово-зв'язковий апарат. Мануальна терапія при остеохондрозі легкого ступеня частіше

виступає як монотерапія, для відновлення знадобиться 1-3 сеансу.

Мобілізаційна (пасивна техніка) – мануальна мобілізація покликана дбайливо витягувати хребці, нахиляти хребет. В результаті такого впливу поліпшується відтік лімфи з м'яких тканин і проходить набряклість, нормалізується місцеве кровопостачання і живлення тканин, активізується рухова здатність суглобів. Мобілізаційна мануальна терапія при сколіозі усуває функціональну блокаду і обмеження рухливості в хребцях, коригує поставу. Мануальна терапія суглобів розтягує укорочені спазмом м'яза і покращує рухливість.

М'які техніки – головна особливість м'яких технік – заміна різких рухів делікатними і щадними дотиками. Призначення – усунути больовий синдром, зняти нервову і м'язову напругу, поліпшити стан і рухливість м'язово-зв'язкового апарату. У мануальної терапії також класифікуються напрямки, які застосовуються в лікувально-відновлювальної практиці.

Гіпертонус у немовлят. У 90 випадках з 100 у дітей перших місяців життя спостерігається підвищений тонус м’язів. Існує дві основні причини такого стану у немовлят:

- фізіологічні особливості;
- порушення в роботі центральної нервової системи.

У першому випадку тонус м’язів у малюка пояснюється тим, що в період внутрішньоутробного життя дитина перебувала в обмеженому, невеликому просторі матки матері і його поза була вимушено скутою, так звана поза ембріона. Ручки і ніжки у плода притиснуті до тулуба, а підборіддя до грудей. Після народження для малюка така поза найбільш звична і безпечна, малюкові потрібно звикнути до нового навколишнього світу, зазвичай до 3-х місяців м’язи поступово розслабляються, і підвищений тонус проходить сам собою, не потребуючи лікування. Однак якщо відбувається збереження гіпертонусу після 3-х місяців, це може говорити про те, що нервова система малюка постраждала. Основні причини гіпертонусу у дітей старше 3-ох місяців криються у впливі негативних чинників в період внутрішньоутробного розвитку плода, захворюваннях, родових травмах.

Найбільш ефективний метод лікування гіпертонусу у маленьких дітей - остеопатічний. Лікар-остеопат розглядає організм людини, як єдине ціле, а всі його системи та органи бачить пов’язаними між собою. Остеопати можуть лікувати один орган, при цьому впливаючи на інший, виявляючи причину патології і борючись з його наслідками. В основі остеопатичного лікування лежить особливий масаж. Пальці лікаря надзвичайно чутливі і сприйнятливі, а руху і маніпуляції дуже м’які і щадні. Саме тому вплив таких прийомів на немовлят безпечний, безболісний і еффективний. Остеопат легко може допомогти не сформованій остаточно нервовій системі малюка повноцінно функціонувати.

У переважній більшості випадків гіпертонус м’язів шиї – це наслідок їх тривалої статичної напруги. Найкраще допомагає професійний масаж при гіпертонусі м’язів шиї і комірцевої зони – в ході сеансу досвідчений лікар проводить процедуру повного розслаблення і поліпшення процесів мікроциркуляції крові, в результаті цього поліпшується провідність нервового волокна і відновлюються всі нейронні зв’язки. До головного мозку починає надходити достатня кількість артеріальної крові.

Висновки та результати подальших досліджень. Отже, в умілих руках фахівців мануальна терапія для дітей і підлітків є унікальним засобом лікування і профілактики. При наявності показань її можна рекомендувати до проведення практично з перших днів життя дитини. Подібне лікування на відміну від методів, застосовуваних у дорослих, включає в основному м'які прийоми впливу. Остаточний результат буде помітний лише після закінчення курсу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильева Л. Ф. Мануальная диагностика и терапия //Клиническая биомеханика и патобиомеханика. - СПб: ИКФ “Фолиант”, 1999.-400 с.
2. Марченко О. К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи: [навчальний посібник] / Марченко О. К. - Київ : Олімпійська література, 2006. - 196 с.
3. Попелянский А. Я. Клиническая пропедевтика мануальной медицины. - Ржев: Медпресс- информ. - 2003. - 136 с. - С.7.
4. Фізична реабілітація, спортивна медицина : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В. В. Абрамов, В. В. Клапчук, О. Б. Неханевич [та ін.] ; за ред. професора В. В. Абрамова та доцента О. Л. Смирнової. - Дніпропетровськ, Журфонд, 2014. - 456 с. Джерело: https://healthukr.ru/rizne/novini-ta-statti-medicini/15771-manualna-terapija-dlja-ditej-grudnogo-viku.html

REFRENCES

1. Vasyleva L. F. Manualnaia dyahnostyka y terapyia //Klynycheskaia byomekhanyka y patobyomekhanyka. - SPb: YKF “Folyant”, 1999.-400 s.
2. Marchenko O. K. Fizychna reabilitatsiia khvorykh iz travmamy y zakhvoriuvanniamy nervovoi systemy: [navchalnyi posibnyk] / Marchenko O. K. - Kyiv : Olimpiiska literatura, 2006. - 196 s.
3. Popelianskyi A. Ya. Klynycheskaia propedevtyka manualnoi medytsynы. - Rzhev: Medpress- ynform. - 2003. - 136 s. - S.7.
4. Fizychna reabilitatsiia, sportyvna medytsyna : pidruchnyk dlia stud. vyshchykh med. navch. zakladiv / V. V. Abramov, V. V. Klapchuk, O. B. Nekhanevych [ta in.] ; za red. profesora V. V. Abramova ta dotsenta O. L. Smyrnovoi. - Dnipropetrovsk, Zhurfond, 2014. - 456 s. Dzherelo: https://healthukr.ru/rizne/novini-ta-statti-medicini/15771-manualna-terapija-dlja-ditej-grudnogo-viku.html

ЗАСТОСУВАННЯ МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ПЕДІАТРІЇ

Слободенюк О.Л.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Фізіологічний розвиток дитини неможливий без рухової активності. Через рухи дитина пізнає світ, вона вдосконалюється, пристосовується до навколишнього середовища, розвиваючи навички і вміння притаманні дорослому. Рухи в будь-якій формі, адекватні фізіологічним можливостям дитячого організму, завжди є оздоровчим чинником. Цим пояснюється ефективність найрізноманітніших засобів мануальної терапії, які базуються на принципі впливу на організм дитини. Саме в дитячому віці фізичні вправи мають найбільш виражений тонізуючий вплив, найкращу трофічну і компенсаторну дію. У всесвітній практиці дитяча мануальна терапія знайшла широке застосування. Це пов'язано з тим, що на ранніх стадіях можливо попередити прогресування захворювання і патологічного стану. Дитячий і навіть грудний вік дитини, на відміну від дорослих, сприяє ефективності мануальних процедур для вирішення проблем з хребтом або суглобами, оскільки в юному віці скелет ще не сформувався остаточно, суглоби рухливі, а кістки податливі до зовнішнього впливу, що дозволяє без застосування медикаментозних методів лікування усунути захворювання.*

Ключові слова: *мануальна терапія, дитячий вік, методики мануальної терапії для дітей*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 027.7:004.4'27(477.42-25)ЖМІ

ІНТЕРАКТИВНИЙ ПЛАКАТ ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ ІНСТРУМЕНТ ЗАДОВОЛЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ, ЗАГАЛЬНОКУЛЬТУРНИХ, ОСВІТНІХ ТА ПРОФЕСІЙНИХ ЗАПИТІВ І ПОТРЕБ РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ КОРИСТУВАЧІВ БІБЛІОТЕКИ ЖИТОМИРСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ

Шарнопільська В. Ю., Голумбевська М. В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

INTERACTIVE POSTER AS AN INNOVATIVE TOOL TO SATISFY INFORMATIONAL, GENERAL CULTURAL, EDUCATIONAL AND PROFESSIONAL REQUESTS AND NEEDS OF VARIOUS CATEGORIES OF USERS OF THE ZHYTOMYR MEDICAL INSTITUTE LIBRARY

Sharnopilska V. Yu., Golumbevska M. V.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *The article considers the effectiveness and prospects of the appearance of approaches in the work of the library. It has been established that one of the effective tools of information and bibliographic services for users is an interactive poster. The creation of an interactive poster using the online service Genial.ly is considered step by step. The expediency of using this resource in library practice is substantiated.*

Key words: *library services, innovative technologies, interactive poster, Genial.ly online service.*

Актуальність проблеми. Стрімке впровадження в практику бібліотек інформаційно-комунікаційних технологій стало поштовхом до розвитку нових форм бібліотечного обслуговування. А це, в свою чергу, розширює обсяг інноваційних технологій у роботі бібліотеки, що дозволяє ефективно обслуговувати здобувачів освіти, викладачів, співробітників інституту. Одним із інструментів, який сприяє максимально можливому вирішенню великого спектру завдань, пов'язаних з науковою, освітньою, професійною та іншою діяльністю є онлайн-ресурси для створення якісних мультимедійних продуктів, так як відповідають не тільки вимогам бібліотекарів, а й очікуванням користувачів. Серед якісних бібліотечних мультимедійних продуктів дедалі більшого значення набуває інтерактивний плакат.

Мета дослідження – проаналізувати існуючий досвід створення та використання інтерактивного плаката як якісного мультимедійного контенту для задоволення інформаційних, загальнокультурних, освітніх та професійних запитів і потреб різних категорій користувачів бібліотеки.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети використано методи системного аналізу та логічного узагальнення.

Результати та їх обговорення. Інтерактивний електронний плакат - це спосіб візуалізації інформації на основі одного зображення, до якого «мітками» (інтерактивними точками) прикріплюються посилання на вебресурси, інтернет-документи, мультимедійні об’єкти (відео, аудіо, презентації, слайд-шоу, ігри, опитування тощо), тобто, по суті, це сторінка доступу, з якої можна перенаправляти користувачів на десятки інших сторінок, зібравши всі матеріали з конкретного питання чи теми в одному місці. У цифрових ресурсах такого типу інформація представляється не відразу, а

розгортається залежно від дій користувача, який керує нею за допомогою відповідних кнопок [6].

Переваги мультимедійного плаката:

– висока інтерактивність та простота у використанні;

– містить набагато більше інформації на представлену тему, що дає перевагу над іншими продуктами (презентація, інфографіка, ментальна карта, постер тощо);

– необмеженість часу експонування та доступу до матеріалів у будь-якому порядку;

– зручність і мобільність: додавання, редагування або вилучення будь-якого контенту тощо.

Залежно від об'єму матеріалу інтерактивні плакати поділяють на одно- або багаторівневі. Однорівневий плакат, як правило, є робочою областю і набором різних інтерактивних елементів. Вміст робочої області змінюється залежно від стану інтерактивних елементів (натиснень кнопок, вміст полів введення тексту і так далі). Багаторівневий плакат складається з певних частин, а саме перша частина — I рівень містить меню, за допомогою якого отримується доступ до інших складових плаката. Кожний із компонентів в свою чергу може містити однорівневий плакат або багаторівневий [4].

Розпочинаючи роботу над інтерактивним плакатом, необхідно дотримуватись певних кроків: визначити тему плаката, окреслити мету та завдання, підготувати всі необхідні матеріали, продумати структуру, визначити взаємозв'язки елементів та продумати інтерфейс, а також володіти певними програмними засобами [2].

Для створення інтерактивних плакатів існує декілька зручних та багатофункціональних онлайн-сервісів. Наприклад, такі як ThingLink, Glogster, Genial.ly, Smore.com, H5P тощо. З точки зору практичності, досить простим у використанні вважаємо саме сервіс Genial.ly. І хоча мова інтерфейсу сервісу англійська, іспанська та французька, все зрозуміло на інтуїтивному рівні. Також у браузері Google Chrome можна встановити розширення, яке буде здійснювати автоматичний переклад вебсторінок сервісу українською мовою.

За допомогою сервісу Genial.ly можна створювати не лише інтерактивні плакати, а і інший інтерактивний контент: презентації, ментальні карти, інфографіку, вікторини, вебквести, стрічки часу, ігри, звіти тощо. Онлайн-ресурс містить понад тисячу різноманітних шаблонів, за допомогою яких можна швидко і без зайвих зусиль створювати якісний інтерактивний продукт. Є безкоштовна та платна версії, але у базовій безкоштовній версії цілком достатньо шаблонів для створення яскравого та креативного матеріалу.

Зареєструватись можна, вказавши адресу електронної пошти, через соціальні мережі або Google та згенерувавши логін і пароль (Рис. 1).

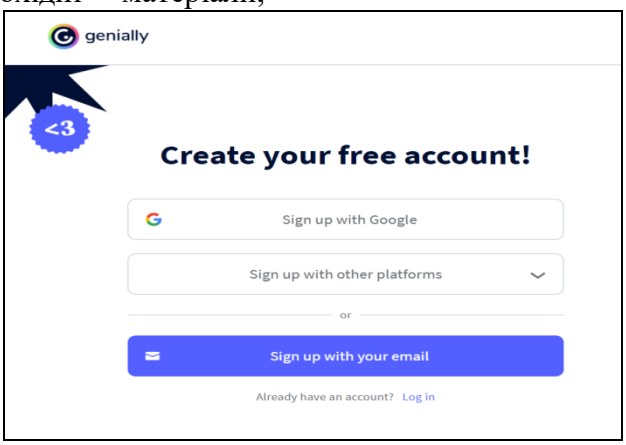


Рис. 1

Потім натискаємо «Start creating» і починаємо творити. В меню обираємо шаблон для створення інтерактивного плаката «Interactive Image» (Рис. 2).

Рис. 2

Після цього здійснюємо загрузку фонового зображення, на якому будемо розміщувати інтерактивні мітки (Рис. 3).

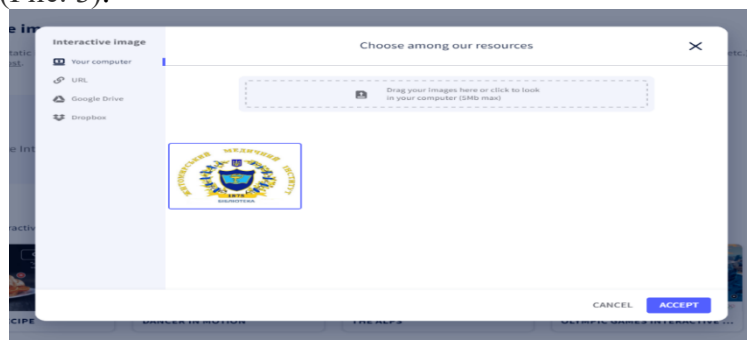


Рис. 3

Далі починаємо працювати з інтерактивними мітками. Спочатку потрібно ознайомитись з інтерфейсом ресурсу. В центрі екрана знаходиться завантажене фонове зображення. Зліва – панель інструментів для додавання різних інтерактивностей. Найбільш цікава - це кнопка «Interactive elements». Саме за допомогою цієї кнопки ми можемо додавати різні кружечки, зірочки, маркери, будиночки, логотипи, тобто мітки. Тут потрібно самому **поекспериментувати, натискаючи на кожну кнопку, іконку та обрати той елемент, який вам найбільше подобається.** В лівому верхньому куті – стандартний набір кнопок: копіювати, вставити, видалити, відмінити зміни. В правому верхньому кутку знаходиться кнопка «Preview» для попереднього перегляду плаката та кнопка «ALL SET» для його збереження або опублікування (Рис. 4).

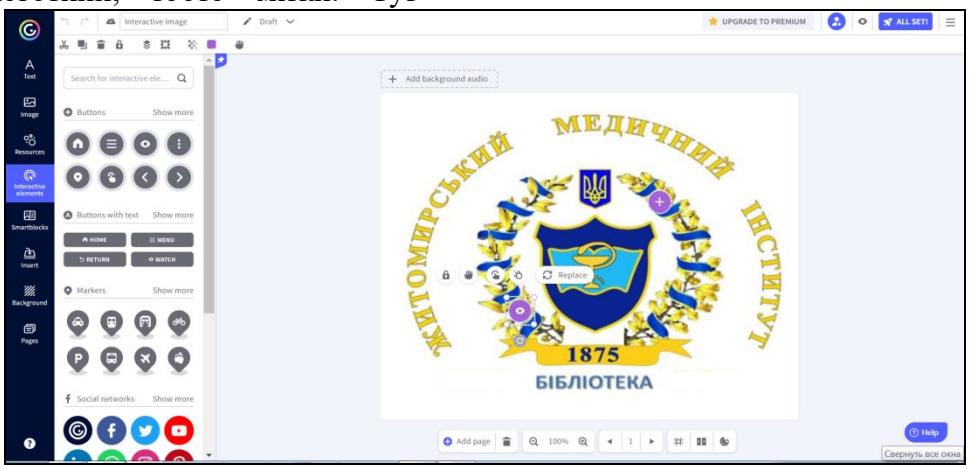


Рис. 4

Якщо натиснути на мітку, на плакаті з'явиться зображення «долоні», за допомогою якого додаються різноманітні матеріали. До мітки можна прикріпити посилання на інші ресурси, текст, зображення, відеоролик тощо. Сервіс зберігає весь створений контент в хмарному сховище, тому можна залишити незавершену роботу та продовжити її пізніше чи на іншому пристрої. Запропонований онлайн-ресурс Genial.ly дозволяє поділитися цим контентом у соціальних мережах (Facebook, Twitter тощо), отримати посилання або код, щоб вбудувати плакат на сторінки блога чи сайту. Редагувати інтерактивний плакат можна постійно, за потреби. Отож, онлайн-сервіс Genial.ly є універсальним конструктором для створення захоплюючих інтерактивних матеріалів.

Зокрема, для користувачів бібліотеки Житомирського медичного інституту за допомогою ресурсу Genial.ly були підготовлені та розміщені в соціальній мережі Facebook інтерактивні плакати «Академічна доброчесність», «Насильству – НІ!» тощо.

Інтерактивний плакат
«Академічна доброчесність»

Інтерактивний плакат
«Насильству – НІ!»

Висновки та перспективи подальших досліджень. Використання інтерактивних плакатів в бібліотечній діяльності дозволяє наочно демонструвати користувачам бібліотеки різний матеріал, який зібраний в одне єдине ціле: таблиці, схеми, набір ілюстрацій, малюнків, анімацій, відеороликів тощо. Допоможе в цікавій та доступній формі ознайомитися з різною інформацією, опрацювати різні джерела, адже інтерактивний плакат є тим засобом, який враховує різні типи сприйняття матеріалу, що підвищує зацікавленість користувачів.

