

Міністерство охорони здоров'я України  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

# **МЕДСЕСТРИНСТВО**

**УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ**

Ministry of Public Health of Ukraine  
SHEI «Ternopil State Medical University  
named after I. Ya. Horbachevsky  
of MPH of Ukraine»

# **NURSING**

**UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL**

**1/2014**

# МЕДСЕСТРИНСТВО

---

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

### Головний редактор

Чернишенко Т. І.

### Заступник головного редактора

Ковальчук Л. Я.

### Заступник головного редактора

Ястремська С. О.

Білик Л. С.

Брянцев О. М.

Галіяш Н. Б. – відповідальний редактор

Господарський І. Я.

Губенко І. Я.

Мазур П. Є.

Марценюк В. П.

Мисула І. Р.

Панченко М. С.

Креховська-Лепявко О. М. – відповідальний секретар

Швидкий О. В.

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

Жиліна Г. Є. (Київ)

Івашко Г. М. (Київ)

Красножон Л. М. (Київ)

Мамікіна Л. С. (АР Крим)

Пірогова В. І. (Львів)

Сабадишин Р. О. (Рівне)

Угарьова З. С. (Донецьк)

Шатило В. Й. (Житомир)

Шегедин М. Б. (Львів)

Свідоцтво про державну реєстрацію

КВ № 11751-622Р від 15.09.06 р.

## АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал «Медсестринство»

ТДМУ імені І. Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1

м. Тернопіль, 46001

УКРАЇНА

Тел.: (0352) 43-49-56

Факс: (0352) 52-80-09

<http://www.tdmu.edu.te.ua>

Затверджено вченою радою  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний  
університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»

(протокол № 11 від 25.02.2014 р.)

© ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

© Науково-практичний журнал «Медсестринство»

---

Редагування і коректура

Технічний редактор

Комп'ютерне верстання

Оформлення обкладинки

Пньова Ю. М.

Демчишин С. Т.

Петрикович І. Т.

Кушик П. С.

Підп. до друку 26.02.2014. Формат 60x84/8.

Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. № 1

Ум. друк. арк. 9,07. Обл.-вид. арк. 8,00

Тираж 600. Зам. № 125

Видавець і виготівник

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний  
університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

---

## ЗМІСТ

- Л. С. Бабінець, Н. М. Панасюк*  
Методики прийомів масажу і самомасажу при нейроциркуляторній дистонії у медсестринській практиці
- Б. А. Локай, Н. І. Рега*  
Аналіз ризику розвитку синдрому «емоційного вигорання» у медичних сестер гематологічного відділення комунального закладу Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська лікарня»
- Т. Я. Тимощук, Л. А. Грищук*  
Дієтичне харчування при туберкульозі
- Х. І. Козак, М. І. Марущак, О. В. Денефіль*  
Основні причини надлишкової маси тіла серед населення Тернопільської області
- О. Є. Качанов, О. М. Олещук*  
Застосування лікувального масажу з використанням ефірних олій у пацієнтів з алопецією
- А. В. Парфеній*  
Особливості роботи медичної сестри з ВІЛ-інфікованими хворими та хворими на СНІД
- О. І. Тараненко, М. І. Марущак, І. Я. Криницька*  
Рівень знань медичного персоналу щодо проблем профілактики госпітальних пневмоній
- О. Г. Боровик, І. М. Білоконь*  
Передай милосердя по колу
- І. М. Мельничук, М. І. Сопіжак*  
Нормативно-правове забезпечення національної політики щодо формування здорового способу життя
- С. В. Казюта*  
Використання комбінованих стерилізаційних упаковок у стоматології
- Н. М. Волошина, Т. Г. Бакалюк*  
Основні аспекти роботи медичної сестри фізіотерапевтичного відділення в сучасних умовах

## CONTENTS

- 5** *L. S. Babinets, N. M. Panasiuk*  
Methods of massage and self-massage techniques with neurocirculatory dystonia in nursing practice
- 9** *B. A. Lokay, N. I. Reha*  
Analysis of risk of «emotional burnout» syndrome development in nurses, who work in the Hematological Department of Municipal Institution of Ternopil Regional Council «Ternopil University Hospital»
- 13** *T. Ya. Tymoshchuk, L. A. Hryshchuk*  
Dietary nutrition in tuberculosis
- 17** *Kh. I. Kozak, M. I. Marushchak, O. V. Denefil*  
Main causes of overweight in the population of Ternopil region
- 22** *O. Ye. Kachanov, O. M. Oleshchuk*  
Using of therapeutic massage with essential oils in patients with alopecia
- 25** *A. V. Parfeniy*  
Features of work of the medical sister with HIV-infected patients and with AIDS patients
- 28** *O. I. Taranenko, M. I. Marushchak, I. Ya. Krynytska*  
Level of medical staff's knowledge on problems of hospital pneumonia prevention
- 34** *O. H. Borovyk, I. M. Bilokon*  
Pass the mercy around
- 37** *I. M. Melnychuk, M. I. Sapizhak*  
Regulatory support of national policy on healthy lifestyle forming
- 42** *S. V. Kazyuta*  
Use kraft packages in dental surgery
- 45** *N. M. Voloshyna, T. H. Bakalyuk*  
Main aspects of work of the nurse of the physiotherapy department in modern conditions

- Л. М. Нечеглод*  
Санітарний стан Харкова в XIX – на початку XX століття як визначальний чинник впливу на здоров'я мешканців міста
- В. В. Сівков, Р. А. Ткач, А. В. Качор*  
Методика вибору контактної пов'язки для лікування трофічних виразок нижніх кінцівок венозної етіології
- Д. А. Пасечник, М. І. Марущак, І. Я. Криницька*  
Особливості перебігу позалікарняних пневмоній
- О. В. Бугрименко*  
Основні принципи реабілітації дітей із захворюваннями шлунково-кишкового тракту
- Г. В. Петрик, С. В. Гнат*  
Морфофункціональні зміни щитоподібної залози у жінок репродуктивного віку в йододефіцитному регіоні
- С. О. Бондарь, О. Б. Варава*  
Роль і місце компетенцій з паліативної та хоспісної допомоги у фаховій підготовці медичних сестер
- Н. І. Мураль, О. І. Зарудна, О. П. Абухажар*  
Синдром хронічної втоми у хворих ревматологічного профілю
- Н. А. Мойсеєнко*  
Електронний реєстр пацієнтів у сучасній медичній практиці
- О. П. Савіцький*  
Психологічні аспекти трудової міграції
- Л. М. Лиха*  
Професійні цінності як структурний компонент психологічної готовності майбутніх медичних сестер до професійної діяльності
- 48** *L. M. Nechehlod*  
Sanitary condition of Kharkiv in the XIX – early XX century as determinants impact on the health of city residents
- 51** *V. V. Sivkov, R. A. Tkach, A. V. Kachor*  
Methods of selecting a contact bandage for treating venous ulcers of the lower limbs venous etiology
- 54** *D. A. Pasechnyk, M. I. Marushchak, I. Ya. Krynytska*  
Peculiarities of course of community-acquired pneumonia
- 58** *O. V. Buhrymenko*  
Main principles of rehabilitation of children with gastrointestinal diseases
- 61** *H. V. Petryk, S. V. Hnat*  
Morphological and functional changes of thyroid body in iodine deficiency area in women of reproductive age
- 64** *S. O. Bondar, O. B. Varava*  
Role and place of palliative and hospice care competence in nurses' educational preparation
- 68** *N. I. Mural, O. I. Zarudna, O. P. Abukhazhar*  
Chronic fatigue syndrom in patients with rheumatic diseases
- 71** *N. A. Moiseyenko*  
Electronic registry of patients in modern medical practice
- 74** *O. P. Savitskyi*  
Psychological aspects of labour migration
- 76** *L. M. Lykha*  
Professional values as a structural component of psychological preparedness for future nurses to the specialization

## МЕТОДИКИ ПРИЙОМІВ МАСАЖУ І САМОМАСАЖУ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНІЙ ДИСТОНІЇ У МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Л. С. Бабінець, Н. М. Панасюк

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
ННІ медсестринства*

---

У даній статті розглянуто окремі методики прийомів масажу і самомасажу при нейроциркуляторній дистонії у медсестринській практиці.

---

## METHODS OF MASSAGE AND SELF-MASSAGE TECHNIQUES WITH NEUROCIRCULATORY DYSTONIA IN NURSING PRACTICE

L. S. Babinets, N. M. Panasiuk

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»  
Educational and Scientific Institute of Nursing*

---

This article reviews some methods of massage and self-massage techniques with neurocirculatory dystonia in nursing practice.

---

**Вступ.** Нейроциркуляторна дистонія (НЦД) є одним із найпоширеніших захворювань у терапевтичній практиці. Серед хворих терапевтичного й кардіологічного профілів, за даними різних авторів, ця патологія виявляється в 32–50 % випадків. Видужання або ж стійка ремісія при НЦД настає тільки у 30–35 % хворих, які отримують традиційне загальноприйняте лікування.

На сьогодні лікування НЦД є значною медичною та соціально-економічною проблемою: це зумовлено широкою розповсюдженістю, труднощами діагностики внаслідок поліморфізму клінічних симптомів, неможливістю радикального лікування.

Відомо, що застосування у більшості хворих з НЦД медикаментозних методів лікування недостатньо ефективне й має значну кількість побічних ефектів, тому особливу увагу привертає застосування немедикаментозних методів лікування. Лікування НЦД є складним і невирішеним завдан-

ням внаслідок відсутності ефективних методів, що дозволяють досягти одужання та довготривалого періоду клініко-лабораторної стабілізації. Актуальною проблемою залишається наукове обґрунтування застосування впливу лікувального масажу при НЦД на різних етапах лікування, особливо у практиці лікаря і медсестри загальної практики – сімейної медицини. Доведено, що масаж сприяє оздоровленню, підвищенню працездатності. Суть його полягає в нанесенні тканинам організму дозованих механічних впливів, при цьому не порушується цілісність шкірних покривів, та не виникає алергічних та інших несприятливих реакцій (як при медикаментозній терапії).

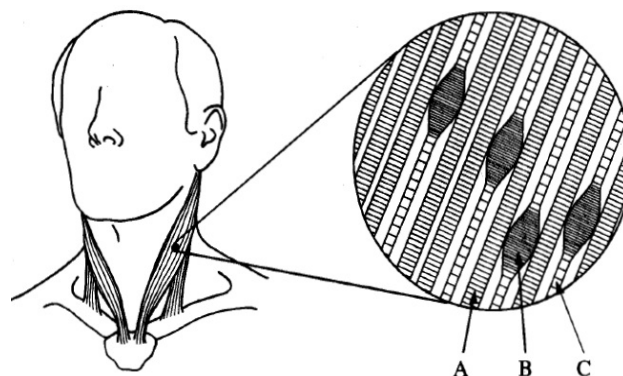
**Основна частина.** Більшість наших больових відчуттів і фізичне нездужання при НЦД насправді викликані «пусковими точками» – маленькими вузловими контрактурами в м'язах. Доведено, що вони викликають головний біль, біль в шиї і попереку, різні види суглобових болів. Під впливом

«пускових точок» виникають такі різноманітні стани, як: запаморочення, нудота, печія, помилковий серцевий біль, серцева аритмія. «Пускові точки» можуть відігравати роль у виникненні хронічної втоми і зниженні опірності організму інфекціям. І оскільки, вони викликають тривалий біль і втрату працездатності, з якими неможливо боротися, вони нерідко лежать в основі депресії. Отже, що таке «пускова точка»? Це точка, яку потрібно розглядати як вузлик посиленого напруження в м'язовій тканині. «Пускова точка» напружує м'яз і одночасно послаблює його, при цьому вона вкорочує м'язові волокна, частиною якої є. Ці тугі смужки м'язових волокон, у свою чергу, постійно напружують м'язові зв'язки, нерідко продукуючи больові симптоми в прилеглих суглобах [2]. Постійне напруження у волокнах самої «пускової точки» порушує кровообіг у найближчій ділянці тканини. В результаті там накопичуються побічні продукти метаболізму, що разом із нестачею кисню і поживних речовин, потрібних для метаболізму, створює умови для збереження «пускових точок» протягом декількох місяців або навіть років, якщо не втрутитися і не розірвати це коло (Ірвел і Сімон, 1999, 71–75). Складність в усуненні «пускових точок» полягає в тому, що вони зазвичай викликають біль у віддаленому місці. Більшість традиційних методів усунення болю засновані на припущенні, що причину болю потрібно шукати там, де ця біль виникає. Але «пускові точки» майже завжди продукують больові відчуття не там, де людина їх відчуває. Тому традиційні методи при лікуванні НЦД часто бувають неефективні, оскільки зусилля зосереджуються на тому місці, де біль відчувається, при цьому не усувається сама причина болю. Знеболювальні таблетки – дороге лікування вибору в наші дні – створюють враження деякого поліпшення, хоча насправді вони тільки маскують проблему. Тому при лікуванні НЦД необхідно застосувати систему самомасажу, спеціально направленою на «пускові точки». При цьому нерідко значне полегшення можна відчути буквально через кілька хвилин, а в більшості випадків проблем вдається усунути через 3–10 днів. Навіть тривалі хронічні стани вимагають всього шеститижневого масажу [3].

Самомасаж «пускових точок» працює завдяки трьом механізмам: він розриває хімічну і неврологічну петлю зворотного зв'язку, яка підтримує скорочення м'яза; він збільшує кровообіг до місця

скорочення тканини; він безпосередньо розпрямляє м'язові волокна, стягнуті «пусковою точкою» [1].

На рисунку 1 видно, що відстань між поперечними лініями збільшена, це свідчить про те, що м'язи знаходяться під впливом напруження у вузлі скорочення. Ці розтягнуті сегменти м'язового волокна і роблять тяж тугим і малорухожим, що викликає посилений біль.



**Рис. 1. Збільшене зображення «пускових точок» у м'язових волокнах, зроблене за допомогою електронної мікроскопії:**

- А – м'язове волокно в нормальному стані, не витягнуте, не скорочене;
- В – вузол у м'язовому волокні в стані постійного максимального скорочення, яке характеризує «пускову точку»;
- С – ділянка м'язового волокна, яка тягнеться від місця скорочення до місця прикріплення м'яза (в даному випадку до груднини).

Основними завданнями масажу і самомасажу при НЦД має стати: нормалізація функціонального стану центральної та периферійної нервової системи, психоемоційного статусу, поліпшення кровообігу, трофічних процесів в уражених ділянках, відновлення функціональної здатності нерво-м'язового апарату, зменшення вегетативних розладів, поліпшення сну, підвищення опірності організму, зменшення больового синдрому, що приведе до нормалізації загального стану організму в цілому.

Найбільший вплив і позитивний результат у хворих на НЦД відбувається при впливі на такі ділянки: шийно-потиличну і верхньогрудну, які охоплюють шкіру задньої шийної ділянки, починаючи від волосистої частини голови, ділянку надпліч, верхньої частини спини і передньої поверхні грудної клітки. Масаж цієї ділянки, так званої комірцевої зони має регулюючий вплив на найважливіші функції органів



і систем: покращує трофіку органів і тканин, обмінні процеси, теплорегуляцію [4].

План масажу передбачає масаж комірцевої зони, лобової, скроневої, потиличної ділянок, волосистої частини голови. Масаж потрібно проводити за щадною методикою. Можна використовувати точковий масаж ділянок переважної локалізації головного болю. При виникненні болю в ділянці серця – щадний масаж грудної клітки. При затерпанні рук, ніг – загальний масаж кінцівок. Масаж умовно можна поділити на два етапи. Перший етап включає обов'язковий масаж комірцевої зони та паравертебральних зон усього хребтового стовпа. Другий етап передбачає масаж ділянок з клінічною локалізацією захворювання: ділянки голови при церебральних порушеннях; кінцівок при затерпанні, болючості і їх слабкості; лівої половини грудної клітки при захопленні в процес кардіоваскулярної системи; ділянки проекції внутрішнього органа на поверхню тіла та самого внутрішнього органа (доступного для масажу) при вісцеральних розладах [4].

При ваготонії масаж проводиться за тонізуючою методикою з використанням прийомів поглажування, розтирання, розминання та переривчастої вібрації. Інтенсивність повинна відповідати індивідуальним особливостям хворого. При симпатикотонії процедура масажу проводиться за заспокійливою методикою: необхідно включати поверхневе поглажування, спокійне розтирання і розминання та використовувати безперервну вібрацію. Тривалість масажу залежить від першопричини виникнення вегетативних порушень та їх проявів.

Масаж повинен проводитися при такому положенні тіла, яке дозволяє максимально розслабити не тільки масажовані м'язи і суглоби, але й інші частини тіла. Перш ніж провести сеанс самомасажу, медсестрі необхідно ознайомити пацієнта з технікою прийомів, розповісти про їхню дію на шкіру, м'язи і нерви, а загалом на весь організм. Починають завжди з поглажування в повільному темпі, поступово прискорюючи рух рук. Завершують процедуру також поглажуванням. Самомасаж, як і масаж, буває загальним і місцевим. Загальний самомасаж має певний порядок впливу на різні ділянки тіла. Його завжди починають зі стоп, далі масажують голіжки і коліна, згодом переходять до стегон, сідничних м'язів, попереку, ділянки спини, потім до шиї і голови, і тільки після цього масажують

груди і живіт. Оптимальний час самомасажу коливається від 10 до 20 хвилин і залежить від індивідуальних особливостей пацієнта, його стану, самопочуття в момент процедури.

Сприятливий результат при симптомах НЦД має також точковий масаж, який потрібно проводити в комплексі з основним лікуванням, призначеним лікарем [5].

Точки 1, 6, 7 і 9 масажують протягом 30–60 с, використовуючи прийоми глибокого натискання і вібрації. При впливі на всі інші точки даної групи застосовують заспокійливий метод і прийом легкого натискання обертальними рухами за годинниковою стрілкою. Тривалість масажу кожної з цих точок становить 2–5 хв. Протягом 14 днів сеанси акупресури проводять щоденно; після 7-денної перерви відновлюють курс (рис. 2).

Точки 2–4 протягом 3–5 хв масажують заспокійливим методом за допомогою легкого натискання. На всі інші точки 2 групи впливають тонізуючим методом протягом 30–60 с, використовуючи прийоми глибокого натискання і вібрації (рис. 3).

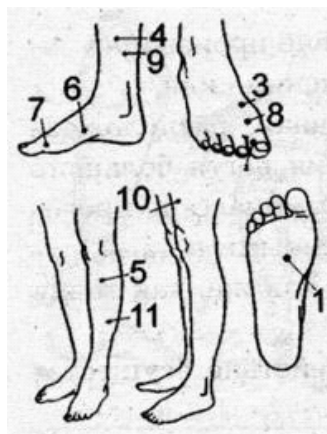


Рис. 2. Точки для масажу при НЦД. Група № 1.

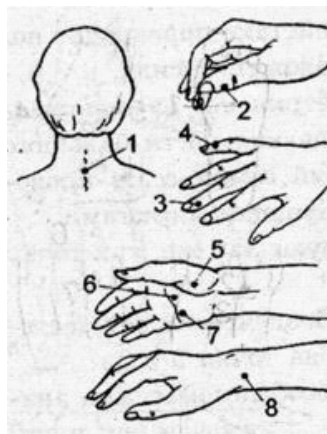


Рис. 3. Точки для масажу при НЦД. Група № 2.

**Висновки.** При застосуванні самомасажу в пацієнтів з НЦД спостерігався загальний вплив процедури на організм. Дослідження із застосування масажу дозволяють вважати його чинником, що сприяє оздоровленню та зміцненню організму, сприятливо діє на центральну нервову систему, гуморальні механізми регуляції функцій, нервово-м'язовий апарат, центральні та периферичні ланки кровообігу, шкіру та інші функціональні системи. Можна вважати, що успішне лікування масажем в поєднанні з лікувальною гімнастикою, різними фізіотерапевтичними про-

цедурами зумовлено складним і різнобічним як місцевим, так і загальним впливом цих методів лікування на організм. Значна роль належить масажу в зменшенні патологічних проявів у шкірі, м'язах, суглобах, в результаті чого знижується потік патологічної імпульсації в центральну нервову систему. При цьому важливе значення мають вихідний функціональний стан центральної нервової системи, реактивність організму, вираженість клінічних проявів нейроциркуляторної дистонії, а також специфічні особливості масажу як лікувального фактора.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Дэвис К. Триггерные точки. Безлекарственная помощь при хронической боли / К. Дэвис. – Москва, 2009. – 336 с.

2. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение; под ред. А. М. Вейна. – М. : Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с.

3. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы: рук-во для врачей / А. М. Вейн. – М. : Медицина, 1991. – С. 18–84.

4. Вакуленко Л. О. Атлас массажиста / Л. О. Вакуленко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. – 306 с.

5. [http://www.vitaminov.net/rus-eastern\\_medicine-Chjen-taoism-13114.html](http://www.vitaminov.net/rus-eastern_medicine-Chjen-taoism-13114.html)

Отримано 15.01.14



**АНАЛІЗ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ «ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ» У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ГЕМАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ «ТЕРНОПІЛЬСЬКА УНІВЕРСИТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ»**

**Б. А. Локай, Н. І. Рега**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
ННІ медсестринства*

---

У статті наведено результати дослідження ризику розвитку синдрому «емоційного вигорання» у медсестер, які надають паліативну допомогу інкурабельним пацієнтам гематологічного відділення комунального закладу Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська лікарня». Запропоновано шляхи профілактики та корекції синдрому «емоційного вигорання».

---

**ANALYSIS OF RISK OF «EMOTIONAL BURNOUT» SYNDROME DEVELOPMENT IN NURSES, WHO WORK IN THE HEMATOLOGICAL DEPARTMENT OF MUNICIPAL INSTITUTION OF TERNOPIL REGIONAL COUNCIL «TERNOPIL UNIVERSITY HOSPITAL»**

**B. A. Lokay, N. I. Reha**

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»  
Educational and Scientific Institute of Nursing*

---

This article presents the results of investigation, aimed to find out the risks of «emotional burnout» syndrome development in nurses providing palliative care to incurable patients of Hematological Department of Municipal Institution of Ternopil Regional Council «Ternopil University Hospital». The ways of prevention and correction of the «emotional burnout» syndrome are proposed.

---

**Вступ.** В останні роки одним із пріоритетних напрямків медицини є проблема поліпшення якості життя інкурабельних хворих [1, 2]. Вимоги сьогодення у держави та суспільства до ефективності будь-якої професійної діяльності зростають [3, 4]. Однак порівняно невелика кількість теоретичних та практичних робіт по виявленню негативних психологічних станів, що виникають у особистості в процесі професійної діяльності, психологічних проявів професійного стресу та методик подолання його наслідків не дозволяє задовольнити ці вимоги повною мірою. У зв'язку з цим особли-

вого значення набуває дослідження такого важливого й недостатньо вивченого у вітчизняній психології явища, як синдром «емоційного вигорання» [5, 6, 7].

Проблема стресів на роботі – місце перетинання багатьох дисциплін, від фізіології і медицини до психології, соціології і політики. Це зумовлено, з одного боку, фізіологічними і психологічними механізмами стрес-реакцій, а з іншого боку – соціальним характером наслідків професійних (чи виробничих) стресів. Тому перед представниками всіх наук постає єдина задача – знайти те оптималь-

не напруження в процесі праці, що забезпечить її високу ефективність, але не призведе до небажаних наслідків у результаті тривалого нервово-психічного напруження [8].

«Емоційне вигорання» є феноменом особисто-професійної деформації. Найчастіше в психологічній літературі деформація особистості розглядається в професійному контексті та визначається як зміна якостей особистості (стереотипів сприйняття, ціннісних орієнтацій, характеру, способів спілкування та поведінки). Незважаючи на те, що за явищем «професійного вигорання» стоять дуже серйозні психологічні реалії, які мають свої причини, форми прояву і комунікативні наслідки, це поняття ще й досі чітко не визначено. Дослідники підкреслюють, що як «емоційне», так і «професійне вигорання» є набутиим стереотипом переважно професійної поведінки. «Вигорання» є частково і функціональним стереотипом, оскільки дозволяє людині дозувати та економічно використовувати енергетичні ресурси [9, 10].

В той же час «емоційне вигорання» негативно впливає на професійну діяльність і процеси спілкування. Оскільки синдром «емоційного вигорання» (СЕВ) охоплює в наш час різні галузі діяльності у системі «людина-людина», то, безумовно, це стосується і діяльності працівників медичних установ, зокрема медичних працівників. Але досліджень цього феномену серед вказаної спеціальності обмаль.

Проблема механізмів, закономірностей та умов розвитку, особливостей «емоційного вигорання» медичних працівників залишається недостатньо дослідженою.

Об'єктом дослідження став персонал медичних сестер гематологічного відділення комунального закладу Тернопільської обласної ради (КЗТОР) «Тернопільська університетська лікарня».

Мета дослідження полягала у вивченні особливостей роботи медичної сестри гематологічного відділення КЗТОР «Тернопільська університетська лікарня» та вчасній діагностиці ризику розвитку синдрому «емоційного вигорання».

Завданнями дослідження було:

- вивчення проблем та специфіки сестринської справи в паліативній медицині;
- аналіз розвитку синдрому «емоційного вигорання» у медсестер, які надають паліативну допомогу;
- рекомендації щодо профілактики синдрому «емоційного вигорання» в процесі сестринського догляду за інкурабельними пацієнтами гематологічного відділення.

Методами дослідження були аналіз та узагальнення літературних даних; аналіз та узагальнення науково-методичної бази основних міжнародних організацій та національних інституцій; соціологічне дослідження відповідно до стандартних та розроблених автором опитувальників, метод анкетування та обробка отриманих результатів.

**Основна частина.** Ми провели аналіз анонімних опитувальників наявності ознак СЕВ у персоналу медичних сестер гематологічного відділення КЗТОР «Тернопільська університетська лікарня». Всього опитано 29 чоловік.

Наявність кожної ознаки оцінювали за 5-бальною системою:

- 0 балів – ознака відсутня;
- 1 бал – ознака виражена незначно;
- 2 бали – ознака виражена мало;
- 3 бали – ознака виражена помірно;
- 4 бали – ознака виражена сильно;
- 5 балів – ознака виражена дуже сильно.

Оцінку наявності СЕВ проводили за такими критеріями:

- 29 і менше балів – СЕВ не сформований;
- 30–60 балів – СЕВ на стадії формування;
- 61 і більше балів – СЕВ сформований.

Отримано такі результати.

Згідно з бальною оцінкою наявності та тяжкості симптомів СЕВ виявлено, що кількість балів коливалась від 5 до 38.

Від 5 до 29 балів – 25 результатів. Відповідно, 17,24 %.

30 і більше балів – 4 результати. Відповідно, 82,76 %.

Наведені результати характеризують досить велику питому частку медичних сестер, які знаходяться на етапі формування СЕВ (17,24 %). Необхідно також відзначити, що ще 7 осіб наближені до етапу формування СЕВ (25–29 балів за опитувальником).

Основні симптоми, які свідчили про формування СЕВ, наведені в таблиці 1.

Як видно із таблиці 1, найчастіше медичних сестер турбували зменшення задоволення від роботи, затримки на роботі та підвищення інтересу до раннього виходу на пенсію.

Найбільш сильними за вираженістю ознаки були підвищення інтересу до раннього виходу на пенсію, затримки на роботі, знижене відчуття особистих досягнень, плин кадрів, втома, головний біль, фізичне виснаження, низький моральний стан та зменшення задоволення від роботи.

Таблиця 1. Частота та вираженість симптомів формування СЕВ

Симптом	Кількість (в абсолютних числах)	Вираженість (середнє арифметичне значення в балах)
Нудьга	7	1,14
Зниження якості догляду	4	1,00
Депресія	11	1,09
Втома	13	1,77
Розпач	7	1,29
Шлунково-кишкові розлади	7	1,29
Головний біль	25	1,84
Безсоння	21	1,52
Плин кадрів	22	2,55
Низький моральний стан	6	2,17
Фізичне виснаження	16	1,81
Емоційне виснаження	19	1,58
Втрата маси	13	1,54
Погіршення якості роботи	7	1,43
Зменшення співчуття	6	1,83
Збільшення числа прогулів	0	–
Погіршення стосунків з лікарями	8	1,38
Погіршення стосунків з пацієнтами	2	1,50
Менше задоволення від спілкування з пацієнтами	10	1,20
Бажання зменшити час спілкування з пацієнтами	5	1,20
Більша ймовірність замовлення обстежень (аналізів)	1	2,0
Підвищення інтересу до раннього виходу на пенсію	24	3,29
Затримки на роботі	24	2,63
Зменшення задоволення від роботи	26	1,69
Знижене відчуття особистих досягнень	14	2,07

Профілактиці синдрому «емоційного вигорання» серед співробітників медичної служби присвячено ряд робіт вітчизняних та зарубіжних вчених [11]. Результати проведених досліджень серед співробітників відділень паліативної допомоги свідчать про високу емоційну значущість для медпрацівників психотравмуючої ситуації та необхідність проведення серед них як психопрофілактичних, так і психокорекційних заходів. До заходів первинної психопрофілактики відносять, з одного боку, впровадження загальногігієнічних рекомендацій з оптимальної організації праці на робочому місці, режиму праці та відпочинку, з іншого – здійснення більш специфічних заходів, що коригують ініціальні прояви синдрому на доклінічному рівні і підвищують психологічну стійкість медичного працівника. Для вторинної профілактики та психологічної корекції синдрому «вигорання» при вже сформованій стадії «резистенції», заходи повинні бути спрямовані на

запобігання переходу стану «резистенції» у стадію «виснаження», а при сформованому «виснаженні» – на недопущення хронізації психосоматичних і астенодепресивних розладів [12].

Існують такі методи психологічної допомоги працівникам відділень паліативної допомоги:

- 1) психоосвіта;
- 2) тренінг комунікативних навичок;
- 3) тренінг поведінки в конфліктних ситуаціях;
- 4) психологічне консультування та психокорекція;
- 5) тематичні курси з психоонкології та паліативної медицини.

Тренінги для медичних працівників, як правило, орієнтовані на навчання:

- основ ефективного слухання;
- використання у бесідах відкритих запитань та узагальнень;
- покращення розпізнавання емоційних сигналів пацієнта;
- регулювання власного емоційного стану;

– підвищення емпатійності (розуміння пацієнта та співчуття до нього і співпереживання йому).

Отримані навички приводять, як правило, до формування достатнього терапевтичного альянсу з пацієнтом і внаслідок залучення хворого до процесу лікування та покращення його психологічної адаптації [13].

**Висновки.** 1. Досить велика питома частка медичних сестер, які надають паліативну допомогу інкурабельним хворим гематологічного відділен-

ня КЗТОР «Тернопільська університетська лікарня» знаходяться на етапі формування СЕВ (17,24 %). Необхідно також відмітити, що ще 7 осіб наближені до етапу формування СЕВ (25–29 балів за опитувальником).

2. На сьогоднішній час назріла нагальна потреба у проведенні психопрофілактичних і психокорекційних заходів медичним сестрам, які надають паліативну допомогу інкурабельним пацієнтам.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Callaway M. Advancing Palliative Care: The Public Health Perspective. Foreword / M. Callaway, F. D. Ferris // J. Pain Symptom Management. – 2007. – Vol. 33 (5). – P. 483–485.

