

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**

**1/2015**

# МЕДСЕСТРИНСТВО

---

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

**Головний редактор**  
Чернишенко Т. І.

**Заступник головного редактора**  
Ястремська С. О.

Білик Л. С.  
Брянцев О. М.  
Галіаш 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)  
Мамикіна 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 № 12 від 24.02.2015 р.)

© ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
© Науково-практичний журнал «Медсестринство»

---

Редагування і коректура	Пньова Ю. М.
Технічний редактор	Демчишин С. Т.
Комп'ютерне верстання	Пухальська О. І.
Оформлення обкладинки	Кушик П. С.

Підп. до друку 25.02.2015. Формат 60x84/8.  
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. № 1  
Ум. друк. арк. 6,05. Обл.-вид.арк. 5,27  
Тираж 600. Зам. № 81

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

---

## ЗМІСТ

*Н. І. Рега, Б. А. Локай, С. О. Ястремська*  
Оцінка якості роботи медичних сестер з інкурабельними хворими в гематологічному відділенні КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»

4

*Х. І. Козак, Л. В. Сенюк*  
Вплив дефіциту йоду на стан щитоподібної залози та роль медичної сестри у профілактиці захворювань, спричинених недостатністю даного елемента

9

*А. М. Савич, В. О. Качор*  
Хвороба, викликана вірусом Ебола: особливості роботи медичної сестри щодо профілактики завезення і розповсюдження

12

*Н. М. Волошина, Т. Г. Бакалюк*  
Фізіотерапевтична корекція м'язової дисфункції у хворих на остеоартроз

15

*В. О. Рижковський, А. В. Рижковський*  
Науково-дослідна діяльність студентів у системі медсестринської освіти

19

*Т. М. Запорожець*  
Догляд за хворим з імплантованою системою постійного венозного доступу (портом) та виконання медичних маніпуляцій

23

*Я. Ю. Станишевська*  
Аналіз особистісних якостей медичних сестер на різних етапах професійного становлення

29

*Н. В. Троцюк*  
Проблеми здоров'я студентської молоді

34

*Г. М. Степанова*  
Терапевтичне навчання пацієнтів з бронхіальною астмою та їхніх родичів елементам догляду та самогляду

36

*Н. Ю. Струбіцька*  
Роль волонтерської діяльності в подоланні депресивних станів у пацієнтів хоспісу

41

*Н. Б. Галапач, О. Н. Литвинова*  
Значення етико-деонтологічних аспектів в управлінні якістю роботи медсестринської служби

44

*І. Г. Жердецький*  
Вісцеральні сколіози. Методи корекції

49

## CONTENTS

*N. I. Rega, B.A. Lokay, S. O. Yastremska*  
Quality assessment of nursing personnel's work by incurable patients of hematology department ME of TRC «Ternopil University Hospital»

*H. I. Kozak, L. V. Seniuk*  
Impact of iodine deficiency on the state of thyroid gland and nurses role in prevention of diseases, caused by lack of this element

*A. M. Savitch, V. O. Kachor*  
Disease caused by ebola virus: features of nursing work in prophylaxis of delivery and distribution

*N. M. Voloshyna, T. G. Bakalyuk*  
Physiotherapy correction of muscle dysfunction in patients with osteoarthritis

*V. O. Ryzhkovskiy, A. V. Ryzhkovskiy*  
Scientific and research activity of students in the system of the nursing education

*T. M. Zaporozhets*  
Care for the patient with implantable venous access system (port) and the performance of medical manipulations

*Y. Y. Stanyshevska*  
Personal qualities analysis for nurses at different stages of professional formation

*N. V. Trotsiuk*  
Health problems of students

*H. M. Stepanova*  
Therapeutic education of patients with asthma and their relatives of care and self-care elements

*N. Y. Strubitska*  
The Role of Volunteer Activity in Relieving Hospice Patients Depressive Conditions

*N. B. Halapats, O. N. Lytvynova*  
Significance of ethical and deontological aspects in quality management of nursing service

*I. G. Zherdetskiy*  
Visceral scoliosis: methods of correction

**ОЦІНКА ЯКОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР З ІНКУРАБЕЛЬНИМИ ХВОРИМИ В ГЕМАТОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ КЗ ТОР «ТЕРНОПІЛЬСЬКА УНІВЕРСИТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ»**

**Н. І. Рега, Б. А. Локай, С. О. Ястремська**

*КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

---

У статті викладено результати суб'єктивної оцінки якості роботи медичних сестер, які працюють з інкурабельними хворими в гематологічному відділенні КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» за допомогою модифікованого опитувальника NEST, та запропоновано методи психологічної допомоги працівникам відділень паліативної терапії.

---

**QUALITY ASSESSMENT OF NURSING PERSONNEL'S WORK BY INCURABLE PATIENTS OF HEMATOLOGY DEPARTMENT ME OF TRC «TERNOPIL UNIVERSITY HOSPITAL»**

**N. I. Rega, B. A. Lokay, S. O. Yastremska**

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

---

The article describes the results of subjective evaluation by incurable patients of hematological department of ME of TRC «Ternopil University Hospital» using the modified NEST questionnaire and suggested methods of psychological help for the staff of palliative care departments.

---

**Вступ.** Паліативна допомога (ПД) – це підхід, який дозволяє покращити якість життя пацієнтів та членів їх сімей, що стикнулися з проблемою невиліковного захворювання, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню та точній оцінці проблем, що виникають, проведенню адекватних лікувальних втручань (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності) [5, 18], а також наданню психосоціальної та моральної підтримки [6, 7].

Головною метою ПД є підтримка якості життя у фінальній стадії, максимальне полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та його близьких, а також збереження людської гідності пацієнта. ПД можна надавати разом із

допомогою, спрямованою на одужання, але її мета не виліковування, а піклування [1]. Відповідно до сучасних міжнародних підходів та концепцій, паліативна медицина повинна бути невід'ємною, інтегрованою складовою медичного обслуговування та соціальної опіки. Декларація ВООЗ (1990 р.) та Барселонська декларація (1996 р.) закликають усі держави світу включити ПД в структуру національних систем охорони здоров'я [2, 3, 4].

**Основна частина.** Метою нашого дослідження було вивчення суб'єктивної оцінки якості роботи медичної сестри з інкурабельними пацієнтами гематологічного відділення КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня».