Інтерактивний плакат сприяє промоції послуг, фонду бібліотеки, збільшенню його обертаності, можливості охопити більшу аудиторію потенційних користувачів, формує уміння самостійно працювати з джерелами інформації, а також виконує просвітницьку функцію, привертаючи увагу до актуальних тем сьогодення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вараксіна Н. В. Упровадження мультимедійних технологій у діяльність педагогічних бібліотек [Електронний ресурс] / Н. В. Вараксіна, О. А. Шило // Наукові праці Державної науково-педагогічної бібліотеки України імені В. О. Сухомлинського. Вип. 5: Організація і методика створення корпоративних інформаційних ресурсів для освітянської галузі України. – К., 2016. – С. 164-173. – Режим доступу: https://lib.iitta.gov.ua/705959/3/Zbirnyk%20naukovych%20prac,%20vyp.%205.pdf. – Назва з екрана. – Дата звернення 01.11.2022.

2. Желізняк Л. Д. Інтерактивний плакат як сучасний засіб навчання [Електронний ресурс] / Л. Д. Желізняк. – Режим доступу: https://urok.osvita.ua/materials/edu_technology/38576/. – Назва з екрана. – Дата звернення 27.10.2022.

3. Задворнов Д. О. Розробка інтерактивних плакатів для уроків з інформатики для учнів 5 класу [Електронний ресурс] / Д. О. Задворнов Д.О., Л. П. Остапенко // Науково-дослідна робота студентів як чинник удосконалення професійної підготовки майбутнього вчителя: зб.

наук. праць / редкол.: Л.І.Білоусова та ін. – Х., 2020. – Вип.19. – С. 41-46. – Режим доступу: http://hnpu.edu.ua/sites/default/files/files/Kaf_Informatiki/naukova_19_2020.pdf. – Назва з екрана. – Дата звернення 01.11.2022.

4. Інтерактивний плакат як засіб подачі навчальної інформації [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://teletype.in/@aud310/u0e2VPN5I. – Назва з екрана. – Дата звернення 01.11.2022.

5. Литвинова С. Г. Моделювання інтерактивних електронних плакатів [Електронний ресурс] / С. Г. Литвинова, М. С. Мамута, О. О. Рибалко // Наукові записки / Ред. кол.: В. Ф. Черкасов, В. В. Радул, Н. С. Савченко та ін. – Вип. 178. – Серія: Педагогічні науки. – Кропивницький: РВВ ЦДПУ ім. В. Винниченка, 2019. – С. 47-52. – Режим доступу: https://pednauk.cuspu.edu.ua/index.php/pednauk/issue/view/2/2. – Назва з екрана. – Дата звернення 03.11.2022.

6. Позднякова Т. Використання інтерактивних плакатів Genial.ly на уроках біології в закладах загальної середньої освіти [Електронний ресурс] / Т. Позднякова, Н. Харченко // Нова педагогічна думка. – 2022. – №1 (109). – С. 31-39. – Режим доступу:

http://npd.roippo.org.ua/index.php/NPD/article/view/418/394. – Назва з екрана. – Дата звернення 02.11.2022.

7. Поляк М. Л. Інновації в роботі абонементу художньої та наукової літератури [Електронний ресурс] / М. Л. Поляк // Сучасні завдання та пріоритети діяльності бібліотек вищих навчальних закладів: шлях інновацій: наук.-практ. інтернет конф. 15-19 червня 2020 р. – Ужгород, 2020. – С.168-173. – Режим доступу: file:///C:/Users/User/Downloads/%D0%86%D0%86%20%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84._%D0%A1%D1%83%D1%87%D0%B0%D1%81%D0%BD%D1%96%20%D0%B7%D0%B0%D0%B2%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D1%82%D0%B0%20%D0%BF%D1%80%D1%96%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%82%D0%B8%202020_%D0%86%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B5%D1%82-%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D1%8F.pdf. – Назва з екрана. – Дата звернення 01.11.2022.

8. Яременко Н. В. Інтерактивний плакат як засіб візуалізації навчального контенту на уроках української літератури [Електронний ресурс] / Н. В. Яременко, В. А. Дремлюх // Концептуальні шляхи розвитку сучасної науки: Міжнарод. наук.-практ. конф. 20 листопада 2020 р. – Бухарест: PrintXpert, 2020. – Т.3. – С 45-48. – Режим доступу: https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/logos/issue/view/20.11.2020/386. – Назва з екрана. – Дата звернення 01.11.2022.

REFERENCE

1. Varaksina N. V. Uprovadzhennia multymediinykh tekhnolohii u diialnist pedahohichnykh bibliotek [Elektronnyi resurs] / N. V. Varaksina, O. A. Shylo // Naukovi pratsi Derzhavnoi naukovo-pedahohichnoi biblioteky Ukrainy imeni V. O. Sukhomlynskoho. Vyp. 5: Orhanizatsiia i metodyka stvorennia korporatyvnykh informatsiinykh resursiv dlia osvitianskoi haluzi Ukrainy. – K., 2016. – S. 164-173. – Rezhym dostupu: https://lib.iitta.gov.ua/705959/3/Zbirnyk%20naukovych%20prac,%20vyp.%205.pdf. – Nazva z ekrana. – Data zvernennia 01.11.2022.

2. Zhelizniak L. D. Interaktyvnyi plakat yak suchasnyi zasib navchannia [Elektronnyi resurs] / L. D. Zhelizniak. – Rezhym dostupu: https://urok.osvita.ua/materials/edu_technology/38576/. – Nazva z ekrana. – Data zvernennia 27.10.2022.

3. Zadvornov D. O. Rozrobka interaktyvnykh plakativ dlia urokiv z informatyky dlia uchniv 5 klasu [Elektronnyi resurs] / D. O. Zadvornov D.O., L. P. Ostapenko // Naukovo-doslidna robota studentiv yak chynnyk udoskonalennia profesiinoi pidhotovky maibutnoho vchytelia: zb. nauk. prats / redkol.: L.I.Bilousova ta in. – Kh., 2020. – Vyp.19. – S. 41-46. – Rezhym dostupu:

http://hnpu.edu.ua/sites/default/files/files/Kaf_Informatiki/naukova_19_2020.pdf. – Nazva z ekrana. – Data zvernennia 01.11.2022.

4. Interaktyvnyi plakat yak zasib podachi navchalnoi informatsii [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: https://teletype.in/@aud310/u0e2VPN5I. – Nazva z ekrana. – Data zvernennia 01.11.2022.

5. Lytvynova S. H. Modeliuvannia interaktyvnykh elektronnykh plakativ [Elektronnyi resurs] / S. H. Lytvynova, M. S. Mamuta, O. O. Rybalko // Naukovi zapysky / Red. kol.: V. F. Cherkasov, V. V. Radul, N. S. Savchenko ta in. – Vyp. 178. – Seriia: Pedahohichni nauky. – Kropyvnytskyi: RVV TsDPU im. V. Vynnychenka, 2019. – S. 47-52. – Rezhym dostupu: https://pednauk.cuspu.edu.ua/index.php/pednauk/issue/view/2/2. – Nazva z ekrana. – Data zvernennia 03.11.2022.

6. Pozdniakova T. Vykorystannia interaktyvnykh plakativ Genial.ly na urokakh biolohii v zakladakh zahalnoi serednoi osvity [Elektronnyi resurs] / T. Pozdniakova, N. Kharchenko // Nova pedahohichna dumka. – 2022. – №1 (109). – S. 31-39. – Rezhym dostupu: http://npd.roippo.org.ua/index.php/NPD/article/view/418/394. – Nazva z ekrana. – Data zvernennia 02.11.2022.

7. Poliak M. L. Innovatsii v roboti abonementu khudozhnoi ta naukovoi literatury [Elektronnyi resurs] / M. L. Poliak // Suchasni zavdannia ta priorytety diialnosti bibliotek vyshchykh navchalnykh zakladiv: shliakh innovatsii: nauk.-prakt. internet konf. 15-19 chervnia 2020 r. – Uzhhorod, 2020. – S.168-173. – Rezhym dostupu: file:///C:/Users/User/Downloads/%D0%86%D0%86%20%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84._%D0%A1%D1%83%D1%87%D0%B0%D1%81%D0%BD%D1%96%20%D0%B7%D0%B0%D0%B2%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D1%82%D0%B0%20%D0%BF%D1%80%D1%96%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%82%D0%B8%202020_%D0%86%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B5%D1%82-%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D1%8F.pdf. – Nazva z ekrana. – Data zvernennia 01.11.2022.

8. Iaremenko N. V. Interaktyvnyi plakat yak zasib vizualizatsii navchalnoho kontentu na urokakh ukrainskoi literatury [Elektronnyi resurs] / N. V. Yaremenko, V. A. Dremliukh // Kontseptualni shliakhy rozvytku suchasnoi nauky: Mizhnarod. nauk.-prakt. konf. 20 lystopada 2020 r. – Bukharest: PrintXpert, 2020. – T.3. – S 45-48. – Rezhym dostupu: https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/logos/issue/view/20.11.2020/386. – *Nazva z ekrana. – Data zvernennia 01.11.2022.*

ІНТЕРАКТИВНИЙ ПЛАКАТ ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ ІНСТРУМЕНТ ЗАДОВОЛЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ, ЗАГАЛЬНОКУЛЬТУРНИХ, ОСВІТНІХ ТА ПРОФЕСІЙНИХ ЗАПИТІВ І ПОТРЕБ РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ КОРИСТУВАЧІВ БІБЛІОТЕКИ ЖИТОМИРСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ

Шарнопільська В. Ю., Голумбевська М. В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *В статті розглянуто ефективність та перспективність інноваційних підходів в роботі бібліотеки. З'ясовано, що одним із дієвих інструментів інформаційно-бібліографічного обслуговування користувачів є інтерактивний плакат. Покроково розглянуто створення інтерактивного плаката за допомогою онлайн-сервісу Genial.ly. Обґрунтовано доцільність використання зазначеного ресурсу у бібліотечній практиці.*

Ключові слова: *бібліотечне обслуговування, інноваційні технології, інтерактивний плакат, онлайн-сервіс Genial.ly.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 378:61]:061.1(100)

ДОСВІД ЗВО ЯК БАЗИС ПРОГРЕСИВНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ УПРАВЛІНСЬКИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЖИТОМИРСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ

Яворська Т., Яворський П.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

THE EXPERIENCE OF ZVO AS THE BASIS OF THE PROGRESSIVE IMPLEMENTATION OF MODERN MANAGEMENT TECHNOLOGIES IN THE ZHYTOMYR MEDICAL INSTITUTE

Yavorska T., Yavorsky P.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

***Abstract**. Any organization requires building an effective management system. This also applies to educational institutions, but this issue is not sufficiently studied from the point of view of theoretical and practical management, an organization that does not provide it with a sufficient level of providing educational services to form the intellectual potential of personal needs and to satisfy social needs.*

***Key words**: educational service, competitiveness management, improvement of activity.*

Актуальність. Вироблення і впровадження нової концепції управління конкурентоспроможністю ВНЗ як системи поглядів, методологічних положень та адекватних їм управлінських технологій, серед яких однією з перспективних та актуальних є процес, що дозволяє провести дослідження конкурентих ЗВО.[1]

Метою дослідження стали концептуальні основи і методологічні підходи щодо управління конкурентоспроможністю ВНЗ на засадах вивчення досвіду інших ЗВО, виключити неефективні методи і методики викладання та застосувати тільки прогресивні робочі інструменти.

Методи дослідження: фундаментальні положення маркетингу, менеджменту, теорії конкуренції, конкуренто-спроможності, стратегічного управління, а також законодавчі і нормативні акти України.

Будь-яка організація вимагає побудови ефективної системи управління.[1]. Це стосується і ВМНЗ. Проте ВМНЗ є недостатньо вивченою з погляду теоретичного й практичного менеджменту, організацією, що не дає їй достатнього рівня надання освітніх послуг формувати інтелектуальний потенціал особистих потреб та для задоволення суспільних.

Освітня послуга за своєю суттю спрямована на задоволення попиту індивідів на вищу освіту. З іншої точки зору, освітня послуга в процесі споживання трансформується в робочу силу, якість якої залежить не тільки від сукупності спожитих освітніх послуг, але й від кількості і якості особистої праці, витраченої у процесі споживання цих послуг, ступеня їх реалізації та інших суб’єктивних факторів. Тому варто відокремлювати сукупність знань, умінь, навичок, що є продуктом спільної праці викладача й особи, що є суб'єктами освітніх послуг, спожитих особою, що навчається, як продукту праці викладачів.

Саме тому, щоб залишатися на лідируючих позиціях, важливо вивчити досвід інших ЗВО, виключити неефективні методи та застосувати тільки робочі інструменти, що ляже в основу безперервного вдосконалення діяльності «Житомирський медичний інститут» ЖОР і передбачає безперервний цикл планування,

координації, мотивації, факторів і методів роботита оцінки дій з метою удосконалення та підняття ефективності діяльності, які дозволили досягти більш високих результатів. .[3]

В Житомирському медичному інституті ЖОР використовується як внутрішній контроль якості освітніх послуг який досить великий за обсягом, де обрані кращі методи управління так і конкурентний – для оцінки можливостей конкурентноспроможності та можливості потенційного лідерства на освітньому та ринковому ґрунті серед медичних закладів даного спрямування.

Необхідно відмітити, що в роботах В.Й.Шатило даний напрямок визначено як стратегічна позиція нашого закладу та має чітку та логічну лінію, яка вибудовувалася колективом однодумців на протязі ряду років на основі визначення тенденцій та аналізі характеристик кращих вітчизняних та зарубіжних навчальних закладів відносно себе, що і допомагає визначити області, де Житомирський медичний інститут» ЖОР може поліпшити продуктивність праці. У подальшому, можуть бути виявлені нові, кращі підходи до тих чи інших проблем, і процес вивчення досвіду провідних вузів України набуває характеру безперервного процесу постійних удосконалень.[3]

Отже, процес постійного моніторингу інших закладів позволив нашому закладу на прикладі кращих і більш ефективних рішень і методів роботи адаптувати в свої умови праці та на їх базі синтезувати і генерувати абсолютно нові ідеї, що неминуче призводить до реальних позитивних результатів нашого закладу.

Поєднання та проведення правильного внутрішнього, конкурентного та стратегічного напрямку впровадження сучасних управлінських технологій залишається в поєднанні зацікавленості керівництва в позитивній динаміці показників, правильного підбору команди однодумців та стратегічні плани розвитку закладу.[2]

Тому, враховуючи розвиток глобалізаційних процесів, входження до світового освітнього простору, необхідність врахування вимог національної економіки, питання саме конкурентоспроможності, а не тільки якості, має виступати на перший план перспектив розвитку конкретного закладу. В роботі Н.В.Шигонської «Методологічні основи підготовки управлінських кадрів у системі охорони здоров'я»сказано, що розроблені технології навчання у «Житомирському медичному інституті» на основі державних стандартів, сформована система контролю знань, якість своїх освітніх продуктів, організовані нові підходи щодо післядипломної освіти. .[4] Зокрема, П.В.Яворський наголошує, що це дає змогу виділити наступні підходи до управління конкурентоспроможністю: організаційно-технологічний, навчально-методичний, комунікаційний підхід, стратегічний та маркетинговий підходи. А це в свою чергу веде, в основномудо моніторингу конкурентного середовища, оцінці маркетингових можливостей і ризиків, сильних та слабких сторін ВНЗ, розробці та формуванні маркетингової концепції стратегічного розвитку, бізнес-портфеля та їх адаптації до змін у зовнішньому середовищі та забезпеченні реалізації стратегії. Саме цей підхід, на наш погляд, має й в подальшому реалізовуватись керівництвом ВНЗ.[5]

Отже, управління конкуренто-спроможністю ВНЗ, на нашу думку, необхідно здійснювати на системній основі з формуванням і розвитком інтелектуального потенціалу закладу, впровадженням стратегічного маркетингового підходу і врахуванням всіх напрацювань. Це дозволить і в подальшому формувати, зберігати та розвивати конкурентний потенціал, і забезпечувати та підвищувати конкурентоспроможність освітніх продуктів, наслідком чого стане забезпечення власного набору стійких конкурентних переваг.

Тому, такий менеджмент на сучасному рівні передбачає появу нових проблем, пов'язаних з визначенням характеристик якості системи управління та раціонального

функціонування в умовах ринку та можливо вийти за рамки щоденної діяльності та існуючих обмежень і знайти нові ідеї щодо поліпшення роботи та уникнення багатьох помилок.

Висновки. Таким чином, щоб залишатися на лідируючих позиціях саме впровадження сучасних управлінських технологій на практиці довів, що це ефективний прогресивний процес, технології, які допомагають підвищити формування оптимальних управлінських рішень, зберігати та розвивати конкурентний потенціал, і забезпечувати та підвищувати конкурентоспроможність на сучасному рівні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воронько-Невіднича Т.В., Управління конкурентоспроможністю підприємства в умовах нестабільного ринкового середовища. /Т.В. Воронько-Невіднича, М.В. Василенко, Д.І. Лєщин.// Економіка та управління підприємствами,- 2018. - Випуск 21. -С. 251–254.

2. Шатило В.Й.. Менеджмент і лідерство в медсестринстві: підручник. [За ред. д-ра мед.наук В.Й. Шатила]. – К.: Медицина, 2013. – 304 с.

3. Шигонська Н.В. Методологічні основи підготовки управлінських кадрів у систем іохорони здоров'я // Н.В.Шигонська // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю (Київ, 23.берез.2016) за заг. ред. Ю.В. Ковбасюка, В.М. Князевича, Н.О. Васюк. – К.: ДКС-Центр. – 2016. – 211 с. - С.194-196.

4. Яворський П.В. Безперервна післядипломна освіта медичних сестер як фактор високоефективного управління якістю медичних послуг в охороні здоров'я/ П.В.Яворський// Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я України: матеріали щорічної Всеукраїнської наук.-практ.конференції за міжнародною участю,- К.:ДКС- центр, 2016.-С.203-207.

REFERENCES

1. Voronko-Nevidnycha T.V., Managing the competitiveness of the enterprise in conditions of an unstable market environment. /T.V. Voronko-Nevidnycha, M.V. Vasylenko, D.I. Leshchyn.// Economics and enterprise management, - 2018. - Issue 21. -S. 251–254.

2. V.Y. Shatylo. Management and leadership in nursing: a textbook. [Editor's note Doctor of Medical Sciences V.Y. Shatyla]. - K.: Medicine, 2013. - 304 p.

3. Shigonska N.V. Methodological basis of training of management personnel in health care systems // N.V.Shygonska // Materials of the All-Ukrainian scientific and practical conference with international participation (Kyiv, March 23, 2016) according to the general ed. Yu.V. Kovbasyuka, V.M. Knyazevicha, N.O. Vasyuk - K.: DKS-Center. - 2016. - 211 p. - P.194-196.

4. Yavorsky P.V. Continuous postgraduate education of nurses as a factor of highly effective management of the quality of medical services in health care/ P.V. Yavorskyi// State management of human resources in the field of health care of Ukraine: materials of the annual All-Ukrainian scientific-practical conference with international participation, - K.: DKS- center, 2016. - P. 203-207.