2. Stjernsward J. The Public Health Strategy for Palliative Care. / J. Stjernsward, K. M. Foley, F. D. Ferris // J. Pain Symptom Management. – 2007. – Vol. 33 (5). – P. 486–493.

3. Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps—from the American Society of Clinical Oncology / F. D. Ferris, D. Bruera, N. Cherny [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2009. – Vol. 27. – P. 3052–3058.

4. Improving of palliative care specialists' training in Ukraine / A. Tsarenko, V. Serdiuk, S. Martyniuk-Gres, L. Shkoba // Palliative Care in Different Cultures. The 2nd International Conference in Palliative Care. Eilat, Israel, 2008, P. 80.

5. Москвяк Є. Й. Організаційні проблеми надання допомоги інкурабельним хворим / Є. Й. Москвяк // Врачебное дело. – 2007. – № 4. – С. 86.

6. Дячук Д. Організаційні підходи до надання паліативної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим / Д. Дячук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 48–54.

7. Васильєва А. Ю. Професійне вигорання медичних працівників онкологічного профіля /

А. Ю. Васильєва // Архів психіатрії. – 2008. – Т. 14, № 2 (53). – С. 48–51.

8. Малишева К. О. Синдром емоційного вигорання психолога-консультанта: психологічні чинники, профілактика, корекція: дис... канд. психол. наук: 19.00.04 / К. О. Малишева. – К., 2003. – 203 с.

9. Осухова Н. Г. Сгоревшие на работе / Н. Г. Осухова // Здоровье. – 2003. – № 9.

10. Юрьєва Л. Н. Професійне вигорання у медичних працівників / Л. Н. Юрьєва. – К.: Видавництво «Сфера», 2004.

11. Осухова Н. Г. Возвращение к жизни: методические материалы для ведущих тренингов и семинаров по профилактике профессионального выгорания // Помощь помощнику: социально-психологическое сопровождение социальных работников / Н. Г. Осухова, В. В. Кожевникова; под ред. Н. Г. Осуховой. – М.: Изд-во «Амиго-пресс», 2006.

12. Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери: методичні рекомендації; за заг. ред. канд. мед. наук М. Л. Авраменка. – Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів. – Л., 2008. – 53 с.

13. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь / А. В. Гнездилов. – СПб.: Издательство «Речь», 2004. – 162 с.

Отримано 07.02.14

## ДІЄТИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗИ

Т. Я. Тимошук, Л. А. Грищук

*Комунальний вищий навчальний заклад «Бердичівський медичний коледж» Житомирської обласної ради  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті висвітлено основні принципи дієтичного харчування при туберкульозі, які сприятимуть підвищенню опірності організму і зменшенню інтоксикації. Також важливим завданням дієтичного харчування при туберкульозі має стати сприяння відновленню тканин, які уражені туберкульозною інфекцією.

## DIETARY NUTRITION IN TUBERCULOSIS

T. Ya. Tymoshchuk, L. A. Hryshchuk

*Communal Higher Educational Institution «Berdychiv Medical College» of Zhytomyr Regional Council  
SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

This article contains the main principles of dietary nutrition in tuberculosis, which will promote the increase of body resistance and decrease of intoxication. Also an important task of dietary nutrition must be the promotion of tissues recovery, that are affected by tubercular infection.

**Вступ.** Принципи харчування при туберкульозі спрямовані, насамперед, на те, щоб хворий скоріше набрав втрачену масу, а також знизити наслідки для організму від інтоксикації. Тому організація правильного раціону для хворого на туберкульоз є важливим завданням у лікуванні захворювання.

**Основна частина.** Туберкульоз на сьогодні є актуальною медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, а й в усьому світі. Згідно з світовою статистикою, щороку в усьому світі від туберкульозу помирає 2 млн людей. За оцінками ВООЗ, у період між 2000 і 2020 роками, майже 1 мільярд людей буде інфіковано, 200 млн захворіє та 35 млн помре від туберкульозу, якщо контроль за епідемією не буде посилено. Ситуація з туберкульозу в Україні дуже складна – починаючи з 1995 р. зареєстровано епідемію тубер-

кульозу, вона невпинно прогресує та набуває загрозливих масштабів. Поширення туберкульозу становить загрозу національній безпеці країни, є однією з причин втрати працездатності, здоров'я, причиною інвалідності та смертності населення, свідчить про проблеми бідності, соціальної нерівності та потребує постійного збільшення обсягу видатків із державного бюджету [1].

Україна посідає друге місце після Російської Федерації серед країн Європейського регіону за показниками захворюваності на туберкульоз [2].

Туберкульоз є переважно хронічною інфекцією, при якій, як правило, уражаються легені. Проте зустрічається туберкульоз інших органів (кишечника, кісток, нирок і т. д.). При розвитку цього захворювання спостерігаються зміни уражених органів, розпад тканин, загальна інтоксикація організму, а також порушення

обміну речовин. Ці особливості важливо враховувати при організації правильного харчування хворого [3, 4].

Харчовий раціон хворим на туберкульоз складають з урахуванням побуту, умов праці, особливостей загального стану організму, його реактивності, характеру ураження органа, ускладнень з боку інших органів [5, 6].

Існують загальні принципи дієтотерапії при туберкульозі:

1) забезпечити організм повноцінним харчуванням в умовах розпаду білків, погіршення обміну жирів і вуглеводів, підвищеної витрати вітамінів і мінеральних речовин;

2) підвищити опірність організму до інфекції і зменшити явища інтоксикації;

3) сприяти нормалізації обміну речовин;

4) сприяти відновленню тканин, уражених туберкульозною інфекцією.

Саме завдяки збалансованому харчуванню можна реалізувати ці принципи дієтотерапії. З цієї метою необхідно вводити до харчування підвищену кількість білка (не менше 120–140 г на добу), потреба якого у цієї групи хворих підвищена. Рекомендують білкові продукти, які легко засвоюються (молоко, риба, яйця, м'ясо).

Кількість жирів рекомендується в межах фізіологічної норми (100–120 г на добу). Причому, потрібно надавати перевагу жирам, які легко засвоюються та містять велику кількість вітаміну А (вершкове масло, молоко, вершки, сметана). Близько 1/3 жирів повинні бути рослинного походження як джерело поліненасичених жирних кислот, які особливо необхідні на етапі загострення туберкульозного процесу.

Кількість вуглеводів рекомендується в межах фізіологічної норми (450–500 г на добу). У випадках, коли при туберкульозі має місце порушення вуглеводного обміну (збільшена маса тіла), хворим потрібно обмежити вживання вуглеводів до 300–400 г за рахунок вуглеводів, що легко засвоюються (цукор, мед, сиропи та ін.).

Крім того, при активному туберкульозному процесі можливе збільшене виведення мінералів (кальцій, калій, фосфор, хлорид натрію), тому в харчовий раціон хворих необхідно вводити продукти, які містять їх у великій кількості (молоко, сир, яйця, інжир, курага, ізюм, м'ясо, риба, горіхи та ін.).

Хворі на туберкульоз страждають від дефіциту вітамінів (особливо аскорбінової кислоти, вітамі-

ну А, та вітамінів групи В). Введення достатньої кількості аскорбінової кислоти в раціон підвищує бактерицидні властивості сироватки крові, збільшує утворення антитіл, зменшує інтоксикацію. Особливо висока потреба у вітаміні С у хворих на фіброзно-кавернозний туберкульоз. Поряд із введенням у дієту достатньої кількості овочів та фруктів хворим необхідно періодично признавати до 300 мг аскорбінової кислоти на добу.

Підвищену потребу вітаміну А (близько 5 мг) потребують хворі на туберкульоз легень, гортані, кишечника та шкіри для покращення регенеративних властивостей епітелію. Їм рекомендують молочні продукти, риб'ячий жир, яєчний жовток, продукти, що містять каротин (морква, томати, абрикоси, червоний перець та ін.).

Особливе значення необхідно надати забезпеченню хворих вітамінами групи В, які мають пряме відношення до білкового обміну, потреба в них у хворих підвищена. Поряд із введенням до раціону продуктів, які містять велику кількість вітаміну групи В (свіжі овочі, м'ясо, страви з висівками, пивні або пекарські дріжджі), потрібно періодично їх давати у вигляді препаратів.

Калорійність дієти 2500–3500 ккал. Підвищене споживання жирів та вуглеводів може призвести до небажаних негативних результатів: перевантаження обміну речовин, послаблення захисних сил організму, підвищення його алергізації. Крім того, при хронічній туберкульозній інтоксикації функціональна активність органів травлення утруднена, тому лише при відповідних показниках калорійність раціону може бути рівномірно збільшена на 1/3 за рахунок всіх інгредієнтів страви.

У хворих на туберкульоз нерідко мають місце супутні захворювання з боку органів травлення. Хронічний гастрит і коліт часто виникають у зв'язку із прийманням протитуберкульозних препаратів. Гастрити в цієї групи хворих зазвичай зі зниженою секрецією. Хворим рекомендується дробові приймання їжі з обов'язковим виключенням із раціону грубої рослинної клітковини. Овочі й фрукти дають тільки у вареному й протертому вигляді, тверді сорти м'яса в протертому або рубаному вигляді. При порушенні функції печінки й жовчовидільної системи з дієти виключають продукти, які викликають подразнення. Забороняють екстрактивні речовини, жирні сорти м'яса й риби, смажені страви, здобне тісто, копченості, консерви, маринади, міцний чай і кава.



### Дієта, яка рекомендується хворим на туберкульоз (№11)

Етап лікування	Дієта
Основний курс хіміотерапії	Призначається дієта збагачена білками. Калорійність 3000–3500 ккал: білки – 120–140 г, жири – 100 г, вуглеводи – 400–500 г. Вводять надмірну кількість вітаміну С, решта вітамінів – у межах фізіологічної норми. Кальцій – до 2 мг на добу. Кухарська сіль – 8 г.
Інтенсивна фаза. В цей період відзначається розпад тканин, значні явища запалення, інтоксикація, виснаження. В цих випадках спостерігається підвищений розпад білка	Бажано вживати більше соків, узварів, фруктів, овочів. Вся їжа готується в протертому вигляді. Харчування дробне, кожні 2–3 години. Рекомендовані продукти та блюда: хлібобулочні вироби – хліб білий, сухарі, нездобне печиво, бісквіти; супи – протерті, на м'ясному бульйоні; блюда з м'яса та риби – яловичина, телятина, курка, індичка у вигляді котлет, суфле, паштету; риба свіжа річкова відварна; молочні продукти – молоко, кефір, сметана, сир. Приклад меню: – перший сніданок: язик відварний – 65 г, каша гречана молочна протерта – 200 г, сир – 50 г, чай з лимоном; – другий сніданок: сиркова маса – 100 г, печені яблука – 120 г; – обід: овочевий суп (крім капусти) на м'ясному бульйоні із сметаною, протертий – 500 г, курка смажена – 100 г, картопляне пюре – 130 г, желе з виноградного соку – 125 г; – полудень: омлет білковий паровий – 110 г, відвар шипшини – 200 г; – вечеря: рулет м'ясний фарширований омлетом – 125 г, морква тушена – 150 г, сирна запіканка – 215 г; – наніч: кефір – 180 г. На весь день: хліб білий – 200 г, цукор – 50 г
Підтримувальна фаза	Калорійність 3000–3500 ккал: білки – 110–120 г, жири – до 120 г, вуглеводи – 500–550 г, вміст вітаміну С до 300 мг; рекомендовано продукти збагачені кальцієм (молочні продукти, яйця); кулінарна обробка – звичайна; харчування 5 разів на день. Приклад меню: – перший сніданок: яйце рідке – 1 шт., сир – 100 г, каша вівсяна молочна – 300 г, чай з лимоном; – другий сніданок: сир твердий – 30 г, чай; – обід: борщ на м'ясному бульйоні із сметаною – 500 г, курка смажена – 115 г, відварений рис – 135 г, компот яблучний – 180 г; – полудень: сухарі – 25 г, відвар шипшини – 200 г; – вечеря: зрази м'ясні фаршировані цибулею і яйцем – 110 г, морква тушкова – 150 г, сирна запіканка – 215 г; – наніч: кефір – 200 г. На весь день: хліб висівковий – 150 г, хліб білий – 200 г, цукор – 50 г
Реабілітація після завершення основного курсу хіміотерапії	На цьому етапі дієтотерапія повинна ґрунтуватись на підтримці захисних сил організму з урахуванням супутньої патології

При туберкульозному ураженні нирок необхідно виключити з вживання подразнювальні продукти (перець, гірчицю, хрін, редьку; алкоголь, копченості, консерви).

При туберкульозі кісток і суглобів потрібно особливо дбати про забезпечення організму підвищеною кількістю кальцію і фосфору. Для кращого засвоєння солей кальцію показано дос-

татній вміст у раціоні ергокальциферолу, який може, зокрема, забезпечуватися зарахунок вживання риб'ячого жиру.

При туберкульозному ураженні шкіри (вовчак) рекомендується помірне обмеження вуглеводів, солі (до 3–5 г) та введення в підвищеній кількості вітамінів (ретинол, аскорбінова кислота, ергокальциферол).

До числа поширених методів дієтотерапії при туберкульозі належить кумисолікування. Один літр кумису з кобилячого молока забезпечує організм 1633 кДж (390 ккал) і містить білка 16 г, жирів 10 г, лактози 50 г, аскорбінової кислоти 90 мг і близько 20 г спирту. Рекомендується призначати кумис по одній склянці 5–6 разів на день. Кумисолікування протипоказано при гострих і хронічних нагноєннях у легенях і плеврі (абсцес, бронхоектази, піопневмоторакс), виразковій хворобі та гастритах із підвищеною секрецією шлунка, захворюваннях печінки, переважання бродильних процесів у кишках, хворобах обміну (цукровий діабет, подагра, ожиріння), неврозах із вираженою лабільністю вегетативної нервової системи, гіперфункції щитоподіб-

ної залози, недостатності кровообігу II–III стадії, туберкульозу кишок і нирок.

**Висновки.** 1. Харчовий раціон повинен бути різноманітним з урахуванням динаміки туберкульозного процесу та загального стану організму.

2. Суворі режими та обмеження дієти можна призначати тільки короткостроково (при ускладненнях та загостреннях захворювання).

3. Навсіх етапах лікування (стаціонарне, санаторне, амбулаторне) харчування повинно бути диференційним. Необхідно дотримуватись основних принципів якісного і кількісного харчування. Побудова дієти повинна залежати від характеру та стадії туберкульозного процесу, стану органів травлення, наявності ускладнень і супутніх захворювань.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Протокол надання медичної допомоги хворим на туберкульоз : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.01.05 р. № 45.

2. Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 рр.

3. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка / Н. М. Касевич. – Київ : Медицина, 2008.

4. Лиходід В. С. Оздоровче харчування / В. С. Лиходід, О. В. Владімірова, В. В. Дорошенко. – Запоріжжя : ЗНУ, 2006.

5. Горохова В. А. Лікувально-збалансоване харчування – шлях до здоров'я і довголіття / В. А. Горохова, С. М. Горохова. – М. : Здоров'я, 2006.

6. Конишев В. А. Все про правильне харчування / В. А. Конишев. – М. : Олма-Пресс, 2001.

Отримано 10.01.14

## ОСНОВНІ ПРИЧИНИ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Х. І. Козак, М. І. Марущак, О. В. Денефіль**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

---

У статті встановлено, що серед факторів ризику надлишкової маси тіла домінують нераціональне харчування, тютюнокуріння, вживання алкоголю, захоплення медіа на фоні низької фізичної активності. При цьому в осіб жіночої статі найбільший вплив на розвиток передожиріння мають вживання алкоголю у групі учнів, вживання алкоголю та захоплення медіа – у групі вчителів та практично однаковою мірою всі досліджувані чинники – у групі студентів. В осіб чоловічої статі найбільший вплив на розвиток передожиріння мають вживання алкоголю та захоплення медіа у групі учнів, вживання алкоголю, тютюнокуріння та захоплення медіа – у групі студентів і вчителів.

---

## MAIN CAUSES OF OVERWEIGHT IN THE POPULATION OF TERNOPIL REGION

**Kh. I. Kozak, M. I. Marushchak, O. V. Denefil**

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

---

In the article was found that among overweight's risk factors dominate such as poor nutrition, smoking, alcohol consumption, capture media on a background of low physical activity. However, in females the greatest impact on the development of preobesity are alcohol in a group of students, alcohol and capture media – in the group of teachers and almost equally all the studied factors – in the group of students. In males the greatest impact on the development of preobesity include alcohol and capture media in the group of students, alcohol consumption, smoking and capture media – in the groups of students and teachers.

---

**Вступ.** У сучасному світі ожиріння визнано однією з найпоширеніших медико-соціальних проблем, що відіграє значну роль у формуванні патології людини, знижує репродуктивний потенціал, негативно впливає на загальний стан, працездатність та якість життя хворих [1]. На теперішній час близько 300 мільйонів чоловік мають ожиріння і, враховуючи тенденцію до зростання його поширеності, ця цифра може подвоїтися до 2025 року [2]. Бразильський інститут географії і статистики в 2012 р. встановив, що 10 % дитячого і підліткового населення Бразилії страждають від надлишкової маси, а 7,3 % – від ожиріння [3]. Все-

світня організація охорони здоров'я (ВООЗ) прогнозує, що до 2015 р. приблизно 2,3 мільярда дорослих будуть мати надмірну масу і більше 700 мільйонів будуть страждати від ожиріння [4]. За останніми даними, згідно з опитуваннями організації NHANES у США в 2009–2010 рр. 17 % дитячого населення страждають від ожиріння і якщо така тенденція збережеться у лінійній пропорції, то вже у 2030 р. ожиріння займатиме 30 % [5]. У зв'язку з цим, важливим є встановлення основних факторів ризику аліментарного ожиріння для розробки алгоритмів їх профілактики, що зумовлює актуальність даного дослідження.

**Основна частина.** Метою нашої роботи було встановити основні причини надлишкової маси тіла серед жителів м. Чортків Тернопільської області. Для реалізації поставленої мети було проведено анкетування серед учнів 9–11 класів (14–16 р.) і вчителів (30–45 р.) Чортківської загальноосвітньої школи I–III ступенів № 2, а також студентів медич-

ного коледжу (16–17 р.), всього – 79 осіб (рис. 1). В анкеті були запитання щодо основних факторів ризику аліментарного ожиріння, зокрема, характер харчування, фізична активність, куріння, алкоголь, захоплення медіа, недосипання, хобі. Всім особам, які були включені в дослідження, визначено масу тіла (рис. 2, 3).

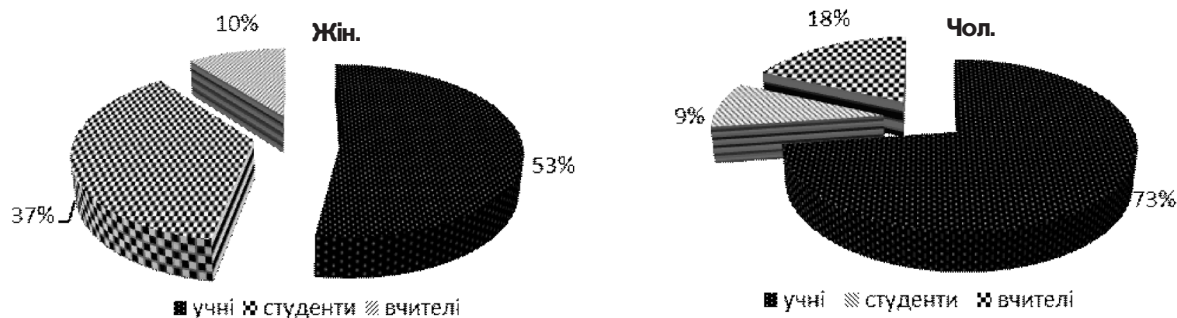


Рис. 1. Розподіл обстежених осіб за віком та статтю.

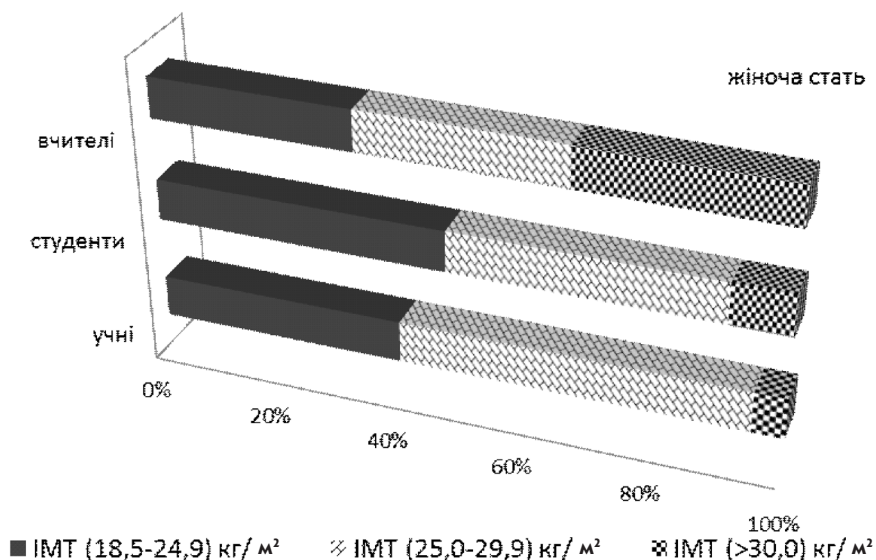


Рис. 2. Індекс маси тіла в осіб жіночої статі, які були включені в дослідження.

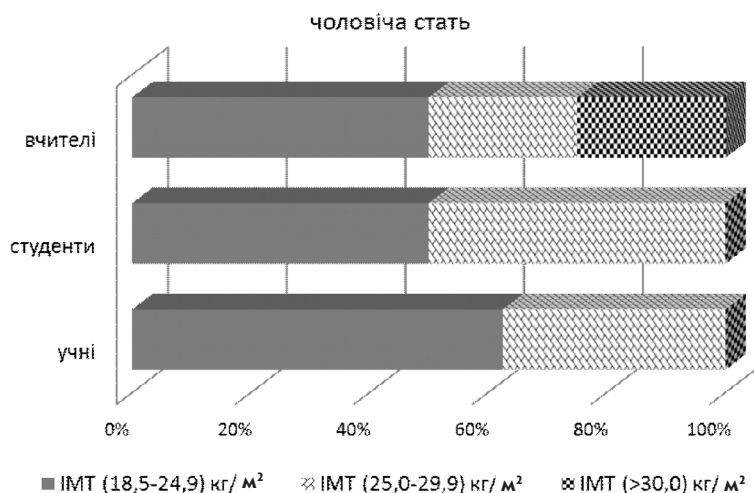


Рис. 3. Індекс маси тіла в осіб чоловічої статі, які були включені в дослідження.

Встановлено, що серед основних факторів ризику надмірної маси тіла в осіб жіночої статі віком 14–16 р. переважало тютюнокуріння, 16–17 р. – практично однаковою мірою тютюнокуріння, вживання алкоголю, захоплення медіа і недосипання. Аналіз анкетування вказує, що у дорослих працездатних жінок віком 30–45 р., основною причиною надмірної маси тіла є комп'ютерна залежність, яку, мабуть, можна пояснити специфікою роботи (рис. 4). Проте потрібно зазначити, що через невелику кількість досліджень (6 чоловік) не можна стверджувати про достовірну епідеміологію надмірної маси тіла в працездатних осіб жіночої статі. Цікавим також є те, що серед 30 проанкетованих учениць 50% вказали, що вживають алкоголь (переважно пиво і міцні алкогольні напої). Відомо, що в алкоголі міститься багато калорій, також він сповільнює обмін речовин, крім того, алкоголь підвищує апетит і пригнічує відчуття насичення, що підвищує ризик переїдання.

У підлітків практично однаково впливають досліджувані чинники на розвиток передожиріння, проте найбільше нас зацікавило куріння, адже загальновідомо, що нікотин сприяє зниженню апетиту. Виявляється, що при невеликому «стажі» куріння, нікотин дійсно збільшує витрату енергії і може знизити апетит, що пояснює, чому курці, як правило, мають більш низьку масу тіла. На противагу цьому, завзяті курці з великою тривалістю тютюнокуріння, як правило, мають велику масу

тіла, що, ймовірно, відображає кластеризацію факторів ризику [6], зокрема, у нашому дослідженні низька ступінь фізичної активності через захоплення медіа, неправильний спосіб життя, вживання алкоголю і куріння сприяють збільшенню маси. Крім того, куріння підвищує резистентність до інсуліну і пов'язане з центральним накопиченням жиру [7].

Аналізуючи вплив екранних медіа (ТБ, відео, відеоігри, комп'ютер і інтернет) встановлено позитивний зв'язок із надлишковою масою для дівчат-підлітків, що підтверджено й іншими дослідженнями [8]. За відсутності сну змінюється гормональний рівень, це позначається на апетиті та загострює почуття голоду, що пояснює недосипання як чинник надмірної маси тіла.

Серед дорослих жінок сповільнення метаболізму досить поширене, можливо, із-за впливу деяких гормонів. Тому, вживання алкоголю на фоні малорухомоті ще більше впливає на зниження метаболізму та призводить до надлишкової маси тіла.

Аналізуючи основні фактори ризику надмірної маси тіла в осіб чоловічої статі встановлено, що серед учнів переважало захоплення медіа, дещо менше – вживання алкоголю, серед студентів основними чинниками надлишкової маси тіла були тютюнокуріння і вживання алкоголю, тоді як у дорослих осіб однаковою мірою на переїдання впливали алкоголь, тютюн та зловживання екранними медіа (рис. 5).

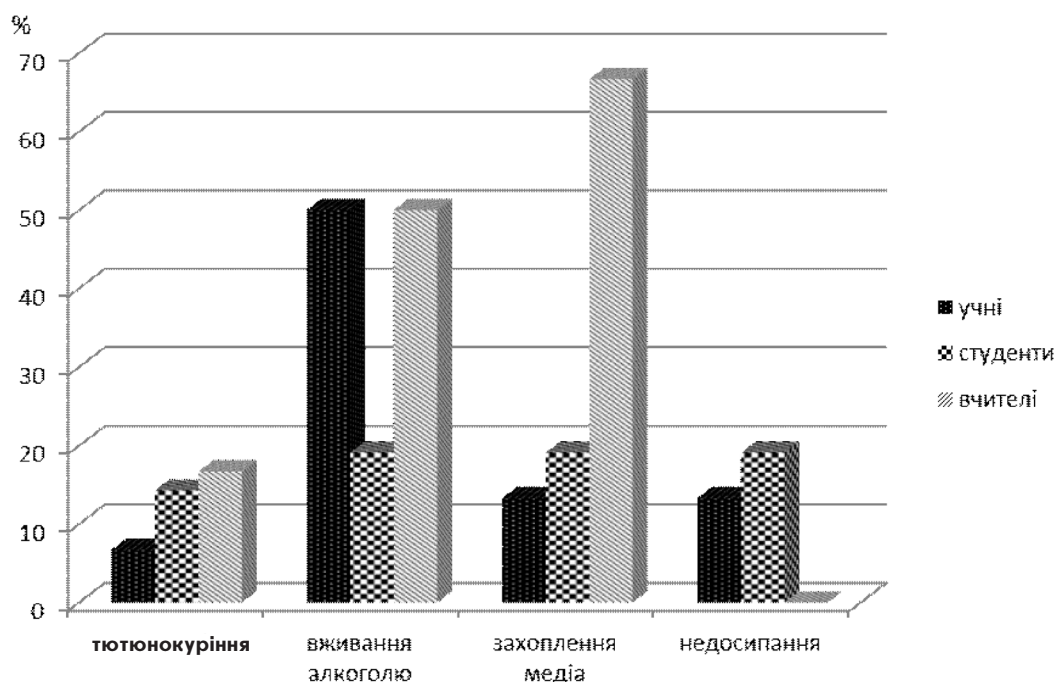


Рис. 4. Основні фактори ризику надмірної маси тіла в осіб жіночої статі.



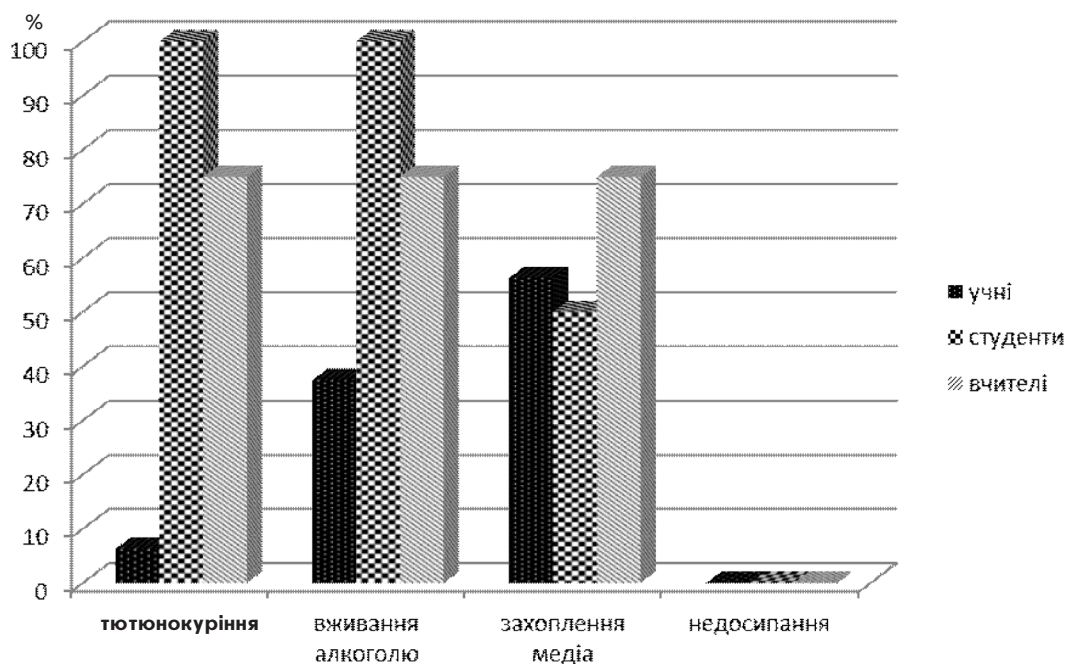


Рис. 5. Основні фактори ризику надмірної маси тіла в осіб чоловічої статі.

Враховуючи малу кількість студентів і вчителів чоловічої статі, які брали участь в анкетуванні, ми провели зіставлення отриманих результатів тільки у групі учнів, віком 14–16 р. (рис. 6). Виявлено, що найвагомим фактором ризику надлишкової маси тіла у дівчат є вживання алкоголю в юному віці, а у хлопців – надмірне захоплення медіа-простором, включно комп'ютер та телебачення.