Відомо, що на термінальній стадії захворювання хворий та його родина зіштовхуються з низкою практичних проблем – потребою у спеціалізованій медичній допомозі, зміною звичного графіку роботи родичів або звільненням у зв'язку з необхідністю догляду за хворим, виникненням емоційних проблем і конфліктів у родині на фоні стресової ситуації, збільшення фінансових витрат. У зв'язку з погіршенням соматичного стану хворого, останній часто потребує спеціалізованої медичної допомоги, особливо такої, що стосується купірування вираженого больового синдрому, лікування легеневої недостатності, психотичних психічних розладів [8, 9]. Також зростає потреба у сторонній допомозі у зв'язку зі зменшенням здатності до самообслуговування. Важливим мотивом звернення до відділення паліативної допомоги є наявність «соціальних показань» – надання родині хворого часу для відпочинку, вирішення нагальних питань або ж обмеження найбільш вразливих членів сім'ї (дітей, людей похилого віку) від споглядання страждань, пов'язаних із хворобою та вмиранням [10, 11].

Необхідно відмітити, що психіка хворого в термінальному періоді має свої особливості:

1) значне обмеження отримання зовнішньої інформації внаслідок обмеження руху, втрати професійної діяльності, звуження кількості особистісних контактів на фоні тяжкої ендогенної інтоксикації та больового синдрому звужують інтереси хворого, зміщують життєві цінності та сприяють заглибленню хворого у самого себе;

2) періоди активної психічної діяльності скорочуються, хворі швидко втомлюються, стають більш пасивними, наростає астенія, апатія;

3) у емоційному статусі часто домінує відчуття безнадійності, пригніченість, зумовлені наявним комплексом симптомів хвороби, а також переживаннями стосовно прогнозу захворювання;

4) часто наявні страхи, особливо щодо обмеження функцій організму, втрати здатності до самообслуговування;

5) серйозним етапом стає розвиток хронічного больового синдрому та введення наркотичних знеболювальних засобів у комплекс лікувальних заходів;

6) на висоті больового синдрому може з'являтися схильність до реакцій гніву;

7) психічний стан хворих, як правило, корелює з рівнем соматичного благополуччя, можливістю контролювати фізичні симптоми хвороби;

8) можуть бути присутні особистісні реакції на прогноз захворювання, що описуються терміном «переживання втрати», тобто це реакція на

скорочення фізичних, соціальних можливостей, зміни у психічній сфері.

Вважається, що психологічні особливості хворого на термінальній стадії захворювання зумовлені такими чинниками:

1) швидкою зміною фізичного стану пацієнта з негативною тенденцією (постійне погіршення стану);

2) високим рівнем соматичного дистресу (больовий синдром, дихальна недостатність, нудота, кахексія, асцит та ін.);

3) обмеженими можливостями контролю за симптомами захворювання;

4) домінуванням у психічному стані негативних емоційних переживань (тривоги, страху, зниженого настрою, гніву та агресії);

5) часто нереалістичними (завищеними) сподіваннями щодо можливостей власного організму перебороти хворобу або щодо можливостей медицини;

6) прогресивним виснаженням фізичного та психічного ресурсів хворого та людей із його близького оточення.

Психологічний стан осіб, які оточують невиліковно хворого в термінальній стадії вирізняється послідовністю та етапністю особистісного реагування. Переживання виникають у відповідь на неспецифічні та специфічні симптоми захворювання, що свідчать про прогресування хвороби та несприятливий прогноз захворювання. Неспецифічними симптомами погіршення стану хворого є слабкість, швидка втомлюваність, погіршення апетиту, зниження активності та здатності до самообслуговування. Специфічні ознаки хвороби включають кровотечі, жовтяницю, асцит, ознаки пухлинного розпаду, патологічні переломи, виражений больовий синдром, розлади дихальної та травної систем та ін. Зокрема, потрібно відмітити, що звістка про неможливість проведення специфічної проти-пухлинної терапії та переведення хворого на паліативне лікування для оточуючих стає сильним психотравмуючим фактором [13, 17].

На фоні прогресування невиліковного захворювання та погіршення фізичного стану хворого, що виражається у відновленні симптомів хвороби та появи ускладнень, у поведінці оточуючих здебільшого спостерігається модель гіперопіки. Зазвичай хворого оберігають від правди про діагноз, орієнтують на позитивну перспективу щодо лікування та одужання. Мотивами такої поведінки є уявлення, що знання про тяжкість захворювання, і, відповідно, страх перед стражданнями та очікування неминучої смерті є гіршими за саму смерть, також ви-

словлюються побоювання щодо можливості вчинення пацієнтом суїциду. Тобто, така поведінка, на думку оточуючих, оберігає самого хворого. Однак з часом створюється дисонанс між прогресуванням захворювання та відсутністю очікуваного ефекту від лікування. Тоді у відносинах із медичним персоналом у більшості випадків наростає напруження, виникають конфлікти. Усвідомлення того, що не потрібно чекати так званої легкої смерті пацієнта, постійні запитання хворого відносно перспектив лікування та одужання, що виникають на фоні прогресивного погіршення соматичного стану, зростання емоційних та фізичних потреб хворого приводять до бажання вийти з даної ситуації шляхом переходу до моделі дистанціювання. Внутрішнє переживання відчуження та дистанціювання від хворого часто викликають у оточуючих почуття провини, яке, у свою чергу, стає вторинним психотравмуючим чинником. Та, незважаючи на виснаження емоційних та фізичних сил, як правило, на передній план виходить усвідомлення потреби здійснення догляду за тяжкохворим та почуття обов'язку. За умови успішного формування адаптації оточуючі вчаться долати власні переживання – відбувається повернення до «нейтральних» взаємин. Думки про власну смерть можуть також підштовхнути родичів хворих до визначення життєвих пріоритетів та краще пізнати себе, проживати залишок свого життя сповна, тоді стосунки між оточуючими та пацієнтом стають партнерськими [14].

Предметом дослідження стали специфіка роботи медичних сестер гематологічного відділення КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» та суб'єктивна оцінка якості роботи медичних сестер з інкурабельними пацієнтами згідно з модифікованим опитувальником NEST.

Всього опитано 37 пацієнтів з гемобластозами в інкурабельній формі захворювання.