ДОСВІД ЗВО ЯК БАЗИС ПРОГРЕСИВНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ УПРАВЛІНСЬКИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЖИТОМИРСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ

Яворська Т., .Яворський П.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

***Анотація**. В статті проаналізовано методи. ефективної системи управління навчальним закладів в сучасних умовах. Це питання потребує більш глибокого вивченя з точки зору теоретичного та практичного менеджменту , що забезпечить достатній рівень надання освітніх послуг для формування інтелектуального потенціалу особистісних потреб і задовольняти соціальні потреби.*

***Ключові слова:** освітня послуга, управління конкурентоспроможністю, вдосконалення діяльності.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 617.7-007.681-036(477.42)

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ НА ГЛАУКОМУ ТА ЇЇ ПОШИРЕНІСТЬ В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Гуменна Л.В., Кокоріна С.А., Чекурда Г.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

THE INCIDENCE OF GLAUCOMA IN THE POPULATION AND ITS PREVALENCE IN THE ZHYTOMYR REGION

Humenna L.V., Kokorina S.A., Chekurda G.V.
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *One of the severe eye diseases, which ranks second among the causes of incurable blindness and low vision in the world, is primary glaucoma.*

In order to study the epidemiological situation of primary glaucoma in Ukraine in general and Zhytomyr region in particular, we analyzed the data of statistical and reference materials of the Regional Information and Analytical Center for Medical Statistics of Zhytomyr Regional Council for 2015-2018 and medical reporting documents for 2015-2021.

As a result of the study, it was found that the incidence of primary glaucoma in the Zhytomyr region is 35% higher than the corresponding average figures in Ukraine. This situation may be associated with a more pronounced than in the state as a whole, ageing of the population of Zhytomyr region. Although other reasons should not be excluded, in particular the shortcomings of the disease detection.

The analysis of the territorial distribution of glaucoma prevalence among the adult population for the entire study period revealed that the first place among the prevalence of glaucoma is occupied by the city of Zhytomyr - 24.8%, the second place is occupied by the western part of the region - 15.5%, and the third place is occupied by the eastern part - 14.2%, at the same level the prevalence is observed in the southern part - 11.7% and in the central part - 11.2%, Berdychiv - 12%, and the lowest prevalence of glaucoma is observed in the northern part - 6.2% and in Korosten - 4.4%.

Today, there are no ways to restore lost visual functions and return vision to the eye blinded by glaucoma. To prevent this disease, periodic examinations by an ophthalmologist and measurement of intraocular pressure are necessary, especially after 40 years.

Key words: *primary glaucoma, patient age, ophthalmotonus, tonometry, blindness.*

Актуальність проблеми. Сьогодні існує ряд хвороб, які не загрожують смертю, але позбавляють людину радості сприймати оточуючий світ. У структурі очних захворювань, що призводять до сліпоти, інвалідизації та порушують якість життя, особлива роль належить глаукомі. Глаукома – це назва однієї з найпідступніших хвороб ока.

Складність проблеми глаукоми полягає в тому, що, з одного боку, сучасна офтальмологія має у своєму арсеналі великий вибір лікарських препаратів та методик її консервативного й хірургічного лікування, з іншого боку, глаукома, як і раніше, є непередбачуваною патологією, яка завжди містить ризик несприятливого результату.

На глаукому страждають 80 млн людей у всьому світі. Кожна п’ята інвалідність щодо зору є наслідком цього захворювання. [1;3]

В Україні налічується понад 200 тис. хворих на глаукому і щорічно реєструється понад 20 тис. нових випадків. Глаукома входить в трійку хвороб, які є основними

факторами інвалідності по зору в Україні, а з 2015 року займає перше місце. Більше 50% первинних інвалідів становлять люди працездатного віку, а понад дві третини інвалідів мають розвинену і термінальну стадію хвороби. [2]

Мета дослідження: Вивчити і проаналізувати рівень захворюваності та поширеності глаукоми серед дорослого населення Житомирської області за 2015-2021 роки.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз первинних даних, отриманих від обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики Житомирської обласної ради щодо рівнів поширеності глаукоми серед дорослого населення Житомирської області.

Результати та їх обговорення. Глаукома – це хронічне прогресуюче захворювання, що вражає зоровий нерв з розвитком специфічної оптичної нейропатії, характерних змін в полі зору та зниженням зорових функцій, що в ряді випадків супроводжується періодичним або стійким підвищенням внутрішньоочного тиску. [6] На жаль, глаукома діагностується на таких стадіях розвитку хвороби, коли виникають значні порушення зорових функцій. Крім того, від 50% до 87% випадків хвороба залишається недіагностованою. [7]

Високий рівень недіагностованих випадків хвороби, прогресуючий перебіг захворювання, що призводить до сліпоти та інвалідизації, значні економічні витрати на лікування глаукоми зумовлюють необхідність розробки нових принципів та підходів до вирішення організаційних, методичних, лікувально-діагностичних завдань, а також диспансерного спостереження, що передбачає запровадження скринінгу глаукоми.

Розрізняють кілька форм глаукоми. Найчастіше спостерігається відкритокутова глаукома. При цьому хвороба розвивається поступово, непомітно для хворого, тому така форма є найбільш підступною. Часто людина не має жодних скарг і лише випадково звертає увагу, що на одне око уже зовсім нічого не бачить. Іноді при відкритокутовій глаукомі може з`являтися відчуття тяжкості навколо очей, головний біль зранку або після напруженої роботи. Зір знижується повільно і непомітно. Деякі пацієнти відзначають потребу часто змінювати окуляри, призначені для користування на близькій відстані. Підступність цієї форми глаукоми полягає ще в тому, що хвороба розвивається у віці 40-50 років і повільну втрату зору хворі часто вважають природною, пов`язаною з віковими змінами. [7]

Закритокутова форма глаукоми спостерігається рідше. Проявляється гострим нападом різкого болю в оці, який може віддавати в ділянку вуха, щелепи або серця, імітуючи при цьому відповідно захворювання вуха, зубів чи серця. Крім того, з`являється нудота і блювання, що помилково може бути розцінене як ознаки шлунково-кишкового розладу. Все це є причиною того, що хворий не завжди звертається до окуліста, втрачаючи час, потрібний для надання термінової офтальмологічної допомоги. Під час гострого нападу глаукоми спостерігаються характерні ознаки, на які сам хворий може звернути увагу: туман перед очима, зниження зору і поява різнокольорових кіл навколо яскравого світла, які зберігаються навіть після протирання очей. Якщо протягом доби напад не буде ліквідовано, може відбутися різке зниження зору і навіть повна сліпота.

Вторинна глаукома виникає як наслідок інших очних хвороб (запальних, судинних, дистрофічних, пов`язаних із захворюванням кришталика, травмами). Причиною підвищення внутрішньоочного тиску у разі вторинної глаукоми є порушення відтоку внутрішньоочної рідини. Глаукома з нормальним внутрішньоочним тиском виникає внаслідок порушення кровопостачання ока. При цій формі глаукоми зниження гостроти зору, звуження поля зору, розвиток атрофії зорового нерва

відбуваються на тлі нормального внутрішньоочного тиску.

На сьогодні не існує єдиного тесту, який би з точністю у 100% дозволив діагностувати глаукому. Алгоритм обстеження за підозри на глаукому включає збір анамнезу, визначення внутрішньооного тиску, комп'ютерну периметрію, гоніоскопію й офтальмоскопію. [1]

Тонометрія дозволяє провести вимірювання внутрішньоочного тиску (ВОТ). Більшість методів вимірювання ВОТ засновані на принципі апланації (тонометр Маклакова, Гольдмана, пневмотонометрія) або імпресії (тонометр Шіотца). «Золотим стандартом» дослідження ВОТ у світі залишається тонометрія за Гольдманом. В Україні визначення ВОТ у практичній роботі проводиться за допомогою тонометра Маклакова. Перевагою тонометрії за Маклаковим є економічність та портативність, проте показник ВОТ при проведенні вимірювання залежить від властивостей очних оболонок, супутньої патології (наявність «синдрому сухого ока»), правильності техніки дослідження та досвіду медичного персоналу, який проводить обстеження.

Безконтактна тонометрія дозволяє швидко провести вимірювання ВОТ. Цей метод має переваги над контактними методами, оскільки запобігає ризику поширення інфекції. Натомість за високої вартості приладів та варіабельності результатів обстеження, з урахуванням того, що їх точністъ знижується, якщо ВОТ значно підвищений, використання безконтактної тонометрії з метою скринінгу глаукоми обмежене. [1]

Другим скринінговим тестом на глаукому є офтальмоскопія (проводять винятково в умовах медикаментозного мідріазу), яка дозволяє виявити зміни з боку зорового нерва (блідість диску зорового нерва, крововиливи), що часто передує звуженню полів зору. Проте офтальмоскопія має низьку чутливість. Навіть у доведених випадках глаукоми зміни з боку зорового нерва виявляються тільки у 50-60%. Більш іформативним і доказовим є дослідження зорового нерва з використанням конфокальної лазерної офтальмоскопії, оптичної когерентної томографії, лазерної поляриметрії, які мають високу специфічність та чутливість. [5]

Визначення функціонального стану зорового нерва (периметрія) вважається ще одним "золотим стандартом» ранньої діагностики глаукоми, хоча зміни, які визначаються за допомогою цього методу, виникають у разі ушкодження близько 40% нервових волокон. При проведенні комп'ютерної периметрії ключове значення має правильний інструктаж пацієнтів.

Гоніоскопія – дослідження кута передньої камери ока. Лікар оцінює, відкритий цей кут або закритий. Цей метод дозволяє оцінити, що саме блокує дренажний кут передньої камери ока, наприклад, кровоносні судини, аномалії розвитку, пухлини кореня райдужки тощо. [1]

Розробка програми скринінгу глаукоми ґрунтується не тільки на сучасних технологічних можливостях, але й на науково доведених групах ризику розвитку хвороби. Популяційними дослідженнями доведено, що існують чинники ризику виникнення та прогресування глаукоми:

- вік: рівень захворюваності серед населення у віці 80 років у 2,5 рази вищий порівняно з віковою групою 40 років;
- спадковість: серед родичів пацієнтів, які хворіють на глаукому, ризик розвитку захворювання підвищується у 10 разів;
- наявність супутньої судинної патології: гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, схильність до спазму судин, мігрені, гіпотонії, вертебро-базилярна недостатність;
- рівень ВОТ 28-30 мм рт. ст. підвищує ризик виникнення глаукоми на 50%;
- вид рефракції: міопія підвищує ризик відкритокутової глаукоми, а гіперметропія – закритокутової;

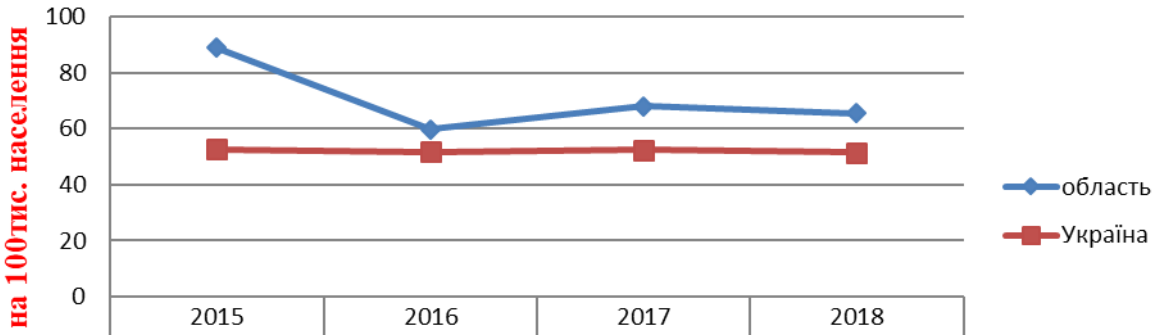
- наявність в анамнезі офтальмологічної патології: увеїт, тромбоз центральної вени сітківки, травми ока;
- тривала фармакотерапія стероїдами. [7]

Повністю позбавитися від глаукоми на сьогоднішній день неможливо, але при коректному і своєчасному лікуванні вдається уповільнити прогресування хвороби. Вибір методу терапії безпосередньо залежить від тяжкості патологічних змін, присутніх симптомів, форми глаукоми і полягає в застосуванні медикаментозних засобів, хірургічного втручання або лазерної терапії. Основним завданням проведеного лікування є зниження внутрішньоочного тиску, нормалізація кровопостачання зорового нерва, покращення метаболічних процесів в тканинних структурах очного яблука. Консервативне лікування включає застосування очних крапель з різними ефектами: засоби для покращення відтоку рідини всередині ока, засоби, що пригнічують вироблення внутрішньоочної рідини, комбіновані препарати. При гострій закритокутовій формі проводяться екстрені заходи, спрямовані на зниження внутрішньоочного тиску. Дуже важливо почати лікування хвороби на ранніх стадіях, коли патологічні зміни, що відбуваються в структурах зорового апарату, можна скорегувати і досягти максимально позитивних результатів.

З метою вивчення епідеміологічної ситуації з первинної глаукоми в Україні загалом та Житомирській області зокрема, проаналізували дані статистично-довідкових матеріалів обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики Житомирської обласної ради за 2015-2018 роки та медичних звітних документів за 2015-2021 роки.

Показники первинної захворюваності на глаукому в Україні у динаміці за досліджуваний період (2015-2018 рр.) коливалися від 52,7 на 100 тисяч дорослого населення у 2015 році до значень 51,5 на 100 тисяч відповідного населення в 2018 році.

Аналізуючи показники захворюваності на первинну глаукому в Житомирській області необхідно відмітити значно вищі їх рівні порівняно із відповідними середньостатистичними показниками України. Показники за 2015 рік на 68,9% перевищують середньостатистичні по Україні, за 2016 рік – на 15,5%, за 2017 рік – на 29,5%, за 2018 рік – на 27,4%. Така ситуація може бути пов'язана з більш вираженим, ніж у державі загалом, постарінням населення Житомирщини. Хоча не слід відкидати й інші причини, зокрема недоліки виявлення захворювання (рис. 1).

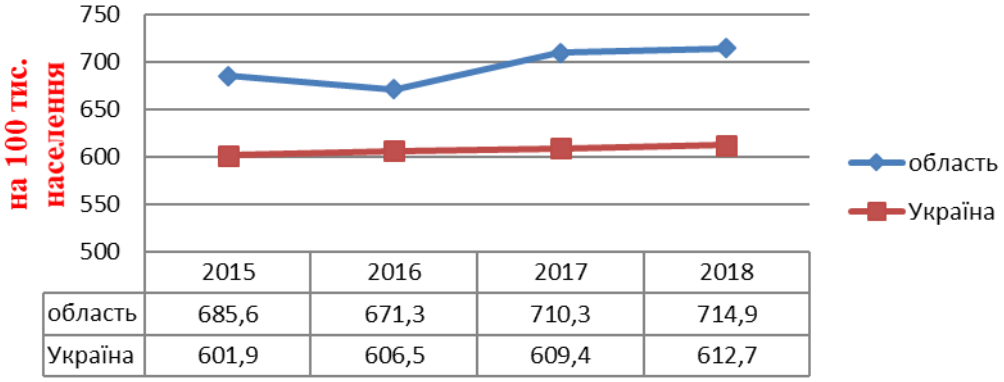


	2015	2016	2017	2018
область	89	59,7	68	65,6
Україна	52,7	51,7	52,5	51,5

Рис.1 Динаміка показників первинної захворюваності на глаукому в Україні та Житомирській області за 2015-2018 роки

Паралельно із зростанням первинної захворюваності на глаукому цілком закономірно накопичувалась і поширеність розглянутої патології.

Рівні розповсюдженості глаукоми в Україні поступово зростали з 601,9 випадків на 100 тисяч дорослого населення в 2015 році до 612,7 в 2018 році, тобто на 1,8% (у показниках наочності). Така ж тенденція характерна й для аналогічних показників у Житомирській області (збільшення з 685,6 випадків на 100 тисяч відповідного населення в 2015 році до 714,9 в 2018 році, тобто на 4,3%). Ці рівні, як і при первинній захворюваності, в цілому також є значно вищими від середньоукраїнських (рис. 2).



	2015	2016	2017	2018
область	685,6	671,3	710,3	714,9
Україна	601,9	606,5	609,4	612,7

Рис. 2 Динаміка показників поширеності глаукоми в Україні та Житомирській області за 2015-2018 роки

Порівнюючи показники поширеності та захворюваності на глаукому, бачимо, що поширеність зросла від 685,6 до 714,9 випадків (на 100 тис. населення). Максимальні показники захворюваності спостерігаються в 2015 році, мінімальні показники – в 2016 році, в подальшому знову захворюваність зросла та трималась приблизно на однаковому рівні в 2017 та 2018 роках (рис. 3).

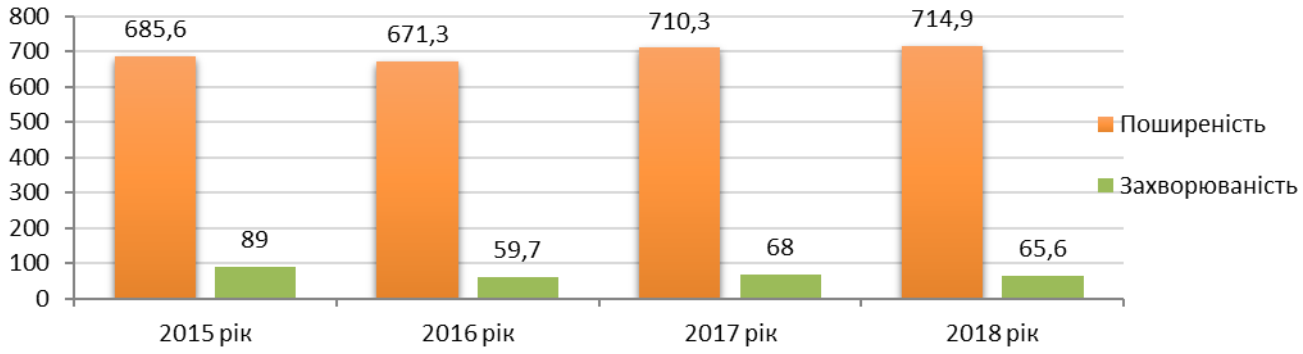


Рис. 3 Аналітичні показники первинної поширеності та захворюваності на глаукому серед дорослого населення Житомирської області за 2015-2018 роки (на 100 тис. населення)

Згідно територіального розподілу (на той час серед 23 районів Житомирської області) перше місце серед поширеності глаукоми за 2015-2018 роки посідає м. Житомир – 24,8%, друге місце посідає західна частина області – 15,5%, а третє місце посідає східна частина – 14,2%, на однаковому рівні спостерігається поширеність в південній частині – 11,7% та в центральній частині – 11,2, м. Бердичеві – 12%, а найменша поширеність глаукоми спостерігається в північній частині – 6,2% та в м. Коростені – 4,4% (рис. 4).