Окремо необхідно звернути увагу на харчування осіб, які були включені в дослідження. Жодна дослідна група не харчувалась згідно з загальними принципами здорового харчування. Ми встановили, що найбільш наближено до правильного раціонального харчування відповідав раціон 6,3 % студенток серед всіх осіб, що, на нашу думку, пов'язано з культом фігури. Також ми врахову-

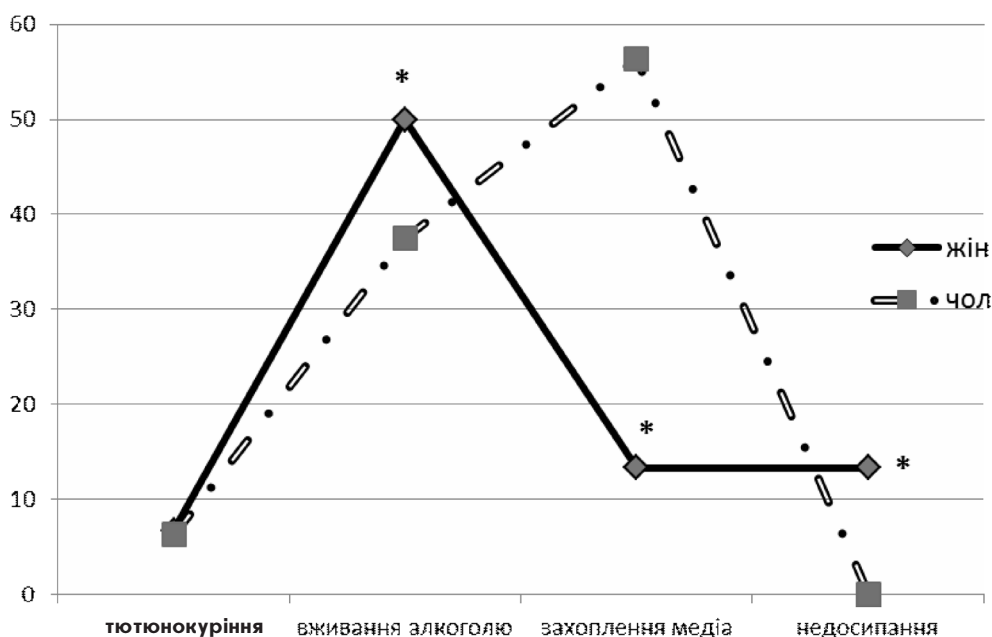


Рис. 6. Зіставлення основних чинників надмірної маси тіла серед учнів чоловічої та жіночої статей (\* – відмінність достовірна).



вали фізичну активність досліджуваних осіб. Серед хобі у студентів чоловічої статі переважали рухові види фізичного навантаження (футбол, волейбол, баскетбол), проте їх частота була надто низькою. Серед дівчат переважали такі захоплення як вишивка, малювання, тільки 2 учні та 3 підлітки жіночої статі займаються танцями.

**Висновки.** Узагальнюючи отримані дані було з'ясовано, що серед факторів ризику надлишкової маси тіла домінують нераціональне харчування (93,7 %), тютюнокуріння, вживання алкоголю, захоплення медіа на фоні низької фізичної активності. При цьому в осіб жіночої статі найбільший

вплив на розвиток передожиріння мають вживання алкоголю у групі учнів, вживання алкоголю та захоплення медіа – у групі вчителів та практично однаковою мірою всі досліджувані чинники – у групі студентів. В осіб чоловічої статі найбільший вплив на розвиток передожиріння мають вживання алкоголю та захоплення медіа у групі учнів, вживання алкоголю, тютюнокуріння та захоплення медіа – у групі студентів і вчителів.

Отримані дані свідчать про необхідність розробки та застосування освітньо-профілактичних засобів в арсеналі медичної сестри для оптимізації шляхів профілактики надлишкової маси тіла і, як наслідок, ожиріння.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Класифікація та основні причини ожиріння у жінок [Електронний ресурс] - <http://medstrana.com/articles/269/>
2. Formiguera X. Obesity: epidemiology and clinical aspects / X. Formiguera // *Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 18 (6). – P. 1125–1146.
3. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity / K. G. Alberti, R. H. Eckel, S. M. Grundy [et al.] // *Circulation.* – 2009. – Vol. 120 (16). – P. 1640–1645.
4. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. Obesity / J. Toouli, M. Fried, A. Ghafoor Khan [et al.] // *World Gastroenterology Organization.* – 2011. – [Електронний ресурс] – [\[userfiles/Obesity - Master%20Document%20for%20Website.pdf\]\(http://userfiles/Obesity-Master%20Document%20for%20Website.pdf\)](http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/</a></li></ol></div><div data-bbox=)

5. Nainggolan L. bbergewicht und Adipositas: Neue US-Leitlinie soll vor allem Hausdrzte untersttzen / L. Nainggolan // [електронний ресурс] – <http://www.medscapemedizin.de/artikel/4901788>

6. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance / A. Chioloro, D. Faeh, F. Paccaud, J. Cornuz // *Am. J. Clin. Nutr.* – 2008. – Vol. 87. – № 4. – P. 801–809.

7. Tobacco smoking in relation to body fat mass and distribution in a general population sample / C. Bamia, A. Trichopoulou, D. Lenas, D. Trichopoulos // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* – 2004. – Vol. 28. – P. 1091–1096.

8. The health indicators associated with screen-based sedentary behavior among adolescent girls: a systematic review / S. A. Costigan, L. Barnett, R. C. Plotnikoff, D. R. Lubans // *J. Adolesc. Health.* – 2013. – Vol. 52 (4). – P. 382–392.

Отримано 21.01.14

## ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕФІРНИХ ОЛІЙ У ПАЦІЄНТІВ З АЛОПЕЦІЄЮ

О. Є. Качанов, О. М. Олещук

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

---

У даній статті проведено аналіз причин втрати волосся. Наведено методики масажу волосистої частини голови. Обґрунтовано можливість застосування ефірних олій під час проведення масажу волосистої частини голови у пацієнтів з алопецією.

---

## USING OF THERAPEUTIC MASSAGE WITH ESSENTIAL OILS IN PATIENTS WITH ALOPECIA

O. Ye. Kachanov, O. M. Oleshchuk

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

---

This article analyzes the causes of hair loss. This article contains the methods of massage the scalp. The possibility to use essential oils during the massage the scalp of patients with alopecia was discussed.

---

**Вступ.** Облісіння – виражена косметична вада, що часто призводить до психоемоційного дискомфорту, негативно впливає на якість життя пацієнтів, спричиняє соціальну дезадаптацію через обмеження у виборі професії, працевлаштуванні та соціальній перспективі. Проблема облісіння, або алопеції турбує останнім часом все більше чоловіків і жінок. Згідно з результатами статистичних досліджень 40 % представників сильної статі починають лисіти до 35 років, а у віці до 65 років алопеція зачіпає вже понад 80 % чоловіків. На жаль, ця проблема торкнулася й жінок, 25 % з яких уже у віці до 40 років стикаються із цією проблемою, а в період менопаузи вона проявляється в 50 % [1].

Сучасні результати наукових досліджень значно розширили уявлення про складні механізми впливу ендокринних, метаболічних і трофічних чинників на стан шкіри та її придатків. Встановлено, що широке коло різноманітних метаболічних порушень, а також деякі психічні захворювання мо-

жуть первісно клінічно проявлятися або супроводжуватися змінами шкіри та структури, властивостей і кольору волосся [2].

Серед причин, що призводять до облісіння у чоловіків і жінок, на перше місце можна поставити проблему порушення гормонального балансу. У чоловіків найпоширенішою є андрогенне облісіння [3]. Після гормональних проблем основним фактором, що призводить до втрати волосся можна вважати спадковий (в основному в чоловіків) і стресовий (в основному в жінок). Облісіння може виникати внаслідок опромінення, як результат побічної дії лікарських засобів, у тому числі й при хіміотерапії, що застосовується при онкологічних захворюваннях [4].

Враховуючи те, що сьогодні у світі близько 90 % людей страждають від випадання волосся чи інших проблем з волоссям і шкірою голови, аналіз вивчення стану пацієнтів із цією патологією та аналіз результатів лікування із використанням фізіотерапевтичних методів є важливою проблемою для

медсестри, яка працює в галузі дерматовенерології та фізіотерапії [5].

**Основна частина.** Наявні на сьогоднішній день лікарські засоби для стимуляції росту волосся не завжди відповідають вимогам, які висуваються до даної групи препаратів. Насамперед це стосується безпечності застосовуваних препаратів, тривалості ефекту післядії, зручності застосування і т. д. Тому пошук нових ефективних методів та засобів для лікування випадання волосся і їх відновлення є актуальним. Одним із таких методів є лікувальний масаж.

Масаж волосистої частини голови застосовують для профілактики випадання волосся, при випаданні волосся, себорей, головному болю. Масаж голови покращує кровообіг шкіри волосистої частини голови, послаблює надмірне напруження шкіри голови.

Наводимо методики, які, на нашу думку, є найбільш доцільними для застосування у пацієнтів із втратою волосся.

Існує декілька основних методик масажу волосистої частини голови.

I. Масаж волосистої частини голови з оголенням шкіри. Перший проділ виробляють гребенем в сагітальному напрямку від середини волосистого кордону чола до потилиці. Оголивши шкіру, виробляють такі масажні прийоми. Погладжування поверхневе і глибоке подушечками пальців: II–V пальці рук масажист розташовує в ділянці проділу і виробляє погладжування всього проділу в напрямку спереду назад, спочатку поверхнево, потім глибоко, по 3–4 рази. Проводять розтирання шкіри в ділянці проділу: масажист пальцями лівої руки фіксує шкіру на ділянці, сусідньому проділу, а II і III пальцями правої руки виробляє розтирання шкіри в напівкругових і зигзагоподібних напрямках. Розтирання можна робити граблеподібно поставленими на проділі пальцями, а також прийомом ніжного штрихування. На одній ділянці виконують по 3–4 рухи і таким чином обходять весь проділ. Розминання виробляють прийомами натискання кінцями пальців, обходячи весь проділ, зміщення шкіри проділу в різних напрямках і розтягування шкіри великими пальцями. Вібрація: пунктирування II–V пальцями послідовно. Прийоми розтирання, розминання та вібрації чергуються з погладжуванням. На одній ділянці кожний прийом виконують 3–5 разів.

Промасажувавши таким чином один проділ, переходять на інші ділянки шкіри. Проділи волосся роблять на відстані 2–3 см один від одного, спочат-

ку в сагітальному, а потім у поперечному напрямках, всього по 10–12 проборів у кожному напрямку. Іноді за показаннями кількість проділів може бути обмежена. Після масажу по проділах проводять зміщення покривів голови в сагітальному і фронтальному напрямках, а також включають прийоми масажних впливів на інших ділянках тіла – шия, комірцева зона та ін. Тривалість процедури 15–20 хв. Показання: суха себорея волосистої частини голови, рубцеві зміни шкіри після опікових уражень, випадання волосся та ін. [6].

II. Масаж волосистої частини голови з оголенням поверхні шкіри починають при сухій себорей волосистої частини голови, рубцевих змінах та ін. Шкіру оголюють у вигляді проділу в сагітальному напрямку від середини чола до потилиці.

Масажні лінії на голові йдуть від верхівки вниз радіально в усі сторони. Напрямок масажних рухів повинен відповідати напрямку росту волосся і вивідних проток залоз. Масаж проти росту волосся робити не можна, оскільки це викликає неприємні відчуття, травмує коріння волосся.

Поверхнями долонь II, III і IV і V пальців, розташованих через проділ один проти одного, майже торкаючись, виробляють легке площинне погладжування в напрямку спереду назад 3–4 рази, потім – більш глибоке погладжування 3–4 рази. Можливі рухи однією і слідом за нею іншою рукою.

Після погладжування застосовують розтирання напівкругове або зигзагоподібне долонними поверхнями кінцевих фаланг II та III пальців однієї руки, а іншою рукою притримують шкіру голови (на відстані 2–3 см від проділу). Можна розтирати і кінчиками розставлених пальців обох рук, варіювати позовжні та напівкругові розтирання. Розминання проводять у вигляді зміщення шкіри пальцями обох рук в напрямку від себе і до себе.

Вібрацію виконують пунктируванням двома пальцями (II і III або II, III, IV і V пальцями), удари завдають швидко, по черзі. Можна легко, швидко постукувати поперемінно або одночасно двома руками подушечками III–V пальців, згинаючи руку в променезап'ястковому суглобі. Всі прийоми чергують з погладжуванням.

Зробивши на одному проділі 3–5 рухів кожного прийому, оголюють шкіру поряд на відстані 2–3 см один від одного, всього 8–10 проборів [7]. Використання ефірних олій може бути використано для лікування дифузної алопеції.

Ефірні олії для волосся використовують не тільки з профілактичною, але й з лікувальною метою.

Заданими літератури [8], ефірні олії для волосся можуть використовуватися для:

- посилення росту волосся;
- уповільнення росту волосся;
- зміцнення волосся;
- усунення лупи;
- блиску і густоти волосся, а також проти випадання волосся.

Ефективність їх застосування зумовлюється правильністю визначити причини облісіння і правильно підібраною ефірною олією. Застосування суміші різноманітних ефірних олій при облісінні є патогенетично обґрунтованим, тому, що одні з них регулюють роботу сальних залоз, другі – усувають ознаки та причини лупи, велика група олій сприяє росту волосся (табл. 1).

Спосіб застосування: ефірну олію не використовують в чистому вигляді! Її потрібно змішувати з основами (базова олія, крем, шампунь...) – максимальна концентрація ефірної олії не повинна перевищувати 5 %. Рекомендована концентрація – 1–5 %. Масаж – 3–7 крапель ефірної олії на 15 г базової олії. Збагачення косметичних засобів – 1–5 крапель на 10 г основи (базова олія, крем, шампунь...) [9].

Дослідження останніх років показали, що ефірні олії, наприклад, базиліку, сосни, чайного дерева, герані здатні проявляти високу бактерицидну активність відносно до грибів і мікроорганізмів, мікоплазм [8].

Таким чином, масаж волосистої частини голови покращує кровообіг шкіри голови, послаблює

Таблиця 1. Вплив ефірних олій на волосисту частину голови та волосся

Регулювання роботи сальних залоз	Усунення лупи	Пришвидшення росту волосся
Ефірна олія грейпфрута	Ефірна олія герані	Ефірна олія розмарину
Ефірна олія лимона	Ефірна олія чайного дерева	Ефірна олія ялівцю
Ефірна олія шавлії	Ефірна олія розмарину	Ефірна олія кориці
Ефірна олія пачулі	Ефірна олія лаванди	Ефірна олія бей
Ефірна олія евкаліпту		Ефірна олія гвоздики
Ефірна олія мирту		Ефірна олія чорного перцю

надмірне напруження шкіри голови, що, в свою чергу, приводить до зменшення випадання волосся. Правильно підібрана ефірна олія сприяє усуненню деяких причин облісіння, зміцненню та посиленню росту волосся.

**Висновок.** Генетичні особливості людини, гормональний баланс і вплив факторів зовнішнього середовища, медикаменти здатні викликати

порушення біологічного ритму росту волосся, зменшення тривалості фази і швидкості їх зростання з подальшим розвитком дифузної алопеції. Одним із ефективних методів лікування випадання і відновлення об'єму втраченого волосся може бути правильно проведений масаж волосистої частини голови з втиранням ефірних олій.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Рук А. Болезни волос и волосистой части головы / А. Рук, Р. Даубер. – М. : Медицина, 1985. – 325 с.
2. Ефективність і переносимість лосьйону спрею «Мінох 5» та «Мінох 2» у лікуванні хворих на андрогенетичну алопецію / А. Д. Дюдюк, Н. М. Поліон, Е. Л. Кривенко [та ін.] // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – № 3 (46). – С. 95–98.
3. Адашкевич В. П. Алопеция / В. П. Адашкевич, О. Д. Мяделец, И. В. Тихоновская // Новгород : изд-во НГМА, 2000. – 192 с.
4. Менг Ф. М. Современные аспекты распространности заболеваний волос среди населения // Ф. М. Менг, Ю. В. Олейникова / Пробл. дерматове-

- нерол. и мед. косметол. на совр. этапе. – Владивосток, 2005. – С. 167–170.
5. Шегедин М. Б. Медсестринство в дерматології і венерології : навч. посіб. / М. Б. Шегедин, М. М. Зайченко. – К., 2008. – 120 с.
6. Кучнічев Л. О. Лікувальний масаж. Практичне керівництво / Л. О. Кучнічев. – К. : Вища школа. Головне видавництво, 1981. – 328 с.
7. Штеренгерц О. Є. Масаж для дорослих і дітей / О. Є. Штеренгерц, Н. А. Біла. – К. : Здоров'я, 1992. – 384 с.
8. Штеренгерц А. Е. Ароматерапія : справочник / О. Є. Штеренгерц, Н. А. Біла, В. В. Николаевский. – М. : «Медицина», 2000. – 336 с.
9. www.aroma.com.ua

Отримано 03.02.14

## ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ ХВОРИМИ ТА ХВОРИМИ НА СНІД

А. В. Парфеній

*Кіровоградський медичний коледж імені Є. Й. Мухіна*

---

У статті висвітлено основні аспекти ефективної діяльності медичної сестри при роботі з ВІЛ-інфікованими хворими та хворими на СНІД. Виокремлено завдання, які виконує медична сестра для здійснення комплексного пацієнтцентрованого підходу до проблем людей, які живуть з ВІЛ.

---

## FEATURES OF WORK OF THE MEDICAL SISTER WITH HIV-INFECTED PATIENTS AND WITH AIDS PATIENTS

A. V. Parfeniy

*Kirovohrad Medical College by Ye. Y. Mukhin*

---

This article contains the basic aspects of effective operation nurse working with HIV-infected patients and AIDS patients. These tasks done by a nurse to perform a comprehensive patients approach to the problems of people living with HIV.

---

**Вступ.** Роль медичної сестри при наданні ефективної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, надзвичайно висока, хоча і на сьогодні явно недооцінена суспільством нашої країни.

**Основна частина.** Основою ефективної діяльності медичної сестри при роботі з ВІЛ-інфікованими є комплексний пацієнтцентрований підхід [1]. Дуже важливо, щоб при виконанні своїх обов'язків медична сестра була не технічним виконавцем волі лікаря, а виконуючи лікарські призначення, вміла оцінити ступінь вираження та характер симптомів, їх динаміку на тлі проведеної терапії, звертала увагу на психологічні особливості хворого, його соціальні проблеми, рівень взаємин з близькими людьми. Виявлення найактуальніших для хворого соматичних, психологічних, соціальних, духовних дефіцитів, реакції лікаря на дані проблеми, прийняття, в міру своєї компетентності, заходів для зниження їх гостроти – важлива частина роботи медичної сестри як члена єдиної команди з надання допомоги ВІЛ-інфікованому хворому,

важливий елемент у загальному лікувальному процесі [2].

Сучасні вимоги до професійної підготовки медичної сестри вимагають наявності знань про перебіг ВІЛ-інфекції, вірусологічні та імунологічні особливості захворювання, шляхи передачі вірусу, правила інфекційної безпеки при роботі з пацієнтами. Важливо, щоб медична сестра не тільки виконувала свої професійні обов'язки на високому рівні, а й знала психологічні, соціальні, юридичні аспекти надання допомоги людям, які живуть з ВІЛ, розуміла і використовувала етико-деонтологічні принципи в своїй роботі. У даний час досягти реального успіху в залученні хворого з ВІЛ-інфекцією до диспансерного спостереження, у формуванні в нього високої прихильності до антиретровірусної терапії, в наданні ефективної стаціонарної допомоги без активної високопрофесійної участі медичних сестер не є можливим [3].

Медичні сестри повинні навчити пацієнтів з ВІЛ-інфекцією правильно поводити себе не тільки в



лікарні, а й у сім'ї, суспільстві. У пацієнтів, адаптованих до свого діагнозу, зберігається соціальна значимість і високий рівень життя.

У процесі роботи з ВІЛ-інфікованими пацієнтами можна виділити безліч проблем. Вони будуть змінюватися протягом дня, і кожна проблема може бути пріоритетною для пацієнта в різні періоди. У міру наростання дефіциту імунітету, приєднання супутніх інфекційних захворювань, розвитку ускладнень з боку внутрішніх органів головними у пацієнтів стають фізіологічні проблеми [4].

Основна мета сестринського догляду – допомогти пацієнту максимально адаптуватися до свого стану з урахуванням виявлених проблем протягом усього періоду ВІЛ та СНІДу [5].

Потенційною проблемою для хворих є ризик розвитку онкологічних захворювань та інфекційних ускладнень. Сестринські втручання спрямовані на вирішення як існуючих, так і потенційних проблем пацієнта зі здоров'ям. У зв'язку з цим перед медсестрами діагностичного центру стоять такі завдання:

- усунення чинників, що перешкоджають адаптаційним процесам протягом усього періоду ВІЛ-інфекції та стадій СНІДу;
- тактовне інформування пацієнта про хворобу та стан здоров'я;
- навчання дорослих пацієнтів самодогляду, контролю за своїм станом;
- навчання родичів і близьких людей догляду за пацієнтами у тяжкому стані та питань профілактики;
- надання кваліфікованої сестринської допомоги, що включає чітке виконання діагностичного процесу (взаємозалежні сестринські втручання) і своєчасне виконання лікарських призначень (залежні сестринські втручання).

Роль медичної сестри особливо важлива при виконанні складного індивідуального лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Необхідно пам'ятати, що процес проведення комбінованої антиретровірусної терапії може бути ефективним тільки після спільного обговорення з пацієнтом плану лікування. У план догляду включено залежні, взаємозалежні та незалежні сестринські втручання.

При проведенні залежних (виконання призначень лікаря) і взаємозалежних (діагностичні, лабораторні дослідження) втручань медичної сестри повинні забезпечити самозахист, а також вжити заходи з профілактики як поширення ВІЛ-інфекції, так і інфекційного зараження самого ВІЛ-інфікованого або хворого на СНІД.

Оскільки кількість ВІЛ-інфікованих збільшується, стає все складніше задовольнити попит на лікування в стаціонарних умовах. Лікування вдома має такі очевидні переваги, як зменшення вартості лікування, можливість для хворого бути з сім'єю, у звичному середовищі. Тому на медичній сестрі лежить велика відповідальність не тільки за здійснення якісного сестринського догляду вдома, але і за навчання хворого і членів його сім'ї або людей, які доглядають за пацієнтом, елементам правильного догляду та заходам обережності, психологічним аспектам спілкування та ін. Особи, інфіковані ВІЛ, можуть лікуватися, не створюючи небезпеки для інших. Члени сім'ї повинні бути проінформовані про шляхи передачі ВІЛ та про те, як захистити себе і хворого.

Медична сестра часто стає дуже необхідною і близькою пацієнтові, їй хворий може відкритися часом більше, ніж лікарю. Медсестра повинна проявляти не тільки тактовність і співчуття до хворого, а й роз'яснювати важливість лікування. Вона може пояснити хворому, що ВІЛ-інфекція – це тривале багаторічне захворювання. Необхідно вселяти ВІЛ-інфікованій людині, розуміння необхідності берегтися, намагатися не заражатися іншими інфекційними захворюваннями, не засмагати, не вживати алкоголь і наркотики, тонізуючі препарати, уникати фізичних і психічних стресів, вагітності, приймати вітаміни і антиретровірусні препарати.

У хворих різні потреби: одні потребують інтенсивного догляду і постійної підтримки, інші ж у змозі самі впоратися з цими проблемами, але їм потрібен чуйний співрозмовник, бо складно бути наодинці з тривожними думками про майбутнє.

**Висновки.** Медична сестра є ключовою особою у мультидисциплінарній бригаді, яка надає допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам та хворим на СНІД і виконує найважливіші завдання: є опорою для пацієнта, задовольняє його потребу розмовляти про хворобу та інші духовні потреби; підтримує прийняття та адаптацію як пацієнта, так і його родичів до ВІЛ-позитивного статусу, планує та ініціює залучення їх до співпраці.

Медична сестра створює комплексний пацієнтцентрований підхід до роботи з ВІЛ-інфікованими пацієнтами; виконує свої професійні обов'язки на високому рівні; використовує знання психологічних, соціальних, юридичних аспектів надання допомоги людям, які живуть з ВІЛ; використовує етико-деонтологічні принципи в своїй роботі; залучає хворого з ВІЛ-інфекцією до диспансерного спостереження та приймання антиретровірусних препаратів.



#### ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусова А. К. Практические навыки и умения медсестры инфекционного профиля / А. К. Белоусова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2002. – 128 с.
2. Запорожан В. М. ВІЛ-інфекція і СНІД / В. М. Запорожан, М. Л. Аряєв. – К. : Здоров'я, 2004. – 635 с.
3. Кушлекайте М. І. Ставлення медичних сестер до ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД / М. І. Кушлекайте // Соціологічні дослідження. – 2006. – № 5 (265). – С. 75–77.
4. Мультипрофесійний підхід при лікуванні і догляді за людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом: практика спільного консультування і лікування / під ред. Д. В. Островського. – М. : РОО «СНИДинфосвязь», 2005.
5. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин. – М. : ГЭОТАР Медицина, 2000. – 496 с.

Отримано 13.02.14

## РІВЕНЬ ЗНАНЬ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ЩОДО ПРОБЛЕМ ПРОФІЛАКТИКИ ГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ

О. І. Тараненко, М. І. Марущак, І. Я. Криницька

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті з'ясовано, що незважаючи на достатній рівень знань медичного персоналу згідно з результатами анкетування, ряд запитань медичні сестри знають вкрай погано. Отримані дані свідчать про необхідність проведення освітніх заходів для покращення рівня знань медичних сестер терапевтичного профілю у досліджуваній патології.

## LEVEL OF MEDICAL STAFF'S KNOWLEDGE ON PROBLEMS OF HOSPITAL PNEUMONIA PREVENTION

О. І. Taranenko, М. І. Marushchak, I. Ya. Krynytska

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

In the article was found that despite adequate knowledge of medical personnel according to the results of questionnaires, some questions nurses know very badly. These data suggest the need for educational interventions to improve nurses' knowledge of the therapeutic profile in the study of pathology.

**Вступ.** Бурхливі темпи збільшення лікувальних установ, створення нових видів медичного обладнання, застосування новітніх препаратів з імунодепресивними властивостями, штучне пригнічення імунітету при пересадці органів і тканин, – сукупність багатьох чинників посилює загрозу розповсюдження інфекцій серед пацієнтів і персоналу лікувальних установ [1].

В останні роки акцентується увага на поліпшенні якості медичної допомоги, що надається у лікарнях усіх рівнів нашої країни. Вона значно зросла і продовжує набирати обертів. Оскільки медичні сестри є невід'ємною частиною у догляді за пацієнтами, вони також відіграють важливу роль у поліпшенні якості надання медичної допомоги [2]. В Америці значно зростає роль сестринської справи у системі охорони здоров'я, адже вважається, що вони є «серцем і душею лікарні» [3].

Головна мета діяльності медичних працівників – повне відновлення здоров'я пацієнтів, яке вклю-

чає лікувально-діагностичну роботу, а також широкий комплекс санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, спрямований на профілактику госпітальної пневмонії (ГП). Основним організатором і виконавцем, правильність діяльності якого залежить від отриманих у процесі навчання знань і практичних навичок щодо вирішення даної проблеми є медична сестра. Виконання всіх заходів профілактики госпітальної пневмонії зменшить частоту розвитку даного захворювання [3].

Для більш повного розуміння основних факторів ризику госпітальних пневмоній, а також оптимізації їх профілактики важливим є оцінка не лише окремих заходів попередження нозокоміальних пневмоній, але й визначення рівня знань, які необхідні для адекватного проведення цих заходів, що обґрунтовує актуальність даного дослідження.

Тому, метою нашої роботи було дослідити рівень знань медичного персоналу терапевтичного

відділення щодо методів профілактики внутрішньо-лікарняних пневмоній шляхом їх анкетування.

**Основна частина.** З метою визначення рівня знань медичного персоналу щодо проблем профілактики госпітальних пневмоній, ми розробили та впровадили ряд освітніх та інформаційних заходів.

По-перше, для з'ясування вихідного та кінцевого рівня знань була розроблена та застосована анкета, до якої ввійшло 20 питань з варіантами відповідей.

*Анкета для визначення рівня знань медичних сестер щодо питань профілактики госпітальних пневмоній*

1. Синонімом(-ами) поняття «госпітальна» є:

- внутрішньолікарняна;
- нозокоміальна;
- амбулаторна;
- атипова;
- важко відповісти.

2. Госпітальна пневмонія – це пневмонія, яка виникає через:

- 24 год від моменту госпіталізації пацієнта в стаціонар;
- 48 год від моменту госпіталізації пацієнта в стаціонар;
- 72 год від моменту госпіталізації пацієнта в стаціонар;
- 5 год від моменту госпіталізації пацієнта в стаціонар;
- важко відповісти.

3. Частота розповсюдженості госпітальної пневмонії в хірургічних відділеннях:

- 0,02–0,2 %;
- 0,5–5 %;
- 10–25 %;
- важко відповісти.

4. Частота розповсюдженості госпітальної пневмонії у відділеннях терапевтичного профілю:

- 0,02–0,2 %;
- 0,5–5 %;
- 10–25 %;
- важко відповісти.

5. Летальність від госпітальної пневмонії складає:

- 1–5 %, незалежно від виду збудника й інших факторів;
- 1–5 %, залежно від виду збудника й інших факторів;
- 5–70 %, незалежно від виду збудника й інших факторів;
- 5–70 %, залежно від виду збудника й інших факторів;

– важко відповісти.

6. Вкажіть 2 найбільш характерні групи збудників госпітальної пневмонії:

- пневмококи, стафілококи;
- синьогнійна паличка, ентеробактерії;
- мікоплазми, хламідії, легіонели;
- гемофільна паличка, гриби роду *Candida*;
- важко відповісти.

7. При якому збуднику госпітальної пневмонії найбільший ризик летальності пацієнта:

- золотистий стафілокок;
- синьогнійна паличка;
- легіонела;
- клебсієла;
- важко відповісти.

8. Які хворі належать до групи «високого ризику» розвитку госпітальної пневмонії:

- прооперовані;
- з тяжким перебігом основного захворювання, пацієнти на ШВЛ;
- з супутніми захворюваннями дихальної системи, які в анамнезі хворіли пневмонією;
- важко відповісти.

9. Модифіковані фактори ризику госпітальної пневмонії включають:

- тривалість механічної вентиляції;
- ентеральне харчування;
- використання назогастрального зонда;
- трахеостомія;
- важко відповісти.

10. Значний внесок у патогенез госпітальної пневмонії роблять:

- депресія імунної системи;
- порушення мукоциліарного кліренсу дихальних шляхів;
- наявність патогенних організмів;
- важко відповісти.

11. Фактори ризику розвитку госпітальної пневмонії, які можна усунути:

- перехресне інфікування від медперсоналу й інших пацієнтів;
- неправильне застосування антибіотиків;
- використання седативних засобів;
- неадекватна дезінфекція медичного обладнання й апаратури;
- важко відповісти.

12. До заходів в арсеналі медсестри у профілактиці госпітальної пневмонії належать:

- одноразові рукавички;
- накази, яким потрібно підпорядковуватися;
- бактерицидні лампи;

- антибіотикотерапія;
- важко відповісти.

13. Профілактика внутрішньолікарняної інфекції включає:

- організаційні заходи;
- епідеміологічні заходи;
- науково-методичні заходи;
- важко відповісти.

14. Вкажіть відстань до пацієнта, при якому медсестра зазвичай повинна одягти маску:

- менше 1 метра;
- менше 3 метрів;
- менше 5 метрів;
- медична сестра повинна завжди бути в масці;
- важко відповісти.