За результатами опитування оцінювали якість життя пацієнтів та якість надання паліативної медичної допомоги медичним персоналом відділення.

Оцінку якості надання паліативної медичної допомоги медичним персоналом відділення проводили за відповідями на такі запитання:

1. Як Ви вважаєте, наскільки добре Вас розуміють медичні сестри і ставляться до Вас з повагою?

2. Наскільки чіткою і зрозумілою є інформація, надана медичним персоналом, стосовно того, чого очікувати від Вашої хвороби?

3. Як Ви вважаєте, наскільки медичний догляд, що надається, відповідає Вашим цілям?

4. Як часто, на Вашу думку, Ви відчуваєте збентеженість, тривогу та пригніченість?

5. Наскільки складним для Вас виявився доступ до необхідного медичного догляду?

6. Наскільки Ви страждаєте від фізичних симптомів, включаючи біль, нестачу повітря, втому, проблеми зі шлунково-кишковим трактом та сечовипусканням?

7. Яка допомога Вам потрібна у сенсі піклування? Йдеться про забезпечення харчування.

8. Яка допомога Вам потрібна у сенсі піклування? Йдеться про забезпечення відвідування медичного персоналу.

9. Як часто поряд з Вами є хтось, кому можна довіритися чи поділитися?

Оцінку якості життя інкурабельних хворих проводили за такими запитаннями:

1. Як часто, на Вашу думку, Ви відчуваєте збентеженість, тривогу та пригніченість?

2. Наскільки Ваша віра чи духовне життя сприяє Вашому відчуттю здоров'я і благополуччя?

3. Наскільки ця хвороба видається Вам безглуздою і непотрібною?

4. Чи є у Вас справи, які б Ви хотіли вирішити за допомогою Ваших близьких?

5. Після того, як Ви захворіли, чи залишилося у Вашому житті особливе відчуття цілі (мети)?

6. Наскільки фінансово обтяжливою є Ваша хвороба для Вас та Вашої родини?

Відповіді оцінювали за 5-бальною системою:

1 бал – мало;

2 бали – посередньо;

3 бали – краще середнього;

4 бали – добре;

5 балів – дуже добре.

Результати опитування наведено в таблиці 1.

Із проаналізованих даних випливає, що якість надання пацієнтам паліативної допомоги медичними сестрами гематологічного відділення є досить високою (найбільша питома частка оцінок максимальні).

Більшість пацієнтів мали виражені соматичні та емоційні розлади (від помірних до максимально виражених).

Також майже всі пацієнти відчували гостру потребу у відвідуванні медичного персоналу та у спілкуванні з особами, яким би вони могли довіритися і поділитися своїми проблемами.

Згідно з отриманими результатами, у більшості інкурабельних хворих значно знижувалася якість життя.

Враховуючи складну економічну ситуацію в Україні було проведено опитування, наскільки фінансово обтяжливою є хвороба для пацієнтів та їх родин. Отримані результати свідчили, що

Таблиця 1. Оцінка якості надання паліативної медичної допомоги медичним персоналом

Запитання	Кількість відповідей згідно з оцінкою за 5-бальною шкалою				
	1	2	3	4	5
Як Ви вважаєте, наскільки добре Вас розуміють медичні сестри і ставляться до Вас з повагою?	3	2	1	1	30
Наскільки чіткою і зрозумілою є інформація, надана медичним персоналом, стосовно того, чого очікувати від Вашої хвороби?	2	1	11	9	14
Як Ви вважаєте, наскільки медичний догляд, що надається, відповідає Вашим цілям?	3	4	8	5	17
Наскільки Ви страждаєте від фізичних симптомів, включаючи біль, нестачу повітря, втому, проблеми зі шлунково-кишковим трактом та сечовипусканням?	4	3	18	8	4
Як часто, на Вашу думку, Ви відчуваєте збентеженість, тривогу та пригніченість?	4	5	13	6	10
Наскільки Ваша віра чи духовне життя сприяє Вашому відчуттю здоров'я і благополуччя?	3	2	4	8	20
Наскільки ця хвороба видається Вам безглуздою і непотрібною?	15	1	2	3	16
Чи є у Вас справи, які б Ви хотіли вирішити за допомогою Ваших близьких?	7	6	4	8	12
Після того, як Ви захворіли, чи залишилося у Вашому житті особливе відчуття цілі (мети)?	1	3	7	12	14
Наскільки складним для Вас виявився доступ до необхідного медичного догляду?	7	5	9	6	10
Яка допомога Вам потрібна у сенсі піклування? Йдеться про забезпечення харчування.	7	3	8	7	12
Яка допомога Вам потрібна у сенсі піклування? Йдеться про забезпечення відвідування медичного персоналу.	3	5	2	6	21
Як часто поряд з Вами є хтось, кому можна довіритися чи поділитися?	1	2	8	5	21
Наскільки фінансово обтяжливою є Ваша хвороба для Вас та Вашої родини?	6	5	1	4	21

поганий фінансовий стан інкурабельних пацієнтів ще більше погіршував якість їх життя.

**Висновки.** 1. Якість надання пацієнтам паліативної допомоги медичними сестрами гематологічного відділення за оцінкою інкурабельних пацієнтів є досить високою (найбільша питома частка оцінок максимальні).

2. Більшість інкурабельних пацієнтів гематологічного відділення мають виражені соматичні та емоційні розлади (від помірних до максимально виражених). Багато осіб відчуває гостру потребу у відвідуванні медичного персоналу та у спілкуванні з людьми, яким би вони могли довіритися і поділитися своїми проблемами.

Поганий фінансовий стан інкурабельних пацієнтів за умов відсутності страхової медицини ще більше погіршує якість їх життя.

Існують такі методи психологічної допомоги працівникам відділень паліативної допомоги [15, 16]:

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 залученості хворого до процесу лікування до покращення його психологічної адаптації [17].