Інформація про захворюваність населення Житомирської області на первинну глаукому, в період з 2019 по 2021 рік, відсутня у зв'язку з відміною звітної статистичної форми №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу», затвердженої наказом МОЗ України від 10.07.2007 року №378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їх заповнення» із змінами та доповненнями, внесеними наказом МОЗ України від 17.06.2013 року №511 «Про затвердження змін до наказу МОЗ України від 10.07.2007 року №378» наказом МОЗ України від 04.10.2018 року №1802, що унеможливлює здійснення поглибленого аналізу.

Всього станом на 01.01.2021 року на диспансерному обліку в Житомирській області з приводу глаукоми перебуває 7038 осіб, 363 з яких є абсолютно сліпими. Ці показники значно зросли порівняно з 2016 роком: на обліку перебувало 6645 осіб, 334 – абсолютно сліпих.

.

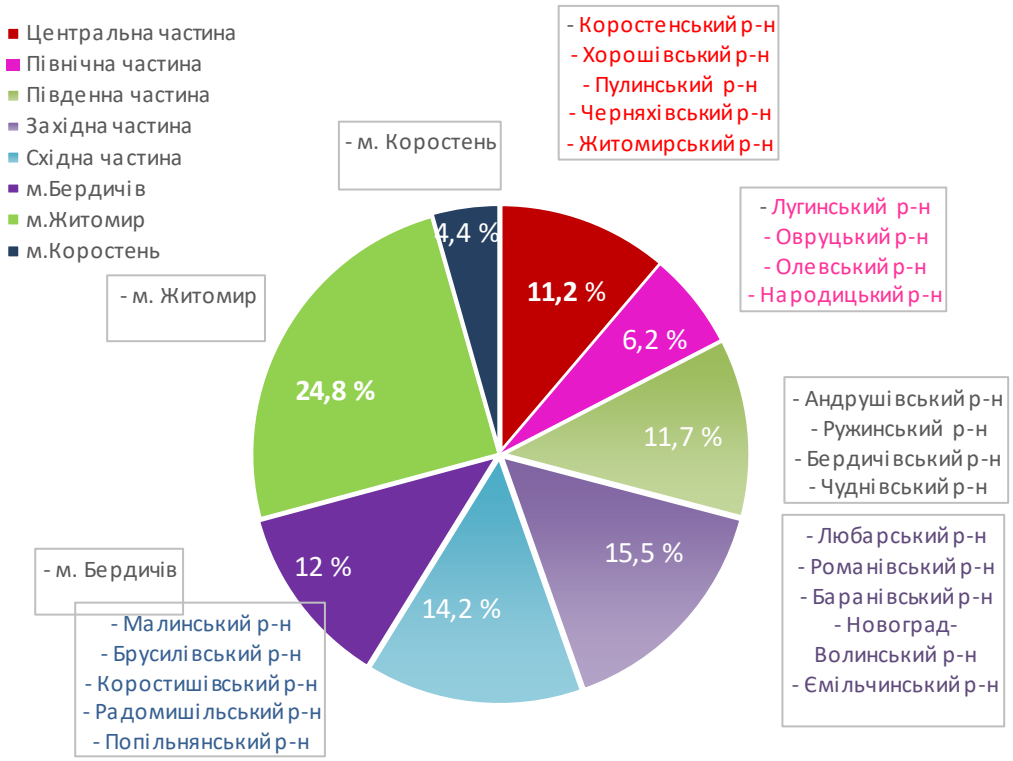


Рис. 4 Територіальний розподіл поширеності глаукоми серед дорослого населення Житомирської області (2015-2018 роки)

Отже, глаукома дуже стрімко переростає з окремої офтальмологічної патології в небезпечну проблему, що набуває характеру пандемії. Необхідно звернути увагу на те, що значна кількість населення, враховуючи безсимптомний перебіг хвороби, взагалі не знає про своє захворювання. Тобто, масштаби захворюваності вимагають від нас більш активних дій на шляху порятунку зору.

Висновки та перспективи подальших досліджень. В результаті проведеного дослідження було встановлено, що показники первинної захворюваності на глаукому в Україні у динаміці за досліджуваний період коливалися від 52,7 на 100 тисяч дорослого населення у 2015 році до значень 51,5 на 100 тисяч відповідного населення в 2018 році.

Показники захворюваності на первинну глаукому в Житомирській області на 35% вищі порівняно із відповідними середньостатистичними

показниками України. Така ситуація може бути пов'язана з більш вираженим, ніж у державі загалом, постарінням населення Житомирщини. Хоча не слід відкидати й інші причини, зокрема недоліки виявлення захворювання.

Рівні розповсюдженості глаукоми в Україні поступово зростали з 601,9 випадків на 100 тисяч дорослого населення в 2015 році до 612,7 в 2018 році, тобто на 1,8%. Така ж тенденція характерна й для аналогічних показників у Житомирській області (збільшення з 685,6 випадків на 100 тисяч відповідного населення в 2015 році до 714,9 в 2018 році, тобто на 4,3%). Ці рівні, як і при первинній захворюваності, в цілому також є значно вищими від середньоукраїнських.

Аналіз територіального розподілу поширеності глаукоми серед дорослого населення за весь досліджуваний період виявив, що перше місце серед поширеності глаукоми посідає м. Житомир – 24,8%, друге місце посідає західна частина області – 15,5%, а третє місце посідає східна частина – 14,2%, на однаковому рівні спостерігається поширеність в південній частині – 11,7% та в центральній частині – 11,2%, м. Бердичеві – 12%, а найменша поширеність глаукоми спостерігається в північній частині – 6,2% та в м. Коростені – 4,4%.

Здійснити поглиблений аналіз захворюваності населення Житомирської області на глаукому, в період з 2019 по 2021 рік, унеможливлює відміна звітної статистичної форми №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу».

Більшість наукових досліджень епідеміології глаукоми стосується вивчення чинників її виникнення і, на цьому фоні, значно рідше зустрічаються роботи, де вивчаються чинники ризику її прогресування та інвалідизації внаслідок слабобачення і сліпоти.

Перспективами подальших досліджень є проведення порівняльного аналізу ефективності пристроїв вимірювання ВОТ на основі ефекту модуляції оптичного випромінювання; розробка методичних рекомендацій щодо покращення якості санітарно-освітньої роботи, оскільки наразі в більшості населення нашої країни відсутня настороженість стосовно глаукоми; вивчення чинників ризику прогресування глаукоми, що являється важливим моментом як для Житомирщини, так і для України в цілому; вивчення шляхів покращення профілактики цього захворювання на державному рівні шляхом створення реєстру пацієнтів, впровадження диспансеризації, програм скринінгу глаукоми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Нові тенденції в лікуванні глаукоми з огляду на оновлені рекомендації Європейського товариства глаукоми. URL: https://health-ua.com/article/65825-nov-tendentc-v-lkuvann-glaukomi-z-oglyadu--na-onovlen-rekomendatc-vropejsko

2. Рання діагностика глаукоми може вберегти вас від сліпоти. URL: https://um.likarnja.org.ua/news/1583832034/

3. Сердюк В. М., Ісаєв О. А. Поширеність та епідеміологія первинної відкритокутової глаукоми. URL: https://oculist.in.ua/number14/388-3-14-55-57-abstract-ua.html

4. Сердюк В. М., Ісаєв О. А., Устименко С. Б., Сердюк А. В Генетичні предиктори судинної регуляції прогресування глаукомної оптичної нейропатії у пацієнтів з первинною відкритокутовою глаукомою. Офтальмологія. 2021; 3 (14): 43-50. URL: https://oculist.in.ua/arkhiv-uk-ua/2021y-uk-ua/3-14-2021/394-3-14-43-50ua.html

5. Скануюча лазерна офтальмоскопія. URL: https://wblog.wiki/uk/Scanning_laser_ophthalmoscopy

6. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Глаукома первинна відкритокутова. Первинна та вторинна медична допомога. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/816dod2_1.pdf

7. Хиць А.Р. Глаукома: огляд сучасних міжнародних рекомендацій. URL: https://www.umj.com.ua/article/210627/glaukoma-oglyad-suchasnih-mizhnarodnih-rekomendatsij

REFERENCES

1. New trends in the treatment of glaucoma in view of the updated recommendations of the European Glaucoma Society. URL: https://health-ua.com/article/65825-nov-tendentc-v-lkuvann-glaukomi-z-oglyadu--na-onovlen-rekomendatc-vropejsko

2. Early diagnosis of glaucoma can save you from blindness. URL: https://um.likarnja.org.ua/news/1583832034/

3. Serdyuk V. M., Isaev O. A. Prevalence and epidemiology of primary open-angle glaucoma. URL: https://oculist.in.ua/number14/388-3-14-55-57-abstract-ua.html

4. Serdyuk V. M., Isaev O. A., Ustymenko S. B., Serdyuk A. V. Genetic predictors of vascular regulation of glaucomatous optic neuropathy progression in patients with primary open-angle glaucoma. Ophthalmology. 2021; 3 (14): 43-50. URL: https://oculist.in.ua/arkhiv-uk-ua/2021y-uk-ua/3-14-2021/394-3-14-43-50ua.html

5. Scanning laser ophthalmoscopy. URL: https://wblog.wiki/uk/Scanning_laser_ophthalmoscopy

6. Unified clinical protocol of medical care. Primary open-angle glaucoma. Primary and secondary medical care. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/816dod2_1.pdf

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ НА ГЛАУКОМУ ТА ЇЇ ПОШИРЕНІСТЬ В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Гуменна Л.В., Кокоріна С.А., Чекурда Г.В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація. *Одним із важких очних захворювань, яке займає друге місце серед причин невиліковної сліпоти та слабобачення у світі, є первинна глаукома.*

З метою вивчення епідеміологічної ситуації з первинної глаукоми в Україні загалом та Житомирській області зокрема, проаналізували дані статистично-довідкових матеріалів обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики Житомирської обласної ради за 2015-2018 роки та медичних звітних документів за 2015-2021 роки.

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що показники захворюваності на первинну глаукому в Житомирській області на 35% вищі порівняно із відповідними середньостатистичними показниками України. Така ситуація може бути пов'язана з більш вираженим, ніж у державі загалом, постарінням населення Житомирщини. Хоча не слід відкидати й інші причини, зокрема недоліки виявлення захворювання.

Аналіз територіального розподілу поширеності глаукоми серед дорослого населення за весь досліджуваний період виявив, що перше місце серед поширеності глаукоми посідає м. Житомир – 24,8%, друге місце посідає західна частина області – 15,5%, а третє місце посідає східна частина – 14,2%, на однаковому рівні спостерігається поширеність в південній частині – 11,7% та в центральній частині – 11,2%, м. Бердичеві – 12%, а найменша поширеність глаукоми спостерігається в північній частині – 6,2% та в м. Коростені – 4,4%.

Ключові слова: *первинна глаукома, вік пацієнта, офтальмотонус, тонометрія, сліпота.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 618.146-006-076.5

ЦИТОЛОГІЧНИЙ СКРИНІНГ-ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Козирацька Л.М., Лаговська Г.І., Ковальчук Т.Ю.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

CYTOLOGICAL SCREENING - AN EFFECTIVE METHOD OF CERVICAL CANCER PREVENTION

L. Kozyratska, G. Lahovska, T. Kovalchuk
Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Abstract. *Malignant neoplasms of the female reproductive system are an important medical and socio-economic problem in Ukraine.*

The purpose of the study is to assess the effectiveness of cytological screening, a modern method of detecting precancerous conditions and early stages of cervical cancer.

Materials and methods: data reports of the Zhytomyr Regional Oncology Center on the incidence of cervical cancer among women of the Zhytomyr Region of various age categories for 2019-2021 were analyzed. Methods: comparative, systematic analysis, observation, generalization of the obtained material.

Results and discussion. The results of a statistical study obtained by us indicate that the incidence of cervical cancer among women in the Zhytomyr region has increased in 2019-2021.

Conclusions. The effectiveness of early detection and prevention of cervical cancer increases with the active implementation of cytological screening in practical medicine.

Key words: *prevention, diseases, oncogynecological pathology.*

Актуальність проблеми. Рак шийки матки залишається однією з найбільш поширених форм злоякісних новоутворень у світі, займаючи друге місце за частотою серед усіх онкологічних захворювань [5]. Проблема профілактики та ранньої діагностики РШМ на сьогодні є надзвичайно важливою та актуальною, оскільки стає діагнозом не тільки для літніх пацієнток, але й зовсім юних дівчат. Використати всі можливості для раннього виявлення передракових станів, злоякісних захворювань - актуальне завдання в організації протиракової боротьби в Україні. Рання діагностика злоякісних новоутворень відіграє важливу роль у лікуванні цих смертельно загрозливих захворювань. Своєчасно виявлена онкопатологія може зберегти життя пацієнток. Здебільшого злоякісним процесом уражається шийка матки , матка, яєчники, молочні залози, рідше - зовнішні статеві органи та піхва [2]. Виявити злоякісну пухлину у період, коли вона себе нічим не проявляє, можна лише за умови проведення профілактичних оглядів пацієнток, які почуваються практично здоровими. Під час профогляду виявляють не лише безсимптомні форми раку, але й фонові та передракові захворювання, які передують йому. Виявлення РШМ на ранніх стадіях у поєднанні з негайним відповідним лікуванням стало важливим елементом протиракової боротьби в Україні [3].

Мета дослідження- оцінити ефективність застосування цитологічного скринінгу для виявлення передракових станів, ранніх стадій раку шийки матки серед пацієнток Житомирської області на підставі аналізу статистичних даних, обстеження.

Матеріали та методи. Джерелом інформації слугувала комп’ютерна база

даних Житомирського обласного онкологічного диспансеру. Нами проведено клініко-статистичний аналіз звітів у динаміці за 2019-2021рр. Для досягнення мети використано метод досліджень, системного аналізу, статистичний, узагальнення отриманих результатів.

Результати та їх обговорення.

Дослідження показали, що у кожної четвертої жінки рак шийки матки виявляють у занедбаній стадії хвороби. Причиною пізнього звернення пацієнток за медичною допомогою є недбале ставлення до свого здоров'я, пізня діагностика захворювань. У даний час проведення цитологічного дослідження шийки матки — один з найбільш доступних і ефективних методів, які допомагають жінкам стежити за своїм гінекологічним здоров'ям. Завдяки даному аналізу вдається знайти атипові клітини, а значить діагностувати розвиток раку на ранній стадії. Це один з ранніх маркерів розвитку онкозахворювань жіночої репродуктивної системи.

Лікування онкогінекологічної патології пов'язане з великими складностями та частими несприятливими результатами при пізньому виявленню захворювання. Медичні фахівці постійно акцентують увагу на тому, що хворобу легше попередити, ніж лікувати. В Україні на державному рівні впроваджуються скринінгові програми для виявлена патології шийки матки для жінок віком 18–65 років [3]. Проходити обстеження заставляє життя, оскільки дуже важливим є виявлення захворювання на ранніх стадіях. Чим раніше будуть виявлені патологічні зміни в організмі, тим швидше його можна буде подолати, уникнути ускладнення і незворотних процесів, які можуть призвести до інвалідності або смерті.

Основною причиною виявлення онкологічного процесу геніталій на II-III і IV стадіях — є відмова жінок від проходження своєчасних профоглядів [1]. Часто жінки не проходять обстеження по 5 — 10 і більше років. Тому питання про організацію і якісне проведення обстеження жінок є актуальним у роботі медичних закладів. Онкопрофогляд проводиться два рази на рік. Це огляд і обстеження здорової особи, яка не має ніяких скарг і відхилень у стані свого здоров'я. Профілактичні огляди дівчат/жінок проводяться з 18 років.

Хвороба не розвивається в незміненому епітелії, передпухлинні зміни завжди передують раку шийки матки. Такий патологічний стан називається дисплазією або цервікальною інтраепітеліальною неоплазією. Профілактикою РШМ є своєчасне виявлення і лікування фонових та передракових захворювань, зокрема дисплазії [4].

Сучасною стратегією національної служби профілактики раку шийки матки в рамках виконання галузевої програми "Скринінг патології шийки матки" на 2015-2025 роки" з метою ранньої діагностики патологічних процесів шийки матки й одночасно профілактики раку шийки матки використовується регулярний цитологічний скринінг. Основна мета цього дослідження - виявити патологічні клітини ще до того, як вони стануть злоякісними. Дисплазія і рак шийки матки на ранніх стадіях не мають симптомів. Ефективний і дешевий спосіб їх виявити - це обстеження жінок за допомогою цитологічного дослідження. При діагностуванні на ранній стадії РШМ виліковується в 90% випадків захворювання. В Україні цитологічний скринінг проводиться два рази на рік у жінок від 18 до 65 років [4].

Цитологічне дослідження проводиться у двох варіантах:

- традиційно (цитологічний мазок);
- на основі рідких середовищ -ПАП-тест .

ПАП - тест (метод рідинної цитології із забарвленням по Папаніколау) названий на честь лікаря, який вперше використав дану методику — Джорджа Папаніколау. Саме завдяки його дослідженням стало

відомо, що клітини раку можуть бути виявлені в мазках після спеціального фарбування. Рідинна цитологія шийки матки є інноваційним методом обстеження, який дозволяє здійснити точну діагностику вагінального мазка з метою виявлення онкозахворювання. За рекомендацією ВООЗ ПАП-тест-"золотий стандарт"діагностики онкологічних захворювань жіночих статевих органів. Висока точність результату досягається шляхом використання комбінованої цитощіточки, стабілізуючого розчину. Зібраний матеріал занурюється в рідину, фільтрується. Чутливість тесту досягає 95%, тоді як при традиційному цитологічному аналізі - лише 40-60% [1]. Якісно проведений скринінг дозволяє вчасно виявити і вилікувати передракові стани і ранні форми РШМ. У більшості випадків рак шийки матки викликає вірус папіломи людини. У 70% випадків РШМ пов'язують з 16 та 18 типами вірусу папіломи людини, які призводять до мутацій, дисплазій, малігнізацій. ВПЛ-тестування- один з основних методів діагностики та профілактики раку шийки матки [3]. В Україні є можливість проводити аналіз ДНК на онкогенні типи вірусу папіломи людини . Для ефективного впровадження скринінгової програми в Україні в рамках Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2025 року, яка затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2019р. № 1849, здійснюються державні закупівлі і розподіл по регіонах тест-систем для визначення ВПЛ. Поєднання Пап-тесту і визначення ВПЛ робить скринінг ще ефективнішим.Він допомагає виявляти передракові стани шийки та їх прогнозувати. Впровадження скринінгу шийки матки (Пап-тест) дозволило знизити частоту РШМ майже на 80%. Тому це питання надзвичайно актуальне [2].

У Житомирській області щороку реєструється 167-183 випадки інвазивного раку, 86-92 випадки інтраепітеліального РШМ та до 2000 передракових станів шийки матки Під час виконання науково-дослідницької роботи було проаналізовано стан захворюваності на рак шийки матки пацієнток різних вікових категорій за 2019-2021роки [5].