15. Виходячи з палати, в якій перебуває пацієнт з резистентним стафілококом, медсестра повинна:

- змінити увесь верхній одяг;
- змінити халат і маску;
- змінити халат, маску і рукавички;
- достатньо помити руки;
- важко відповісти.

16. Найважливіше міроприємство інфекційного контролю для попередження поширення медперсоналом нозокоміальної інфекції є:

- зміна медичного одягу, масок;
- миття рук після кожного контакту з пацієнтом;
- правильне призначення антибіотиків;
- санітарна обробка приміщень;
- важко відповісти.

17. При кардіологічних операційних втручаннях у передопераційному періоді необхідно полоскати ротову порожнину:

- 0,12 % розчином хлоргексидину глюконату двічі на день;
- 0,12 % розчином хлоргексидину глюконату один раз на день;
- антисептик «Гівалекс» двічі на день;
- антисептик «Гівалекс» після кожного споживання їжі;
- важко відповісти.

18. Які дезінфікуючі засоби використовують для миття та обробки рук:

- 70 % етиловий спирт з 1 % розчином гліцерину;
- 90 % етиловий спирт;
- 0,5 % водний розчин хлоргексидину глюконату;
- 0,12 % розчином хлоргексидину глюконату;
- важко відповісти.

19. Як правильно обробляти руки дезінфікуючими засобами:

– перед проведенням маніпуляцій, пов'язаних із можливим та явним пошкодженням шкіри та слизових оболонок хворого;

– перед та після проведення маніпуляцій, пов'язаних із можливим та явним пошкодженням шкіри та слизових оболонок хворого;

– перед контактом з рановими пов'язками та інфікованими ранами;

– перед та після контакту з рановими пов'язками та інфікованими ранами;

– важко відповісти.

20. Правила використання засобів індивідуального захисту органів дихання включають такі пункти:

– захисні медичні маски і респіратори потрібно негайно замінювати при їх зволоженні або забрудненні;

– якщо використання маски чи респіратору не потрібно, то їх необхідно зняти (вони не мають бути розміщені на ший);

– після дотику до маски чи респіратору, їх зняття чи утилізації, потрібно негайно обробити руки;

– важко відповісти.

Таким чином, ми визначали рівень знань не тільки у сфері профілактики, а також знання про етіопатогенез нозокоміальних захворювань. За правильну відповідь нараховувався 1 бал, за неправильну – 0. У випадку, коли потрібно дати 2 відповіді, а дана одна правильна нараховувала – 0,67 бала; одна правильна, а друга неправильна – 0,33 бала; коли потрібно дати 3 відповіді, за кожну правильну нараховували 0,35 бала, за неправильну – мінус 0,15 бала. Повною відповіддю на запитання № 1 очікувалось зазначення внутрішньолікарняної та госпітальної пневмонії, на запитання № 2 – 48 год від моменту госпіталізації пацієнта в стаціонар, на запитання № 3 – 10–25 %, на запитання № 4 – 0,5–5,0 %, на запитання № 5 – 5–70 %, залежно від виду збудника й інших факторів, на запитання № 6 – пневмококи, стафілококи, на запитання № 7 – синеогнійна паличка, на запитання № 8 – прооперовані, з тяжким перебігом основного захворювання, пацієнти на ШВЛ, з супутніми захворюваннями дихальної системи, які в анамнезі хворіли пневмонією, на запитання № 9 – тривалість механічної вентиляції, ентєральне харчування, використання назогастрального зонда, трахеостомія, на запитання № 10 – депресія імунної системи, порушення мукоциліарного кліренсу дихальних шляхів, наявність патогенних організмів, на запитання № 11 – перехресне інфікування від медперсоналу й інших пацієнтів, неправильне застосування антибіотиків,

неадекватна дезінфекція медичного обладнання й апаратури, на запитання № 12 – одноразові рукавички, на запитання № 13 – організаційні заходи, епідеміологічні заходи, науково-методичні заходи, на запитання № 14 – медична сестра повинна завжди бути в масці, на запитання № 15 – змінити халат, маску і рукавички, на запитання № 16 – зміна медичного одягу, масок, миття рук після кожного контакту з пацієнтом, на запитання № 17 – 0,12 % розчином хлоргексидину глюконату двічі на день, на запитання № 18 – 70 % етиловий спирт з 1 % розчином гліцерину, на запитання № 19 – перед та після проведення маніпуляцій, пов'язаних з можливим та явним пошкодженням шкіри та слизових оболонок хворого, перед та після контакту з рановими пов'язками та інфікованими ранами, на запитання № 20 – захисні медичні маски і респіратори потрібно негайно замінювати при їх зволоженні або забрудненні, якщо використання маски чи респіратора не потрібно, то їх необхідно зняти (вони не мають бути розміщені на шії), після дотику до маски чи респіратора, їх зняття чи утилізації, потрібно негайно обробити руки.

Питання були розділені на декілька умовних блоків: блок 1 – «Визначення та епідеміологія» (5 питань), блок 2 – «Етіологія, патогенез, фактори ризику» (6 питань), блок 3 – «Інфекційний контроль та профілактика ГП» (9 питань).

Аналіз відповідей проводився як для окремих запитань, так і для тематичних блоків, а також – в загальному всю анкету. Окрім цих питань, при повторному анкетуванні медсестри оцінювали якість, корисність освітніх програм та потребу в їх проведенні у майбутньому. Порівнювались дані первинного анкетування й повторного серед медичних сестер, які пройшли та не пройшли навчання.

При аналізі даних первинного анкетування 14 анкет медперсоналу терапевтичного відділення

було встановлено, що при середньому рівні правильних відповідей 68,5 %, знання медичних сестер терапевтичного профілю дещо відрізнялися питаннями у блоках, при цьому найменші знання виявлено у тематичному блоці «Інфекційний контроль та профілактика ГП» (рис. 1). Найкращі знання медперсонал терапевтичного відділення показав з розділу «Визначення та епідеміологія» ГП.

Практично однаково низькими були результати у блоці питань «Етіологія, патогенез, фактори ризику» й «Інфекційний контроль та профілактика ГП», що свідчить про недостатню підготовку спеціалістів у цьому напрямку.

Аналізуючи окремі відповіді на запитання блоку 1 встановлено, що найбільш проблемними були відповіді на запитання № 4 і 5 щодо частоти розповсюдженості і летальності від госпітальної пневмонії. Найкраще медичні сестри терапевтичного відділення відповіли на запитання № 1 про синоніми терміну «госпітальна» у 85,7 % випадків (рис. 2).

Аналізуючи окремі відповіді на запитання блоку 2 встановлено, що найбільш проблемними були відповіді на запитання № 6 і 7 щодо найбільш характерних збудників госпітальної пневмонії. При цьому встановлено, що на запитання № 6 відповіли 5 медсестер, а на № 7 – лише 3 медпрацівники, що свідчить про недостатню підготовку спеціалістів у галузі етіології ГП. Найкраще медичні сестри терапевтичного відділення обізнані щодо факторів ризику розвитку госпітальної пневмонії, оскільки 10 медсестер дали повну відповідь на запитання № 8, а 12 – на запитання № 9 (рис. 3).

Аналізуючи окремі відповіді на запитання блоку 3 встановлено середній рівень знань щодо інфекційного контролю та профілактики госпітальних пневмоній. Найбільш проблемними для медсестер виявились запитання № 13 (жодної повної правильної відповіді) про заходи по профілактиці внутрішньо-

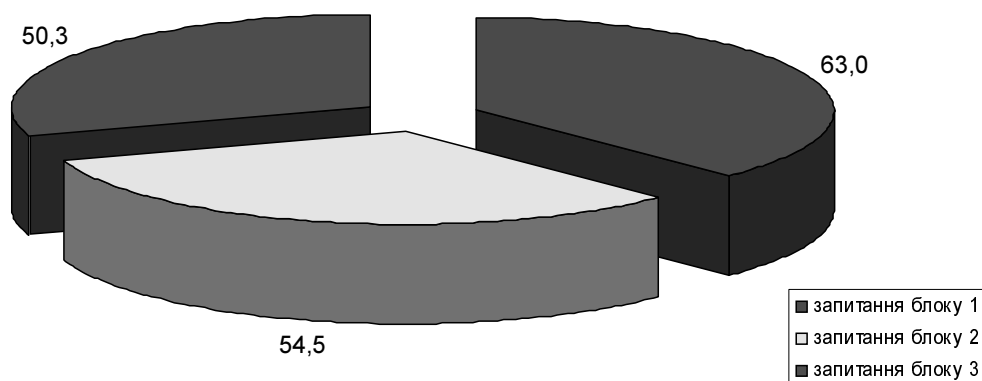
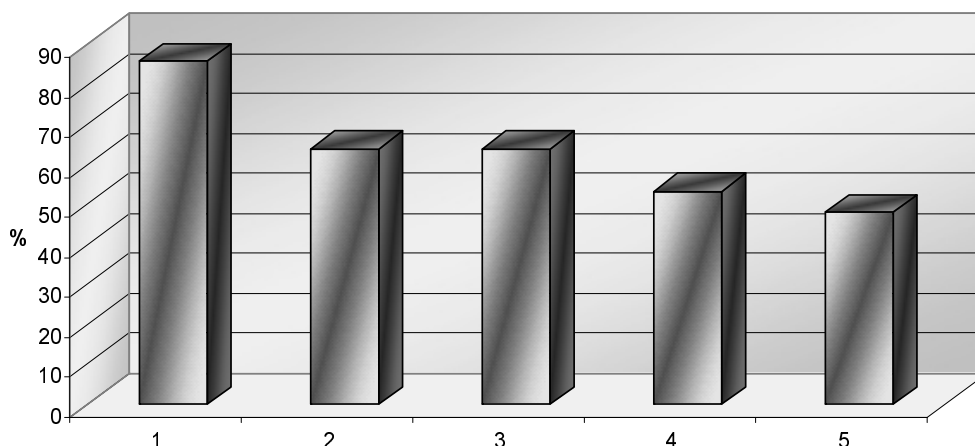


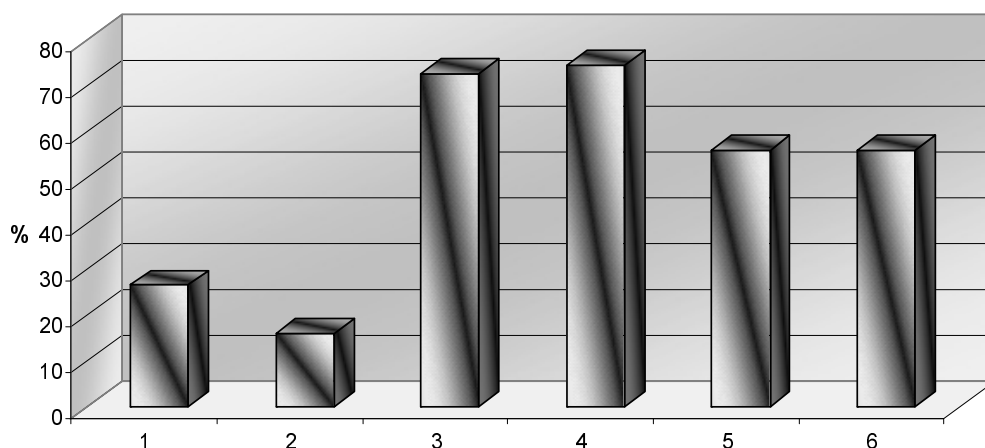
Рис. 1. Рівень знань медичних сестер терапевтичного профілю (у відсотках).



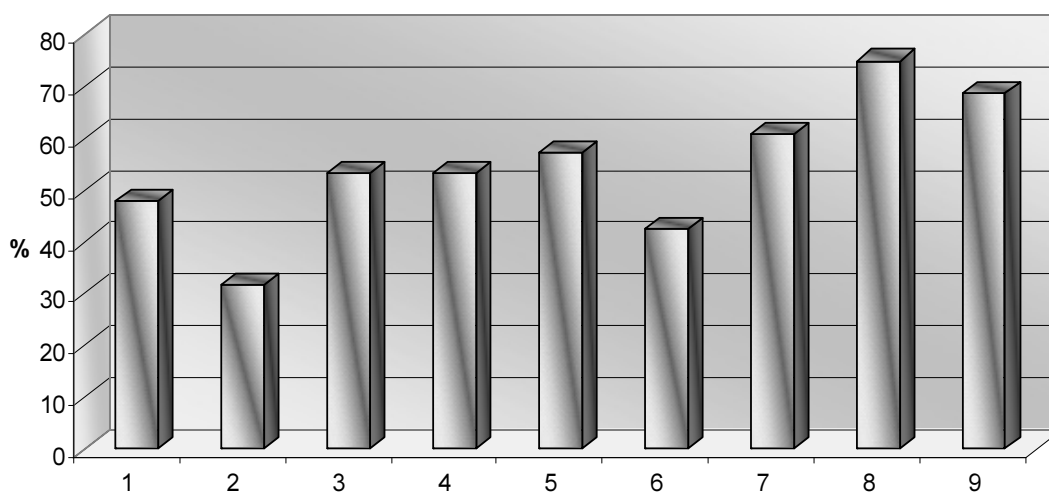
**Рис. 2.** Відсоток правильних відповідей вихідного рівня знань блоку 1 – «Визначення та епідеміологія» медичних сестер терапевтичного профілю.

лікарняної інфекції і запитання № 17 щодо санації ротової порожнини при кардіологічних операційних втручаннях у передопераційному періоді (8 медпрацівників дали правильну відповідь). Середній рівень знань у цьому блоці коливався від 46,7 до 76,6 %.

Найкраще медичні сестри терапевтичного відділення обізнані у правилах обробки рук дезінфікуючими засобами, оскільки 7 медсестер дали повну відповідь на запитання № 19, а решта – тільки 1 правильну відповідь з двох правильних (рис. 4).



**Рис. 3.** Відсоток правильних відповідей вихідного рівня знань блоку 2 – «Етіологія, патогенез, фактори ризику» медичних сестер терапевтичного профілю.



**Рис. 4.** Відсоток правильних відповідей вихідного рівня знань блоку 3 – «Інфекційний контроль та профілактика госпітальних пневмоній» медичних сестер терапевтичного профілю.



**Висновки.** Узагальнюючи отримані дані було з'ясовано, що незважаючи на достатній рівень знань згідно з результатами анкетування (68,5 % правильних відповідей) ряд запитань медичні сестри знають вкрай погано. Це стосується розповсюженості та летальності від ГП, характер-

них збудників ГП, а також заходи щодо профілактики внутрішньолікарняної інфекції. Отримані дані свідчать про необхідність проведення освітніх заходів для покращення рівня знань медичних сестер терапевтичного профілю у досліджуваній патології.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Яковлева І. Особливості діагностики та антибактеріальної терапії госпітальної пневмонії у хворих нейрохірургічного відділення / І. І. Яковлева, А. Б. Ільченко // Український нейрохірургічний журнал. – 2012. – № 3. – С. 43–47.

2. The Role of Nurses in Hospital Quality Improvement / D. A. Draper, L. E. Felland, A. Liebhaber, L. Melichar //

Center for Studying Health System Change. – 2008. – № 3. – P. 1–8.

3. Hoangmai H. The Impact of Quality-Reporting Programs on Hospital Operations / H. Hoangmai, J. Coughlan, A. S. O'Malley // Health Affairs. – 2006. – Vol. 25, № 5. – P. 32–36.

Отримано 05.02.14

## ПЕРЕДАЙ МИЛОСЕРДЯ ПО КОЛУ

О. Г. Боровик, І. М. Білоконь

*Сумський медичний коледж*

---

У статті йдеться про потужну волонтерську роботу серед студентів Сумського медичного коледжу як невід'ємну частину особистісного та професійного становлення майбутніх медичних працівників, що базується на визнанні пріоритету моральності, національної свідомості, громадянської активності та загальної культури.

---

## PASS THE MERCY AROUND

О. Н. Borovyk, I. M. Bilokon

*Sumy Medical College*

---

The article deals with powerful volunteer work among the students of Sumy Medical College as an integral part of personal and professional formation of future medical specialists that is based on recognition of the priority of morality, national consciousness, civil activity and general culture.

---

**Вступ.** На сьогодні для вищої медичної школи особливо актуальною постає проблема формування особистості, яка не лише здатна адаптуватися до мінливого світу як пасивний спостерігач, а й сама стає творцем світу, виступає рушійною силою його перетворення [3].

Наше суспільство потребує молодших медичних спеціалістів не тільки з хорошою технічною підготовкою (тобто з умінням якісно і кваліфіковано виконувати лікарські призначення) а й поєднати цю, безумовно важливу складову якісного фахівця, з умінням спілкуватись, надавати моральну і психологічну допомогу на основі гуманного ставлення до людини [2].

Як зможемо ми, викладачі Сумського медичного коледжу, навчити наших студентів, учорашніх школярів, молодих людей з пріоритетами на особистих потребах, гуманності, людяності, благодійності? Волонтерська діяльність у цьому сенсі для студента-медика є безперечною можливістю сформувати у собі такі необхідні для подальшої практичної діяльності якості, як співчуття, повага

до ближніх, толерантність, бажання і готовність простягнути руку допомоги знедоленим, зневіреним, спустошеним і самотнім людям. Досвід волонтерства формує у студентів усвідомлення правильності вибору професії, є доброю школою розвитку соціальної активності [5].

**Основна частина.** Слово «волонтер» у перекладі з англійської мови означає доброволець. Країною, що дала початок волонтерству, є Франція, а 1859 рік вважається роком зародження волонтерського руху в світі. Французький письменник Анрі Дюнан, вражений наслідками кривавої битви при Сольферіно, запропонував створити Міжнародну організацію Червоного Хреста, яка б надавала першу медичну допомогу пораненим та полоненим. Анрі Дюнан сформував і основні принципи волонтерського руху: добровільність, незалежність, єдність, універсальність, неординарність, зацікавленість. Щорічно, 5 грудня, світова спільнота відзначає Міжнародний день волонтерів. Цей день, заснований Генеральною Асамблеєю ООН у 1985 році, дає можливість

волонтерам та волонтерським організаціям з усього світу зробити видимим та вагомим свій внесок у просування глобального миру та розвитку. Через роки, через століття крокує волонтерський рух по світу, об'єднуючи в своїх лавах сотні, тисячі однодумців.

Сьогодні в Сумському медичному коледжі розгорнуто потужну волонтерську роботу, яка об'єднує у різних напрямках діяльності більш ніж 300 студентів-волонтерів. У нашому навчальному закладі активно працюють 4 волонтерські гуртки: «Милосердя», «СТОП-СНІД», «Родина», «Голуб надії».

Гурток «Милосердя» створений у 1986 році по догляду за людьми похилого віку, самотніми, які перебувають у складній життєвій ситуації. Саме цей гурток тісно співпрацює з патронажною службою медичних сестер обласного Товариства Червоного Хреста. Студенти-волонтери медсестринського відділення, об'єднані в невеликі групи, відвідують і надають посильну допомогу хворим, немічним, самотнім людям міста Суми: перевіряють санітарно-гігієнічний стан житлових умов, стежать за чистотою приміщень, проводять різні медичні маніпуляції – вимірювання АТ, температури, частоти пульсу, виконують найпростіші фізіотерапевтичні процедури, стежать за правильним режимом харчування, допомагають у різних побутових питаннях – придбання продуктів харчування, господарських товарів, ліків. Адже як важко залишатися самотнім людям наодинці зі своїми проблемами в цьому непростому світі! І тому дуже приємно, коли є небайдужі серця, здатні підтримати у важку хвилину, вселити надію та віру в краще майбутнє. А це – головне завдання медичного працівника, покликаного творити добро.

Робота волонтерського гуртка «СТОП-СНІД» була розпочата у 2003 році. Метою створення гуртка було поглиблення знань студентів із питань профілактики та проблем ВІЛ/СНІДу та подальшу можливість донести потім свої знання до однолітків, студентів інших навчальних закладів, учнів шкіл, друзів, батьків. Гуртківці відвідують заклади освіти, охорони здоров'я з лекціями, бесідами, проводять тренінги, благодійні акції, співпрацюють з клінікою дружньою до молоді при міській дитячій лікарні Святої Зінаїди.

З 2008 року в коледжі працює гурток «Родина». Студенти старших курсів спеціальності «Лікувальна справа» надають допомогу родинам по догляду за дітьми із діагнозом ДЦП. Студенти-

волонтери відвідують малечу вдома: спілкуються, граються з ними, займаються ЛФК, читають, ходять на прогулянки.

Наймолодшим (рік створення 2010) у волонтерському русі є гурток «Голуб надії», який опікується онкохворими дітьми. Члени гуртка відвідують дітей, які перебувають на довготривалому лікуванні у гематологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні. Для цих дітей студенти влаштовують виставки, конкурси, концерти до різних свят, разом вишивають, малюють і просто спілкуються. Крім цього, гуртківці організують і проводять різні благодійні акції зі збору коштів для лікування маленьких пацієнтів. Винагородою для наших студентів є щирі посмішки та щасливі очі тих, кому вони допомагають!

У цьому році до волонтерської діяльності приєднався іще один заклад міста Суми – центр соціально-психологічної реабілітації дітей області, де знаходяться діти зі зламаними долями – беззахисні, покинуті батьками. Наші студенти-волонтери своїми візитами дарують цим дітям надію і переконання в тому, що їх не забули, про них знають і комусь вони в цьому світі потрібні.

Незаперечним є той факт, що потреби населення у соціальній допомозі, психологічній підтримці та захисті зростають. Волонтерська діяльність в Україні, хоча і не стала масовою, проте є такою, що дозволяє говорити про неї як про суспільне явище та як про важливу складову діяльності недержавних соціальних служб [1]. Однозначно, явищу волонтерства бракує висвітлення у пресі, що відбивається у закритому чи обмеженому доступі молоді до цього важливого інформаційного ресурсу. Відповідно до статистики ООН, тільки 3–4 % українців мали досвід у волонтерстві.

**Висновок.** Динаміка розвитку волонтерського руху в нашому навчальному закладі свідчить про постійний пошук студентами нових напрямків, форм та технологій участі у вирішенні соціальних проблем міста та області, розширення діапазону цієї участі та зв'язків із державними та недержавними соціальними службами [4]. Стійкою є тенденція посилення професійної складової волонтерської діяльності, що, безумовно, підвищує якість надання соціальних послуг. Усі ці позитивні зміни створюють більш сприятливі умови для оптимальної соціалізації волонтерів, що підтверджує моніторинг їх особистісного та професійного становлення не тільки під час навчання у коледжі, а й після його закінчення.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Волонтерський рух в Україні: тенденції розвитку. – К. : Академпрес, 1999.
2. Волонтерство в соціально-педагогічній діяльності // Наукові записки. – 2002, № 1, 2.
3. Організація волонтерського руху у вищих навчальних закладах: діагностичний інструментарій : методичні розробки / укл. Т. О. Рудякевич. – Житомир : ЖДУ, 2004.
4. Підготовка волонтерів та їх роль у реалізації соціальних проектів; за заг. ред. І. Зверєвої, Г. Лактіонової. – К. : Науковий світ, 2001.
5. Ямницький В. М. Психологія життєтворчої активності особистості : монографія / В. М. Ямницький // АПН України, Південний науковий центр України, Рівненський державний гуманітарний університет. – Рівне–Одеса, 2004. – 360 с.

Отримано 27.01.14

## НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

І. М. Мельничук, М. І. Сапіжак

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
ННІ медсестринства*

---

Формування здорового способу життя – одна з найважливіших проблем сучасного суспільства. На законодавчому рівні визначаються основні напрямки роботи діяльності органів та закладів державного сектору, приватних та громадських організацій, які залучені у сфері збереження здоров'я населення України.

---

## REGULATORY SUPPORT OF NATIONAL POLICY ON HEALTHY LIFESTYLE FORMING

I. M. Melnychuk, M. I. Sapizhak

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»  
Educational and Scientific Institute of Nursing*

---

Healthy lifestyle forming is one of the most important problems of modern society. The legislation defines the main directions of the activities of the institutions and the public sector, private and public organizations, involved in the preservation of health of the population of Ukraine.

---

**Вступ.** Конституція України визначає здоров'я людини як найвищу соціальну цінність (стаття 3), а згідно зі статтею 49 документа – кожна людина має право на охорону здоров'я. Другим, за юридичним значенням (після Конституції) правовим актом щодо здоров'я населення, є, так звана, медична Конституція України – Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р., де сформульована концептуальна стратегія формування здорового способу життя (стаття 32), що свідчить про актуальність вирішення окресленої проблеми на державному рівні.

**Основна частина.** У документі поняття «здоров'я» визначено відповідно до вимог Всесвітньої організації охорони здоров'я, як «стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб чи фізичних об-

межень». Тобто національне законодавство у цьому принциповому питанні повністю узгоджено з позицією світової спільноти. Тут у (статті 32) також прописано, що держава сприяє утвердженню здорового способу життя з акцентом на підвищення гігієнічної культури та фізичної активності. У Законі України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» визначено, що гігієнічне виховання є одним з головних завдань виховних установ та навчальних закладів. Загалом «Основи законодавства України про охорону здоров'я» охоплюють всі базові поняття, які визначені в міжнародних підходах щодо розробки та запровадження політики здоров'я населення.

З метою сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні Кабінетом Міністрів України від 28 січня 2009 р. затверджено Державну

цільову соціальну програму «Молодь України» на 2009–2015 рр. Її виконання має створити передумови для гармонійного розвитку молодої людини, усвідомлення нею цінностей здоров'я, розуміння визначальної ролі здорового способу життя шляхом участі у активному та змістовному дозвіллі, самореалізації через громадську діяльність, творчість та працю. Іншим важливим документом, що регулює сферу збереження здоров'я населення є Указ Президента України від 27.04.1999 р. «Про заходи щодо розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя», яким затверджено основні напрямки державної діяльності у зазначеній сфері. Цим законом визначаються основні напрямки роботи діяльності органів та закладів державного сектору, приватних та громадських організацій, які залучені у сфері збереження здоров'я.

Діяльність щодо формування здорового способу життя молоді в новітній історії України відчутно активізувалася тільки в 1998–2004 рр. [2], коли до роботи було залучено низку міністерств та відомств, зокрема Міністерство у справах молоді та спорту, Міністерство освіти і науки, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство праці та соціальної політики, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство культури і мистецтв, Міністерство аграрної політики, Міністерство з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи, Міністерство оборони, Державний комітет інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України, Державну соціальну службу для сім'ї, дітей та молоді, низку місцевих підрозділів центральних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, громадські організації. У тому числі й міжнародні: Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, UNAIDS (Об'єднана програма ООН по ВІЛ/СНІДу), Європейське бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», CIDA (Канадське агентство міжнародного розвитку) та інші.

У цей час на пропагування здорового способу життя молоді значною мірою була скерована низка програм і проектів, зокрема Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, Державна програма реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і пре-

курсорів на 2003–2010 рр., Державна програма розвитку фізичної культури і спорту, Міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я нації», Національна програма патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства, Міжнародна програма з викорінення найгірших форм дитячої праці в Україні, Міжнародний проект Європейського бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, «Європейська мережа шкіл зміцнення здоров'я», програма UNAIDS «Сприяння просвітницькій роботі «Рівний – рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя», українсько-канадські проекти «Молодь за здоров'я» (1998–2001 рр.) та «Молодь за здоров'я-2» (2002–2005 рр.). У нормативно-правових актах молоді як самостійний об'єкт діяльності з формування здорового способу життя почала виокремлюватися тільки з 2004 р. після проведення парламентських слухань про становище молоді в Україні «Формування здорового способу життя української молоді: стан, проблеми та перспективи».

03 листопада 2010 р. відбулися парламентські слухання про становище молоді в Україні за темою «Молодь за здоровий спосіб життя». Результатом роботи стало прийняття Рекомендацій парламентських слухань про становище молоді, де зазначено, що небезпека здоров'ю нації потребує внесення кардинальних змін щодо формування та реалізації державної соціальної, молодіжної політики, розробки й прийняття на державному і місцевому рівнях таких політичних та управлінських рішень, які дозволили би державі більш відповідально ставитися до здоров'я своїх громадян та формування здорового способу життя молоді: стан, проблеми та перспективи.

Відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 рр., формування здорового способу життя молоді необхідно виокремити як пріоритетний напрям державної молодіжної політики; зміцнити матеріально-технічне та фінансове забезпечення установ, закладів, громадських об'єднань, зокрема молодіжних та дитячих громадських організацій, діяльність яких спрямована на поліпшення здоров'я та формування здорового способу життя дітей та молоді, прийняти Загальнодержавну цільову соціальну програму з розвитку фізичної культури та спорту на 2012–2016 рр. з виробленням новітніх стратегічних підходів на основних засадах здорового способу життя тощо.



Наразі існує ціла низка документів, які мають відношення до збереження здоров'я населення, а здоровий спосіб життя визначається як один із компонентів діяльності. Так, у комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. передбачалася розробка та запровадження системи дієвої просвіти населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом формування традицій і культури здорового способу життя, престижу здоров'я, залучення громадян до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та активного довголіття. Серед основних заходів визначено гігієнічне виховання населення з використанням телебачення, радіо, літератури, театру, кіно, що сприятиме формуванню ідеології здорового способу життя (у тому числі духовної, фізичної і психічної складової здоров'я) та розробку сучасних ефективних профілактичних технологій.

Іншим важливим документом у сфері формування здорового способу життя стало прийняття Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація» на 2009–2013 рр. Зокрема у преамбулі Концепції констатується, що особливу небезпеку майбутньому країни несе нинішній стан здоров'я і спосіб життя дітей та молоді, що становить реальну загрозу генофонду нації, безпеці України та залишається пріоритетною проблемою загальнодержавного значення. У цьому документі закладено можливість двох різних підходів та зазначено, що перший варіант реалізації програми можливий через використання традиційної моделі охорони здоров'я, але існують серйозні побоювання, що це не дасть позитивного результату. Інший шлях – через формування сучасної моделі запобігання захворюваності на основі скоординованих міжгалузевих заходів щодо впровадження здорового способу життя та профілактики відповідно до світових стандартів за рахунок об'єднання ресурсів держави, місцевих громад, громадських організацій. Вказано, що за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, економічний ефект від виконання програм здорового способу життя досягає співвідношення «вигоди–витрати» як 8:1. Саме тому в більшості передових країн світу профілактика та стимулювання людей до сповідування здорового способу життя є пріоритетним напрямком державної політики.

Законодавство України щодо формування здорового способу охоплює багато напрямків діяльності, у тому числі й вирішення проблем, що по-

в'язані з розвитком медичної галузі, станом екології, фізичною активністю, харчуванням, протидією тютюнокурінню, вживанню алкоголю, наркотиків, створенням сприятливого середовища щодо мотивації молоді до здорового способу життя.

Формування здорового способу життя в сучасних умовах потребує змін і впровадження нових технологій медичної допомоги, у т. ч. медичних оглядів дітей та молоді. Цю діяльність було регламентовано Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів» від 27.08.2010 р. та прийнято спільний наказ Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти і науки «Положення про медико-педагогічний контроль за фізичним вихованням дітей у загальноосвітніх навчальних закладах» від 20.07.2009 р. та інструкцію щодо розподілу учнів на групи для занять на уроках фізичної культури.