## ЛІТЕРАТУРА

1. Князевич В. М. Паліативна і хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні (за даними наукової літератури) / В. М. Князевич, З. М. Митник, Ю. І. Губський // Україна – здоров'я нації. – 2009. – № 3 (11/09). – С. 55–63.
2. Новиков Г. А. Паллиативная помощь онкологическим больным / Г. А. Новиков, В. И. Чиссов (ред.). – М. : ООД: Медицина за качество жизни. – 2006. – 192 с.
3. Про утворення Інституту паліативної та хоспісної медицини МОЗ України : наказ МОЗ України № 159-0 від 24 липня 2008 р.
4. Government and NGOs cooperation to improve of palliative care specialists' education and training in Ukraine. / Tsarenko A., Gubskiy Yu., Tchaykovska V., Stadnyuk L., Serdiuk V., Martyniuk-Gres' S. // 11<sup>th</sup> Congress of the European Association for Palliative Care. 7 – 10.05.2009. Abstracts. – Austria. Vienna, 2009. – 149 p.
5. Brennan F. Palliative Care as an International Human Right / F. Brennan // J. Pain Symptom Management. – 2007. – Vol. 33 (5). – P. 494–499.
6. 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.
7. 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.
8. Бондар Г. В. Паліативна медична допомога : посібник / Г. В. Бондар, І. С. Вітенко, О. Ю. Попович. – Донецьк : Донеччина, 2004. – 80 с.
9. ICSI Assessment and Management of Chronic Pain, Fourth Edition, November 2009
10. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь / А. В. Гнездилов. – СПб. : Издательство «Речь», 2004. – 162 с.
11. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных / А. В. Гнездилов // Практическая онкология. – 2001. – № 1 (5). – С. 5–13.
12. Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери : методичні рекомендації ; за заг. ред. канд. мед. наук М. Л. Авраменка. – Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів. – Львів, 2008. – 53 с.
13. Brandsen C. K. Social work and end-of-life palliative care: reviewing the past and moving forward / C. K. Brandsen // Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care. – 2005. – Vol. 1. – P. 45–70.
14. Орел В. Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии / В. Е. Орел // Проблемы общей и организационной психологии. – Ярославль, 1999. – С. 76–97.
15. Осухова Н. Г. Сгоревшие на работе / Н. Г. Осухова, А. Е. Барина // Здоровье. – 2003. – № 9.
16. Стан паліативної допомоги в Україні та медсестринська освіта / Р. І. Сидорчук, О. Й. Хомко, О. А. Рудек [та ін.] // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 102–104.
17. Бачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники : учебное пособие [текст] / И. В. Бачков. – М., 2000.
18. 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. – 80 p.

Отримано 26.11.14



## ВПЛИВ ДЕФІЦИТУ ЙОДУ НА СТАН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ, СПРИЧИНЕНИХ НЕДОСТАТНІСТЮ ДАНОГО ЕЛЕМЕНТА

Х. І. Козак, Л. В. Сенюк

*Чортківський державний медичний коледж*

---

У статті проаналізовано вміст йоду в навколишньому середовищі, захворювання, які виникають внаслідок його дефіциту, а також розглянуто профілактику захворювань.

---

## IMPACT OF IODINE DEFICIENCY ON THE STATE OF THYROID GLAND AND NURSES ROLE IN PREVENTION OF DISEASES, CAUSED BY LACK OF THIS ELEMENT

H. I. Kozak, L. V. Seniuk

*Chortkiv State Medical college*

---

The article analyzes the content of iodine in the environment, the diseases, caused by its deficit, and their prevention.

---

**Вступ.** Серед актуальних проблем сучасної медицини особливе місце займає зростання патології щитоподібної залози, яке зумовлене складною екологічною ситуацією в деяких регіонах України. Загальновідомо, що рівень здоров'я населення перебуває в прямій залежності від стану навколишнього середовища, а ендокринна система, має найбільш високу чутливість до токсичних екзогенних впливів. Завдання ліквідації йододефіцитних захворювань у всьому світі визнано актуальним у медичному та соціально-економічному аспекті, оскільки ці захворювання впливають на стан здоров'я населення, освітній та професійний потенціал суспільства [9].

**Основна частина.** Одним із найбільш необхідних і важливих елементів, що сприяє нормальному росту і розвитку людського організму, є йод. Він поступає в організм у надзвичайно малих дозах, але відіграє важливу роль у процесі життєдіяльності людського організму. Близько 30 % населення земної кулі проживають у районах із йодним дефіцитом. У зв'язку з дефіцитом йоду порушується біосинтез тироксину, трийодотироніну і тетраіодотироніну – гормонів щитоподібної залози, розвивається компенсаторне збільшення цієї ендокринної залози [1].

Йододефіцитними захворюваннями, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, є всі патологічні стани, що розвиваються у популяції в результаті йодного дефіциту, яким можна запобігти при нормалізації споживання йоду [2].

Йод виявлений в незначних кількостях в ґрунті, повітрі та воді, а також концентрується і в мулі. Розсіяний йод вилугується природними водами з магматичних гірських порід і концентрується організмами, наприклад, водоростями.

Джерелами надходження йоду в поверхневій воді є атмосферні опади, води нафтових родовищ і стічні води деяких галузей хімічної й фармацевтичної промисловості. Вміст йоду у дощовій воді складає 1–5 мг/л; у прісній воді – 1 мкг/л; в морській воді йоду значно більше. У приморських областях кількість йоду в 1 м<sup>3</sup> повітря може досягати 50 мкг, в континентальних і гірських становить 1 або навіть 0,2 мкг. Поглинання йоду рослинами залежить від вмісту в ґрунтах його сполук і від виду рослин.

Тривалий час вважалось, що основним наслідком дефіциту йоду є збільшення щитоподібної залози, однак саме по собі воно не є найгіршим наслідком дефіциту йоду. Дефіцит йоду в організмі веде до зниження утворення ти-

реоїдних гормонів, оскільки синтез гормонів відбувається шляхом йодування тирозину і подальшої конденсації (з'єднання) таких двох молекул з утворенням три- і тетраїодотироніну (тироксину), які і є власне гормонами. Однак у клітинах щитоподібної залози вони пов'язані з білком глобуліном (йодотиреоглобуліном) і перебуває в неактивному стані. У міру необхідності цей комплекс розпадається, гормони стають активні, надходять в кров, органи і тканини, де і проявляють свою дію. Їх дія в основному спрямована на посилення процесів біологічного окиснення, збільшення споживання кисню, регуляцію обміну жиру і води, диференціювання розвитку тканин.