У результаті досліджень було сформовано декілька вікових категорій жінок: 25р – 35р; 35р – 45р; 45р – 55р; 55р – 65р; 65р – 75р; 75р – 85р; 85р і старші.

Ми дослідили, що захворюваність жінок станом на 2019 рік по різних вікових категоріях складала:

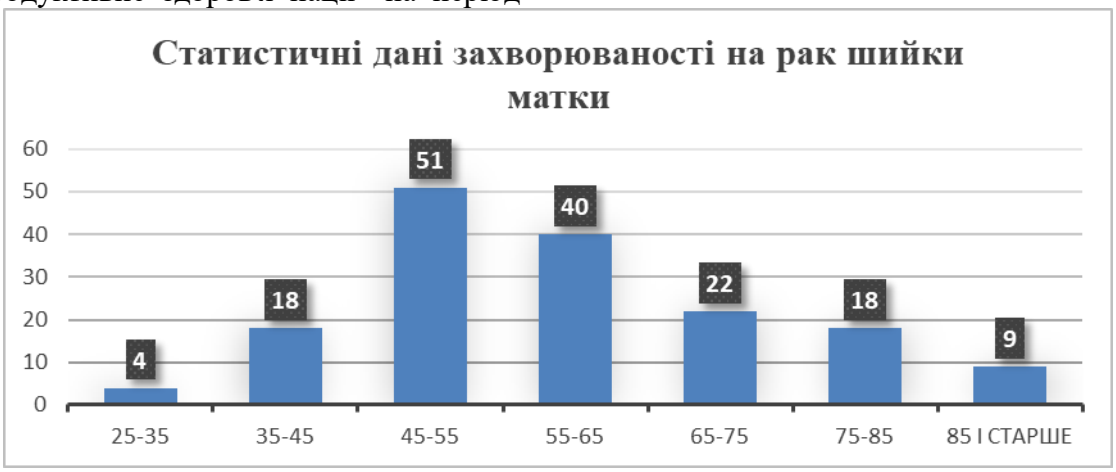


Рис.1. Вікова структура жінок у 2019 році

У категорії з 25 по 35 років захворіло 4 жінки (2,5%); 35-45 років – 18 жінок (11,1 %); 45-55 років – 51 жінка (31,5%); 55-65років – 40 жінок (24,7%); 65-75 років – 22 жінки (13,5%); 75-85 років -18 жінок (11.1%); 85 років і старші – 9 жінок (5,6%).

Таким чином, можна зробити висновок, що в 2019 році найбільша захворюваність на рак шийки матки складала серед жінок у віковій категорії 45 – 55 років, а саме 51 жінка (31,5%).

Ми дослідили, що захворюваність жінок станом на 2020 рік по різних вікових категоріях складала:

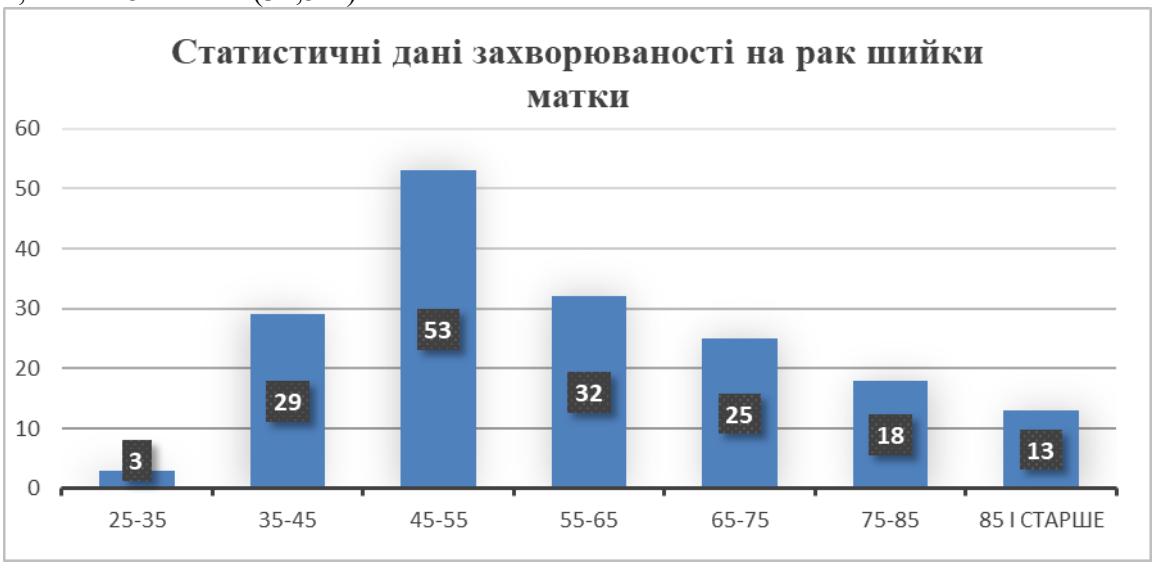


Рис.2. Вікова структура жінок 2020рік

Ми з'ясували, що у категорії з 25 по 35 років захворіло 3 жінки (1,7%); 35-45 років – 29 жінок (16,7%); 45-55 років – 53 жінки (30,6%); 55-65 років – 32 жінки (18,5%); 65-75 років – 25 жінок (14,5 %); 75-85 років – 18 жінок (10,4%); 85 і старші – 13 жінок(7,5%).

Можна зробити висновок, що в 2020 році найбільша захворюваність серед жінок складала у віковій категорії 45 – 55 років, а саме 53 жінки (30,6 %).

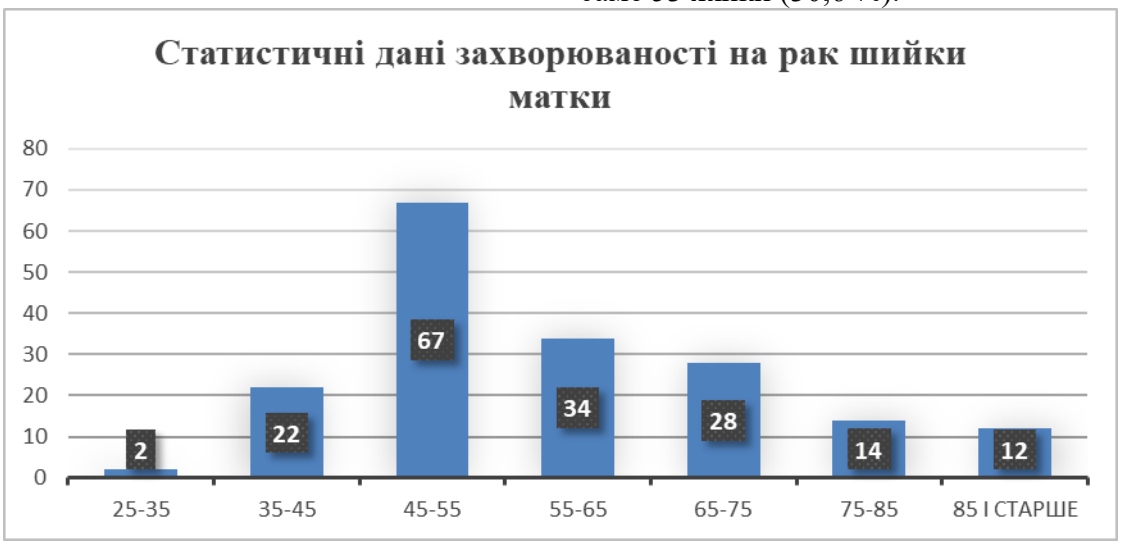


Рис.3. Вікова структура жінок у 2021 році

Ми дослідили, що в 2021 році у категорії з 25 по 35 років захворіло 2 жінки (1,1%); 35-45 років – 22 жінки(12,3 %); 45-55 років – 67 жінок(37, 4 %); 55-65 років – 34 жінки (19 %); 65-75 років – 28 жінки (15,7 %); 75-85років – 14 жінок (7,8%); 85 років і старші – 12 жінок (6,7 %).

Можна зробити висновок, що найбільша захворюваність на рак шийки матки складала у віковій категорії 45–55 років. Захворіло 67 жінки (37,4 %).

В 2019 році в Житомирській області РШМ діагностовано у 162 осіб, в 2020 році захворіло 173 особи, а в 2021 рік захворіло вже 179 осіб [5].

У результаті проведеного дослідження було встановлено, що захворюваність на рак шийки матки зросла за період з 2019 по 2021 рік .

Висновки та перспективи подальших досліджень

1. Отримані результати статистичних досліджень свідчать про те, що є тенденція до збільшення випадків захворюваності на рак шийки матки. Профілактика та рання діагностика РШМ є важливою та актуальною, оскільки злоякісні захворювання вражають жінок різного віку.

2. Для зниження рівня онкологічної захворюваності необхідно наполегливо проводити протиракову боротьбу, одним з різновидів якої є первинна та вторинна профілактика. Первинна профілактика РШМ включає імунізацію від вірусу папіломи людини (типи 16,18), зменшення негативного впливу зовнішніх і внутрішніх канцерогенних факторів, збалансоване харчування, здоровий спосіб життя, підвищення стійкості організму до шкідливих факторів, проведення санітарно-просвітницької роботи тощо.

3. Необхідно активізувати роботу в напрямі вторинної профілактики - широко впроваджувати цитологічний скринінг ПАП-тест (метод рідинної цитології), який дозволяє здійснювати більш точну діагностику мазка з метою виявленя онкозахворювання, ніж при простому цитологічному дослідженні.

4. Активне впровадження цитологічного скринінгу дає змогу виявляти РШМ на більш ранніх стадіях, знизити рівень онкологічної захворюваності та продовжити життя пацієнток.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондар Г.В., Антипова С.В. Вибрані лекції з клінічної онкології: навч. посібник / за ред. акад. АМН України проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антипової. - Луганськ: ВАТ Луганська обласна друкарня, 2020. – 560 с.
2. Бондар Г.В., Щепотіна І.Б. Алгоритми сучасної онкології / ред. І.Б. Щепотіна, акад. АМН України. - К.: Книга плюс, 2019 - 304 с.
3. Бородай Н.В., Дацюк І.О., Чехун В.Ф. Науково-практичний журнал ”Онкологія”/ за ред. Бородай Н.В., Дацюк І.О., Чехун В.Ф., 2019. –59с.
4. Мотузюк І.М, Сидорчук О.І., Костюченко Є.В. Злоякісні захворювання жіночих статевих органів : сучасний стан проблеми: підручник/ за ред. І.М. Мотузюк, О.І. Сидорчук, Є.В. Костюченко, 2019. – 254с.
5. Рак в Україні. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень національного канцер-реєстру України- 2021. -79с.

LITERATURA

1. Bondar H.V., Antypova S.V. Vybrani lektsii z klinichnoi onkolohii: navch. posibnyk / za red. akad. AMN Ukrainy prof. H.V. Bondaria i prof. S.V. Antypovoi. - Luhansk: VAT Luhanska oblasna drukarnia, 2020. – 560 s.

2. Bondar H.V., Shchepotina I.B. Alhorytmy suchasnoi onkolohii / red. I.B. Shchepotina, akad. AMN Ukrainy. - K.: Knyha plius, 2019 - 304 s.

3. Borodai N.V., Datsiuk I.O., Chekhun V.F. Naukovo-praktychnyi zhurnal ”Onkolohiia”/ za red. Borodai N.V., Datsiuk I.O., Chekhun V.F., 2019. –59s.

4. Motuziuk I.M, Sydorchuk O.I., Kostiuchenko Ye.V. Zloiakisni zakhvoriuvannia zhinochykh statevykh orhaniv : suchasnyi stan problemy: pidruchnyk/ za red. I.M. Motuziuk, O.I. Sydorchuk, Ye.V. Kostiuchenko, 2019. – 254s.

5. Rak v Ukraini. Zakhvoriuvanist, smertnist, pokaznyky diialnosti onkolohichnoi sluzhby. Biuleten natsionalnoho kantser-reiestru Ukrainy- 2021. -79s.

ЦИТОЛОГІЧНИЙ СКРИНІНГ- ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Козирацька Л.М., Лаговська Г.І., Ковальчук Т.Ю.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація.*Злоякісні новоутвореннями жіночої репродуктивної системи – важлива медична та соціально-економічна проблема в Україні.*

Мета дослідження-оцінити ефективність цитологічного скринінгу -сучасного методу виявлення передракових станів та ранніх стадій раку шийки матки.

Матеріали та методи: проаналізовано звіти даних Житомирського обласного онкологічного центру про стан захворюваності на рак шийки матки серед жінок Житомирської області .

Методи: порівняльний, системного аналізу, спостереження, узагальнення отриманого матеріалу.

Результати та обговорення. Отримані нами результати статистичного дослідження свідчать, що зросла захворюваність на рак шийки матки серед жінок в Житомирській області у динаміці за 2019-2021 рр.

Висновки. Ефективність раннього виявлення та профілактики раку шийки матки зростає при активному впровадженні у практичній медицині цитологічного скринінгу.

Ключові слова:*скринінг, цитологія, рак шийки матки, злоякісні пухлини.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 159.944.4:613.86

ВПЛИВ СТРЕСУ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ ТА МЕТОДИ ПРОТИДІЇ ЙОГО НЕГАТИВНИМ НАСЛІДКАМ

Рирак В.В.
Житомирський медичний інститут ЖОР, Україна

THE EFFECT OF STRESS ON THE HUMAN BODY AND METHODS OF COMBATING ITS NEGATIVE CONSEQUENCES

Ryrak V.V.
Zhytomyr Medical Institute, Ukraine

Abstract. *The article presents the problem of the negative impact of stress on the human body, its psychological and physical components. The urgency of stress in society with all its consequences is revealed. The aim of the article is to describe the phenomenon of stress, its impact on the human body, measures to prevent stress and combat the consequences. Using general scientific and special research methods such as bibliosemantic, theoretical analysis and logical generalization, several definitions of stress and its three stages (anxiety, resistance, exhaustion) have been described. Different types of stress are classified and characterized depending on its duration, nature and impact on the human body (psychological, physical, distress, eustress, acute, chronic). Based on this classification, a scheme of types of stress. A number of scientific papers and articles have been studied in which the topic of stress and its impact on various aspects of human life is revealed. Both negative and positive effects of stress on the physiological and psychological state of the human body are described. A number of factors are revealed - physical, psychological, causing different types of stress in humans, under different conditions. The importance of dealing with stress and its consequences for improving people's health was analyzed. In addition, a number of psycho-correctional methods are proposed, which include both physical exercises and psychological techniques, self-suggestion, self-training. They help to harmonize the psycho-emotional state of a person suffering from stress, as well as prevent its occurrence. And which are suitable for any group of people and which can be used in almost any stressful situation. The list of prospects of further researches of this subject is offered.*

Актуальність даної теми пов'язана з тим що, активний розвиток соціуму призводить до збільшення рівня стресу і подвоєння стресових ситуацій. Що в свою чергу призводить до погіршення психоемоційного та фізичного стану організму населення, збільшення захворювань викликаних стресом, депресій, професійного вигорання і смертей. Адже на сьогоднішній день не існує людини, що не зазнала впливу стресу і його негативних наслідків.

Мета статі: описати явище стресу, його вплив на людський організм, заходи для профілактики стресу і боротьби з наслідками.

Методи дослідження: щоб досягти поставленої мети було використано сучасні наукові методи дослідження – бібліосемантичний, системного аналізу і логічного узагальнення.

Виклад матеріалу. На сьогоднішній день, під вплив стресу потрапляє майже кожна людина, кожного дня. Це може бути незначна стресова ситуація, яку люди не

помічають, адже організм автоматично справляється з нею, або ж значний стрес, з яким не всі люди можуть боротися. Внаслідок чого, організм людей отримує значну шкоду, а в деяких ситуація смертельну.

Г.Сельє вважав що стрес "синдром відповіді на пошкодження як таке". І стрес є реакцію організму на шкідливий фізичний вплив, а й на будь який негативний психологічний вплив.[6]

Отже можна зрозуміти, що стрес – це захисна реакція організму на подразники зовнішнього середовища.

Стрес поділяється на різні види які можна показати за допомогою схеми (рис.1):

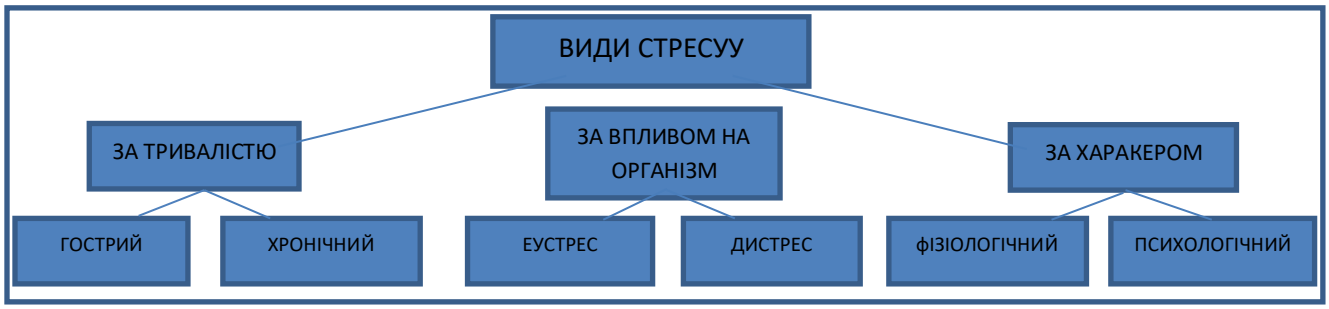


Рис.1 Види стресу

Стрес має позитивну сторону для людського здоров'я. Такий вид стресу називається еустрес, він сприяє покращенню адаптації, мобілізації організму і подоланню самого стресу.

Водночас з цим, стрес має і негативну сторону – дистрес. Він вичерпує резерви організму, послаблює механізми адаптації. Якщо стресова ситуація триває надто довго, захисні механізми організму виснажуються, що може призвести, як до психічних, так і фізичних захворювань, або ж смерті. Особливо небезпечним є постійний стрес, під час якого організм не може зупинити захисну реакцію організму і від постійного виділення адреналіну починають страждати наднирники, що звичайно ж впливає на весь організм.[4]

Розрізняють іще такі види стресу, як фізичний і психологічний. Фізичний, виникає внаслідок негативних умов навколишнього середовища (надто високі чи низькі температури, постійний голосний шум, надто різкі запахи) або від фізичного перевантаження організму.

Психологічний стрес виникає в моменти психологічного перенавантаження, загрози життю, образи, подій з сильним психоемоційним впливом, незалежно від того позитивна ця подія чи ні.