Програма економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» вносить зміни в медичну сферу, що є важливим кроком щодо поліпшення здоров'я населення через забезпечення рівного і справедливого доступу до медичних послуг належної якості. Але цей процес є складним, оскільки необхідно вирішити питання щодо подолання низького рівня розвитку культури здоров'я, яке переважає у більшості населення. Дуже часто знання, уміння та навички не співвідносяться між собою, оскільки в суспільстві існує стереотип, згідно з яким «знати» ще не означає «діяти».

У силу значного зменшення кількості населення країни, особливої уваги потребує вивчення демографічної ситуації та забезпечення основних засад збереження репродуктивного здоров'я молоді. З цією метою в Державній програмі «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року», прийнятій 27.12.2006 р. визначено шляхи створення належних умов для реалізації населенням репродуктивної функції та планування сім'ї. Серед пріоритетних напрямків – розробка та реалізація міжгалузевих стратегій, спрямованих на пропаганду, формування і заохочення до здорового способу життя; пропагування сімейних цінностей, забезпечення медико-соціальної підтримки молоді сім'ї; забезпечення доступності до медичних послуг підлітків шляхом впровадження в амбулаторно-поліклінічних закладах системи надання

послуг для дітей та підлітків через «Клініки, дружні до молоді» [1].

Окрім вищезазначених документів на національному рівні існує ряд галузевих та регіональних нормативних документів, що спрямовані на формування здорового способу життя: наказ Міністерства охорони здоров'я «Про удосконалення організації надання медичної допомоги підліткам та молоді» від 02.06.2009 р.; наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Тимчасових стандартів надання медичних послуг підліткам та молоді та порядок оцінки центрів (відділень, кабінетів) медико-соціальної допомоги підліткам та молоді на відповідність статусу «Клініка, дружня до молоді» від 02.06.2009 р.; наказ Міністерства охорони здоров'я «Про поліпшення діяльності органів і закладів охорони здоров'я з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення» від 05.01.1999 р.; спільний наказ Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти та науки «Про посилення роботи щодо профілактики захворюваності дітей у навчальних закладах та формування здорового способу життя учнівської та студентської молоді» від 21.04.2005 р. тощо.

З метою утвердження та пропаганди здорового способу життя, запобігання негативним проявам серед дітей і молоді, виявлення та підтримки талановитих підлітків було затверджено Положення «Про проведення щорічного Всеукраїнського фестивалю-конкурсу «Молодь обирає здоров'я» (наказ від 24.11.2009 р.). Документ є міжгалузевим, оскільки в його підготовці брало участь Міністерство освіти і науки та Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту.

У цьому контексті необхідно зазначити, що у червні 2010 р. Міністерством охорони здоров'я був оприлюднений проект Закону України «Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я». У статті 37 цього законопроекту «Сприяння здоровому способу життя населення» передбачаються дії щодо створення необхідних умов для утвердження здорового способу життя населення шляхом поширення знань з питань охорони здоров'я, екологічного і фізичного виховання, здійснення заходів, спрямованих на підвищення гігієнічної культури населення тощо.

Разом з тим, цей документ залишає поза увагою проблему подолання низького рівня розвитку культури здоров'я населення, яке зберігаєть-

ся у переважній більшості, підвищення престижу здоров'я, самоусвідомлення його цінності та формування необхідних навичок серед дітей та молоді.

Для активізації цієї роботи Міністерством у справах сім'ї, молоді та спорту було розроблено проект Галузевої програми з формування здорового способу життя серед дітей та молоді на 2010–2012 рр. У програмі виписано нову ідеологію культури здоров'я, спрямовану на індивідуальну самосвідомість, на оперативний контроль за резервами здоров'я, на формування економічної цінності здоров'я, на самооздоровлення, що робить її впровадження впродовж 2,5 року першочерговим комплексом заходів у покращенні соціально-демографічної ситуації в країні.

**Висновки.** Загалом аналіз вітчизняного законодавства щодо сприяння здоровому способу життя та його порівняння з міжнародними нормативно-правовими актами у цій галузі дає підстави до певних висновків. Світова спільнота, приймаючи основоположні нормативно-правові акти на сучасному етапі виходить з необхідності забезпечувати права людини на збереження та зміцнення здоров'я. На цьому підґрунті під егідою ООН вироблено низку декларацій, пактів та інших документів, які обумовили прийняття багатьох програмних документів з боку Всесвітньої організації охорони здоров'я глобального та європейського рівня. Україна підтвердила своє бажання приєднатися до цих документів, прийнявши Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу ще 18.04.2004 р.

Законодавство України, загалом відповідає основним міжнародним стандартам політики сприяння здоров'ю, але окремого державного документа щодо формування здорового способу життя досі прийнято не було, хоча в Програмі економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» внесено параграф про стимулювання здорового способу життя населення; перехід до міжвідомчих і міжгалузевих програм з формування здорового способу життя та створення належних умов для занять масовим спортом та активного відпочинку. Тобто країна вже зробила перші кроки на шляху до створення необхідної законодавчої бази щодо здорового способу життя.

Вищевказане дає підстави говорити про необхідність удосконалення чинного законодавства України у сфері формування здорового спосо-

бу життя з метою запровадження сприятливої державної політики, що свідчитиме про рівень готовності держави вирішувати наявні проблеми.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Міжнародний захист прав і свобод людини : збірник документів. – М., 2002. – 278 с.

2. Оржеховська В. М. Формування здорового способу життя: стратегія розвитку / В. М. Оржеховська // Атестаційний вісник. – 2008. – № 10. – С. 28–30.

Отримано 10.01.14

## ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНИХ СТЕРИЛІЗАЦІЙНИХ УПАКОВОК У СТОМАТОЛОГІЇ

С. В. Казюта

*Комунальний заклад охорони здоров'я  
Харківська обласна стоматологічна поліклініка*

У статті містяться основні принципи стерилізації медичного інструментарію, положення асептики та антисептики, чинні накази МОЗ України, відомості про найпоширеніші ВЛІ та принципи боротьби з ними.

## USE KRAFT PACKAGES IN DENTAL SURGERY

S. V. Kazyuta

*Municipal Institution of Public Health  
Kharkiv Regional Dental Clinic*

This article contains the basic principles of sterilization of medical instruments, the provisions of asepsis and antisepsis, current orders MPH of Ukraine, information about the most common influ principles and deal with them.

**Вступ.** Актуальною проблемою завжди був ризик виникнення ВЛІ, яка могла не тільки погіршити стан пацієнта та збільшити період одужання, а й призвести до смерті хворого. У боротьбі з виникненням ВЛІ найбільшу роль відіграє асептика й антисептика та асептика-стерилізація.

**Основна частина.** Неможливе проведення адекватного та результативного лікування хворих стоматологічного профілю без використання стерильного інструментарію.

Необхідно звернути увагу на режими стерилізації, які згідно з наказом МОЗ України № 770 використовуються у даній ЛПУ, беручи до уваги профіль та направленість [1], а саме:

- **Паровий метод стерилізації**

Робоча температура в стерилізаційній камері повинна становити 120–132 °С; тиск пари в стерилізаційній камері – 2.0-1.1 МПа; час стерилізаційної витримки – 20–45 хв. Даний метод стерилізації використовується для виробів з корозій-

ностійкого металу, скла, виробів з текстилю, резини.

Термін зберігання виробів після цього методу стерилізації у коробках без фільтра – 3 доби, з фільтрами – 20 діб.

- **Повітряний метод стерилізації**

Робоча температура в стерилізаційній камері повинна становити 160–180 °С; час стерилізаційної витримки – 60–150 хв.

Повітряний метод стерилізації використовується для виробів з металу, скла та силіконової резини. Післястерилізаційний термін зберігання у коробках без фільтра – 3 доби, якщо інструмент був простерилізований без коробки, він підлягає негайному використанню.

- **Хімічний метод стерилізації**

Стерилізувальний агент – 6 % перекис водню. Робоча температура в стерилізаційній камері повинна становити 18–50 °С; час стерилізаційної витримки – 180–360 хв [2–4].

Для підтримки асептичних умов зберігання інструментарію використовуються камери для зберігання стерильного інструментарію типу «Панмед», з огляду на специфіку роботи ЛПЗ стоматологічного профілю та подовження терміну зберігання стерильного інструментарію є цілеспрямованим використання комбінованих упаковок (прозора синтетична плівка + папір) (рис. 1).



**Рис. 1. Медичні стерилізаційні пакувальні матеріали одноразового застосування для розміщення виробів медичного призначення (матеріалів) перед стерилізацією і подальшого збереження стерильності цих виробів після стерилізації до використання за призначенням.**

Зазначені упаковки належать до матеріалів одноразового застосування.

Упаковки, спроектовані відповідним чином, відповідають вимогам до медичних стерилізаційних пакувальних матеріалів [3, 4]. Дана упаковка:

- виключає можливість проникнення мікроорганізмів всередину після проведеної стерилізації (за умов дотримання правил закривання упаковок з виробами, режимів стерилізації, умов і термінів зберігання);

- витримує вплив відповідного стерилізувального агента, виключаючи можливість пошкодження ним упаковки, зберігаючи зовнішній вигляд (крім кольору індикаторів, нанесених на упаковки), герметичність швів після стерилізації;

- зручна для розміщення й упакування виробів або матеріалу так, як необхідно для конкретного методу стерилізації;

- дозволяє легко або запечатати, або заклеїти вміст;

- дозволяє безпечно маніпулювати упакованими виробами після стерилізації і витягувати вміст упаковки без ризику його вторинної контамінації мікроорганізмами після стерилізації.

Пакувальний матеріал представлений декількома видами упаковок. Наприклад, *комбіновані (паперово-плівкові) упаковки* — це вид упаковок, призначений для виробів, які повинні піддаватися стерилізації паровим методом (насиченою водяною парою під тиском) або газовим методом (окисом етилену або формальдегідом).

Стерилізаційні упаковки мають різну номенклатуру, типи і розміри:

- пакети без складок (плоскі);
- пакети зі складками;
- рулонний матеріал (рулони) без складок;
- рулонний матеріал (рулони) зі складками;
- пакети без складок самоклеючі.

Пакети без складок (плоскі) призначені для пакування невеликих за товщиною виробів. Пакети зі складками використовують для більш об'ємних виробів із складною конфігурацією або невеликих наборів інструментів.

Допустимий термін зберігання виробів, простерилізованих в упаковках за даними виробника, становить:

- в одинарній упаковці, запечатаній за допомогою термозварювального апарата – 1 рік;
- в подвійній упаковці (при розміщенні пакетів один в іншому), запечатаних за допомогою термозварювального апарата – 2 роки;
- в самоклеючих пакетах – 6 місяців.

**Висновок.** Використання комбінованих стерилізаційних упаковок дає позитивний результат для збереження стерильності інструментарію, легку доступність до різного виду інструментів, зникає необхідність використання УФ-опромінення для збереження стерильності, яке вкрай шкідливе для очей медичного персоналу. Для зберігання інструментарію у комбінованих стерильних упаковках необхідно лише сухе приміщення. Основним є термін зберігання стерильності, який може досягати 2 років, на відміну від зберігання інструментарію у коробках із фільтрами, де стерильність зберігається до 20 днів. Використання комбінованих стерилізаційних упаковок має значний позитивний результат не тільки для забезпечення стерильності, а й для збереження здоров'я пацієнтів і медичного персоналу.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ 42-21-2-85 Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы : наказ МОЗ України № 770 від 10.06.85 р.
2. Журнал «Поліклініка» – 2006. – № 4. – С. 86–88.
3. Касевич Н. М. Основи медсестринства в модулях : навч. посіб. / Н. М. Касевич. – К. : Медицина, 2009. – С. 36–40.
4. Шевчук М. Г. Сестринська справа / М. Г. Шевчук. – К. : Здоров'я, 1992. – С. 68–69.

Отримано 12.02.14



## ОСНОВНІ АСПЕКТИ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Н. М. Волошина, Т. Г. Бакалюк

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
ННІ медсестринства*

---

У статті висвітлено особливості лікувально-профілактичної і реабілітаційної роботи медичної сестри фізіотерапевтичного відділення.

---

## MAIN ASPECTS OF WORK OF THE NURSE OF THE PHYSIOTHERAPY DEPARTMENT IN MODERN CONDITIONS

N. M. Voloshyna, T. H. Bakalyuk

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»  
Educational and Scientific Institute of Nursing*

---

The article deals with the peculiarities of treatment and prophylactic and rehabilitation work of the nurse of the physiotherapy department.

---

**Вступ.** На сучасному етапі розвитку українського суспільства, яке нині гостро переживає екологічну кризу, ми можемо спостерігати тенденцію поширення таких негативних явищ, як різке зниження тривалості життя українців й «омолодження» хвороб, які часто переходять у хронічний стан та видозмінюються у більш агресивні форми. У зв'язку з цим, значна частина населення України потребує підтримки здоров'я в умовах лікувально-профілактичних закладів.

Поряд із медикаментозним лікуванням широкої популярності на сьогодні набувають методи фізіотерапевтичного впливу на організм, для ефективного застосування яких функціонують фізіотерапевтичні відділення й кабінети на базі поліклінік, стаціонарів та санаторіїв. У межах даних підрозділів відбувається комплексне лікування й медична реабілітація хворих різного клінічного профілю з використанням природних і штучних лікувальних фізичних факторів [4].

Допомога пацієнтам надається лікарями-фізіотерапевтами або під їх керівництвом середнім ме-

дичним персоналом. Особливої уваги заслуговує діяльність медичної сестри, яка є не лише «правою рукою» лікаря, а й активним учасником реабілітаційного процесу. Тому метою даної статті є аналіз змісту роботи медичної сестри фізіотерапевтичного відділення в сучасних умовах.

**Основна частина.** У зв'язку зі збільшенням мережі лікувально-профілактичних закладів та загальним вдосконаленням реабілітаційної медицини в Україні, підвищуються й кваліфікаційні вимоги до медичних сестер фізіотерапевтичного відділення як автономних спеціалістів своєї справи, здатних своєчасно надати медичну допомогу у повному обсязі й на належному рівні. Таким чином, медична сестра зазначеного профілю повинна вміти виконувати профілактичні, діагностичні, лікувальні, лікувально-оздоровчі, реанімаційні та реабілітаційні заходи відповідно до своєї професійної компетентності та повноважень [3].

Основним завданням медичної сестри відповідного профілю є проведення фізіотерапевтичних про-

цедур хворим згідно з призначеннями лікаря-фізіотерапевта, який після огляду пацієнта робить запис в історії хвороби або амбулаторній картці, де вказує назву процедури, ділянку впливу, методику й дозування. У цій картці медична сестра зазначає відмітки про виконання кожної процедури й результат лікування після закінчення курсу фізіотерапії [2].

Окрім того, в обов'язки медсестри входить підготовка хворого до фізіотерапевтичного впливу, яка включає: проведення інструктажу з правил поведінки під час процедури і після неї, коротке ознайомлення пацієнта зі специфікою процедури та інформування про можливі відчуття в процесі лікування.

Під час проведення фізіотерапевтичних процедур медична сестра повинна знаходитися в кабінеті, вести спостереження за станом хворого, цікавитися його відчуттями й слідкувати за показаннями вимірювальних приладів. У разі погіршення стану пацієнта медична сестра повинна припинити дію фізичного фактора на його організм, надати невідкладну медичну допомогу і викликати лікаря-фізіотерапевта.

Медична сестра має здійснювати контроль за виконанням хворим призначень лікаря, слідкувати за динамікою лікування. Окрім цього, вона обов'язково визначає ступінь обізнаності хворого та його рідних стосовно фізіотерапевтичних процедур, інформує їх про сутність лікувально-профілактичної чи реабілітаційної діяльності та очікувані результати [2].

Сестринська справа – це особлива професія, яка не обмежується виконанням призначень лікаря, разом з тим орієнтована на пацієнтів з метою здійснення догляду за хворими, а також їх реабілітації. А тому в обов'язки медичної сестри фізіотерапевтичного відділення входить не лише проведення процедур, а й опитування пацієнта, що передує фізіотерапевтичному втручанням.

При опитуванні медичну сестру повинні цікавити відомості про стан перебігу недуги в попередні роки, про наявність супутніх захворювань: цей фактор необхідно враховувати особливо уважно, оскільки він може стати протипоказанням для фізіотерапевтичного впливу в конкретному випадку. Результати опитування, зазвичай, значно доповнюють клінічну картину захворювання й дають змогу поставити сестринський діагноз – зробити висновок про стан здоров'я хворого (по-

тенційні або реальні захворювання пацієнта), який виражається за допомогою медичної термінології і відповідає медичним стандартам [1].

Окрім роботи з пацієнтами, медична сестра фізіотерапевтичного відділення виконує ще ряд певних, загальних функцій: веде затверджену Міністерством охорони здоров'я облікову документацію; слідкує за станом медичного обладнання; навчає молодший медичний персонал відділення (кабінету) правилам техніки безпеки, основам дотримання санітарно-гігієнічного режиму, закономірностям фізіотерапевтичного впливу на організм, основним аспектам деонтології тощо.

У своїй роботі медична сестра відділення фізіотерапії керується правилами проведення процедур і техніки безпеки при роботі з апаратурою, розпорядженнями лікаря-фізіотерапевта, правилами внутрішнього трудового розпорядку та посадовою інструкцією [2].

**Висновки.** На сьогодні роль медичної сестри фізіотерапевтичного відділення у профілактичному та лікувально-реабілітаційному процесі надзвичайно важлива і переоцінити її неможливо.

Специфіка роботи спеціаліста даного профілю потребує високого професіоналізму, який проявляється:

- в умінні гармонійно поєднувати *загальну освіченість* (володіння не лише знаннями за фахом, а й основами психології, педагогіки), *професійну майстерність* (володіння методиками проведення основних процедур, знання технічних характеристик фізіотерапевтичної апаратури та показань і протипоказань для фізіотерапевтичного впливу тощо) і *високі морально-етичні принципи* (етичний кодекс медичної сестри передбачає забезпечення ретельного та відповідального догляду за хворими, поважання незалежності та права пацієнтів);

- у постійному прагненні до саморозвитку й самовдосконалення (освоєння нової апаратури, систематичне підвищення своєї кваліфікації, прагнення до обміну міжнародним досвідом тощо).

Висвітлені нами основні аспекти роботи медсестри фізіотерапевтичного відділення в сучасних умовах не вичерпують можливості подальших досліджень в контексті окресленої проблеми.

Подальший розвиток у даному напрямку може стосуватися підвищення рівня професійної підготовки медсестер зазначеного профілю.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Мышкина А. К. Сестринское дело: справочник / А. К. Мышкина. – М. : Дрофа, 2008. – 256 с.
2. Положення про медичну сестру відділення (кабінету) фізіотерапії : наказ МОЗ України № 260 від 30.12.1993 р.
3. Сестринська справа : підручник / Н. М. Касевич, І. О. Петряшев, В. В. Сліпченко та ін. ; за ред. В. І. Литвиненка, Н. М. Касевич. – К. : Медицина, 2011. – 816 с.
4. Самосюк І. З. Фізіотерапія. Організація роботи фізіотерапевтичних кабінетів і відділень в центрах медичної реабілітації та санаторно-курортних закладах / І. З. Самосюк, Л. І. Фісенко, 2006.

Отримано 06.02.14

## САНІТАРНИЙ СТАН ХАРКОВА В ХІХ – НА ПОЧАТКУ ХХ СТОЛІТТЯ ЯК ВИЗНАЧАЛЬНИЙ ЧИННИК ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я МЕШКАНЦІВ МІСТА

Л. М. Нечеглод

*Черкаський медичний коледж*

---

У статті висвітлено характеристику санітарного стану міста Харкова в ХІХ – на початку ХХ ст. та рівень його впливу на здоров'я харків'ян. Розглянуто географічне розташування, забезпечення питною водою та житлові умови жителів міста.

---

## SANITARY CONDITION OF KHARKIV IN THE XIX – EARLY XX CENTURY AS DETERMINANTS IMPACT ON THE HEALTH OF CITY RESIDENTS

L. M. Nechehloд

*Cherkasy Medical College*

---

The article contains a description of the sanitary condition of the city of Kharkiv in the nineteenth – early twentieth century and the level of its impact on the health of Kharkiv. The geographical location, availability of drinking water and housing residents were shown.

---

**Вступ.** Актуальною проблемою сьогодення є дотримання санітарних норм у місцях великого скупчення людей, особливо в містах. Не менш важливими ці питання були й два століття тому, коли від санітарного стану міста та рівня культури особистої гігієни часом залежало життя цілих населених пунктів. Адже при неможливості на той час лікування багатьох епідеміологічних захворювань дотримання чистоти та особистої гігієни були чи не єдиним порятунком від епідемії.

**Основна частина.** Завданням нашого дослідження є реконструкція санітарного стану міста Харкова протягом ХІХ – на початку ХХ ст.

Упродовж століть санітарний стан Харкова формували його природні умови. Більшість території являла собою болотисті низини, і лише центр міста розташувався на узвишші. Місто знаходиться на території, помереженій болотами, драговинами, озерами та протоками, тому в негоду Залопанська і Захарківська частини буквально потопали у багні. Тут особливо давалась в знаки близькість до

поверхні підґрунтових вод, що перетворювало їх навесні в суцільне болото. І без того маловодні річки Лопань та Харків часто гатили греблями з водяними млинами, тому вода в них застоювалась, цвіла й випаровувалася, отруюючи атмосферу. В місті нагромаджувалась величезна кількість гною через численні ярмарки, на які до Харкова прибував гужовий транспорт з усієї Російської імперії. Сучасники називали Харків фабрикою, що виробляє гній. За таких умов хробаки, плазуни, земноводні та комахи часом просто заповняли місто. Для студентів університету тоді запроваджували спеціальні «грязные каникулы». Зазвичай, це бувало навесні й восени, коли вулицями та майданами було неможливо ні пройти, ні проїхати. У 1815 р. навіть розглядалося питання про переїзд університету в якесь інше місце через антисанітарні умови життя в Харкові. Непролазна багнюка, яку не могли подолати студенти, стала 1824 р. для університетського начальства найважливішим аргументом на користь перенесення клінік й ана-

томічного театру із залопанського будинку в основні споруди університету [1].

З другої половини XIX ст. санітарний стан Харкова дещо поліпшився. Для цього було проведено ряд заходів, зокрема, було зміцнено береги річок, облаштовано набережні, бруківки, тротуари, проведено канали у пониззі. Відчутну користь для гігієнічного стану зробило очищення майданів, запровадження нагляду за дотриманням чистоти на вулицях. Зокрема, в центрі міста навесні та восени зник непролазний бруд.

Дві події суттєво покращили санітарні умови центру. Перша – перенесення Суздальського торговельного ряду від Успенського собору до Благовіщенського базару. Друга – заборона на утримання постійних дворів для візників у цій частині міста. Хоча і після цього Харків ще залишався далеко неблагополучним у санітарному відношенні містом. Санітарні умови життя харків'ян у 60–70-ті роки XIX сторіччя досить докладно проаналізували Д. І. Багалій та Д. П. Міллер [1].

Річки Харків та Лопань мали всі ознаки болотистих річок і вже на вході до міста несли воду, що була непридатною для пиття. А в міських межах Лопань забруднювали численні виробництва і господарства: вовномийні виробництва, миловарні, салотопні, кузні, бондарні майстерні, готелі, Благовіщенський базар, лазні, заводи з виробництва газу, кахлів, рукавичок, шуб, фарб, чавунного литва та іншого добра. Великої шкоди воді завдавали вовномийні, які розміщувалися на лівому березі Лопані, починаючи від Москалівки й далі. При висушуванні вовни міазми заповняли все пониззя Харкова [2].

Увесь гній, зібраний у місті від часу його заснування, так і залишався тут, утворивши шар ґрунту й замуливши русла харківських річок. В оглядовий період територія міста так само угнювалася, бо виливалися нечистоти на поверхню ґрунту або створювалися вигрібні ями, які ніколи не вичищали через дорожнечу асенізаторських послуг. На той час у Харкові майже не було цементованих вигрібних ям. А з будинків, зведених на узбережжі, продовжували виводити різноманітні канали й труби для скидання нечистот у воду. На берегах річок утворювалися звалища різних відходів та загиблих тварин, які потім змивалися у воду й отруювали її. Тому річки, протікаючи містом, у спеку вкривалися густою зеленою ряскою упереміш з трупами собак, кішок, пацюків та інших дрібних тварин. Особливо нестерпним було існування жителів

Москалівки, де така вода затримувалася перед найбільшою основ'янською греблею. Особливе нагромадження бруду відбувалося під мостами харківських річок. Забруднена фекаліями та іншими нечистотами вода ставала не лише непитною, але й небезпечною для купання, прання та миття підлоги. Однак недостатня кількість у місті колодязів з якісною водою, аж до введення у дію водогону, призводила до масового використання річкової води тими, хто мешкав далеко від Карпівської та Белгородської криниць, звідки возили бочками воду як для приготування їжі, так і для пиття, не говорячи вже про напування скотини та інші господарські потреби.

80-ті роки були позначені поліпшенням санітарно-гігієнічних умов життя Харкова завдяки проведенню водогону, який став до ладу в липні 1881 р. Майже припинилося користування послугами водовозів, оскільки бочки не відрізнялись чистотою, скоротилося домашнє зберігання води, що не завжди було безпечним для здоров'я людей, які її вживали. Річкова вода майже зникла з ужитку [3].

Водопостачання населення в Харкові після введення водогону відбувалося різними способами: одні жителі користувалися водою з кранів, що були встановлені у інших будинках чи на подвір'ях; інші брали воду з водорозбірних колонок, колодязів, або криниць; а хтось таки продовжував звертатися до водовозів. Харківський водогін наповнювала вода з джерел і бурових (артезіанських) свердловин різних водоносних шарів. У 1912 р. середньодобове споживання водопровідної води було мізерним і становило лише 1,87 відра на одного харків'янина (приблизно 22,5 літра) [3].

Після створення водогону в 1881 р. й пуском каналізації в 1915 р. ніяких інших кардинальних заходів для зміни санітарного стану в Харкові не вживали. Продовжувалось хаотичне зведення житлових будинків. Не відповідали санітарним нормам й побутові умови більшості харків'ян. Небезпечними для жителів були також кладовища, розміщені поблизу густонаселених районів. Благовіщенський базар був місцем повної антисанітарії. На його території панували бруд, сморід, загниваючі залишки м'ясних і рибних лавок, купи нечистот, не було й стоків. У 1902 р. міською думою ухвалено рішення облаштувати критий ринок із дотриманням правил санітарії. Його необхідність підтвердила і спеціальна комісія, призначена губернатором у квітні 1905 р. А втім збудували його лише у 1914 р. [4].

**Висновки.** Санітарний стан Харкова, вказаного періоду, залишав бажати кращого. Давалась в знаки специфіка рельєфу місцевості, де розташовувалось місто – це була досить болотиста місцевість. Існували

значні проблеми з водопостачанням та вивезенням побутових відходів. Житлові умови більшості харків'ян не відповідали санітарним нормам. Каналізація з'явилась у 1881 р., а водогін лише в 1915 р.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Багалеї Д. И. История города Харькова за 250 лет его существования (1655-1905) : историческая монография : в 2 т. / Д. И. Багалеї, Д. П. Миллер. – Харьков : Репринт, 1993. – Т. 1. – 572 с.

2. Томашевский М. Отчет о санитарных осмотрах г. Харькова 1878 года / М. Томашевский // Отдель-

ные оттиски из «Харьковских Губернских Ведомостей». – Харьков, 1879. – 28 с.

3. Робак І. Ю. Організація охорони здоров'я в Харкові за імперської доби (початок XVIII ст. – 1916 р.) / І. Ю. Робак. – Х. : ХДМУ, 2007. – 346 с.

4. Державний архів Харківської області. – ф. 4, оп. 13, спр. 396, арк. 4.

Отримано 18.02.14



## МЕТОДИКА ВИБОРУ КОНТАКТНОЇ ПОВ'ЯЗКИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК ВЕНОЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

В. В. Сівков, Р. А. Ткач, А. В. Качор

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
ННІ медсестринства*

---

У статті висвітлено алгоритм вибору контактної пов'язки на прикладі виразок нижніх кінцівок венозного походження. Розглянуто стандартизацію опису рани за чотирма основними критеріями та приклади контактних пов'язок, що відповідають цим критеріям.

---

## METHODS OF SELECTING A CONTACT BANDAGE FOR TREATING VENOUS ULCERS OF THE LOWER LIMBS VENOUS ETIOLOGY

V. V. Sivkov, R. A. Tkach, A. V. Kachor

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»  
Educational and Scientific Institute of Nursing*

---

This paper adduces approaches to contact dressing choice for venous ulcers, basing on four main criteria of wound description, with examples of the dressings that are the most suitable for given criteria.

---

**Вступ.** Старіння населення та пов'язане з цим збільшення частоти виявлення дегенеративних захворювань, зокрема виразкувань нижніх кінцівок, робить актуальним вивчення причин, стандартизацію та наукове обґрунтування рекомендацій до діагностики та лікування. Виразки нижніх кінцівок венозного походження займають значне місце в структурі захворюваності: близько 1 % населення має ознаки венозного стазу та виразкування різного ступеня тяжкості [1]. Характерними ознаками перебігу венозних виразок є хронічний характер (середня тривалість загоєння становить 6 місяців), а також повторне виразкування.

Після обстеження судинним хірургом та встановлення діагнозу, місцева терапія венозних виразок може проводитись медсестрою без постійного нагляду лікаря. Лікування включає два компоненти: накладання пов'язки на рану (контактний

шар) та застосування еластичного бинтування нижньої кінцівки (здебільшого від основи пальців до коліна, а при значному ступені ураження вен – до середини стегна та вище) [2]. Беручи до уваги велике різноманіття лікувальних пов'язок та виняткову роль медичної сестри в їх правильному виборі, у даній статті ми зосередимось саме на контактному шарі, зокрема на принципах його вибору та основних його властивостях.

**Основна частина.** При виборі пов'язки медсестра повинна керуватись такими критеріями оцінки рани:

- а) стан ранової поверхні;
- б) наявність ранової інфекції;
- в) характер та кількість ексудату;
- г) стан краю рани [3].

Оцінка ранової поверхні має на меті визначення відсоткового співвідношення грануляції та некро-

тизованих тканин. Наявність некротичних тканин у рані подовжує фазу запалення, сповільнюючи тим самим процеси репарації та епітелізації, а також слугує поживним середовищем для мікроорганізмів. Порівняння та документування стану ранової поверхні під час кожної перев'язки або хоча б один раз на тиждень відображатимуть рівень ефективності лікування та дозволятимуть проводити вчасну його корекцію. У випадку венозних виразок гостра некротомія не застосовується, натомість використовують принципи автोलітичного очищення рани. Це досягається шляхом накладання гіперосмолярних речовин (гіпертонічних сольових гелів, препаратів меду з рослин роду *Leptospermum*) та гідрогелів (гідроколоїдних гелів та гелів на основі крохмалю й альгінатів) на основу рани. При застосуванні гіперосмолярних пов'язок тканинні рідини переміщуються до поверхні рани, сприяючи її гідролітичному очищенню, а гідроколоїдні та крохмалеві гелі, в свою чергу, абсорбують білки з ексудату та додатково звожують рану. В результаті цього, некротичні тканини набрякають, розпадаються та відшаровуються від основи рани. Варто зазначити, що побічним ефектом збільшення об'єму ексудату є мацерація шкіри, тому при застосуванні вищеназваних препаратів потрібно захищати прилеглу до виразки шкіру бар'єрними плівкоутворюючими розчинами або мазями на основі оксиду цинку [4, 5].