До захворювань, причиною яких є дефіцит в організмі йоду, належать:

- дифузний еутиреоїдний (нетоксичний) зоб;
- вузловий еутиреоїдний (колоїдний) зоб;
- тиреотоксикоз (тиреотоксична аденома);
- йододефіцитний гіпотиреоз (за різного вираження дефіциту йоду) [2].

Фізіологічна добова потреба в йоді для різних груп людей різна і залежить від віку і фізіологічного стану організму. Для дітей молодшого віку (від 2 до 6 років) – 90 мкг/добу; для дітей від 7 до 12 років – 120 мкг/добу; молоді люди і дорослі потребують 150 мкг/добу; вагітні жінки і ті, які годують груддю – 200 мкг/добу і люди похилого віку потребують 100 мкг/добу [4].

За все життя людина споживає всього 3–5 г йоду. Про етіологічну роль дефіциту йоду в розвитку ендемічного зобу свідчить збіг районів розповсюдження зобу з нестачею йоду в цих місцевостях, ефективності йодної профілактики і виявлення особливостей метаболізму в хворих на ендемічний зоб.

Головною причиною виникнення ендемічного зобу є нестача йоду в навколишньому середовищі. Забезпечення населення необхідною кількістю йоду можливе або шляхом зміни характеру харчування, або за допомогою додаткового приймання препаратів йоду. Такий підхід покладений в основу існуючих методів йодної профілактики:

- *індивідуальна*;
- *групова*;
- *масова*.

*Індивідуальна і масова профілактика* перш за все пов'язана із ліквідацією дефіциту йоду в продуктах харчування [6].

Найбільш ефективним і економічним методом усунення дефіциту йоду є *масова профілактика* – можливість корекції йодного дефіциту за допомогою харчових продуктів, які є носіями високіх концентрацій йоду. До них належать:

– йодована сіль, йодована вода, йодоване масло, збагачені йодом продукти (хліб, кондитерські вироби, м'ясні продукти, молоко, кефір та інші молочні продукти);

– багаті на йод продукти моря: молюски (устриці, мідії, морські гребінці, кальмари), голкошкірі (трепанги, голотурії), ракоподібні (краби, креветки, лангусти, омари), морські водорості (відомо більше 70 видів істівних водоростей);

– спеціальні продукти для вагітних та жінок, які годують груддю (молочні напої або каші, збагачені йодом, адаптовані молочні суміші для дітей, насичені йодом) [5].

Йодування солі є найуніверсальнішим засобом йодопрофілактики за рахунок того, що:

- її споживають практично всі;
- це дешевий продукт, який доступний всім групам населення;
- сіль споживають у невеликій кількості, тому її можна збагатити більшою кількістю йоду, ніж інші продукти;

– вартість йодованої солі практично не відрізняється від вартості нейодованої.

Її йодують на солевих рудниках із розрахунку 40 мг на кожен кілограм солі приблизно вноситься йодиду калію (йодат більш стійкий, ніж йодид), тобто в 1 г йодованої солі міститься 40 мкг йоду. Йодована сіль – це не якась медично-харчова добавка, це звичайний продукт харчування, який вживають всі [3].

Дослідженнями доведено, що за 6 місяців йодована сіль у герметичній упаковці втрачає 30 % йоду, в розірваній – 80 % (в літні місяці 90 %).

Останнім часом широко використовують метод йодування води. Використання цієї води дає позитивний результат, сприяє ліквідації йодної недостатності в організмі.

В останні роки у різних країнах використовують метод йодної профілактики зобу за допомогою йодування олії. З цією метою застосовують йодовану олію з насіння маку, яка повільно вивільняє йодид. Також йодують кондитерські вироби за допомогою морської капусти.

Досить широко впроваджується внесення мікродобрив у ґрунт з домішками йоду, міді, марганцю, кобальту, завдяки яким овочі насичуються йодом вдвічі і навіть втричі краще.

Встановлено, що додаткове регулярне споживання 100–150 мкг йоду із збагаченими продуктами харчування приводить до суттєвого (на 50–60 %) і достовірного зниження частоти збільшення щитоподібної залози в дітей шкільного віку протягом 6–9 місяців від початку проведення йодної профілактики [7].

*Групова профілактика* передбачає застосування препаратів йоду в організованих колекти-

вах: дитячих садках, школах, навчальних закладах. Контроль за профілактикою здійснюють спеціалісти-медики. Ряд спеціалістів дотримується думки, що групова профілактика повинна випереджати масову. Бажано розпочинати програми йодної профілактики з введення солей йоду в їжу в дитячих садках, у шкільні сніданки [8].

Індивідуальну профілактику проводять серед неорганізованого населення та за спеціальними медичними показаннями. До кагорти таких можна віднести вагітних, жінок, які годують, немовлят, які перебувають на штучному вигодовуванні, маленьких дітей та дітей, які виховуються в домашніх умовах, осіб з різними захворюваннями щитоподібної залози, а також населення, яке проживає в ендемічній зоні. Для індивідуальної профілактики можуть використовуватися як йодовані продукти харчування, так і препарати йоду.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Боднар П. М. Йододефіцитні розлади – актуальна медико-соціальна проблема / П. М. Боднар // Лікарська справа. – 2001. – № 3. – С. 8–10.
2. Боднар П. М. Ендокринологія / П. М. Боднар. – Вінниця : Нова книга, 2007. – 344 с.
3. Герасимов Г. А. Всеобщее йодирование пищевой поваренной соли для профилактики йододефицитных заболеваний: преимущества значительно превышают риск / Г. А. Герасимов // Проблемы эндокринологии. – 2001. – № 3. – С. 22–26.
4. Гульчій М. Г. Йод: скільки його потребує організм, або про причини захворювань щитоподібної залози / М. Г. Гульчій // Ваше здоров'я. – 2001. – № 19. – С. 3–18.
5. Йододефіцит серед населення та його подолання / С. Т. Омельчук, С. І. Гаркавий, Н. Т. Музичук, А. Я. Кобзар // Науковий вісник національного медич-

Найефективнішим засобом індивідуальної йодної профілактики є приймання препаратів йодиду калію: «Йодид-100» і «Йодид-200». Отже, йдеться про дозоване щоденне споживання йоду. Тобто при прийманні цього препарату точно відомо, скільки йоду, не більше і не менше, надійшло в організм.

Необхідно врахувати, що незалежно від методів профілактики зобу йод найбільш оптимально засвоюється при достатньому вмісті в раціоні білка, заліза, цинку, міді, вітамінів А та Е.