Хронічний психоемоційний стрес є наслідком безперервної або періодичної тривалої дії емоційно негативних факторів. До таких належить монотонна, нецікава, одноманітна праця, наприклад, біля конвейєру, стрес в результаті психосоціальної дезадаптації . Відсутність зацікавленості і недостатня платня посилюють негативну реакцію, зумовлюють підвищення артеріального тиску. Так діє і систематична нічна праця. Тривале перебування в обмеженому просторі спільно з несимпатичними, неприємними людьми складає важку хронічну психоемоційну атмосферу.

Гострий стрес – це негайна реакція організму на якусь подію. Він виникає коли у випадках коли людина переживає смерть близької людини чи потрапляє в небезпечну ситуацію.

Наслідки для організму від гострого стресу значно легші ніж від хронічного.

Стрес має три стадії:

- Стадія тривожності, що починається з дією подразника на організм. Під час неї змінюються функції організму, концентрується увага, покращується концентрація на проблемі, розпочинається виділення адреналіну;
- Стадія резистенції, виникає якщо дія стресу продовжується. В цій стадії організм починає використовувати резерви організму тим самим виснажуючи його;
- Стадія виснаження, що є небезпечною для здоров'я, адже під час неї виснажуються резерви організму. Це призводить до виникнення хвороб як психічних так і фізичних.

Досліджувана тема розкривалася у публікаціях таких науковців, як Довгалюк Д., Булах В.П., Ломакін Г.І., Щербак І.М. , Генник С.І.

Довгалюк Д. описую стрес, як фактор, який впливає на зміну та погіршення психічного здоров'я. А також надає низку засобів, які дозволяють здійснювати коригувально-профілактичні заходи для подолання стресу та дистресу.[2]

Булах В.П. описує стадії та фази стресу, надає класифікацію основних стресових чинників та їх наслідків.[1]

Генник С.І пов'язує вплив стресу на організм з виникнення хвороб і описує цей механізм.[5]

Ломакін Г.І. розкриває сучасні підходи до формування і розвитку стресу в місцях бойових дій, розвиток після травматичного синдрому та напрямки психічно-соціальної реабілітації для кращої реабілітації. [7]

Щербак І.М. показує, що найголовнішою умовою збереження психічного здоров'я студентів є дотримання науково обґрунтованих психогігієнічних норм організації навчання з урахуванням індивідуальних норм навантаження.[8]

Ми розуміємо, що проблема стресу в світі є глобальною і важливою, адже кожна людина і не один раз, потрапляла під вплив стресових ситуацій. І більша частина з них відчула негативний влив цього явища, отже для збереження нашого фізичного і психоемоційного здоров'я нам потрібно попереджувати виникнення стресу або ж не допускати перехід стресу в його другу стадію.

На підставі проведеного дослідження нами розроблені рекомендації для попередження негативних наслідків стресу:

1. Фізичні вправи є одним із самих ефективних методів для попередження і боротьби зі стресом. Щоденні фізичні навантаження збільшують стійкість організму до стресу, а також допомагають подолати його. Невеликі перерви на розминку або ж просто ходьбу протягом дня приносять позитивний результат. Знімаючи втомленість, покращуючи роботу мозку, тим самим допомагаючи організму покращити його роботу і пришвидшити подолання стресу, що відповідно знижує його негативний вплив на організм.[3]

2. Дихальні вправи, також ефективні для боротьби із стресом. Робіть глибокий вдих і повільний видих зосереджуючи увагу на своєму диханні паузу і повторіть все знову доки не відчуєте розслаблення.

3.Перенесіть напругу на м'язи. Зіжміть сильно кулак, зосередьте на цьому увагу , потім повільно розіжміть. Замружте сильно очі і повільно відкрийте. Такі вправи допоможуть знизити концентрацію напруги в тілі і відволікти увагу від стресової ситуації.

4.Прогулянки на свіжому повітрі. Достатньо тридцяти хвилин щоденно гуляти на свіжому повітрі, щоб покращити стан організму.

5.Зосередження уваги на позитивних моментах. Намагайтеся кожний день знаходити в своєму житті позитивні моменти, а не зосереджуватися тільки на негативі.

6. Дієвим методом боротьби зі стресом є аутотренінг –це система вправ, спрямованих людиною на себе і призначених для саморегуляції психічних і

фізичних станів. Суть аутотренінгу полягає у використані словесних формул спрямованих на виникнення тепла, тим самим свідомо досягається зниження м'язового тонусу і потім, на цьому фоні, шляхом самонавіювання, цілеспрямовано впливати на різні функції організму. Словесні формули, що використовуються в аутотренінгу, описують характер відчуттів, що підлягають відтворенню, і область тіла, де їх відтворення є бажаним. Прийоми аутотренінгу дозволяють людям цілеспрямовано керувати своїм настроєм і самопочуттям, що беззаперечно в більшості випадків профілактує виникнення психологічного стресу.

Вищезазначені рекомендації прості і доступні для виконання будь якою групою населення і можуть знизити рівень стресу в повсякденному житті.

Висновки. Отже, на підставі проведеного дослідження нами доведено, що проблема стресу в житті суспільства має безліч негативних наслідків для здоров'я і кожної людини. Стрес є однією з причин депресій і професійного вигорання, психоемоційних і фізичних змін в організмі, що в подальшому може призвести до різноманітних захворювань і навіть смерті.

Отже, знання і використання методів профілактики і боротьби зі стресом є необхідними для кожної людини.

Перспективою даного дослідження: є подальше знаходження нових та вдосконалення вже існуючим методів, практик, вправ для боротьби зі стресом або ж його уникненням. Тим самим забезпечуючи покращення як фізичного, так і психологічного стану населення, особливо ті групи соціуму, що найбільш піддаються впливу стресу, через специфіку своєї роботи

ЛІТЕРАТУРА

1. Булах, В. П. Стрес та його вплив на організм людини. *Медсестринство (3). https://doi. org/10.11603/2411-1597.2014* 3 (2014).

2. Довгалюк Д. Стрес і психофізична регуляція організму. Педагогіка здоров'я : зб. наук. пр. VII Всеукр. наук.-практ. конф., Чернігів, 7–8 квітня 2017 р. – С.219-221.

3. Дяк В. С. Стрес та способи його подолання. *Програмний комітет*, 2019.- С.201

4. Гоженко А. І. Хронічний стрес та його метаболічне забезпечення / А. І. Гоженко, Ю. М. Гришко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2019. – Т. 19, вип. 4 (68). – С. 123–129.

5. Геник, С. М., Геник, С. І.. Роль стресу у формуванні захворювань. Прикарпатський вісник наукового товариства Шевченка Пульс,25-32 с.

6. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с

7. Ломакін Г.І. Стрес і бойовий стрес: поняття симптоми прояви/Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 12.Частина 1.-Х.:НУТЦЗУ, 2012-2008 с.

8. Щербак І. М. Стрес та його вплив на організм людини / І. М. Щербак, А. С. Шевченко, Г. Ю. Грєзєва // Педагогіка здоров'я : зб. наук. пр. IX Всеукр. наук.-практ. конф., Чернігів, 27–28 верес. 2019 р. / ДНУ "Ін-т модернізації змісту освіти" [та ін.]. – Чернігів, 2019. – С. 243–245.

REFERENCES

1. Bulakh, V. P. Stres ta yoho vplyv na orhanizm liudyny. Medsestrynstvo (3). https://doi. org/10.11603/2411-1597.2014 3 (2014).

2. Dovhaliuk D. Stres i psykhofizychna rehuliatsiia orhanizmu. Pedahohika zdorovia : zb. nauk. pr. VII Vseukr. nauk.-prakt. konf., Chernihiv, 7–8 kvitnia 2017 r. – S.219-221.

3. Diak V. S. Stres ta sposoby yoho podolannia. Prohramnyi komitet, 2019.- S.201

4. Hozhenko A. I. Khronichnyi stres ta yoho metabolichne zabezpechennia / A. I. Hozhenko, Yu. M. Hryshko // Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrainskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii. – 2019. – T. 19, vyp. 4 (68). – S. 123–129.

5. Henyk, S. M., Henyk, S. I.. Rol stresu u formuvanni zakhvoriuvan. Prykarpatskyi visnyk naukovoho tovarystva Shevchenka Puls,25-32 s.

6. Zlyvkov V.L., Lukomska S.O., Fedan O.V. Psykhodiahnostyka osobystosti u kryzovykh zhyttievykh sytuatsiiakh / V.L.Zlyvkov, S.O. Lukomska, O.V. Fedan. – K.: Pedahohichna dumka, 2016. – 219 s

7. Lomakin H.I. Stres i boiovyi stres: poniattia symptomy proiavy/Problemy ekstremalnoi ta kryzovoi psykholohii. Zbirnyk naukovykh prats. Vyp. 12.Chastyna 1.-Kh.:NUTTsZU, 2012-2008 s.

8. Shcherbak I. M. Stres ta yoho vplyv na orhanizm liudyny / I. M. Shcherbak, A. S. Shevchenko, H. Yu. Hriezieva // Pedahohika zdorovia : zb. nauk. pr. IKh Vseukr. nauk.-prakt. konf., Chernihiv, 27–28 veres. 2019 r. / DNU "In-t modernizatsii zmistu osvity" [ta in.]. – Chernihiv, 2019. – S. 243–245.

ВПЛИВ СТРЕСУ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ ТА МЕТОДИ ПРОТИДІЇ ЙОГО НЕГАТИВНИМ НАСЛІДКАМ

Рирак В.В.

Житомирський медичний інститут ЖОР, Україна

Анотація. *У статті представляється проблематика негативного впливу стресу на людський організм, його психологічну і фізичну складову. Розкривається актуальність виникнення стресу в соціумі з усіма його наслідками. Метою статті є описати явище стресу, його вплив на людський організм, заходи для профілактики стресу і боротьби з наслідками. Використавши загальнонаукові та спеціальні методи дослідження, такі як бібліосемантичний, теоретичного аналізу і логічного узагальнення було описано декілька визначень стресу, і три його стадії (тривожності, резистенції, виснаження). Класифіковано і охарактеризовано різноманітні види стресу в залежності від його тривалості, характеру і впливу на організм людини (психологічний, фізичний, дистрес, еустрес, гострий, хронічний).На основі цієї класифікації складено схему видів стресу. Досліджено низку наукових робіт і статей в яких розкривається тема стресу, його впливу на різні аспекти людського життя. Охарактеризовано, як негативний, так і позитивний вплив стресу на фізіологічний і психологічний стан людського організму. Розкрита низка факторів- фізичних, психологічних, що викликають різні види стресу у людини, за різних умов. Була проаналізована важливість боротьби зі стресом і його наслідками для покращення здоров'я людей. Крім того запропоновано низку психокорекційних методів, до складу яких входять, як фізичні вправи, так і психологічні прийоми, самонавіювання, аутотренінг. Вони допомагають гармонізувати психоемоційний стан людини, яка страждає від стресів, а також попередити його виникнення. Та які підходять для будь якої групи людей і які можна використовувати в майже кожній стресовій ситуації. Запропоновано перелік перспектив подальших досліджень даної теми.*

Ключові слова*: здоров'я, психологія, стрес, негативний вплив, психічне здоров'я, методи протидії стресу, аутотренінг.*

УДК 616.441-084

ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Табачук Л.П., Опрелянська Г.Г., Шаня Н.С., Бондарчук Н.Б.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, Україна

PREVENTION OF THYROID GLAND DISEASES

Tabachuk L.P., Oprelyanska G.H., Shanya N.S., Bondarchuk N.B.
Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Council, Ukraine

Abstract. *According to the World Health Organization (WHO), among endocrine disorders, thyroid gland diseases rank second after diabetes. Most thyroid diseases are curable. At the same time, diseases of the thyroid gland (in particular, endemic goiter), which are caused by iodine deficiency, can be prevented.*

Key words: *Epidemic goiter, pilates, cardio load, autogenic training, L-thyroxine, cemakia, gluten*

Актуальність. Захворювання щитоподібної залози (ЩПЗ) є дуже поширеними в усьому світі та чинять негативний вплив майже на всі функції організму людини в різні періоди її життя. Спочатку порушення функції ЩПЗ є непомітними, але через кілька місяців або років вони стають незворотними, а отже, потребують тривалого лікування та/або хірургічного втручання.

Мета дослідження. На основі досліджень сучасних міжнародних та вітчизняних досягнень у питаннях профілактики захворювань щитоподібної залози, а також аналізу особливостей життя та діяльності людей, розробити стратегічні механізми, програми, ініціативи та заходи з формування здорового способу життя, щоб попередити захворювання.

Результати та їх обговорення. Статистика свідчить, що 2 мільярди жителів Землі вживають недостатню кількість йоду, у 740 мільйонів збільшена щитоподібна залоза. Приріст кількості захворювань щитоподібної залози у світі становить 5% на рік.

Ендемічний зоб поширений по всій земній кулі. Вогнища його спостерігаються на всіх п’яти континентах (рис. 1).

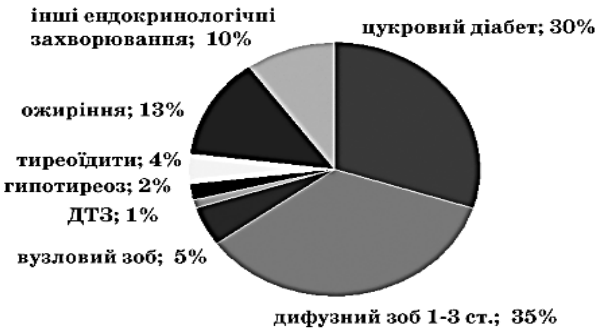


Рис. 1. Структура захворювань щитовидної залози в Україні

Кількість зареєстрованих випадків захворювання ЩЗ на 100 тис. Населення Житомирської області становить 935 (2018р.). Це середній показник захворюванності по Україні: max – Івано-Франківська область (1680), min. – Одеська область (629).

У той час, як хронічне недосипання і неспання в нічний час + фізичне і психічне перенапруження – це майже 100% гарантія виникнення проблем з залозами внутрішньої секреції, профілактика щитовидки досить проста, не вимагає спеціальних зусиль або фінансових вкладень. Перелічимо основні методи, як відновити щитовидну залозу, вірніше її роботу, в випадках, коли ще не потрібна гормональна терапія.

Контроль режиму дня, якісний і достатній сон.

Для здоров'я щитоподібної залози важливо, щоб людина дотримувалася балансу між роботою і відпочинком, між часом з фізичним навантаженням і м'язовим релаксом. При профілактиці захворювань щитовидки особлива увага приділяється нічному сну. Він повинен тривати 8 годин. При цьому важливо спати в темряві, тиші і обов'язково в період з 00:30 до 4:00 (під час функціональної активності ендокринних залоз).

Час на свіжому повітрі та заняття фізкультурою.

Абсолютно всім, незалежно від віку і статі, в тому числі й тим, хто займається спортом або фітнесом, для профілактики проблем зі щитоподібною залозою рекомендуються щоденні піші прогулянки на свіжому повітрі. Гуляти без зупинок слід далеко від жвавих магістралей, при будь-якій погоді, від 20 до 60 хвилин, незадовго до сну.

Оптимальні види фізичного навантаження для профілактики захворювань щитоподібної залози – це силове тренування, йога, пілатес, будь-які види кардіонавантажень, в тому числі плавання і танці.

Уникнення конфліктів і грамотний вихід з стресових ситуацій.

Для профілактики захворювань щитоподібної залози вкрай важливо навчитися уникати або протистояти екстремальним психоемоційним навантаженням і стресовим станам, так як вони є одними з пускових факторів розвитку хвороб цього ендокринного органу. Це може бути фізична розрядка, дихальна гімнастика, аутогенне тренування, прийом медикаментів, медитація, ароматерапія, СПА-процедури, інші види релаксу та приємного, здорового проведення часу.

Продукти, необхідні для здоров'я щитовидної залози.

Одна з головних умов профілактики проблем зі щитоподібною залозою – дотримання достатнього рівня йоду в організмі. У раціоні харчування обов'язково повинні бути присутніми по одному продукту з кожного пункту цього переліку:

- морська капуста або інші водорості, тріска, тунець, скумбрія, морепродукти, волоські та кедрові горіхи;
- бразильський горіх, яйця, куряча грудка, індичка, сардини, палтус, бурий рис, перловка, цільнозернова вівсянка, часник, цибуля, шпинат, печериці, макарони (т/с), хліб (ц/з), соняшникове і гарбузове насіння;
- кунжутне насіння і олія, пармезан і інші тверді витримані сири, витримана яловичина, мигдаль, фундук, петрушка, кріп, базилік, листова зелень, лящ, горбуша, морський окунь;
- яблука, хурма, банани, абрикоси (курага), журавлина, чорниця, фейхоа, ківі, оливки.

Особливо підкреслимо, що вживати продукти, перераховані в першому пункті, а також і йодовану сіль потрібно з урахуванням індивідуальної особливості проблеми зі щитоподібною залозою – чи відчуває вона дефіцит йоду або навпаки, Т3 і Т4 виробляються з надлишком. До речі, вживати продукти, багаті йодом краще на вечерю, у вечірній час йод

засвоюється краще та майже повністю. Що стосується інших продуктів, то всі вони потрібні, але теж лише в кількостях, які не призведуть до гіпервітамінозу і надлишку мінералів.

Від яких продуктів краще відмовитися?

Щоб уникнути проблем зі щитоподібною залозою, слід відмовитися від надмірного, як добового, так і сумарно тижневого вживання:

- бобових, в тому числі сої та продуктів, зроблених з неї;
- хрестоцвітних – всіх видів капусти, редьки, листових салатів;
- солодощів, мучного, продуктів з доданим цукром;
- міцного чаю, кави, інших стимулюючих напоїв;
- шоколаду;
- прянощів.

Біологічно активні добавки для підтримки щитоподібної залози.

Крім збалансованого харчування, для підвищення вироблення Т3 і Т4 можна приймати біодобавки, вітаміни і мінерали наприклад: гуггулстерони, джерела йоду, джерела мінералів.

А ось пити L-тироксин краще тільки після консультації з ендокринологом або спортивним лікарем, так як цей препарат є синтетичним гормоном щитоподібної залози.

Пройти діагностику та лікування целіакії.

Целіакія - це аутоімунне захворювання, яке викликає аномальну реакцію кишечника на глютен. Клейковина - це білок, який міститься в пшениці, житі, ячмені, вівсі та інших споріднених зернах.

Целіакія втричі частіше зустрічається у людей з аутоімунним захворюванням щитоподібної залози, таким як тиреоїдит Хашимото та хвороба Грейвса.

Незрозуміло, чому така асоціація існує. Частково це може бути пов’язано з генетичним компонентом аутоімунних захворювань. Обидва стани також досить поширені. Целіакія також перешкоджає засвоєнню необхідних мінералів, таких як йод і селен, що може викликати дисфункцію щитоподібної залози.

Деякі дослідження показують, що дієта з низьким вмістом глютену може допомогти людям із хворобою Хашимото запобігти потенційним ускладненням і, можливо, навіть прогресуванню захворювання.