Підвищення температури, набряк, болочість та почервоніння, що поширюється на 2–3 см за межу навколо рани, свідчать про інфікування рани, і в даному випадку необхідний огляд лікаря та призначення ефективного антибактерійного лікування. Проте варто зауважити, що наявність ізольованої еритеми в більшості випадків є малоінформативною для діагностики ранових інфекцій, оскільки часто пацієнти з венозним стазом страждають від застійного дерматиту. Вирішальним у діагностиці є збір анамнезу (наявність еритеми більше 2 місяців свідчить про неінфекційний дерматит) та порівняння з другою кінцівкою (якщо почервоніння двостороннє, то ймовірність інфекційного його походження є малою і скоріше за все мова йде про стаз-дерматит). Навколоранову еритему може давати також алергічна реакція на перев'язувальний матеріал, у такому випадку форма еритеми нагадуватиме відбиток контактного шару (наприклад, чітко кругла або прямокутна). Алергічна реакція на матеріал пов'язки

вимагає негайної зміни її на рівноцінну за властивостями, але з іншого матеріалу або іншого виробника. За наявності еритеми інфекційного походження, місцеве антибактерійне лікування доцільно проводити разом із загальною антибіотикотерапією.

Оцінка ексудату передбачає визначення як його характеру (гнійний, геморагічний чи серозний), так і його кількості. Наявність гнійного ексудату свідчить про потребу місцевого антибактерійного лікування (наприклад, препаратами кадексомеру йоду чи срібловмісними пов'язками) [6]. Розчини антибіотиків наносити місцево не рекомендується через низьку клінічну ефективність та високу ймовірність алергізації [7]. Оцінка об'єму ексудату дозволяє визначити необхідний рівень абсорбції пов'язки, який, з одного боку, підтримував би вологе середовище в рані, а з іншого – запобігав мацерації країв рани. Абсорбційні матеріали можуть накладатись безпосередньо на рану (у випадку неускладненого перебігу виразки), або поверх власне контактного лікувального шару.

Враховуючи те, що сам факт зміни пов'язки відкладає процеси репарації в рані на 4–8 годин, щоденна її зміна потрібна лише у випадках гнійного запалення, а також, коли кількість ексудату значно перевищує її абсорбційні властивості [5]. За умов адекватного і комплексного лікування венозних виразок нижніх кінцівок частота зміни пов'язок коливається в межах 2–3 рази на тиждень, а вибір абсорбційного матеріалу залежатиме від кількості ексудату на старій пов'язці. Якщо кількість ексудату мала (просякнута менше 25 % старої пов'язки), тоді абсорбційних властивостей альгінатів та пов'язок на основі відновленої целюлози, а також гідроколоїдних пов'язок повинно бути достатньо. При помірній кількості ексудату (просякнута від 25 до 75 % старої пов'язки) найкраще користуватись абсорбтивними поліуретановими губками з силіконовим покриттям або без (губки з силіконовим покриттям краще фіксуються до шкіри та зменшують рубцювання, але вбирають менше порівняно з губками без силіконового (клейкого) шару). Можна комбінувати альгінати та гідроволокнисті пов'язки з поліуретановими губками для запобігання зворотної міграції ексудату в рану. Якщо ексудатом просякнута понад 75 % пов'язки, тоді варто застосовувати пов'язки з гелеутворюючим наповнювачем як самостійно, так і поверх поліуретанових губок [8]. Винятково велика кількість ексудату вима-

гає заміни абсорбційної пов'язки двічі на день або й частіше; натомість можна використовувати дитячий або дорослий підгузник як альтернативу дорогим матеріалам [9].

Оцінка країв виразки має велике значення як для діагностики її етіології, так і для визначення ступеня загоєння рани. Мацерація і подразнення екссудатом шкіри навколо рани утруднює крайову міграцію і диференціацію епітелію, а також робить шкіру більш чутливою до механічних впливів, тому у випадку травмування виразка може збільшуватись. Для запобігання цим ускладненням варто використовувати бар'єрні плівкоутворюючі розчини або мазі на основі оксиду цинку. Якщо рана залишається незмінною більше як 2 місяці, варто застосовувати пов'язки з інгібіторами чи деактиваторами протеаз для покращення крайової міграції епітелію, а також препарати ліофілізованої свинячої шкіри [1]. У разі наявності фіброзу країв рани, що також перешкоджає крайовій міграції епітелію, необхідно направити пацієнта до хірурга для висічення країв рани. Хірургічне втручання також необхідне у випадку загортання країв рани всередину [5].

**Висновки.** Використання медсестрою стандартизованого підходу в оцінці венозної виразки, поєднане з загальним оглядом та збором анамнезу, дозволяє підібрати оптимальну комбінацію інгредієнтів контактної пов'язки. Варто

вказати, що існують готові комбіновані пов'язки, які містять різні компоненти контактної та абсорбційної шарів і призначені для лікування виразок у різних фазах ранового циклу; зокрема, на етапі клінічної апробації дуже добре зарекомендували себе пов'язки на основі оксиду цинку, живиці та ліофілізованої свинячої шкіри, розроблені на базі Тернопільського державного медичного університету [10]. Існують також комбіновані гідролокнисто-губчасті пов'язки, медово-альгінатні, а також ціла група пов'язок, дія яких заснована на застосуванні від'ємного тиску. Покращення або погіршення стану рани вимагає переоцінки контактної та абсорбційної матеріалу пов'язки, а також загального режиму лікування.

Більшість сучасних перев'язувальних матеріалів порівняно дорогі, державного фінансування на них не вистачає і пацієнти часто змушені оплачувати їхню повну ринкову вартість. Таким чином, підбір адекватної пов'язки медсестрою має велику перешкоду у вигляді конфлікту інтересів, оскільки медсестра може опинитись у ситуації коли вона матиме матеріальну вигоду від продажу певного продукту, який вона ж призначає. Повноцінне державне фінансування не усуне проблеми нецільового використання коштів, але воно дозволить медсестрам вільніше себе почувати в плані призначення найбільш ефективного лікування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Венгер І. К. Деєпідермізовані ліофілізовані ксенодермотрансплантати при локальному лікуванні трофічних виразок венозного генезу / І. К. Венгер, А. О. Ковальчук, Т. В. Романюк // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 2. – С. 58–60.
2. Галига Т. М. Комплексне лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок, ускладненої трофічними виразками: дис... канд. наук: 14.01.03 / Т. М. Галига, 2009.
3. Wound bed preparation: TIME in practice. Dowsett, C.; Newton, H. (2005) [http://www.woundsinternational.com/pdf/content\\_86.pdf](http://www.woundsinternational.com/pdf/content_86.pdf)
4. Bryan R. Acute and Chronic Wounds Current Management Concepts 3rd Ed. / R. Bryan, D. Nix // Mosby, 2007.
5. Introductions to Dressings. / NSM LHIN (2009) // [http://www.nsmhlin.on.ca/uploadedFiles/Public\\_Community/Current\\_Initiatives/Wound\\_Care\\_Project/ProductSelectionGuide.pdf](http://www.nsmhlin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Current_Initiatives/Wound_Care_Project/ProductSelectionGuide.pdf)

6. Collier M. Recognition and management of wound infections / M. Collier (2004) / <http://www.worldwidewounds.com/2004/january/Collier/Management-of-Wound-infections.html>
7. O'Meara S. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. / S. O'Meara, D. Al-Kurdi, L. G. Ovington // Cochrane Database Syst. Rev. – 2008;(1):CD003557
8. Modern exudate management: a review of wound treatments / R. White ; K. F. Cutting (2006) <http://www.worldwidewounds.com/2006/september/White/Modern-Exudate-Mgt.html>
9. J. Zuther Lymphedema Management: The Comprehensive Guide for Practitioners / J. Zuther // Thieme. – 2009. – P. 93.
10. Ковальчук Л. Я. Амбулаторне лікування, особливості передопераційної підготовки та автодермопластика в лікуванні трофічних виразок венозного генезу / Л. Я. Ковальчук, І. І. Чонка, Д. Б. Фіра // Шпитальна хірургія. – 2010. – № 2. – С. 63–65.

Отримано 31.01.14

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ

Д. А. Пасечник, М. І. Марущак, І. Я. Криницька

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті досліджено клінічні особливості перебігу позалікарняної пневмонії та виділено основні симптоми даного захворювання: субфебрильна температура, помірної інтенсивності кашель, виділення харкотиння слизистого та слизисто-гнійного характеру, помірний лейкоцитоз.

## PECULIARITIES OF COURSE OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

D. A. Pasechnyk, M. I. Marushchak, I. Ya. Krynytska

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

In the article was investigated the clinical features of course of community-acquired pneumonia and identified the main symptoms of this disease: low-grade fever, mild cough intensity, mucus and mucopurulent character of sputum, moderate leukocytosis.

**Вступ.** Пневмонія – гостре інфекційно-запальне захворювання переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та обов'язковою наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації [1].

Захворювання на пневмонію займає 30–40 % від усіх захворювань легень, а у структурі загальної захворюваності – лише 0,33 %. Серед кожних 100 чоловік щорічно 1 хворіє на пневмонію. Поширеність пневмонії в Україні складає більш як 400 на 100 тис. населення, у Російській Федерації – 348,1, в США щорічно реєструється 4 млн випадків цієї патології. До теперішнього часу незважаючи на успіхи в її лікуванні, за результатами всесвітньої статистики, пневмонії займають четверте місце серед причин смерті після серцево-судинних захворювань, злоякісних новоутворень, травм та отруєнь, а в США – шосте місце в структурі летальності [2, 3].

У клінічній практиці медичного персоналу спостерігаються випадки як гіпо-, так і гіпердіагностики пневмонії. Це може призводити до розвитку

різноманітних ускладнень і потребує від медперсоналу ґрунтовних знань з цієї патології, що обґрунтовує актуальність нашого дослідження.

**Основна частина.** Тому, метою нашої роботи було виділити провідні симптоми гострої пневмонії на основі дослідження клінічних особливостей даної патології.

У дослідження було включено 30 хворих на пневмонію (Пн) середнім віком 64,1 року, які перебували на лікуванні у терапевтичному відділенні Черкаської міської лікарні у листопаді–лютому 2012–2013 рр. Серед них було 18 чоловіків (60,0 %) та 12 жінок (40,0 %).

Діагноз Пн встановлювали на підставі результатів клінічного обстеження, даних рентгенографії (у 2 проекціях) з урахуванням критеріїв і рекомендацій наказу № 311 МОЗ України, CDC («Centres of Diseases Prevention», Атланта, США) і CPIS («Clinical pulmonary infection score») [4, 5].

Усім пацієнтам проводили регулярні клінічні обстеження, оцінювали дані рентгенографії, результати загальноклінічних аналізів (крові, сечі),

біохімічного аналізу крові, виконували ЕКГ-дослідження. Забір матеріалу (харкотиння) проводили відповідно до рекомендацій вітчизняних і міжнародних стандартів [6, 7]. Доставка клінічного матеріалу в лабораторію здійснювалася не пізніше 2 годин після його забору.

Всім пацієнтам призначалась стандартна терапія, яка включала макроліди (азитроміцин, кларитроміцин, спіраміцин, рокситроміцин) та цефалоспорины II–IV покоління. Спостереження проводили на 1, 3, 5–7 і 10–14 доби.

У більшості хворих на початку лікування Пн температура тіла була суттєво підвищена й складала в середньому 37,8 °С, у 5 хворих температура тіла сягала або перевищувала 39,0 °С. У динаміці тем-

пература тіла знижувалась до 37,0 °С на 3 добу, до 36,8 °С – на 5–7, до 36,7 °С – на 10–14. Нормальна температура тіла встановлювалася у середньому на 7,1 добу. Дані щодо динаміки температури тіла наведені на рис. 1.

Скарги на кашель були у 26 (86,7 %) хворих, при цьому найчастіше кашель був помірним, ніж вираженим: у 21 (70,0 %) хворих. У динаміці симптоматика покращувалась: на 3 добу кашель був помірним у 24 (80,0 %) хворих; на 5–7 доби кашлю не було у 9 (30,0 %) хворих, він був помірним у 16 (53,3 %) хворих, був вираженим у 1 (3,3 %) хворого; на 10–14 доби кашлю не було у 19 (63,3 %) хворих, він був помірним у 7 (23,3 %) хворих, вираженого кашлю не було (рис. 2). Та-

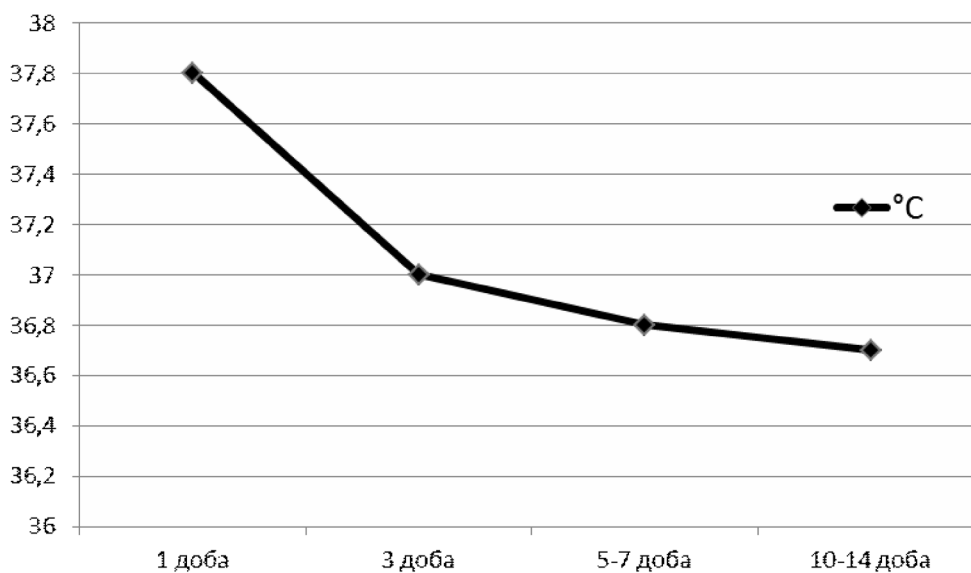


Рис. 1. Динаміка температури тіла пацієнтів з гострою пневмонією.

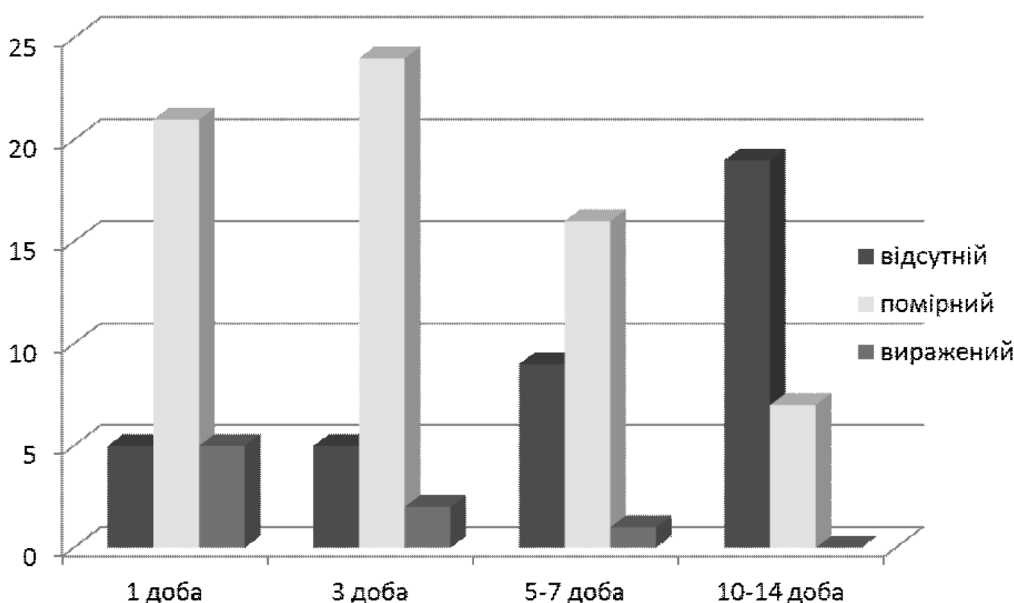


Рис. 2. Зміна інтенсивності кашлю (кількість хворих) у динаміці перебігу пневмонії.



ким чином, прояви захворювання у вигляді помірного кашлю були найдовше виражені.

Виділення харкотиння на початку захворювання спостерігалось у 24 (80,0 %) хворих. Майже у половини хворих було виділення слизистого харкотиння у 13 (43,3 %) хворих, слизисто-гнійне мокротиння спостерігалось у 9 (30,0 %) людей; у 2 (6,7 %) пацієнтів було виділення слизисто-кров'янистого мокротиння (рис. 3). Кількість харкотиння, що виділялось, також була різною: у 10 (33,3 %) хворих харкотиння відходило у мізерному обсязі, у 12 (40,0 %) – у задовільному та у 2 (6,7 %) хворих із основної групи у великому обсязі.

У динаміці спостерігалась поступова зміна характеру харкотиння та зростання хворих, які його не виділяють. Так, на 3 добу клінічна картина ще була дуже подібна до 1 доби з невеликим зменшенням кількості хворих, що виділяють слизисто-гнійне харкотиння: 22 (73,3 %) виділяли слизисте мокротиння, 5 (16,7 %) – слизисто-гнійне, 1 (3,3 %) – слизисто-кров'янисте. У мізерному обсязі мокротиння відходило у 9 (30,0 %) хворих, у задовільному в 18 (60,0 %) та у одного – у великому обсязі.

На 5–7 доби динаміка виділення харкотиння вже суттєво відрізнялась: зменшився обсяг та кількість гнійного мокротиння; було вже 11 (36,7 %) хворих, що не виділяє харкотиння, 17 (56,7 %) виділяли слизисте мокротиння, 2 (6,6 %) – слизисто-гнійне; у мізерному обсязі мокротиння відходи-

ло у 23 (76,7 %) хворих, у задовільному в 6 (20,0 %) та у одного (3,3 %) – у великому обсязі. Зростання кількості хворих, які не виділяють мокротиння, свідчить про швидкі темпи нормалізації клінічного стану.

Динаміка виділення харкотиння продовжувала позитивно змінюватись стосовно попередніх днів спостереження (рис. 3). Так, 19 (63,3 %) хворих не виділяли харкотиння, 10 (33,3 %) хворих виділяли слизисте мокротиння, один (3,3 %) – слизисто-гнійне; у 9 (30,0 %) хворих воно відходило у мізерному обсязі й в одного (3,3 %) – у задовільному.

Частота дихальних рухів була вищою на початку захворювання, проте з 10 доби таких хворих не було зовсім. На більшій помірній інтенсивності у грудній клітці скаржились 8 (26,7 %) хворих. У динаміці спостерігалось покращення стану і на 10–14 доби не було хворих із болем у грудній клітці.

ЧСС на початку захворювання склала в середньому 94,5 уд./хв, причому в 9 (30,0 %) хворих сягала або перевищувала 100 уд./хв. У динаміці ЧСС у пацієнтів зменшувалась: на 3 добу ЧСС становила в середньому 91,9 уд./хв, на 5–7 – 87,3 уд./хв; на 10–14 – 83,0 уд./хв.

У загальному аналізі крові особливу увагу приділяли рівню еритроцитів, гемоглобіну, лейкоцитів. Потрібно відмітити, що у 22 пацієнтів (73,3 %) виявлено анемію, при цьому середній рівень показників становив: еритроцитів –

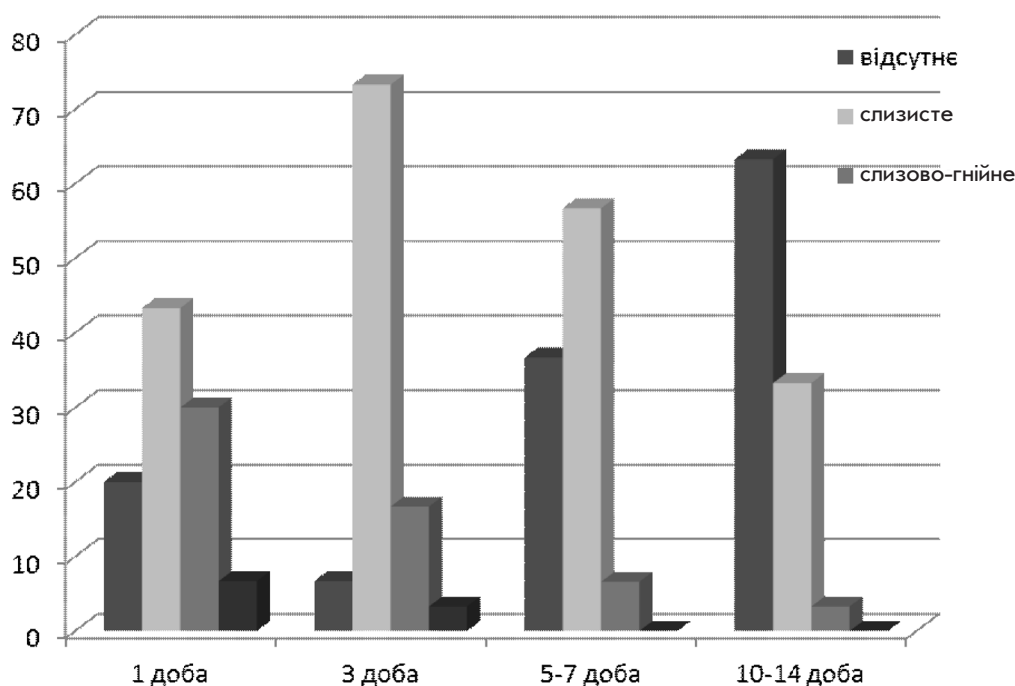


Рис. 3. Динаміка виділення харкотиння (% пацієнтів) при гострій пневмонії.



$3,4 \times 10^{12}$  /л, гемоглобіну – 100 г/л. Рівень лейкоцитів на початку захворювання складав  $10,81 \times 10^9$  /л, на 3 добу їх рівень склав  $9,15 \times 10^9$  /л, на 5–7 доби –  $7,66 \times 10^9$  /л і на 10–14 –  $6,69 \times 10^9$  /л.

**Висновки.** Узагальнюючи отримані результати встановлено, що до основних клінічних особливостей гострих пневмоній відноситься субфеб-

рильна температура, помірної інтенсивності кашель, виділення харкотиння слизистого та слизисто-гнійного характеру. При цьому гостра пневмонія супроводжувалася помірним лейкоцитозом. Динаміка даних показників позитивно змінювалась протягом 14 днів адекватного лікування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія»: наказ № 128 від 19.03.2007 р. / МОЗ України. – Київ, 2007. – 36 с.

2. Перцева Т. О. Нозокоміальна пневмонія / Т. О. Перцева // Укр. пульмонол. журн. – 2003. – № 1. – С. 11–17.

3. Негоспітальна пневмонія у дорослих: етіологія. Патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (методичні рекомендації) / Ю. І. Фещенко, О. Я. Дзюблик, В. П. Мельник [та ін.] // Укр. хіміотерапев. журн. – 2001. – № 3. – С. 58–64.

4. Авдеев С. Н. Применение шкал оценки тяжести в интенсивной терапии и пульмонологии / С. Н. Авдеев,

А. Г. Чучалин // Пульмонология. – 2001. – № 1. – С. 84–91.

5. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження Інструкції щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим: наказ № 311 від 30.12.1999 р. // Укр. пульмонол. журн. – 2000. – № 1. – С. 4–12.

6. Hospital-acquired pneumonia in adults: diagnosis, assessment of severity, initial antimicrobial therapy, and preventive strategies. A consensus statement / American Thoracic Society // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. – 1995. – №. 153. – P. 1711–1725.

7. Epidemiology and clinical characteristics of community-acquired pneumonia in hospitalized children / I. C. Michelow, K. Olsen, J. Lozano [et al.] // Pediatrics. – 2004. – Vol. 113. – P. 701–707.

Отримано 30.01.14

## ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

О. В. Бугрименко

*Лебединське медичне училище, Сумська область*

У даній статті наведено комплексний підхід до лікування і реабілітації дітей із захворюваннями шлунково-кишкового тракту, який включає комплексний характер: рухові режими, медикаменти, дієтотерапію, фізіотерапію, лікувальну фізкультуру і масаж.

## MAIN PRINCIPLES OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH GASTROINTESTINAL DISEASES

O. V. Buhrymenko

*Lebedyn Medical School, Sumy Region*

In this article a complex approach to treatment and rehabilitation is introduced. Rehabilitation and treatment of gastrointestinal diseases have complex character: movements, medicine, diet, physiotherapy, therapeutic physical training and massage.

**Вступ.** Основна мета реабілітації в педіатрії – адаптувати дитину до навколишнього середовища.

Головними завданнями реабілітації дітей є:

- відновити функції органів або системи (повністю або частково);
- пристосувати хворого до повсякденного життя і праці;
- залучити його до трудового процесу;
- здійснювати диспансерне спостереження за реабілітованими.

Лікування і реабілітація із захворюваннями шлунково-кишкового тракту має комплексний характер: рухові режими, медикаменти, дієтотерапію, фізіотерапію, лікувальну фізкультуру і масаж. Лікувальну фізкультуру призначають з урахуванням моторно-секреторної функції травного каналу. Фізичні вправи впливають на рухові функції шлунка залежно від їх вихідного рівня, за високого рівня – знижують їх, за низького – підвищують.

Найбільший вплив мають вправи для м'язів черевної преса, оскільки вони масажують органи

черевної порожнини. Вправи на розслаблення значно сприяють зниженню тонуусу шлунка.

Черевне дихання позитивно впливає на секреторну, всмоктувальну і видільну функції шлунка, кишок, а також функцію печінки, жовчного міхура, що нормалізують виділення жовчі. Цей вплив пов'язаний з утворенням під час м'язової роботи гістаміноподібних речовин – потужних стимуляторів секреції травних ферментів.

Інтенсивні фізичні вправи знижують секрецію травних залоз, зменшують виділення хлористоводневої кислоти і жовчі, сповільнюють процес травлення внаслідок недостатнього кровопостачання органів черевної порожнини та гальмівного впливу значного фізичного навантаження на блукаючий нерв, активність якого через 1,5–2 год після їди послаблюється. Тому фізичними вправами необхідно займатися не раніше, ніж через 1,5–2 год після їди.

**Основна частина.** При гастритах із нормальною і підвищеною секреторною функцією лікувальну

гімнастику проводять після вживання мінеральної води, але до споживання їжі. До реабілітаційної програми включають відповідний до стану пацієнта руховий режим, дієту, ліки. Із фізіотерапевтичних методів застосовують електрофорез новокаїну, цинку на тлі озокеритових, грязьових аплікацій чи хвойно-морських ванн, мікрохвильову терапію.

Проводячи лікувальну фізкультуру, в першій половині курсу лікування (з 1 по 15 добу) застосовують полегшені гімнастичні вправи в поєднанні зі статичними і динамічними дихальними вправами, іграми. Навантаження на м'язи передньої черевної стінки має бути мінімальним. Вихідне положення залежить від стану пацієнта. У другій половині курсу лікування навантаження можна збільшити і ускладнити, додаючи вправи на координацію, різні види циклічних навантажень.

Заняття лікувальної фізкультури поєднують з електрофорезом спазмолітиків та знеболювальних засобів, водними та тепловими процедурами (озокерит, сольокс на ділянку епігастрію), фракційне опромінення УФО епігастрію через локалізатор. Займаються гімнастичними вправами для м'язів передньої черевної стінки, діафрагми та м'язів промежини з вихідного положення сидячи, стоячи, лежачи; роблять вправи з предметами, знаряддями, ускладнюють види ходьби. Тривалість процедури 30–40 хв.

Лікувальний масаж виконують хворим з усіма видами гастритів на сегментарно-рефлекторних зонах – на нижньогрудному і середньогрудному відділах хребта. При гастриті зі зниженою секреторною функцією і ахілії ЛФК, що має стимулювати секреторну і моторну функції шлунка, проводиться до вживання мінеральної води.

Завдання лікувальної фізкультури: за допомогою помірних фізичних навантажень стимулювати секреторну і моторну функції шлунка. Засоби і форми лікувальної фізкультури. Застосовують гімнастичні вправи для м'язів передньої черевної стінки, діафрагми та м'язів промежини. Вихідні положення – лежачи на спині, сидячи, стоячи. Широко користуються знаряддями, предметами, ускладнюють види ходьби. Тривалість заняття становить 30–40 хв.

На санаторному етапі реабілітації засоби лікувальної фізкультури значно урізноманітнюються, збільшуються навантаження та їх інтенсивність. Крім ЛГ, застосовують циклічні навантаження, рухливі ігри.

При всіх видах гастритів позитивну дію справляє масаж нижньо- та середньогрудних відділів хребта.

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки – це хронічне захворювання з періодами загострення та ремісії. Основним клінічним симптомом є біль, пов'язаний з ритмом споживання їжі, досить часто спостерігаються печія, відрижка, блювання.

Завдання фізичної реабілітації – нормалізувати нервово-гуморальну регуляцію процесу травлення та відновити секреторну, моторну, всмоктувальну функції шлунка і дванадцятипалої кишки. До реабілітаційної програми включають руховий режим, дієту, ліки, засоби фізичної реабілітації (лікувальна фізкультура, фізпроцедури, масаж).

Лікувальну фізкультуру не призначають у період різкого загострення. Заняття розпочинають на 5–10 доби після госпіталізації, коли пацієнт перебуває на ліжковому і палатному режимах.

Вихідне положення – лежачи, сидячи. Призначають найпростіші гімнастичні вправи для кінцівок, статичні й динамічні дихальні вправи з акцентом на нижньогрудне і діафрагмальне дихання для профілактики застою в органах черевної порожнини і малого таза. Тривалість занять становить 30–40 хв.

У другій половині курсу лікувальної фізкультури додатково вводять складні гімнастичні вправи на координацію, різні види циклічних навантажень (дозована ходьба в темпі 100 кроків за 1 хв, плавання та ін.). Заняття розпочинають через 1–1,5 год після сніданку; тривалість 30–40 хв, потім – аутотренінг, електросон.

Широко застосовується масаж нижньогрудного відділу хребта, передньої черевної стінки. Лікувальну фізкультуру і масаж проводять у поєднанні з фізпроцедурами (озокерит, хвойно-морські ванни, душові процедури, електрофорез ліків, мікрохвилі).

Проводячи лікувальну фізкультуру, необхідно пам'ятати, що фізичні вправи впливають на моторно-секреторну функцію травного каналу: високу моторну функцію пригнічують, а низьку стимулюють. Цей вплив найбільше виражений при виконанні вправ для черевного преса, оскільки вони «масажують» органи черевної порожнини та діафрагму.