**Висновок.** Ми, як медичні працівники повинні активно інформувати населення про захворювання, що виникають внаслідок недостатності надходження йоду в організм людини, а також про всі види профілактики даних захворювань. Вміння медичного працівника ефективно донести до пацієнтів методи профілактики йододефіцитних захворювань – запорука здорової нації.

ного університету імені О. О. Богомольця. – 2006. – № 4. – С. 134–138.

6. Паньків В. І. Йододефіцитні захворювання: діагностика, профілактика, лікування / В. І. Паньків // Проблеми ендокринної патології. – 2002. – № 2. – С. 75–86.

7. Тимченко А. М. Ендемічний зоб (обговорення консенсусу та шляхи вирішення проблеми) / А. М. Тимченко // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2006. – № 3 (5). – С. 9–12.

8. Тронько М. Д. Дифузний зоб: діагностика та лікування / М. Д. Тронько, В. І. Кравченко // Ендокринологія. – 1999. – № 1. – С. 4–11.

9. Assessment of the Iodine Deficiency Disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers. – 2nd ed. – Geneva: WHO/Euro/NUT/, 2001. – P. 1–107.

Отримано 15.01.15

## ХВОРОБА, ВИКЛИКАНА ВІРУСОМ ЕБОЛА: ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ЗАВЕЗЕННЯ І РОЗПОВСЮДЖЕННЯ

А. М. Савич, В. О. Качор

*Ужгородська обласна клінічно-інфекційна лікарня  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

---

У статті наведено сучасні дані щодо догляду за пацієнтами з хворобою, викликану вірусом Ебола, представлено рекомендації стосовно її лікування та профілактики та визначено особливості тяжких форм і ускладнень.

---

## DISEASE CAUSED BY EBOLA VIRUS: FEATURES OF NURSING WORK IN PROPHYLAXIS OF DELIVERY AND DISTRIBUTION

A. M. Savitch, V. O. Kachor

*Uzhorod Regional Clinical Infectious Hospital  
SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

---

The modern data about nursing of patients with disease caused by Ebola virus is given. The proved recommendations on therapy and prophylaxis are submitted. The features of severe forms and complications are considered.

---

**Вступ.** Цього року людство спіткала чергова катастрофа – виникла епідемія висококонтагіозної вірусної геморагічної гарячки Ебола, яка належить до особливо небезпечних (карантинних) інфекцій. Недуга ендемічна для певних місцевостей Африки. Перші випадки гарячки Ебола було зареєстровано в 1976 р. у Судані (захворіло 284 людини, померло 151, летальність 53,2 %) і в Конго у селищі Ямбуку (відповідно, 318, 280, 88 %) поблизу р. Ебола; у подальшому епідемії реєструвались у Кенії та деяких інших країнах Західної і Центральної Африки. Остання епідемія почалась у Гвінеї у лютому 2014 р. ВООЗ оголосила епідемію катастрофою міжнародного рівня, за прогнозами вона буде продовжуватись щонайменше до початку 2015 р. Станом на 08.01.2015 р. зафіксовано понад 8 тисяч випадків гарячки Ебола,

з яких загинув – 4,818 осіб у 8 країнах. Цього-річна епідемія в Західній Африці визнана найтяжчою за весь період спостережень за хворобою. Випадки недуги зареєстровано в Гвінеї, Сьєрра-Леоне, Ліберії, Нігерії, Сенегалі, Демократичній Республіці Конго [1].

Є випадки завезення гарячки Ебола в країни Америки і Європи хворими приматами і людьми, які перебували в інкубаційному періоді. Зафіксовано поодинокі випадки хвороби або підозри на неї серед прибулих із Західної Африки в США, Англію, Німеччину, Канаду; 12.08 зареєстровано перший в Європі випадок смерті від гарячки Ебола священника, який прибув у Іспанію з Ліберії.

**Основна частина.** Джерелом збудника є щури, примати, а також людина. Природний резервуар – плодоїдні летючі миші родини *Pteropodidae*. Механізм передачі вірусу контакт-

ний, можливе поширення його від людини до людини при тісному контакті через рідини і секрету, недостатньо простерилізований інструментарій, а також аерогенним шляхом, через статеві стосунки. Вірус виділяється від хворих впродовж близько 3 тижнів, іноді до 2 місяців [2].

Інкубаційний період триває від 2 до 21 дня. Гарячка Ебола зазвичай починається гостро з підвищення температури тіла, симптомів вираженої інтоксикації, сильного головного болю, болю у суглобах, м'язах. Дещо пізніше з'являється сухий кашель, сухість і першіння в горлі, ключий біль у грудній клітці. На 2–3 день хвороби виникають біль у животі, нудота, діарея, внаслідок якого швидко розвивається дегідратація. У половини пацієнтів на 4–5 день хвороби з'являється плямисто-папульозна висипка – спочатку на обличчі, потім на грудній клітці, яка здатна поширюватися й на інші частини тіла. При огляді хворого відзначають гіперемію кон'юнктив, глибоко запалі очі, нерухоме обличчя, загальмованість. На 2 тижні недуги часто виникають кровотечі, шок, набряк легень, які є причиною високої летальності [3].

Підходи до лікування такі ж, як при інших геморагічних гарячках. Специфічної терапії не розроблено. Патогенетичне лікування спрямоване на зменшення явищ інтоксикації, дегідратації, геморагічних проявів, усунення розладів гемодинаміки, боротьбу з геморагічним шоком, ННГМ, іншими проявами хвороби.

На сьогодні рекомендовано застосувати певні етіотропні експериментальні ліки, які ще не мали повноцінного попереднього вивчення, як це відбувається при введенні до обігу комерційних лікарських препаратів у світі. Обговорювалась потенційна ефективність для лікування гарячки Ебола плазми реконвалесцентів і гіперімунного імуноглобуліну, моноклональних антитіл у препаратах Zmapp, ZMAb, малих інгібуючих РНК у препараті siRNA, противірусних препаратів Фавіпіравір, Бринцидофовір, Тореміфін, Аміодарона, інтерферонів. Поки що аналізувати ефективність цих препаратів важко [4].

Профілактика проводиться як і при інших геморагічних гарячках.