Перестати палити.

Сигаретний дим містить токсини, які можуть вплинути на роботу щитоподібної залози. Одним з них є тіоціанат. Ця сполука порушує поглинання йоду, що може блокувати вироблення гормонів щитоподібної залози.

Загалом, куріння може спричинити підвищення рівня гормону щитоподібної залози тироксину (Т4). Це також може викликати незначне зниження рівня тиреотропного гормону (ТТГ). ТТГ повідомляє щитоподібній залозі виробляти тиреоїдні гормони.

Дослідження показали, що у курців частіше розвивається хвороба Грейвса. Цей стан є основною причиною гіпертиреозу або гіперфункції щитоподібної залози.

Робити перевірку щитоподібної залози.

Перевірка щитоподібної залози є одним із способів виявити проблему щитоподібної залози. Цей простий тест може виявити грудки та набряки, якщо вони знаходяться близько до поверхні. Однак майте на увазі, що багато вузликів неможливо побачити або відчути. Якщо є інші симптоми, потрібно звернутися до лікаря.

Важливо відвідувати свого сімейного лікаря для регулярних оглядів.

Це особливо вірно, якщо є ризик розвитку захворювань щитоподібної залози. Обговорити зі своїм лікарем добавки з селеном. Селен є поживною речовиною, яка міститься в певних білках. Щитоподібна залоза має найвищу концентрацію селену в організмі дорослої людини. Можна допомогти запобігти захворюванням, переконавшись, що отримуєте достатню кількість цієї поживної речовини.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Найкраща профілактика захворювань щитоподібної залози – це здоровий спосіб життя, який повинен включати повноцінне харчування, вживання багатих на йод продуктів (обов'язковими є морепродукти, огірки, фініки, йодована сіль); уникнення стресових ситуацій; відмова від шкідливих звичок, які призводять до інтоксикації організму.

Такий підхід до організації повсякденного життя дозволить попередити безліч поширених на сьогодні захворювань, у тому числі і захворювання щитоподібної залози.

Замісна гормональна терапія не здатна повністю стабілізувати концентрацію ТГ. Їх рівень може продовжувати поступово знижуватися (підвищуватися) і при цьому, протягом доби, як і належить, піково змінюватися, але з набагато більш високими значеннями. Так що в будь-якому випадку не варто забувати 1 раз в 6 місяців відвідати ендокринолога і пройти амбулаторне обстеження, а при збільшенні зобу і/або при погіршенні самопочуття звернутися до лікаря раніше.

ЛІТЕРАТУРА

1. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination : a guide for programme managers. – 3rd ed., Geneva, World Health Organization, 2007. – 98 с.
2. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. ISBN 978 92 4 456387 8 (NLM classification: WA 105) © Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. – 62 с.
3. . The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire // Br. J. Addict. – 1991. – Vol. 86. – P. 1119-27.
4. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний щитовидной железы // Укр. мед. часопис. – 2012, 25 Квітня [електронна публікація] – www.umj.com.ua
5. Мельниченко Г.А., Мурашко Л.Е., Клименко Н.И., Малясова С.В. Заболевания щитовидной железы и беременность // http: // www.eurolab.ua/ encyclopedia/565/45050/
6. Скрининг и профилактика актуальных заболеваний: руководство для врачей / А.А. Стрельников, А.Г. Обрезан, Е.В. Шайдаков. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 535 с.
7. Чепелевська Л.А., Баторшина Г.І., Любінець О.В., Ніжинська О.О. Прогнозні оцінки смертності населення України // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 59-63.
8. Чернобровий В.М. Загальна практика – сімейна медицина: основи інформатики, доказова медицина, скринінг-діагностика, диспансеризація, телемедицина: посіб. для студентів-випускників, лікарів-інтернів, лікарів заг. практики сім. медицини / Чернобровий В.М. – Вінниця: [б. в.], 2011. – 83 с.: рис. – Бібліогр.: с. 46-48. – 200 экз. – ISBN 978-617-662-010-5.
9. Кривенко В.І., Федорова О.П., Пахомова С.П. та ін. Профілактичні підходи в практиці лікуарів "ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ": Тандем. Запоріжжя. 2017 р.
10. О.О.Чукур «Динаміка захворюванності і поширенності щитоподібної залози серед дорослого населення України, ТДМУ, м. Тернопіль, 2018 р.

REFERENCES

1. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination : a guide for programme managers. – 3rd ed., Geneva, World Health Organization, 2007. – 98 s.
2. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. ISBN 978 92 4 456387 8 (NLM classification: WA 105) © Vsemyrnaia orhanyzatsyia zdravookhranenyia, 2015 h. – 62 s.
3. . The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire // Br. J. Addict. – 1991. – Vol. 86. – P. 1119-27.

4. Dyahnostyka, lechenye y profylaktyka zabolevanyi shchytovydnoi zhelezы // Ukr. med. chasopys. – 2012, 25 Kvitnia [elektronna publikatsiia] – www.umj.com.ua

5. Melnychenko H.A., Murashko L.E., Klymenko N.Y., Maliasova S.V. Zabolevanyia shchytovydnoi zhelezы y beremennost // http: // www.eurolab.ua/ encyclopedia/565/45050/

6. Skrynynh y profylaktyka aktualnыkh zabolevanyi: rukovodstvo dlia vrachei / A.A. Strelnykov, A.H. Obrezan, E.V. Shaidakov. – SPb.: SpetsLyt, 2012. – 535 s.

7. Chepelevska L.A., Batorshyna H.I., Liubinets O.V., Nizhynska O.O. Prohnozni otsinky smertnosti naselennia Ukrainy // Ukraina. Zdorovia natsii. – 2007. – № 1. – S. 59-63.

8. Chernobrovyi V.M. Zahalna praktyka – simeina medytsyna: osnovy informatyky, dokazova medytsyna, skryninh-diahnostyka, dyspanseryzatsiia, telemedytsyna: posib. dlia studentiv-vypusknykiv, likariv-interniv, likariv zah. praktyky sim. medytsyny / Chernobrovyi V.M. – Vinnytsia: [b. v.], 2011. – 83 s.: rys. – Bibliohr.: s. 46-48. – 200 эkz. – ISBN 978-617-662-010-5.

9. Kryvenko V.I., Fedorova O.P., Pakhomova S.P. ta in. Profilaktychni pidkhody v praktytsi likuariv “ZAHALNOI PRAKTYKY – SIMEINOI MEDYTsYNY”: Tandem. Zaporizhzhia. 2017 r.

10. O.O.Chukur «Dynamika zakhvoriuvannosti i poshyrennosti shchytopodibnoi zalozy sered dorosloho naselennia Ukrainy, TDMU, m. Ternopil, 2018 r.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Табачук Л.П., Опрелянська Г.Г., Шаня Н.С., Бондарчук Н.Б.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, Україна

Анотація *За даними Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) серед ендокринних порушень, захворювання щитоподібної залози посідають друге місце після цукрового діабету. Більшість захворювань щитовидної залози виліковні. При цьому захворювання щитовидної залози (зокрема ендемічний зоб), які викликані дефіцитом йоду, можна попередити.*

Ключові слова: *Епідемічний зоб, пілатес, кардіонавантаження, аутогенне тренування, L -тироксин, цемакія, глютен.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 796.012.6:[378.042:612.824.3]

ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ НА РОЗУМОВІ ЗДІБНОСТІ СТУДЕНТІВ

Шищук Л.М., Ігнат'єв В.В., Петрук Ю.М., Шоханов О.С
Житомирський медичний інститутЖитомирської обласної ради

EFFECTS OF EXERCISE ON STUDENTS' MENTAL ABILITIES

Shyshchuk L.M., Ignatev V.V., Petruk Yu.M., Shokhanov O.S.
Zhytomyr Medical Institute Of Zhitomir Regional Council

Abstract:*In the process of studying at a higher educational institution, students go through many difficulties: a sedentary lifestyle, fatigue,constant mental activity, lack of time for physical activity, burnout, bad habits. A real helper in such a situation is the Physical culture and sports taught in higher educational institutions on a mandatory basis. Why students need sports, and how they affect mental activity is the subject of this work.*

Keywords: *exercise stress; mental load; performance; exercises; student*

Актуальність проблеми: Навчальний процес має на увазі засвоєння складного наукового матеріалу, що дається просто далеко не кожному студенту. Відомо, що навчальна діяльність студентів складає близько 36 академічних годин, за винятком занять з фізичної культури, увесь цей час студенти проводять в сидячому положенні за партами. Як наслідок це приводить до проблем зі здоров'ям, перевтоми, вигоряння. Фізична культура та спорт є обов'язковим предметом у навчальній програмі майже кожного вищого навчального закладу. Крім впливу на фізичний стан студентів існує і вплив на розумові здібності, які не так очевидні, як перше.

Актуальність роботи полягає в тому, що багато студентів до кінця не розуміють для чого саме потрібна їм фізична культура, не тільки в рамках навчальної дисципліни, а й загалом.

Мета дослідження: дослідити вплив фізичних навантажень на якість розумової діяльності студентів вищих навчальних закладів.

Завдання дослідження:

Для досягнення мети було поставлено такі завдання:

- Вивчення теоретичних аспектів фізичної культури.
- Проведення аналізу наявних досліджень у цій галузі.
- Вивчення впливу фізичних навантажень на розумові процеси.

Наукова новизна та унікальність: проведено аналіз проблеми формування фізичної культури особистості студентів у контексті відсутності достатнього рівня знань про вплив спортивної діяльності на мозкову активність серед студентів.

Кожен навчальний заклад постійно підвищує якість своїх освітніх програм для того, щоб підготувати фахівців, які реалізовуватимуть свою діяльність найефективніше. До таких освітніх програм відноситься і фізична культура, оскільки для кожної людини необхідно поєднувати розумову та фізичну активність. Розумові здібності студентів, безсумнівно, розвиваються в процесі відвідування багатьох навчальних дисциплін, а фізичні здібності які задіянні тільки під час занять з фізичної культури. Студентська діяльність насамперед пов'язана з «сидячим» способом життя, малою руховою активністю, поганим харчуванням, часом шкідливими звичками та іноді психологічним вигорянням. Тому необхідно правильно та раціонально організовувати навчальну працю студентів.

З розвитком науково-технічного прогресу скоротилася необхідність людини використовувати фізичні здібності у процесі життя та трудової діяльності. «В Україні, як у будь-якому сучасному суспільстві, гостро постає проблема скорочення рухової активності молоді. Телефони, планшети, комп'ютери, онлайн заняття та інша техніка допомагають замінити фізичну працю на розумову, що вже доведено, знижує працездатність організму кожного індивідуума. Отже, необхідність занять фізичною культурою неухильно зростає» [1].

Результати дослідження і їх обговорення. Дослідження показують, що сумарна рухова активність студентів у період навчальних занять становить 57-66%, а під час іспитів ще менше - 38-47% від рівня, коли студенти на канікулах. Саме рівень фізичного навантаження під час канікул відбиває природну потребу молодих людей у рухах. При виконанні діяльності, яка не потребує фізичних зусиль або координованих рухів, спостерігається перенапруга м'язів обличчя, шиї та плечей. Згодом організм звикає до такої напруги, накопичує його і починає процеси гальмування внутрішніх функцій. Такі процеси можна зупинити активними фізичними вправами. Чим вище розумове навантаження, тим сильніша розумова втома. Скористайтеся наявними дослідженнями у цій сфері, щоб проілюструвати залежність між ступенем перевтоми від регулярності фізичної активності. Дослідження, проведене у ЖІМ вчителями фізичної культури, підтверджуємо, що чим частіше студент займається фізичною культурою, за власним бажанням, або в рамках навчальної дисципліни, тим повільніше у нього настає стан втоми і тим рідше виникає перевтома як таке. Крім того, спортивна діяльність позитивно впливає на фізичний стан тіла. Під час тренувань м'язи вимагають великих витрат енергії та організм змушений спалювати більше жирових клітин та калорій, що призводить до підтримки гарної якості тіла та схуднення. При активному фізичному навантаженні збільшується якість вироблення стовбурових клітин, які сприяють оновленню всього організму, так і тканин мозку.

Позитивний вплив відзначається і функції пам'яті. Експерименти показують, що якщо групу людей розділити на дві підгрупи, одна з яких запам'ятовуватиме певну інформацію з перервами на фізичні вправи, а інша підгрупа з перервами на відпочинок, то підгрупа з фізичним навантаженням показує вищі результати. Такі результати можна пояснити тим, що при фізичних навантаженнях збільшується частота серцевих скорочень, що призводить до збільшення об'єму крові, яка попрямує не тільки до м'язів, а й у мозок. Рівень концентрації також зростає із збільшенням частоти фізичної активності. Спорт змінює тіло не лише зовні, а й внутрішньо. Серцево-судинна та дихальна системи організму забезпечують кровообіг та насичення крові киснем. Ці системи "зміцнюються" під час фізичної активності, що необхідно і для розумової діяльності, оскільки мозку потрібно в кілька разів більше кисню, ніж серцю або м'язам.

Висновок: Існує паралель: що вищий рівень фізичної підготовки – то вища інтелектуальна працездатність. Тому, якщо студент немає можливості виконувати повноцінні тренування, можна ввести у свій спосіб життя активний відпочинок чи «мали форми» фізичної культури, до яких прийнято відносити ранкову гімнастику, зарядку, загартовування, фізкультурну паузу.

Можна підбити підсумки:

1) Регулярні заняття фізичними навантаженнями сприяють формуванню стійкості організму до різного виду навантажень: психологічним, інтелектуальним;

2) Навіть мінімальна кількість фізичних навантажень позитивно впливає на внутрішні процеси та поступово виробляє потребу у збільшенні активності;

3) Студент може отримати необхідні навантаження як під час передбачених занять з фізичної культури, так і в позанавчальний час.

ЛІТЕРАТУРА

1. Копилова Н.Є. Особливості фізичного виховання студентів у суспільстві/ Н.Е. Копилова, Т.В. Буянова //Internation innovation research: матеріали VI міжнар. наук.- практ. конф./Під загальною редакцією Г.Ю.Гуляєва – Пенза: МЦНС «Наука та Просвітництво».- 2017.- с.309-311.

2. Бочкарьова С.І. Сучасний стан та проблеми розвитку фізичної культури у вузі / С.І. Бочкарьова, Т.П. Висоцька, А.Г. Ростеванов// Вісник Російського економічного Університету ім. Г.В. Плеханова. – 2017. – №4(94). - С. 42-47

3. Джин Лоренс. Тренуй свій мозок [Електронний ресурс]/Д. Лоренс. – 2000. – Режим доступу: http://www.webmd.com/fitness-exercise/train-your-brain-with-exercise (дата звернення: 19.04.2022).

REFERENCTS

1. Kopylova N.E. Peculiarities of physical education of students in society/ N.E. Kopylova, T.V. Buyanova //International innovation research: materials of the VI international science - practice conf./Under the general editorship of G.Yu. Gulyaev - Penza: MCNS "Science and Enlightenment". - 2017. - c.309-311.

2. Bochkaryova S.I. Current state and problems of the development of physical culture in the university / S.I. Bochkaryova, T.P. Vysotska, A.G. Rostevanov// Bulletin of the Russian Economic University named after G.V. Plekhanov. – 2017. – No. 4(94). - P. 42-47

3. Gene Lawrence. Train your brain [Electronic resource]/D. Lawrence. – 2000. – Access mode: http://www.webmd.com/fitness-exercise/train-your-brain-with-exercise (access date: 04/19/2022).

ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ НА РОЗУМОВІ ЗДІБНОСТІ СТУДЕНТІВ

Шищук Л.М.,Ігнатьевв В.В.,Петрук Ю.М.,Шоханов О.С

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Анотація: *У процесі навчання у вищому навчальному закладі студенти проходять через безліч труднощів: сидячий спосіб життя, вигоряння, стомлюваність, постійна розумова діяльність, нестача часу на фізичну активність, шкідливі звички. Справжнім помічником у такій ситуації виступає Фізична культура та спорт, що викладається у вищих навчальних закладах на обов'язковій основі. Навіщо заняття спортом необхідні студентам, як вони впливають на розумову активність - предмет дослідження даної роботи.*

Ключові слова: *фізичне навантаження; розумове навантаження; працездатність; вправи; студент*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 616-083-053.2(477.42)

ДОПОМІЖНИ ЗАСОБИ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИМИ СЕСТРАМИ ДЛЯ ЗАСПОКОЄННЯ ДІТЕЙ-ПАЦІЄНТІВ У МАНІПУЛЯЦІЙНИХ КАБІНЕТАХ

Юрченко М. В.
Житомирський медичний інститут ЖОР

AUXILIARY TOOLS AND POSSIBILITIES OF THEIR APPLICATION BY NURSES TO SATISFY CHILD PATIENTS IN MANIPULATION CABINETS

M. V. Yurchenko
Zhytomyr Medical Institute of Zhor

Abstarct: *the article considers the issue of the availability of aids to soothe children in the manipulation rooms of the Zhytomyr Regional Children's Clinical Hospital, namely: intensive care unit and intensive care unit, children's infectious diseases department, surgical department, orthopedics, pediatrics 1,2,3, traumatology, oncology department. A survey was conducted among nurses of the Zhytomyr Regional Children's Clinical Hospital, with the help of which the level of equipping the hospital's manipulation rooms with aids and the possibility of their use by nurses was studied; identified psychological and supportive methods used by nurses to establish contact with the child patient (conversations, singing, games, toys, pictures, gadgets); the influence of psychological components of nurses on the condition of child patients during manipulations is considered; the influence of the presence of parents on the psychological and emotional state of children-patients during treatment has been studied; the relationship between the personal psychological qualities of nurses and the availability of additional tools to soothe child patients in the manipulation rooms and the ability of nurses to apply these tools in practice. Based on the survey, it was concluded that modern nurses prefer to use aids and methods to build trust between them and children - patients. The problem of many departments of the Zhytomyr Regional Children's Clinical Hospital is the lack of tools that can direct the child's attention from unpleasant sensations during manipulations (toys, pictures, gadgets). The study found that the use of aids helps to alleviate the feelings of children in manipulations, in addition, not to mention the impact of nurses, who must show empathy for such patients and be able to use these tools.*

Актуальність теми зумовлена тим, що професія медичної сестри відіграє важливу роль у сфері охорони здоров'я. В її обов'язки входить багато функцій, таких як: виконання призначених лікарем процедур, проведення нескладних медичних маніпуляцій, догляд за пацієнтами, спілкування з пацієнтами, ведення обліково-звітної документації та багато іншого [7].

Знизити негативний вплив захворювання на психічний розвиток дитини можливо за рахунок психологічної підтримки маленького пацієнта, формування успішної адаптації до нових умов життя та налагодження контакту з працівниками відділення [5].