**Висновок.** Реабілітація посідає важливе місце в діяльності медичних працівників стаціонарної та амбулаторної служби лікувально-профілактичних установ. Правильно організовані відновне лікуван-

ня та медична реабілітація дають змогу вилікувати більшість дітей і значно знизити кількість випадків інвалідності. Реалізація цього важливого завдання можлива лише у разі поєднання відновного ліку-

вання із соціальною, побутовою, професійною реабілітацією, які спрямовані на відновлення здоров'я, працездатності дітей та дорослих, повернення їх до повноцінного життя в суспільстві.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Порада А. М. Основи фізичної реабілітації / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – К. : Медицина, 2006.

2. Вигоднер Е. Б. Физические факторы в гастроэнтерологии / Е. Б. Вигоднер. – М. : Медицина, 2008.

3. Панасюк Є. М. Фізіотерапія / Є. М. Панасюк. – К. : Здоров'я, 1995.

4. Мурза В. М. Фізичні вправи / В. М. Мурза. – К. : Здоров'я, 2010.

5. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2000.

Отримано 17.01.14

## МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ В ЙОДОДЕФІЦИТНОМУ РЕГІОНІ

Г. В. Петрик, С. В. Гнат

*Медичний центр «Медівіт»  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

---

У статті висвітлюється питання про зміни морфофункціонального стану щитоподібної залози у жінок репродуктивного віку в умовах йододефіциту.

---

## MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL CHANGES OF THYROID BODY IN IODINE DEFICIENCY AREA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

H. V. Petryk, S. V. Hnat

*Medical Center «Medivit»  
SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

---

The article discovers morphological and functional changes in thyroid body of women in reproductive age in terms of iodine deficiency.

---

**Вступ.** Унаслідок великої кількості ендемічних територій в Україні та нестачі йоду у воді і продуктах харчування йододефіцит призводить, насамперед, до захворювань щитоподібної залози, яка, в свою чергу, при зміні гормонального фону впливає на ураження всіх органів і систем.

**Основна частина.** У регіонах із нестачею йоду проживає майже 30 % населення планети, які мають ризик йододефіцитних захворювань (ЙДЗ). Йододефіцитні розлади – одні з найпоширеніших неінфекційних захворювань людини [1].

В Україні проблема ЙДЗ упродовж останніх років значно загострилася. Це пов'язано як із ліквідацією попередньої системи профілактики ЙДЗ, що ґрунтувалася на масовому використанні йодованої солі, так і з помітним зменшенням у харчуванні населення частки продуктів, відносно багатих йодом. У всіх обстежених на сьогодні регіонах країни встановлений дефіцит йоду в харчуванні. Йодний дефіцит притаманний також областям України, які постраждали внаслідок катаст-

рофи на Чорнобильській АЕС. Нестача йоду зумовила підвищене накопичення радіоактивного йоду в щитоподібній залозі у значного числа жителів (особливо в дітей) і вважається чинником підвищеного ризику розвитку онкологічних захворювань [1, 2].

За даними Інституту ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка, за 2012 рік кількість вперше виявлених хворих на дифузний зоб І ступеня в Україні становить 253,3 на 100 тис. населення, у тому числі дітей 0–14 років включно 658,7 на 100 тис. населення. У Тернопільській області число вперше зареєстрованих складає 578,5, з них дітей віком 0–14 років – 1743,1 на 100 тис. населення [3].

У медичному центрі «Медівіт» за 6 місяців 2013 року нами було обстежено 50 пацієнток репродуктивного віку від 18 до 50 років. За віком пацієнти були поділені таким чином: 18–30 років (44 %), 31–40 років (32 %), 41–50 років (24 %). Середній вік пацієнтів складав 34 роки. З них: жителі села – 42 %, міста – 58 %. За працездатністю

пацієнти були розподілені таким чином: працюючі – 56 %, непрацюючі – 32 %, студенти – 12 %.

На момент обстеження пацієнтки скаржились на головний біль (68 %), втомлюваність (58 %), серцебиття (34 %), сонливість (32 %), відчуття стискання в горлі (28 %). Інші скарги пацієнток зустрічались дещо рідше (табл. 1).

Щодо гінекологічного статусу найчастіше було виявлено порушення менструального циклу (46 %)

Таблиця 1. Скарги пацієнток на момент обстеження

Скарги	%
Головний біль	68
Втомлюваність	58
Серцебиття	34
Сонливість	32
Відчуття стискання в горлі	28
Запор	22
Плаксивість	20
Сухість шкіри	20
Ослаблення пам'яті/зору	16
Вологість шкіри	12
Запаморочення	12
Мерзлякуватість	8
Пронос	6

та передменструальний синдром (36 %). Всі інші порушення за частотою були дещо рідшими (рис. 1).

Щодо змін серцево-судинної системи, то вони найчастіше проявлялись змінами артеріального циклу: підвищенням у 18 % та зниженням у 14 %.

Варто зазначити, що підвищення АТ відзначали жінки віком 41–50 років, серед них переважали працюючі жінки. Тенденцією до зниження АТ було виявлено у осіб віком 18–30 років.

При обстеженні гормонального статусу в 16 % пацієнтів було виявлено гіпотиреоз, з них: у 10 % – субклінічний гіпотиреоз, який був виявлений вперше, як правило, у молодих жінок віком 18–30 років, у яких основними скаргами були непліддя та невиношування вагітності. Клінічний гіпотиреоз було виявлено у 6 % пацієнток віком від 41–50 років, в яких основною скаргою було порушення менструального циклу. Пацієнтки із субклінічним гіпертиреозом (18 %), як правило, жінки віком 31–40 років. Вони скаржились на: серцебиття, вологість шкіри, пронос, плаксивість, стискання в горлі. Переважно це були працюючі жінки (рис. 2).

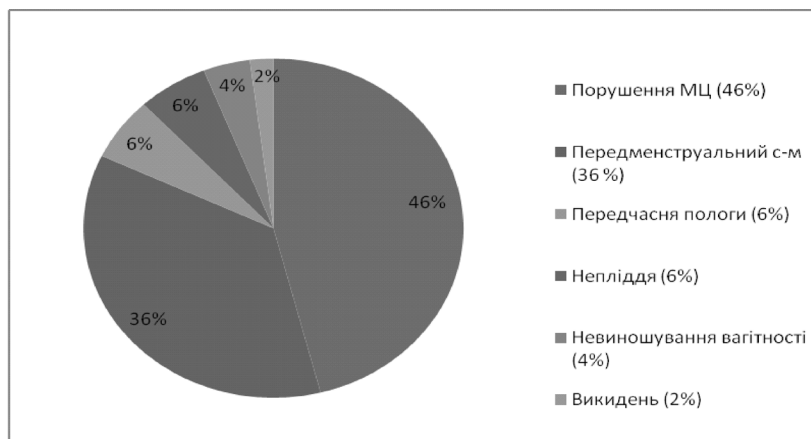


Рис. 1. Порушення гінекологічного статусу пацієнток на момент обстеження.

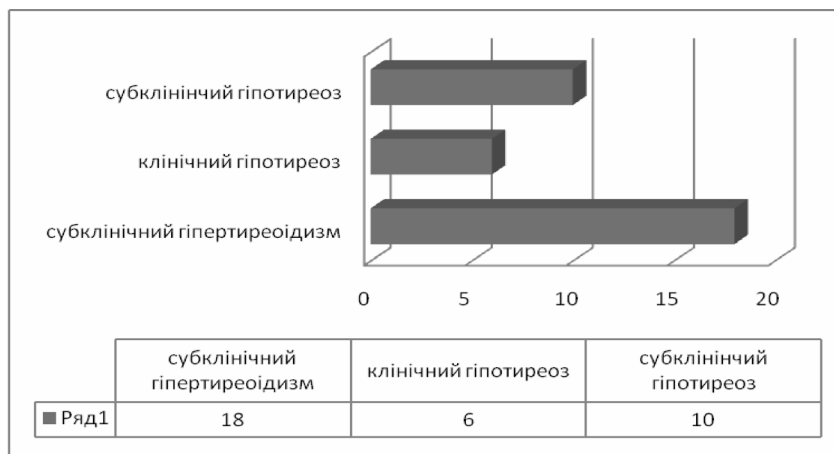


Рис. 2. Зміни гормонального статусу пацієнток на момент обстеження.



При ультразвукографічному обстеженні було виявлено зміни щодо розмірів щитоподібної залози: збільшення – у 44 %, зменшення – у 6 %. Потовщення перешийка – у 34 % пацієнтів із збільшеною щитоподібною залозою. Вузли щитоподібної залози було виявлено у 30 %, кісти діагностовано у 58 % (рис. 3).

Необхідно зазначити, що збільшення щитоподібної залози корелювало із обстеженням гормонального статусу пацієнтів і підтверджувало у них клінічний первинний гіпертиреоз. Збільшення щитоподібної залози, як правило, корелювало з

еутиреοїдним статусом (50 %), аутоїмунним тиреоїдитом (18 %) (рис. 4).

Вузли щитоподібної залози мали різні ехосонаграфічні характеристики, вони, як правило, характерні для пацієток віком 41–50 років, здебільшого це жительки сільської місцевості, які крім того страждають на фіброзно-кістозну мастопатію (2 %) та фіброматозні вузли матки (6 %). Кісти щитоподібної залози переважно виявлялись у жінок віком 31–40 років, у яких в 22 % було виявлено фіброзно-кістозну мастопатію.

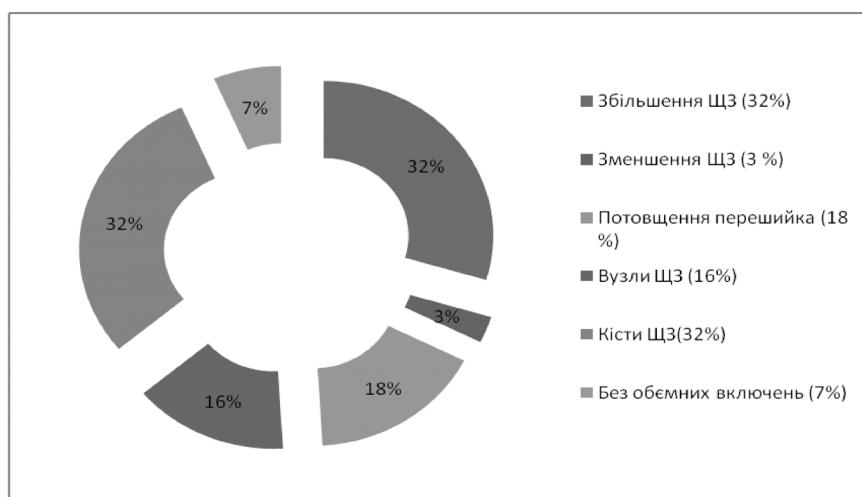


Рис. 3. Дані ультразвукографічного обстеження щитоподібної залози пацієток.

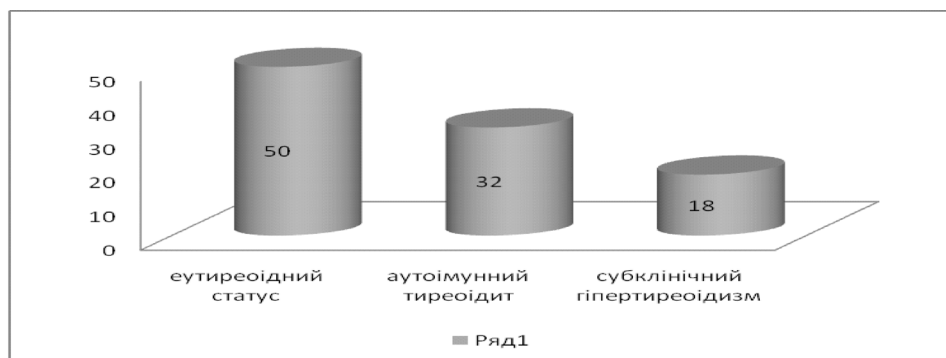


Рис. 4. Ступінь кореляції збільшення щитоподібної залози із обстеженням гормонального статусу пацієнтів.

**Висновок.** Аналіз проведених досліджень показав, що в йододефіцитному регіоні зміни у щитоподібній залозі в жінок репродуктивного віку проявлялись, як правило, збільшенням самої за-

лози та появою в ній кіст та вузлів, що призводить до порушення гормонального статусу щитоподібної залози і має тенденцію до наростання змін у віковому аспекті.

#### ЛІТЕРАТУРА

- <http://www.mif-ua.com/education/symposium/endemichnij-zob-jododeficitni-zahvoryuvannya>
- Паньків В. І. Практична тиреоїдологія / В. І. Паньків. – Донецьк, 2011. – 223 с.

- Довідник основних показників діяльності ендокринологічної служби України // Ендокринологія. – 2013. – Т. 18, № 1.

Отримано 28.01.14

## РОЛЬ І МІСЦЕ КОМПЕТЕНЦІЙ З ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ У ФАХОВІЙ ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

С. О. Бондарь, О. Б. Варава

*Кіровоградський базовий медичний коледж імені Є. Й. Мухіна*

У статті здійснено аналіз навчального плану і програм спеціальності «Сестринська справа» з позицій формування у майбутніх медичних сестер компетенцій з паліативної медицини.

## ROLE AND PLACE OF PALLIATIVE AND HOSPICE CARE COMPETENCE IN NURSES' EDUCATIONAL PREPARATION

S. O. Bondar, O. B. Varava

*Kirovohrad Medical College by Ye. Y. Mukhin*

This article analyses the academic curriculum and program of specialty «Nursing», concerning the development of future nurse's competence in palliative care.

**Вступ.** Одним із викликів XXI століття є необхідність розвитку паліативної допомоги населенню (від лат. *pallium* – покривало, покрив, покриття). Йдеться про захист і всебічну опіку пацієнтів, які страждають від прогресуючих захворювань на пізніх стадіях розвитку (метастазування злоякісних пухлин, повна втрата самостійності при нейродегенеративних захворюваннях (СНІДі), туберкульозі, деякі форми серцевої недостатності тощо). ВООЗ визнала паліативну допомогу окремим напрямом медицини у 1982 році, в Україні вивчення цієї проблеми з державних позицій і перші практичні кроки розпочалися з 2008 року. Зокрема, розроблено Концепцію розвитку цієї галузі, створено кафедру паліативної допомоги при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, відкрито відділення та лікарні сестринського паліативного догляду – хоспіси. Однією з причин низької доступності чи недостатньої якості (обсягу) паліативної допомоги є те, що українські лікарі та медсестри не володіють повним комплексом знань і навичок у цій галузі.

Медсестра відіграє важливу роль в мультидисциплінарній бригаді. Саме вона є опорою для помираючого, оцінює його стан і настрій, складає план догляду, регулює інтенсивність болю, задовольняє його нагальні потреби (дієту, питний режим, профілактику пролежнів), підтримує близьких хворого. Тому навчання медсестер допомогі інкурабельним хворим – одна з нагальних проблем вищих медичних навчальних закладів I–III рівнів акредитації.

**Основна частина.** Мета роботи – аналіз навчального плану і програм спеціальності «Сестринська справа» з позицій формування у майбутніх медичних сестер компетенцій з паліативної медицини.

**Компетентність** розуміють як інтегровану здатність, що складається із *знань, умінь, досвіду, цінностей і ставлення*, що можуть цілісно реалізовуватися на практиці. **Компетенція** визначається як суспільно визнаний рівень знань, умінь, навичок, ставлень у певній галузі діяльності. При навчанні паліативної допомоги необхідно говорити про набуття студентами цілого ряду компетенцій, найважливішими з яких є власне професій-

на, загальнокультурна, здоров'язбережувальна, комунікативна, міжпредметна, інформаційна (здатність навчатися впродовж всього життя), соціальна.

Оскільки окремих курс «Паліативна медицина» навчальним планом не передбачений, ми ставили завдання простежити, як знання, уміння і навички роботи з тяжкохворими інтегруються в інші навчальні курси. Суто професійні компетенції студенти набувають під час вивчення циклу практичної та професійної підготовки (основи медсестринства; медсестринство у внутрішній медицині; ...в педіатрії; ...в гінекології; ...в інфектології; ...в онкології; ...в геронтології, геріатрії та паліативній медицині; ...в психіатрії та наркології; анестезіологія та реаніматологія).

Вже під час вивчення першої клінічної дисципліни – *основ медсестринства* [1] – майбутня медсестра починає закладати основи свого професійного портфоліо. Для роботи у відділенні паліативної медицини їй стануть у пригоді такі **навички**, як: спілкування з пацієнтом із метою допомоги адаптуватися до змін у житті у зв'язку із захворюванням; уміння здійснювати безпечне переміщення пацієнта; допомога пацієнту при зміні положення тіла в ліжку, організація догляду і годування тяжкохворих в ліжку, штучне харчування, невідкладна допомога при аспірації блювотних мас, шлунковій і легеневої кровотечах, ядусі, сестринська діагностика патологічних типів дихання (Куссмауля, Чейна–Стокса, Біота), здійснення оксигенотерапії, катетеризація сечового міхура, виконання різних видів клізм; спостереження і догляд за тяжкохворими та агонуючими. Серед цілей курсу – ознайомлення з поняттями «паліативна та хоспісна допомога», стадіями термінального стану, правилами поводження з тілом померлого. В межах 4 лекційних годин з теми «Втрата, смерть, горе», студенти вивчають такі питання, як стадії горя, можливі реакції пацієнта на втрату і його здатність адаптуватися до неї, медсестринська допомога в цих ситуаціях, етико-деонтологічні особливості спілкування з інкурабельними хворими, потреби сім'ї та близьких такого пацієнта, психологічна допомога родині тяжкохворого, навчання родичів і близьких елементам догляду та психологічної допомоги; догляд за інкурабельним хворим у стаціонарі та вдома; роль медсестри при здійсненні медсестринського процесу в паліативній та хоспісній медицині; можливі проблеми пацієнта (депресія) і його родини (відчуття прови-

ни; невміння доглядати за безнадійно хворим). Укладачі програми підкреслюють, що дисципліна «передбачає в основному фантомний цикл» і рекомендують проводити заняття «переважно в кабінетах доклінічної практики шляхом моделювання клінічних ситуацій».

Найбільше суто професійних компетенцій з паліативної допомоги майбутня медична сестра може набути під час вивчення інтегрованого курсу «*Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині*» [2]. Із запропонованих з цієї дисципліни 40 год навчальної практики під керівництвом викладача половина (21 год) відводиться на розділ «Основи паліативної медицини». Авторський колектив під керівництвом М. Б. Шегедина акцентує увагу на необхідності засвоєння студентами «особливостей здійснення медсестринського процесу ... в паліативній медицині», «позалікарняних форм ведення пацієнта, організації тривалого догляду вдома (терпіння виходження, а не одужання)», наголошує на формуванні вміннь встановити психологічний контакт із пацієнтом і родиною. Студенти повинні **знати**: філософію паліативної медицини, принципи роботи хоспісу, психологічні, соціальні, духовні, етико-деонтологічні аспекти паліативної допомоги, а також законодавчі та нормативні акти МОЗ України щодо її організації. На практичних заняттях мають бути відточені **вміння** надання паліативної допомоги з синдромом хронічного болю, співробітництво з безнадійно хворим пацієнтом та його родичами (підтримка, співчуття, розуміння, повага, контроль своєї поведінки і стилю спілкування), вирішення етичних проблем. Звертається також увага на володіння прийомами профілактики синдрому емоційного та професійного вигорання при роботі в хоспісах та на необхідність поінформованості студентів про нові методики організації догляду за пацієнтами в галузі.

Одним із важливих завдань впродовж 32 год практики біля ліжка пацієнта з курсу «*Медсестринство в онкології*» є навчити надавати допомогу при побічних негативних реакціях пацієнтів та ускладненнях променевої терапії; оволодіти методами купірування болю (масаж, вібрація, холод, тепло) та прийомами відволікання пацієнта (похитування, «занурення в роботу», концентрація уваги, фантазування, релаксація).

Важливо навчити майбутню медсестру паліативної медицини надавати належну допомогу при невідкладних станах. Навчальний план такого ок-

ремого курсу не пропонує, інтегруючи ці навички в інші дисципліни.

**Етико-деонтологічні** компетенції роботи в хоспісі студенти мають набути під час вивчення *медсестринської етики та деонтології* [3]. Ця дисципліна за навчальним планом віднесена до циклу практичної та професійної підготовки і передбачає 12 год не семінарських занять, а навчальної практики під керівництвом викладача. Це означає відпрацювання спілкування з реальним пацієнтом у конкретних ситуаціях, можливість вирішувати його проблеми безпосередньо у стаціонарі. Жодні штучно створені ситуаційні завдання, практичні тренінги, імітаційні ігри чи інші засоби навчально-ігрового проектування не замінять цієї практики, бо тільки у спілкуванні з хворим майбутні фахівці зможуть навчитися говорити без страху і розгубленості, зрозуміло для нього, з необхідною гучністю та тембром голосу, контролювати міміку і жести, давати чіткі інструкції, проявляти співчуття. **Комунікативна компетентність** передбачає також вміння інтерпретувати невербальні прояви пацієнтів. Напевне тому вивчення цієї дисципліни винесено *на останній рік і навіть останній семестр навчання* майбутніх фахівців. Програма курсу, запропонована колективом викладачів Черкаського базового медичного коледжу [3], відмічає необхідність знання «біоетичних проблем народження і смерті», зокрема, розглядає «ставлення пацієнта до смерті», та рекомендує набуття наступних **вмінь**: визначати термінальні стани, надавати психологічну підтримку помираючому пацієнтові, його родичам. На одну із найскладніших тем, що потребує набуття вмінь біля ліжка хворого, – «Особливості етико-деонтологічної роботи з пацієнтами паліативних відділень і хоспісів» – автори виокремлюють 4 год самостійної роботи, тоді як тему «Етичні категорії. Етичний кодекс медичної сестри України» випускники вишу вивчають під керівництвом викладача.

Етичний аспект паліативної допомоги, зокрема, обговорення можливих духовних і культурних проблем помираючого, уміння підтримати його у віросповіданні має бути реалізований на заняттях з *основ філософських знань і культурології* (цикл гуманітарної та соціально-економічної підготовки).

Медсестра повинна вміти вибрати оптимальні в кожному конкретному випадку форми і методи роботи з хворим і його родичами. Водночас вона

має навчитися правилам стресостійкості та здоров'язбережувальним технологіям. Усі ці питання актуалізуються при вивченні *основ психології та міжособового спілкування* (32 год практичних занять) [4]. Проте тема, яка могла б бути цікавою для студентів як потенційних працівників хоспісів – «Комплексні способи подолання стресу» рекомендована авторами для самостійної роботи (2 год). Для оптимізації психотерапевтичної допомоги інкурабельним пацієнтам необхідно ознайомити майбутній медперсонал хоспісу з такими формами роботи, як психологічні тренінги, навчати навичкам ведення психотерапевтичної бесіди, особливостям свідомості та світовідчуття людини з невиліковним захворюванням.

**Соціально-правові** аспекти надання паліативної допомоги, зокрема, ставлення суспільства до ВІЛ/СНІДу, старіння, смерті, еутаназії, питання медсестринської відповідальності повинні стати предметом вивчення на основах правознавства (32 аудиторних години). У процесі навчання важливо звернути увагу на соціальні аспекти, такі, як умови життя пацієнта та його родини, необхідність практичної соціальної допомоги. Також необхідні знання організації системи охорони здоров'я і наявних служб, вивчення законодавчої бази, можливостей роботи мультидисциплінарної команди.

Вважаємо, що **комплексний підхід** до всіх зазначених вище компетенцій майбутніх медичних сестер найкраще може бути реалізований під час проведення **бінарних занять** (від лат. binaries – подвійний), коли відбувається взаємодія двох викладачів та інтеграція знань, технологій, методів, форм навчання двох навчальних дисциплін. **Інтеграція** (від лат. integer – цілий) освітнього змісту (внутрішньоциклова, міжциклова, на вузівському і післядипломному етапі підготовки медичних сестер) – це «механізм самоорганізації хаосу знань», пошук спільних точок дотику між різними дисциплінами, темами, науковими теоріями, «специфіками» і нескінченим конкретизуванням матеріалу. У підсумку весь цей «різноликий хор» викладацьких голосів має укластися в струнку систему в голові студента, певну модель компетенцій, яку можна вправно використовувати на практиці.

Серед **організаційних** питань у фаховій підготовці медсестер видаються нагальними алгоритмізація і стандартизація (протоколювання) медсестринських втручань при роботі з інкурабельними пацієнтами та розширення списку навчальної

літератури. У 2013 р. розроблено і затверджено «Протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом і виконання основних медичних процедур та маніпуляцій» (М. К. Хобзей, Т. І. Чернишенко та автори Черкаського базового медичного коледжу) [5]. Окремі з них можна використовувати в паліативній медицині. У 2010 р. вийшов друком підручник «Паліативна медицина» житомирських авторів В. Й. Шатило та П. В. Яворського [6], де схематично подано алгоритми надання паліативної допомоги; у 2013 р. – підручник «Медсестринство в геронтології, геріатрії і паліативній медицині» за редакцією В. С. Тарасюка. Усі ці видання має в своєму розпорядженні бібліотека нашого закладу.

Необхідність забезпечення хоспісів якісно новими кадрами – вагома причина для перегляду змісту і форм **післядипломної освіти**. Кафедра паліативної і хоспісної медицини при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика з 2010 р. розпочала підвищення кваліфікації медсестер на виїзних циклах тематичного удосконалення «Основи медсестринської допомоги в паліативній та хоспісній медицині» (39 год) та «Медсестринська допомога в паліативній онкології» (78 год).

Відділення післядипломної освіти Кіровоградського медичного коледжу пропонує своїм слухачам навчальний курс «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» за програмами спеціалізації та теоретичного вдосконалення, розробленими авторським колективом Черка-

ського медичного коледжу (І. Я. Губенко та інші, 2011 р.). Цикл спеціалізації передбачає 288 год, під час реалізації яких рекомендовано приділити увагу законодавчо-правовим, психолого-соціальним, духовним, етико-деонтологічним аспектам паліативної допомоги, питанням техніки безпеки та охороні праці в галузі, принципам роботи хоспісу тощо. Цикл удосконалення реалізується впродовж 40 лекційних годин.

Методики роботи з інкурабельними пацієнтами, прийнятні у світі, повинні стати об'єктом міжнародних програм, метою освітніх обмінів та тематикою конференцій. Дотримання права людини на гідне життя і гідну смерть – ознака правової держави, якою прагне стати сучасна Україна.

**Висновки.** Створення потужної професійно кваліфікованої кадрової бази для хоспісів можливе за умови чіткого унормування системи компетентностей медсестри паліативного догляду. Необхідне вдосконалення змістових, організаційних, науково-методичних, інформаційно-технологічних та етико-деонтологічних аспектів підготовки таких фахівців. Особливо нагальним видається використання інтегративно-бінарних навчальних технологій, алгоритмізація/стандартизація (протоколювання) медсестринських втручань при роботі з інкурабельними пацієнтами та розширення списку літератури. Потребує уваги й формування комунікативних компетентностей майбутніх фахівців, оскільки, за відомим афоризмом, при роботі з невиліковними хворими на озброєнні медичної сестри відділення паліативної медицини залишається тільки слово.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Основи медсестринства / Програма для ВМ(Ф)НЗ I–III р.а. за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа» / Укладачі Бразалій Л. П. та ін. – К., 2011.
2. Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині / Програма для ВМ(Ф)НЗ I–III р.а. за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа» / Укладачі Шегедин М. Б. та ін. – К., 2011.
3. Медсестринська етика та деонтологія / Програма для ВМ(Ф)НЗ I–III р.а. за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа» / Укладачі Бразалій Л. П. та ін. – К., 2011.

4. Основи психології та міжособового спілкування / Програма для ВМ(Ф)НЗ I–III р.а. за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа» / Укладачі Шегедин М. Б. та ін. – К., 2011.
5. Протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом і виконання основних медичних процедур та маніпуляцій / М. К. Хобзей, Т. І. Чернишенко та авторський колектив Черкаського базового медичного коледжу. – К. : ВСВ «Медицина», 2013. – 256 с.
6. Шатило В. Й. Паліативна медицина : підручник / В. Й. Шатило, П. В. Яворський. – К. : ВСВ «Медицина», 2010. – 200 с.

Отримано 05.02.14



## СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ХВОРИХ РЕВМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Н. І. Мураль, О. І. Зарудна, О. П. Абухажар

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

---

У статті наведено результати дослідження щодо поширеності синдрому хронічної втоми у хворих ревматологічного профілю.

---

## CHRONIC FATIGUE SYNDROM IN PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES

N. I. Mural, O. I. Zarudna, O. P. Abukhazhar

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

---

The article deals with results of the research about epidemiology of chronic fatigue syndrom in patients with rheumatic diseases.

---

**Вступ.** За статистичними даними, в останнє десятиріччя в Україні на 1 тис. осіб припадає понад 1,5 тис. захворювань. Структуру захворюваності традиційно формують: хвороби органів дихання (43,7 %), системи кровообігу (7,2 %), травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх чинників (6,6 %), хвороби сечостатевої системи (6,5 %), шкіри та підшкірної клітковини (5,8 %), хвороби ока та його придаткового апарату (5,7 %), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (4,6 %), органів травлення (4,0 %), хвороби ендокринної системи та обміну (1,6 %) та ін. За останні 5 років значно зросла поширеність хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (1,9 %) та їх частка серед загальної захворюваності населення [1]. Одночасно, потрібно зазначити, що основну масу пацієнтів з патологією суглобів та сполучної тканини становлять люди молодого та середнього віку, тобто працездатна когорта, яка схильна до інвалідизації у зв'язку з основним захворюванням. Щоб підкреслити важливість питання – перше десятиліття XXI століття було проголошене ВООЗ «Декадою хвороб кісток та суглобів» [2].

Враховуючи вищевикладене, науковці усього світу шукають нові можливості лікування, сучасні стратегії ведення таких пацієнтів та перспективи кооперації системи «лікар–пацієнт–медична сестра (медичний персонал) – оточуюче середовище» для отримання максимально можливого позитивного результату з метою збереження працездатності та соціальної адаптації хворого та усунення негативних впливів на стан здоров'я. Таким чином, уже існують роботи, які вперше оцінили внесок завідувача відділення, лікуючого лікаря, середнього медичного та обслуговуючого персоналу в задоволенні потреб пацієнта, госпіталізованого в ревматологічне відділення, дана оцінка ставленню хворих до свого захворювання, проведена оцінка значущості медичного персоналу та інших осіб (оточуючих хворих та родичів) у формуванні уявлення про хворобу, ставлення до неї хворого. Активно вивчається ефективність спеціально проведеної інформаційної роботи медичної сестри з пацієнтом [2].

Одночасно чимала кількість соціально-економічних, фізичних, екологічних та соціальних факторів призводять до зростання психоемоційного



напруження, виснаження, порушення функціонування організму, появи проблем у повсякденній та професійній діяльності. У зв'язку з деструктивним впливом цих факторів знижується індивідуальний поріг опору особистості, особливо у випадку наявності хронічного захворювання (наприклад, ревматологічного профілю) внаслідок чого знижується рівень стресостійкості і, як результат, підвищується схильність до появи і переживання конфліктних та психотравмуючих ситуацій. Це погіршує ефективність діяльності, гальмує професійний розвиток, знижує рівень задоволення власною діяльністю та життям, а це, в свою чергу, призводить до появи синдрому хронічної втоми (СХВ), що погіршує соматичний стан [3, 4].