При відвідуванні країн, де має місце епідемія хвороби, викликані вірусом Ебола, необхідно дотримуватись таких рекомендацій:

- часто мити руки;
- уникати контакту з кров'ю і біологічними рідинами людини, особливо хворих;
- не торкатися тіл померлих від хвороби, викликані вірусом Ебола;
- не вживати м'яса летючих мишей і приматів, не торкатися до їх крові і рідин;

– уникати потрапляння у лікарню, де лікуються пацієнти з хворобою, викликані вірусом Ебола;

– у випадку появи гарячки (температура тіла вища 38,6 °С) і будь-якого із таких симптомів, як біль в м'язах, животі, головний біль, діарея, блювота, підшкірні крововиливи або кровотеча, необхідно відразу звернутись за медичною допомогою;

– обмежити контакти з іншими людьми до огляду медичного працівника.

Після повернення із країн підвищеного ризику потрібно звертати увагу на свій стан здоров'я впродовж 21 дня, а у випадку появи вищеперерахованих симптомів необхідно відразу звернутись за медичною допомогою телефоном, акцентувавши про перебування в країнах Західної Африки.

Випадки захворювання або завезення хвороби, викликані вірусом Ебола, на територію України не зафіксовано, однак враховуючи сучасні засоби комунікації відкинути такий ризик неможливо жодній країні світу. Тому медичним працівникам всіх ланок охорони здоров'я потрібно бути насторожі. Оскільки значне число прибулих в Україну із країн Західної Африки – студенти, доцільно комплекс протиепідемічних заходів у кожному обласному центрі спрямувати саме на цю групу осіб:

– уточнення списків студентів, які мають прибути із країн Західної Африки в кожному вищому навчальному закладі (прізвище, дата народження, курс, група);

– інформація щодо прибуття (дата, місце проживання);

– організація медичного огляду лікарем-інфекціоністом у день прибуття;

– збір епіданамнезу (день вибуття з країни, транспорт на якому прибули, дата прибуття в Україну, дата прибуття в населений пункт);

– організація медичного спостереження протягом 21 дня з моменту виїзду з рідної країни (щоденно – середнім медпрацівником, 1 раз на тиждень лікарем).

З метою уникнення поширення інфекції доцільно організувати проживання прибулих студентів у межах інкубаційного періоду в одному гуртожитку. Провести роз'яснювальну роботу серед прибулих студентів щодо клінічних ознак хвороби, обов'язковості звернення за медичною допомогою, достовірності інформації про перебування за кордоном [5].

Хворі на гарячку Ебола підлягають негайній госпіталізації в бокси відділення із збереженням суворого режиму, який рекомендується у випадках хвороб, що підлягають регуляції ММСР 2005 р. Медичний персонал повинен працюва-

ти в максимально захищеному вологонепроникному одязі (щоби не просякала кров) із збереженням суворих бар'єрних методів захисту. Необхідно також приділяти особливу увагу належному знезараженню медичних відходів і біологічних рідин хворих. Реконвалесцентів випускають не раніше 21 дня при негативних результатах вірусологічних досліджень за умови повного клінічного одужання. У епідемічних ситуаціях проводять посилений нагляд і активне виявлення усіх підозрілих і ймовірних випадків із негайною ізоляцією хворих, а також усіх людей, які контактували з ними для щоденного медичного спостереження. Зона нагляду повинна залишатись під контролем протягом двох інкубаційних періодів після останнього летального випадку або після виписки останнього хворого. Важливим профілактичним за-

ходом, що перешкоджає завезенню гарячки із ендемічних районів, є здійснення Міжнародної системи епідеміологічного нагляду, проведення протиепідемічних заходів, передбачених ММСП 2005 р.

Специфічна профілактика натеper перебуває у стадії розробки. На шляху до впровадження у широку медичну практику дві перспективні вакцини: ChAd3-ZEBOV і rVSV-ZEBOV.

**Висновки.** За відсутності засобів специфічної профілактики і дієвого етіотропного лікування підвищення поінформованості населення щодо факторів ризику інфікування вірусом Ебола, перших ознак недуги і використання індивідуальних заходів захисту, ретельне динамічне медичне спостереження за прибулими з неблагополучних районів – єдиний шлях запобігання завезенню і розповсюдженню недуги.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. [uk.wikipedia.org/](http://uk.wikipedia.org/).
2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25260583>.
3. <http://www.amnu.gov.ua/articles>
4. Мальй В. П. Болезнь, вызванная вирусом Эбола: клиника, диагностика, лечение, профилактика / В. П. Мальй. – Харьков, 2014. – 23 с.
5. Качор В. О. Гарячка Ебола: заходи з профілактики з завою і розповсюдження / В. О. Качор, О. Л. Івахів, О. Р. Голик // Фармакотерапія і профілактика інфекційних та паразитарних хвороб : зб. матеріалів Всеукр. інтернет-конф., жовтень 2014 р. – Тернопіль : ТДМУ, Укрмедкнига, 2014. – С. 96–99.

Отримано 18.12.14

## ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ М'ЯЗОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Н. М. Волошина, Т. Г. Бакалюк

*Сумська обласна клінічна лікарня*

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

---

У статті вивчено ефективність реабілітаційного лікування у хворих на остеоартроз колінних суглобів із включенням у лікувальний комплекс інтерференцтерапії та постізометричної релаксації для міокорекції та усунення патобіомеханічних змін суглоба.

---

## PHYSIOTHERAPY CORRECTION OF MUSCLE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

N. M. Voloshyna, T. G. Bakalyuk

*Sumy Regional Clinical Hospital*

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

---

The article studied the effectiveness of rehabilitation treatment in patients with knee osteoarthritis with inclusion to the medical complex interferential therapy, post-isometric relaxation for elimination of muscle contraction and local biomechanical factors in joint.

---

**Вступ.** Термін «остеоартроз» об'єднує групу захворювань різної етіології, але з подібними біологічними, морфологічними й клінічними результатами, при яких у патологічний процес, окрім суглобових структур, залучаються ще й навколосуглобові тканини: м'язи, сухожилля, зв'язки, судини й нерви [1].