Для встановлення довіри дитини під час медичних маніпуляцій медичним працівником, за порадами Касевич Н.М., необхідно дружньо усміхатися під час бесіди, сидіти поруч з дитиною на одному рівні. Для пояснення ситуації використовувати прості, зрозумілі їй фрази, не перевантажуючи інформацією. Перераховані поради є актуальними у спілкуванні з дітьми, адже вони активно впливають на встановлення контакту та налаштування дитини на перебування у

відділенні лікувально-профілактичного закладу [3].

Ця тема є актуальною також для медичних сестер, які у зв'язку зі своєю необізнаністю, малим досвідом роботи чи типом свого темпераменту не можуть знайти спільну мову з дітьми.

Мета: оцінити застосування медичними сестрами у маніпуляційних кабінетах психологічних та допоміжних засобів для заспокоєння дітей-пацієнтів

Матеріали та методи. Для проведення дослідження використовувалася анкета, створена на основі проблематики дослідження. Під час опитування був присутній анкетер, який напряму спілкувався з медичними сестрами та уточняв питання, які були незрозумілі опитуваним.

Анкетування проводилося серед медичних сестер Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні. Було опитано 40 медичних сестер та проаналізовано 40 анкет. Вік медичних сестер від 19 до 57 років.

Результати та обговорення.

Щоб зрозуміти стиль роботи медичних сестер з дітьми-пацієнтами було розглянуто засоби для встановлення довіри між медичним працівником та дитиною-пацієнтом, які на думку медичних сестер є важливим.

Як свідчать статистичні дані (рис. 1), саме відношення до дитини, на думку медичних працівників є найважливішим – 29 осіб (72,5%); професіоналізм медичного працівника важливим вважають 28 осіб (70,0%); 21 особа (52,5%) встановлює контакт з дітьми-пацієнтами через необхідність виконання своїх обов'язків [2].

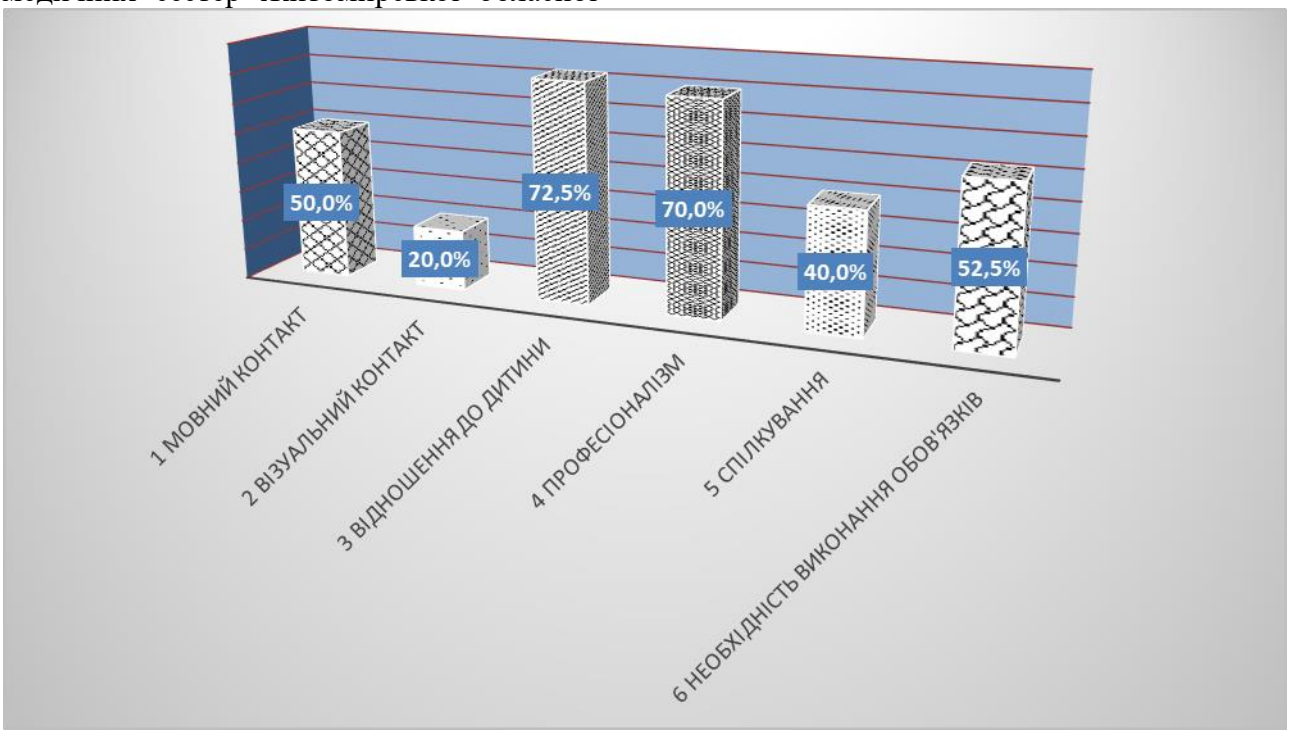


Рис. 1. Засоби у встановленні довіри між медичним працівником та дитиною-пацієнтом

Починаючи дане дослідження, було цікаво, чи використовують медичні сестри у своїй роботі з дітьми заохочувальні та психологічні методи.

Можна побачити що 26,0% використовують, а саме іграшки, гаджети, розмови; 61,0% - не використовують; не розуміють навіщо це – 13,0% (рис. 2.).

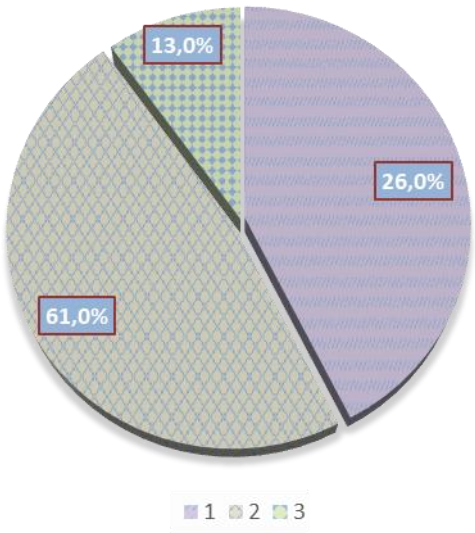


Рис. 2. Використання медичними сестрами педіатричних відділень заохочувальних та психологічних методів до дітей

Нажаль, досить великий відсоток (61,0%) медичних сестер не використовує у своїй практиці роботи з дітьми заохочувальні та психологічні методи. Але все ж таки 26,0 % медичних сестер такі методи використовують.

Спілкуючись з медсестрами було встановлено, що у деяких із них є особисті методи для того, щоб викликати довіру у дитини-пацієнта:

- 24,0% використовують у спілкуванні з дітьми посмішку, цукерки (якщо дозволяє стан дитини), розповідають різні історії та секрети;
- не використовують ніяких методів – 29,0%;
- працюють виключно за протоколами – 47,0%.

Щоб полегшити неприємні відчуття при медсестринських втручаннях Королівська дитяча лікарня Мельбурн рекомендує різні підходи для відволікання уваги залежно від віку та стадії розвитку дитини, такі як: грудне вигодовування для немовлят, гра з фактурними іграшками для малюків, видування бульбашок для дітей дошкільного віку, використання iPad для дітей шкільного віку та розмов про школу чи захоплення у підлітків. Всі вони довели свою ефективність під час дослідження встановлення довірчого двостороннього зв'язку медичної сестри та дитини-пацієнта [4].

Якщо подивитися зі сторони медичної дисципліни, то такі показники є досить хорошими, адже дії медичних сестер мають бути виключно за протоколами. Але маленькі пацієнти мають досить ніжну психіку і робота з ними має бути також ніжною і особливою.

Основною проблемою дослідження є питання про наявність засобів для встановлення контакту з дітьми та їх заспокоєння при маніпуляціях у відділеннях лікувально-профілактичного закладу.

Встановлено що 37,0% відділень лікарні мають засоби, які можуть відволікти дитину від неприємних відчуттів під час маніпуляції. В основному використовують таке: іграшки, картинки, розмальовки, телевізор з дисководом для мультиків, плакати, книги (інформацію взято зі додаткових усних запитань опитуваним медичним сестрам). У всіх інших відділеннях (63,0%) такі засоби відсутні.

Також ми зупинили свою увагу на тому, чи дають медичні сестри можливість батькам при маніпуляціях взаємодіяти із дітьми для покращення їхнього емоційного стану, так як батьки мають кращий вплив на свою дитину та її емоційний стан ніж

будь хто інший. Результати є досить позитивними, адже 17 (42,5%) із 40 медичних сестер активно співпрацюють з батьками маленьких пацієнтів та 18 (45,0%) – якщо для цього є необхідність та можливість (рис. 3) [1].

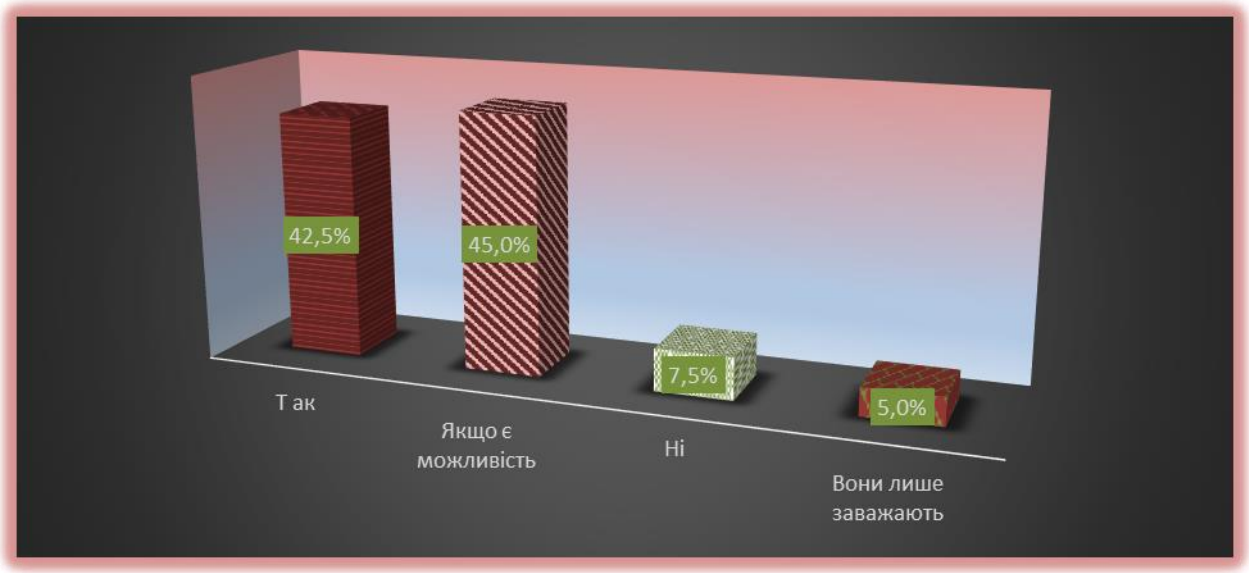


Рис. 3. Співпраця медичних сестер з батьками педіатричних пацієнтів під час маніпуляцій

Але батьки хочуть мати вплив не лише на дитину, а і на медичних працівників відділення, цим самим уповільнюють процес організації роботи. В такому випадку Бронікова С.А. надає практики комунікативної культури для медичних закладів, які дають змогу медичному працівнику вірно обрати техніку спілкування з різним типом пацієнтів та їх родичів, правильно вийти з тривалої бесіди та налагодити комунікацію з негативно налаштованими до лікування батьками дітей-пацієнтів [6].

Для подальших досліджень цієї проблематики та можливості скласти методичні рекомендації було висвітлено ще одне питання, пов'язане з медичними сестрами, а саме, чого не вистачає їм у відділенні для покращення роботи та встановлення нормальної взаємодії з дітьми-пацієнтами, на що відповіді були такі:

– не вистачає іграшок;
– мала заробітна плата;
– мала повага до медичного персоналу зі сторони батьків;
– недостатні умови праці (старий інвентар, відсутність потрібних матеріалів та приладів);
– навантаження на медичних сестер (або збільшити к-ть медичних сестер, або зменшити к-ть хворих у відділенні).

Висновки

1. Відношення медичних сестер до дітей – пацієнтів займає важливе місце у встановленні контакту між ними. Сучасні медичні сестри надають превагу використанню допоміжних засобів та методів для встановлення довіри між ними та дітьми – пацієнтами.

2. Використання власних психологічних методів допомагає знеболити відчуття при маніпуляціях та викликає бажання дитини знаходитися у відділеннях. За для кращої співпраці медичних сестер з маленькими пацієнтами, рекомендується у своїй практиці використовувати різні методи комунікації (мова, міміка, жестикуляція), заохочення та психологічної підтримки.

3. Під час маніпуляцій, поряд з дітьми-пацієнтами повинні бути батьки (якщо це можливо) для легкого

встановлення довіри, для кращого емоційного стану дитини та зменшення больових відчуттів під час процедури. Великою проблемою багатьох педіатричних відділень є відсутність засобів, які можуть відволікти дитину від неприємних відчуттів під час маніпуляцій (іграшки, картинки, гаджети).

Перспективи подальших досліджень. Перспективами подальшого дослідження є більш детальне вивчення проблематики наявності допоміжних засобів для заспокоєння дітей-пацієнтів у маніпуляційних кабінетах, можливості їх застосування медичними сестрами Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні та розробка методичних рекомендацій для поліпшення взаємодії медичних сестер з дітьми пацієнтами під час маніпуляцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я»: матеріали II міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Ужгород-Житомир, 24-25 листопада 2021 р.) Ужгород: ФОП Сабов А.М., 2021. 143 с – 128 с.
2. Вища освіта та практика в медсестринстві: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Житомир, 21 жовтня 2021 р./ за ред. В.Й. Шатила. – Житомир: ФОП Худяков О.В., 2021. – 230 с. – 94 с.
3. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: навч. посібник для студ. вищ. мед. навч. закл. I-III рівнів акредитації. – К. : Медицина, 2013.
4. Королівська дитяча лікарня Мельбурн 2016, 4.5.2 Психологічні втручання: Процедурна боротьба з болем, RCHM, Мельбурн, Вікторія, Австралія, переглянутий 11 липня 2016 року Вилучено із https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/PPM 4.5.2 psychological.pdf.
5. Кулеша-Любінець М.М. Психологічний супровід перебування дитини у лікувально-профілактичному закладі : методичні рекомендації / М. М. Кулеша-Любінець. – Івано Франківськ: Видавець Кушнір Г. М., 2015. – 72 с.
6. Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід, 2020 Вилучено із https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/практики-комунікативної-культури-в-медичному-закладі-пацієнт-центрований-підхід.
7. Електронний ресурс: https://studfile.net/preview/1902559/page:8/

REFERENCES

1. Aktualni pytannia pidhotovky ta naukovoi diialnosti mahistriv haluzi znan «Okhorona zdorovia»: materialy II mizhvuzivskoi naukovo-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu (Uzhhorod-Zhytomyr, 24-25 lystopada 2021 r.) Uzhhorod: FOP Sabov A.M., 2021. 143 s – 128 s.
2. Vyshcha osvita ta praktyka v medsestrynstvi: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu, Zhytomyr, 21 zhovtnia 2021 r./ za red. V.I. Shatyla. – Zhytomyr: FOP Khudiakov O.V., 2021. – 230 s. – 94 s.
3. Kasevych N.M. Medsestrynska etyka i deontolohiia: navch. posibnyk dlia stud. vyshch. med. navch. zakl. I-III rivniv akredytatsii. – K. : Medytsyna, 2013.
4. Korolivska dytiacha likarnia Melburn 2016, 4.5.2 Psykholohichni vtruchannia: Protsedurna borotba z bolem, RCHM, Melburn, Viktoriia, Avstraliia, perehlianutyi 11 lypnia 2016 roku Vylucheno iz https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/PPM 4.5.2 psychological.pdf.
5. Kulesha-Liubinets M.M. Psykholohichnyi suprovid perebuvannia dytyny u likuvalno-profilaktychnomu zakladi : metodychni rekomendatsii / M. M. Kulesha-Liubinets. – Ivano Frankivsk: Vydavets Kushnir H. M., 2015. – 72 s.

6. Praktyky komunikatyvnoi kultury v medychnomu zakladi. Patsiient-tsentrovanyi pidkhid, 2020 Vylucheno iz https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/praktyky-komunikatyvnoi-kultury-v-medychnomu-zakladi-patsiient-tsentrovanyi-pidkhid.
7. Elektronnyi resurs: https://studfile.net/preview/1902559/page:8/

ДОПОМІЖНИ ЗАСОБИ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИМИ СЕСТРАМИ ДЛЯ ЗАСПОКОЄННЯ ДІТЕЙ-ПАЦІЄНТІВ У МАНІПУЛЯЦІЙНИХ КАБІНЕТАХ

Юрченко М. В.
Житомирський медичний інститут ЖОР

Анотація: *в статті розглядається проблематика наявності допоміжних засобів для заспокоєння дітей-пацієнтів у маніпуляційних кабінетах відділень Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні , а саме: відділення інтенсивної терапії та реанімації, дитяче інфекційне відділення, хірургічне відділення, ортопедія, педіатрія 1,2,3, травматологія, онкологічне відділення. Проведено опитування серед медичних сестер Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні, за допомогою якого досліджено рівень оснащення допоміжними засобами маніпуляційних кабінетів лікарні та можливості їх застосування медичними сестрами; визначено психологічні та допоміжні методи, які застосовують медичні сестри для встановлення контакту з дитиною-пацієнтом (розмови, співи, ігри, іграшки, картинки, гаджети); розглянуто вплив психологічних складових медичних сестер на стан дітей-пацієнтів під час маніпуляцій; досліджено вплив присутності батьків на психологічний та емоційний стан дітей-пацієнтів під час проведення лікування; встановлено взаємозв'язок особистих психологічних якостей медичних сестер із наявністю додаткових засобів для заспокоєння дітей-пацієнтів у маніпуляційних кабінетах та умінням медичних сестер застосовувати ці засоби на практиці. На основі опитування зроблено висновки, що сучасні медичні сестри надають превагу використанню допоміжних засобів та методів для налагодження довіри між ними та дітьми – пацієнтами. Проблемою багатьох відділень Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні є відсутність засобів, які можуть скерувати увагу дитини-пацієнта від неприємних відчуттів під час маніпуляцій (іграшки, картинки, гаджети). При проведенні дослідження вдалося виявити, що використання допоміжних засобів допомагає знеболити відчуття дітям-пацієнтам при маніпуляціях, крім того, не аби який вплив мають і медичні сестри, які повинні проявляти емпатію до таких пацієнтів та уміти використовувати ці засоби.*

Ключові слова: *медичні сестри, діти-пацієнти, медичні маніпуляції, заохочувальні методи, психологічні методи.*

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;
- Анотацію статті англійською мовою.

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 – ***conference.zhmi@gmail.com***;
3. Анотації статі українською 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