**Основна частина.** Метою нашого дослідження було виявлення поширеності СХВ серед пацієнтів ревматологічного профілю. Для цього було запропоновано традиційний опитувальник симптомів ризику СХВ пацієнтам ревматологічного профілю з суглобовою патологією. Діагностика синдрому хронічної втоми базується на критеріях CDC (Centers for Disease Control and Prevention) [5], що потребує об'єктивного огляду. Сучасні діагностичні критерії сформулював Fukuda K. et al. у 1994 році, розміщені на офіційному сайті CDC:

1. Наявність хронічної втоми більше 6 місяців або довше, за умови виключення іншого клінічного діагнозу.

2. Втома конкурує з щоденною активністю та роботою.

3. Пацієнт повинен мати одночасно 4 із 8 перерахованих симптомів:

– втома після фізичної активності, що триває більше, ніж 24 години;

– відсутність відчуття відпочинку після нічного сну;

– істотне зниження короткочасної пам'яті та уваги;

– м'язовий біль;

– поліартралгія, біль без припухлості та почервоніння;

– поява головного болю з новими характеристиками, ніж раніше;

– болючі шийні та аксиллярні лімфатичні вузли;

– рецидивуючий та тривалий біль у горлі.

У дослідження були залучені пересічні пацієнти ревматологічного відділення КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня», які дали усну згоду на участь. Загальна кількість учасників – 20,

серед них жінки – 18 (90 %), чоловіки – 2 (10 %), що відповідає гендерній особливості суглобових захворювань на теренах України та в усьому світі. Середній вік обстежуваних ( $43,4 \pm 1,4$ ) року, брали участь пацієнти віком від 18 до 74 років. Тривалість захворювання ( $7,125 \pm 0,325$ ) року, при чому мінімальна тривалість 1,5 року, а максимальна – 34 роки.

Розподіл хворих за нозологічними одиницями виглядає так:

– 10 хворих на ревматоїдний артрит (50 %);

– 8 хворих на остеоартроз (40 %);

– 2 хворих на реактивний артрит із вторинним остеоартрозом (10 %).

Отже, за основним захворюванням ми отримали доволі однорідну групу.

За результатами об'єктивного огляду за критеріями CDC синдром хронічної втоми був діагностований у 9 пацієнтів, що становить 45 % усіх обстежених. За даними анкет найчастішими скаргами були:

– слабкість;

– потреба у додатковому відпочинку;

– проблеми зі сном;

– зниження продуктивності в роботі;

– м'язовий біль, спазм та слабкість;

– непереносимість фізичних навантажень;

– погіршення пам'яті;

– поганий настрій, відчуття нікчемності та пригнічення;

– прагнення солодощів, шоколаду та вуглеводної їжі тощо.

Скарги, які відображали суглобовий синдром, як прояв основного соматичного захворювання, до уваги не брались із зрозумілих причин та урівноважували усіх учасників дослідження.

В особистих довірливих бесідах із медичним персоналом 2 з пацієнтів, у яких був діагностований СХВ, основним фактором його розвитку вказали втрату близької людини, 1 жінка – розлучення, 1 пацієнтка вказала причиною тяжку хворобу чоловіка, 1 пацієнтка – емоційне та фізичне перевантаження, пов'язане з виконанням професійних обов'язків. Причому, симптоми СХВ виникали в часі пізніше від дебюту основного соматичного захворювання та збігалися в часі зі стресовим для пацієнта фактором. Лише 4 хворих не змогли пов'язати СХВ з конкретною причиною та вважали ймовірним його підґрунтям своє захворювання.

На противагу учасникам, у яких було діагностовано СХВ, в іншій групі пацієнтів теж були ви-

явлені такі емоційно та фізично «тяжкі» фактори, як перенесене онкологічне захворювання, вдівство, тривалі труднощі на професійній ниві, розвиток захворювання у дитячому та юнацькому віці, що однак не привело до розвитку СХВ. Одночасно ця когорта пацієнтів вказувала на постійно позитивне ставлення до життя, правильно розставлені «акценти», підтримку сім'ї та друзів, наявність улюбленої справи, необхідність турботи про інших членів сім'ї, позитивний приклад інших людей.

**Висновки.** 1. Поширеність синдрому хронічної втоми у пацієнтів ревматологічного профілю з суглобовими захворюваннями складає 45 %. Таким чином, наявність діагнозу ревматоїдного артриту, остеоартрозу чи реактивного артриту не може бути лише єдиною причиною виникнення СХВ.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Національний підручник з ревматології / За ред. В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. – К. : МОРІОН, 2013. – 672 с. : іл., табл., бібліогр.
2. Филатова Ю. С. Больной ревматологического отделения: роль лечащего врача и медицинского персонала в достижении терапевтического эффекта / Ю. С. Филатова // Диссертация. – 2009. – 162 с.
3. Тумак І. Синдром хронічної втоми: сучасний погляд і досягнення / І. Тумак // Медицина світу : матеріали

2. Серед пацієнтів із діагностованим СХВ 55,56 %, окрім основного соматичного захворювання, виникнення СХВ пов'язують з іншими життєвими обставинами.

3. Результати даного дослідження свідчать про необхідність навчання пацієнтів лікарями, медичними сестрами, інструкторами лікувальної фізкультури та фізіотерапії тощо, підтримки у сімейному колі та найближчому оточенні з метою уникнення розвитку СХВ.

4. Підсумки дослідження однозначно стверджують, що особисте, іноді неформальне, спілкування пацієнта з медичним персоналом дозволило отримати більше інформації в когорті обстежуваних щодо СХВ, та, ймовірно, такі бесіди можуть мати добрий підбадьорюючий ефект у хворого, який опинився у складних життєвих та емоційних обставинах.

симпозіуму (липень 1998). – К., 1998. – С. 22–28.

4. Миронов С. П. Государственный служащий. Профессиональное здоровье и долголетие / С. П. Миронов, А. Т. Артюнов, П. С. Турчин. – М. : Принтер-ателье, 2006. – 352 с.

5. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. / K. Fukuda, S. E. Strauss, I. Hickie [et al.] // Ann. Int. Med. – 1994. – Vol. 121. – P. 953–959.

Отримано 19.02.14

## ЕЛЕКТРОННИЙ РЕЄСТР ПАЦІЄНТІВ У СУЧАСНІЙ МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Н. А. Мойсеєнко

*Комунальний заклад «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 в м. Суми»*

---

У статті містяться основні відомості про створення єдиного Електронного реєстру пацієнтів у сучасній медичній практиці України. Висвітлено основні переваги та недоліки його запровадження.

---

## ELECTRONIC REGISTRY OF PATIENTS IN MODERN MEDICAL PRACTICE

N. A. Moiseyenko

*Municipal Institution «Centre of Primary Health Care №3 in Sumy»*

---

This article contains basic information about creating a single electronic registry of patients in modern medical practice in Ukraine. The basic advantages and disadvantages of this implementation was shown.

---

**Вступ.** Образ медичного працівника та медицини в цілому останнім часом зазнає серйозних змін, і відбувається це багато в чому завдяки розвитку інформаційних технологій [1]. Сучасні інформаційні технології все більше використовуються в галузі охорони здоров'я, що буває дуже зручним, а часом просто необхідним. Завдяки цьому медицина набуває сьогодні абсолютно нових рис. У багатьох медичних дослідженнях просто неможливо обійтися без комп'ютера і спеціального програмного забезпечення до нього. Цей процес супроводжується суттєвими змінами в медичній теорії та практиці, пов'язаними з внесенням корективів до підготовки медичних працівників, у тому числі й медичних сестер [2].

У Програмі економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», затвердженої Указом Президента України від 27 квітня 2011 р. № 504, визначено, що головною метою реформування системи охорони здоров'я є впровадження нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів (насамперед, страхової медицини), що спрямовані на підвищення ефективності та доступності

медичного обслуговування населення [3]. Однією з першочергових умов досягнення зазначеної мети є інформатизація галузі охорони здоров'я України, відповідно до Закону України «Про Національну програму інформатизації» [4].

**Основна частина.** Одним із важливих та актуальних на сьогодні інформаційних нововведень у медичній практиці України є створення Електронного реєстру пацієнтів [1, 3]. Згідно із цим документом медичні установи всіх форм власності будуть зобов'язані вносити в єдину базу даних інформацію про фізичну особу, яка звернулася за допомогою, установу охорони здоров'я, у якій пацієнтові надано медичну допомогу, вид наданої медичної допомоги, лікарські засоби й вироби медичного призначення, закуплені для лікування пацієнта за кошти державного й місцевих бюджетів [3, 5].

Електронний реєстр пацієнтів – це єдина державна інформаційна система збирання, реєстрації, накопичення відомостей про пацієнта та отриману медичну допомогу. Реєстр створюється з метою підвищення ефективності медичної допомоги, забезпечення своєчасності її надання, модернізації первинної медичної допомоги. До реєстру

мають вноситися дані про лікування. Це дозволить відмовитися від паперових карток пацієнта й отримати доступ до історії хвороби людини, не прив'язуючись до її місця проживання.

Існування єдиного реєстру пацієнтів має свої переваги та недоліки. З одного боку, реєстр потрібен для статистики та визначення потреб населення у медичній допомозі. З іншого, його існування не гарантує того, що на практиці не відбуватимуться викривлення статистичних даних. Це пов'язано з тим, що реєстр не дозволить простежити реальну кількість людей, які звернулися за медичною допомогою у певний лікувальний заклад із певними проблемами. Адже для того, щоб показати дійсну потребу в збереженні наявної кількості медперсоналу, в журнали реєстрації можуть вноситися дані про тих, хто на прийом не приходив.

Уникнути подібного ризику можна було б через введення електронних карток, які б віддавалися в руки пацієнтам після отримання медичної допомоги. Проте така система потребує значних фінансових витрат. Адже кожному лікареві необхідно мати пристрій для зчитування даних із таких карток, під'єднаний до єдиної мережі. Під час зчитування з картки на сервер відсилається автоматично повідомлення про те, що певний пацієнт відвідав лікаря. Про проведене лікування або ж рекомендовані ліки на сервер не потрібно повідомляти. Ця інформація має залишатися тільки в конкретному медичному закладі та фіксуватися на картці, яка видається пацієнту в руки.

Подібна система дозволяла б не лише фіксувати факти звернення пацієнтів, але й краще б сприяла захисту інформації. Крім того, у разі поширення інформації про стан здоров'я пацієнта без його згоди за подібного механізму легше було б відстежити винних.

Також важливим недоліком реєстру є порушення гарантування захисту персональних даних про пацієнтів у базі даних і збереження лікарської таємниці. Фактично кожен лікар або працівник медичної установи зможе дізнатися чим хворіють його родичі, друзі, а тим паче, вороги.

Проте надання персональних даних для створення Електронного реєстру пацієнтів – справа винятково добровільна. Пацієнту не мають права відмовити в лікуванні в разі, якщо він не надав свої дані для Електронного реєстру. Також у Міністерстві охорони здоров'я наголошують, що створення Електронного реєстру пацієнтів не скасовує паперових медичних карток [3, 4].

Автоматизація медичних закладів – це створення єдиного інформаційного простору, що, в свою чергу, дозволяє створювати автоматизовані робочі місця лікарів, організовувати роботу відділу медичної статистики, створювати бази даних, вести електронні історії хвороби і об'єднувати в єдине ціле всі лікувальні, діагностичні, адміністративні, господарські та фінансові процеси [5].

Потреба у створенні єдиного Електронного реєстру пацієнтів є досить актуальною і потрібною в наш час. Він дозволить легко вести повний облік всіх наданих послуг, зданих аналізів, виписаних рецептів у сучасних медичних центрах. Також при автоматизації медичної установи заповнюватимуться електронні амбулаторні картки й історії хвороби, складатимуться звіти та вестиметься медична статистика.

Необхідно також зазначити, що створення Електронного реєстру пацієнтів є важливим й у роботі медичної сестри. Нагадаємо, що важливою складовою практичних дій медсестри є реєстрація пацієнтів, заповнення амбулаторних карток, оформлення медичної документації [6]. Це означає, що створення єдиного Електронного реєстру пацієнтів значно полегшить її роботу.

**Висновок.** Проблема створення єдиного Електронного реєстру пацієнтів у сучасній медичній практиці України є досить актуальною та суперечливою. Це зумовлено тим, що втілення в реальність Електронного реєстру пацієнтів залежить не лише від подальшого підзаконного регулювання процедури внесення обробки та обміну інформацією, а й від матеріальних можливостей держави. Але, незважаючи на вищевикладене, вважаємо створення відповідного реєстру необхідним для покращення роботи медичних установ в Україні.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Качмар В. О. Медичні інформаційні системи – стан розвитку в Україні / В. О. Качмар // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2010. – Т. 8, № 1. – С. 12–17.
2. Чурпій І. К. Сучасний стан інформатизації в медицині / І. К. Чурпій, Н. В. Чурпій, В. Д. Скрипко // Буковинський медичний вісник. – 2011. – Т. 15, № 1. – С. 171–173.
3. Указ Президента України № 187/2012 «Про Національний план дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/ru/documents/14581.html>
4. Проект наказу МОЗ України «Про затвердження Концепції інформатизації сфери охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20121226\\_pp.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121226_pp.html)
5. Степанов В. В. О состоянии научных исследований по организации работы среднего медицинского персонала / В. В. Степанов // Главная медицинская сестра. – 2006. – № 1. – С. 87–92.
6. Кудрявцева Т. О. Сестринський процес: етапи, зміст, документація : навч.-метод. посіб. / Т. О. Кудрявцева. – К. : Здоров'я, 2001. – 96 с.

Отримано 30.01.14

## ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТРУДОВОЇ МІГРАЦІЇ

О. П. Савіцький

*Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня*

---

У статті розглянуто психічні аспекти трудової міграції. Вплив міграційних процесів на особистість мігранта.

---

## PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF LABOUR MIGRATION

O. P. Savitskyi

*Ternopil Regional Municipal Clinical Psychoneurological Hospital*

---

The article deals with the mental aspects of labor migration. The impact of migration process to the personality of the worker.

---

**Вступ.** На теперішній час міграція набуває масштабних розмірів, вона має суттєвий вплив на всі соціальні та економічні процеси життєдіяльності окремих регіонів та країн у цілому. Трудова міграція за кордон на сьогодні є в Україні найпотужнішим і найбільш соціально значущим міграційним потоком.

Позитивний вплив міграції для накопичення людського капіталу знижують такі її негативні соціально-психологічні наслідки, як руйнування сімей, пияцтво, поширення споживацьких настрів серед молоді, яка втрачає мотивацію до навчання та роботи, вважаючи, що надіслані батьками з-за кордону гроші забезпечать отримання диплома і подальше життя без значних зусиль [1].

Вимушений переїзд призводить до тяжких для мігрантів наслідків: розхитується фізичне і психічне здоров'я, загострюються хронічні захворювання. Тому питання міграції є одним з найактуальніших для України, не тільки з економічної, а і з соціально-психологічної точки зору.

**Основна частина.** Проблеми міграційних процесів знайшли відображення в працях таких вчених, як О. О. Бандурка, С. І. Братков, М. П. Бублій, І. К. Василенко, Ю. Ф. Гаврушко, Д. В. Голобородько, О. П. Горбань, С. М. Кременчуцький, О. А. Мали-

новська, Д. Б. Муратова, С. В. Науменко, О. В. Поліщук, Ю. І. Римаренко, О. І. Савченко, С. С. Саїв, В. М. Снігур, Г. У. Солдатова, В. М. Столбовий, Н. П. Тиндик, Т. Ю. Цуркан, С. Б. Чехович та ін. Проте серед наукових робіт, що досліджують процеси міграції, на нашу думку, недостатньо уваги приділяється проблемам психічного здоров'я мігрантів.

Метою статті є з'ясування впливу трудової міграції на психічне здоров'я мігранта на основі вивчення вітчизняних і зарубіжних наукових джерел.

Мігрант – це особа, котра переїжджає до іншої країни, щоб залишитися там на постійне місце проживання, оскільки основні його потреби виглядають практично нездійсненими в контексті його життя на рідній землі, настільки, що він змушений переміщатися до іншої країни з метою їх задоволення і практичної реалізації.

Серед основних критеріїв психічного здоров'я зазвичай розглядаються: стан душевного благополуччя, відсутність хворобливих психічних проявів, адекватність відображення та реагування, відповідний віку рівень зрілості емоційно-вольової та пізнавальної сфер особистості, адаптивність в мікросоціальних відносинах, здатність керувати поведінкою і ставити життєві цілі, а також підтри-



мувати належний рівень активності в їх досягненні. Проте кожна людина має свої межі протистояння стресовим ситуаціям. Саме психічний стан людини, її психологічний настрій визначають можливості адаптації, здатності впоратися, вижити.

Вимушений від'їзд і життя в чужій культурі майже завжди включають події різного ступеня екстремальності в кількості, достатній для того, щоб викликати фізіологічний і психологічний стрес.

Ситуація вимушеної міграції вимагає від індивіда зусиль, які знаходяться на межі його адаптивних можливостей чи навіть перевершують наявні у нього резерви. Але, з іншого боку, саме висока інтенсивність відчуття небезпеки і загрози самому мігранту, а також найбільш значущим для нього людям – членам його сім'ї, визначає виражене прагнення впоратися з труднощами, що виникають.

Потрапляння в нове етнокультурне середовище часто призводить до так званого культурного шоку. Проходження колишнім нормам і цінностям, прийнятим у тому середовищі, звідки людина була змушена виїхати, тільки погіршує ситуацію. Чим більш жорстко людина дотримується звичних для неї культурних моделей поведінки, соціально схвалюваних в колишній культурі, тим складніше їй пристосуватися в новому середовищі. Причому істотну роль відіграють не тільки етнічні, а й культурні відмінності.

У той же час є й інша крайність – наприклад, погіршується ставлення до свого народу, зростають тенденції заперечення власної культури, стає байдужою етнічна приналежність, що також не сприяє успішній адаптації. Це означає, що людина не повинна втрачати свого обличчя, повністю відмовляючись від звичних способів поведінки, стилю життя.

Наріжним каменем розуміння психічного стану вимушених мігрантів є криза соціальної ідентичності – різкі трансформації уявлень особистості про себе і своє місце в системі життєвих відносин. Втрачають свою значимість головні категорії (соціаль-

ний статус, професійна приналежність, сімейні ролі, статеві, вікова приналежності), на які ми спираємося, орієнтуючись в навколишньому світі. Зокрема, для біженців стають неактуальними такі статусні категорії, як громадянство і національна приналежність. Це кардинальна трансформація структури ідентичності – усвідомлення себе викинутими за межі головних життєвих відносин у суспільстві.

Як зазначає Андрій Суліван [4], кожен мігрант задіює всі свої особистісні ресурси у контексті нових переживань, та ці особисті реалії та реалії контексту ситуації є різними для кожного взятого окремо індивіда. Викликані ситуацією вимушеної трудової міграції (наприклад, зміна мовного та культурного середовища, відсутність близьких друзів чи сім'ї) мають не лише негативні наслідки для психічного здоров'я. Вони можуть сприяти і позитивним зрушенням, наприклад, особистісному зростанню, придбанню нового досвіду, нових навичок.

Аналіз літературних даних показує, що провідне місце в загальній структурі психічних порушень у осіб, які зазнали тривалого впливу потужних психотравмуючих чинників, займають депресивні стани різної глибини й ваги та їх психосоматичні складові.

Отже, міграцію можна розглядати як стан ризику для розвитку ментальних порушень та виникнення розладів психіки, оскільки мігрант, навіть у сфері свого повсякденного життя, постійно нашкоджується на якісь перешкоди і тим самим стає вразливим саме у ділянці людської психіки [4].

**Висновки.** Міграція здійснює як позитивний, так і негативний вплив на психічне здоров'я вимушеного трудового мігранта. Зокрема, психологічними проблемами є складний психологічний тиск адаптації та психологічне переживання різких вимушених змін і культурних розбіжностей що може призвести до різноманітних психічних порушень, і, зокрема, до депресії. Тому, на нашу думку, психологічна допомога і підтримка мігрантам особливо важлива.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Малиновська О. А. Трудова міграція: соціальні наслідки та шляхи реагування / О. А. Малиновська. – К. : НІСД, 2011. – 40 с.
2. Пирожков С. І. Зовнішня міграція в Україні: причини, наслідки, стратегії / С. І. Пирожков, О. А. Малиновська, Н. М. Марченко. – К. : Академпрес, 1997. – 127 с.
3. Некоторые особенности психологической адаптации мигрантов / В. Б. Колянов, В. П. Боряк, Н. В. Барнаш, Л. В. Михайленко. – <http://migrocenter.ru/publ/>

[konfer/kavkaz/m\\_kavkaz030.php](http://konfer/kavkaz/m_kavkaz030.php)

4. Суліван Андрій. Відчуваючи серцебиття мігранта / Андрій Суліван. – Львів : Видавництво «АРТОС», 2009. – 112 с.
5. Кржечковский А. Ю. Психические расстройства в экстремальных условиях и их медико-психологическая коррекция / А. Ю. Кржечковский. – [http://www.mprj.ru/archiv\\_global/2011\\_3\\_8/nomer/nomer04.php](http://www.mprj.ru/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer04.php)

Отримано 04.02.14

## ПРОФЕСІЙНІ ЦІННОСТІ ЯК СТРУКТУРНИЙ КОМПОНЕНТ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Л. М. Лиха

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
ННІ медсестринства*

---

У статті висвітлено поняття професійних цінностей майбутніх медичних сестер. Описано діагностику, проведено серед студентів. Окреслено перспективи щодо питань формування професійних цінностей у процесі фахової підготовки.

---

## PROFESSIONAL VALUES AS A STRUCTURAL COMPONENT OF PSYCHOLOGICAL PREPAREDNESS FOR FUTURE NURSES TO THE SPECIALIZATION

L. M. Lykha

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»  
Educational and Scientific Institute of Nursing*

---

In this article the concept of professional values of future nurses is described. A diagnosis conducted among students. Prospects on issues of formation of professional values in the training are pointed is highlighted.

---

**Вступ.** Рівнем підготовки медсестринських кадрів не повністю задоволені і лікувально-профілактичні заклади нашої країни. Насамперед зауваження висувають до практичної професійної підготовки медичної сестри. Про нагальність вирішення даної проблеми свідчать матеріали науково-практичних медсестринських конференцій, опитування проведено серед керівного складу медсестринських кадрів лікарень тощо [5]. З огляду на це, головним завданням професійної медсестринської освіти є підготовка кваліфікованих конкурентоспроможних кадрів із високим рівнем сформованості професійних знань, навичок і вмій, творчого мислення, кращих людських якостей, національної свідомості [2].

Забезпечення закладів охорони здоров'я України кваліфікованими кадрами є одним із важливих

чинників, який впливає на якість надання медичної допомоги населенню. Зазначена проблема набуває ще більшого значення в період реформування охорони здоров'я, оскільки в цей час змінюються правові, економічні та організаційні основи системи суспільних відносин, а також відбувається формування нових стереотипів професійної поведінки медичних працівників, зокрема, медичних сестер [8]. Мета статті – дослідження рівня сформованості професійних цінностей майбутніх медсестер.

**Основна частина.** Професійні цінності – один із структурних компонентів психологічної готовності до тієї чи іншої професійної діяльності; компонент спрямованості особистості [6].

Наявність професійних цінностей забезпечує сумлінне ставлення до майбутньої професійної

діяльності, спонукає людину до творчого пошуку, вдосконалює у свідомості студента умовну модель майбутньої фахової діяльності, яка слугуватиме орієнтиром для професійного саморозвитку.

Цінності дають змогу особистості структурувати явища матеріального чи духовного життя за ступенем їхнього значення для неї. Саме тому вони можуть виконувати роль провідних орієнтирів, сталих взірців у її життєдіяльності, звільняючи від необхідності кожного разу всебічно аналізувати певні явища чи події. Професійні цінності не вимагають від медсестри постійної актуалізації їх у свідомості під час кожного акту професійної поведінки [1]. Втім ці цінності визначають принципи професійні імперативи, що зумовлюють загальну спрямованість її фахової діяльності. У свою чергу, реалізація цих ціннісних імперативів на практиці в кожному конкретному випадку вимагає від медсестри певного змістовного наповнення, що є суто індивідуальною прерогативою кожної окремої особи [7]. На основі аналізу наукової літератури з обраної проблеми ми дійшли висновку, що професійні цінності медичної сестри – це сукупність певних утворень (уявлень, понять, ідей, переконань, ідеалів, заборон), які зумовлюють специфіку функціонування її емоційно-вольової сфери й виявлення певного ставлення до своїх професійних обов'язків, а також виступають регулятором здійснення нею професійної діяльності [3].

Аналіз літератури з окресленої проблематики показує стан її дослідженості. Питанням підготовки медичних працівників та їх удосконаленню приділялася і приділяється постійна увага. Так, у дослідженнях було висвітлено: історичні аспекти розвитку медицини та медичної освіти (В. Банщикова, О. Голяченко, М. Ганіткевич); педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів (І. Кузнєцова), організаційно-педагогічні умови виховної роботи в медичному коледжі (Х. Мазепа), питання виховання гуманності в студентів медичного коледжу (О. Андрійчук), обґрунтування і розробка кваліфікаційних критеріїв у системі професійної підготовки й використання медичних кадрів в охороні здоров'я (В. Подрушняк), питання комп'ютерного оцінювання професійних знань у структурі підготовки медичних сестер (Л. Артемчук), педагогічні засади організації науково-методичної діяльності викладачів медичних училищ (Т. Лебединець), формування в студентів медичного

коледжу готовності до пропаганди і реалізації ідей здорового способу життя в майбутній професійній діяльності (В. Бабаліч).

Основні положення філософських концепцій цінностей відображено в працях С. Анісімова, В. Бакірова, М. Кагана, С. Кострюкова, В. Сержантова та інших учених. Значний внесок у розвиток ціннісної проблематики у психології зроблено Б. Ананьєвим, О. Леонтьєвим, В. Мясіщевим, С. Рубінштейном, Д. Узнадзе, В. Ядовим. Теоретико-педагогічні основи проблеми цінностей в освіті визначено в наукових доробках І. Беха, Б. Гершунського, І. Зязюна, В. Огнев'юка, В. Оссовського, О. Савченко, В. Сластьоніна, О. Сухомлинської, Н. Ткачової, Г. Чижакової, А. Ярошенко. Системи професійних цінностей представлено в наукових працях В. Гриньової, І. Ісаєва.

Професійні цінності в рамках медичної деонтології досліджено О. Іванюшкіним, Ю. Лисициним, А. Хетагуровою, Г. Царегородцевим.

Найбільш доцільними методами дослідження ми вважаємо аналіз і узагальнення висновків наукової літератури, а також тестування, анкетування.

У процесі проведення експерименту ми використовували також поради Л. Мітіної з питань розвитку й діагностики професійної самосвідомості майбутнього фахівця [4].

Варто зазначити, що під час проведення експерименту для діагностики рівня сформованості у студентів професійних цінностей використовували різні методи й методики: спостереження, бесіди, тестування, анкетування, аналіз результатів письмових робіт, розв'язання проблемних ситуацій та ін.

За результатами опитування (перший зріз) тільки 7 % студентів експериментальних груп і 8 % студентів контрольних груп регулярно проявляли пізнавально-ціннісний інтерес щодо формування професійних цінностей, 48 % студентів експериментальних груп і 49 % студентів контрольних груп проявляли його на більшості занять. У решти студентів (тобто 45 % студентів експериментальних груп і 43 % студентів контрольних груп) пізнавально-ціннісний інтерес щодо формування професійних цінностей проявлявся епізодично.

Другий зріз показав такі результати: 34 % студентів експериментальних груп стали проявляти пізнавально-ціннісний інтерес щодо формування професійних цінностей регулярно, 57 % – на більшості занять і 9 % студентів такий інтерес, як і до експерименту, проявлявся епізодично. Тобто

спостерігалася така динаміка: кількість студентів, у яких пізнавально-ціннісний інтерес виявлявся регулярно, збільшилася на 27 %, а кількість студентів, в яких цей інтерес майже не був сформований, зменшилася на 36 %.

У контрольних групах були отримані такі результати контрольного зрізу: 12 % студентів проявляли пізнавально-ціннісний інтерес щодо формування професійних цінностей регулярно, 47 % – на більшості занять, 41 % – епізодично. Отже, відбулися такі зміни: кількість студентів, у яких пізнавально-ціннісний інтерес стосовно визначеного аспекту виявлявся регулярно, збільшилася на 5 %, а кількість студентів, у яких такий інтерес виявлявся епізодично, зменшилася на 2 %. Як видно з отриманих даних, в експериментальних групах спостерігалася більш інтенсивна динаміка позитивних змін за вказаним показником.

У процесі проведення роботи зі студентами нами частково був апробований тренінг Л. Мітіної (згадано вище) з питань розвитку й діагностики професійної самосвідомості майбутнього фахівця. Запропонований нею тренінг включає три блоки. Перший із них забезпечує усвідомлення студентами своїх індивідуальних особливостей і

ціннісних пріоритетів. Другий блок зорієнтований на організацію доброзичливих взаємовідносин з іншими людьми на основі врахування загальнолюдських цінностей. Третій блок тренінгу – спрямований на стимулювання самоусвідомлення майбутніми медсестрами свого місця в системі надання медичної допомоги й охорони здоров'я громадян, а також ролі професійних цінностей у цій системі.

**Висновки.** Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів визначеної проблеми. Перспективними для подальшого наукового пошуку є питання формування професійних цінностей майбутніх медсестер під час викладання нефахових навчальних дисциплін, обґрунтування системи підготовки викладачів медичних навчальних закладів до формування професійних цінностей студентів, з'ясування специфіки формування цих цінностей у майбутніх медсестер під час здійснення їхньої професійної самоосвіти.

Результати, отримані в ході дослідження, об'єктивували необхідність розробки комплексу вправ, тренінгів, спрямованих на формування професійних цінностей, створення лекційних курсів з дисциплін фахової підготовки майбутніх медсестер.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Впровадження позаштатного головного спеціаліста з сестринської справи в управлінні охорони здоров'я міста / О. М. Грицько, А. Л. Федущак, В. І. Пирогова [та ін.] // Практична медицина. – 2001. – № 1. – С. 93–98.

2. Зубкович Л. М. Роль медичної сестри при виникненні епідемії небезпечних хвороб та алгоритми дій при цьому / Л. М. Зубкович. – Тернопіль, 2011. – 43 с.

3. Кузнецов Н. С. Человек: потребности и ценности / Н. С. Кузнецов. – Свердловск, 1991. – 146 с.

4. Митина Л. М. Психология труда и профессионального развития учителя / Л. М. Митина. – М. : Акаде-

мия, 2004. – 320 с.

5. Олійник О. В. Критичне мислення в практиці медичної сестри / О. В. Олійник // Медсестринство. – 2007. – № 1. – С. 54–55.

6. Шаповал К. І. Співробітництво на етапах розвитку медсестринства / К. І. Шаповал, Н. П. Яковенко // Медсестринство. – 2007. – № 2. – С. 45–47.

7. Этико-психологические проблемы медицины / Под ред. Г. И. Царегородцева. – М. : Медицина, 1978. – 376 с.

<http://www.medsestra.okis.ru/istoriya.html>

Отримано 04.02.14