Особливо чутливими до будь-яких внутрішніх і зовнішніх негативних впливів на суглоб є м'язи, які безпосередньо його оточують. Тому досить часто остеоартроз (ОА) супроводжується м'язовою дисфункцією, що призводить до обмеження рухливості суглоба та виникнення болювого синдрому [2]. М'язи мають вирішальне значення для підтримки рухливості суглобів, стабільності та функції [3], вони допомагають в поглинанні ударів та передачі зусилля через суглоби і забезпечують динамічну стійкість до нормального і пошкодженого суглоба [4].

Оптимальне лікування гонартрозу передбачає комбінацію немедикаментозних та медикаментозних методів. Згідно з рекомендаціями EULAR щодо лікування ОА колінних суглобів

(2003), немедикаментозна терапія повинна включати навчання пацієнта, фізичні вправи, використання допоміжних засобів (супінатори, фіксатори колінного суглоба та ін.) і зниження маси тіла. Згідно з даними рекомендаціями, немедикаментозні методи лікування мають велику доказову базу й високий рівень доказовості [5].

Медикаментозна терапія ОА істотно обмежена і включає хондропротектори, нестероїдні протизапальні, спазмолітичні препарати. Більш ширші можливості фізичних чинників, їх застосування не ускладнюється побічною дією, яка властива медикаментозній терапії. Тому залишаються актуальними пошук нових напрямів і комплексних підходів до медичної реабілітації при остеоартрозі для підвищення ефективності відновлювальних заходів.

Велике значення має індивідуально підібраний комплекс лікувальної фізкультури з метою зміцнення регіонарних м'язів у поєднанні з елементами релаксації. При цьому активно використовується механотерапія з регулярністю занять і поступовим збільшенням об'єму виконуваних рухів і навантажень. Для зняття м'язового спаз-

му, поліпшення кровотоку, підвищення збудливості рецепторів симпатичної нервової системи, відновлення еластичності тканин використовується лікувальний масаж (ручний, механічний, підводний, самомасаж) та постізометрична релаксація (ПІР) м'язів [6].

З апаратних методів фізіотерапії – інтерференцтерапія, відповідно до даних досліджень [7], має переваги в реабілітаційному лікуванні у хворих на ОА порівняно з ампліпульстерапією. При застосуванні інтерференцтерапії створюється можливість впливу змінним електричним струмом низької частоти на глибоко розміщені тканини. Також цей метод здійснює більш виражену знеболювальну дію при артралгіях порівняно з ампліпульстерапією. Сприятлива дія інтерференцтерапії на навколосуглобові структури приводить до покращення перебігу ОА, дає можливість якісніше проводити реабілітацію. Це зумовило вибір фізіотерапевтичного методу в нашому дослідженні при лікуванні колінних суглобів, а для проведення міокорекції було застосовано постізометричну релаксацію м'язів.

**Основна частина.** Метою дослідження було вивчення, в порівняльному аспекті, клінічної ефективності застосування методів інтерференцтерапії, постізометричної релаксації та їх комбінації, виявлення їх реабілітаційних можливостей і особливостей механізму дії.

Клінічні дослідження проводились на базі фізіотерапевтичного відділення КЗ СОР «Сумська обласна клінічна лікарня». Для реалізації поставленої мети нами обстежено 80 хворих на первинний остеоартроз колінних суглобів I та II клініко-рентгенологічної стадії без синовіту, які перебували на амбулаторному етапі реабілітації протягом 14 днів.

Серед досліджуваних хворих було 57 жінок та 23 чоловіки, віком від 44 до 60 років (середній вік –  $54,83 \pm 0,47$  років). Діагноз ОА встановлювався відповідно до клініко-рентгенологічних критеріїв Американської колегії ревматологів (R. Altman, 1991). Рентгенологічна стадія ОА визначалася за класифікацією Kellgren J. N. і Lawrence J. S. (I ст. – 51 хворий, II ст. – 29).

Тривалість захворювання з моменту виникнення перших симптомів коливалася від 2 до 10 років (у середньому  $5,51 \pm 0,20$ ). Критеріями включення були: вік пацієнтів не більше 60 років, тривалість захворювання (після встановлення діагнозу)  $\geq 1$  року, рівень болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) не більше 40 мм, клініко-рентгенологічна стадія ОА не вище II, функціональна недостатність суглобів I–II ст. У дослідження не ввійшли пацієнти з важкими ураженнями внутрішніх органів, а також із вира-

женими деформаціями суглобів. Для виключення явищ синовіту в хворих з ОА було проведено артросонографію.

Лікувальний комплекс для всіх пацієнтів складався з курсу базового лікування й реабілітації, який включав медикаментозне лікування (проводилося згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим з ОА, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12.10.2006 р. № 676), лікувального масажу, заняття лікувальною гімнастикою та аплікацій озокериту на колінні суглоби [8].

Методом рандомізації пацієнти були поділені на дві групи: контрольну групу, в яку увійшло 20 пацієнтів, та основну групу – 60 осіб, які залежно від застосування реабілітаційного методу були розподілені на 3 експериментальні групи.

Пацієнти контрольної групи ( $n=20$ ) приймали лише базовий курс лікування і реабілітації.

В I експериментальній групі ( $n=18$ ) у програму реабілітації в амбулаторних умовах було включено щоденне застосування інтерференцтерапії на колінні суглоби апаратом Інтердін: в ділянці ураженого суглоба розміщували 2 пари електродів, через які проходив змінний синусоїдальний струм частотою 3000 Гц, а частота інтерференційних струмів змінювалась від 100 до 120 Гц, щоденно № 10. У II експериментальній групі ( $n=17$ ) застосовувались вправи ПІР на спазмовані м'язи, тривалістю 20 хвилин, щоденно. В III експериментальній групі ( $n=25$ ) пацієнти щоденно приймали метод інтерференцтерапії та виконували вправи ПІР.

Відчутної різниці за основними вихідними клініко-функціональними показниками між групами не спостерігалось. Перед початком призначених процедур і після отриманого курсу лікування пацієнтам було проведено комплексне клінічне обстеження, яке складалося зі збору анамнезу, огляду, пальпації суглоба та виконання клінічних тестів, специфічних для ОА колінних суглобів. Обстеження виконували у положенні стоячи, лежачи та при вільнозвисаючій нозі.

Для оцінки ступеня вираженості болю в суглобах нами була використана візуально-аналогова шкала, а для характеристики функціональних порушень – анкета для визначення альгофункціонального індексу Lequesne. Для контролю зміни тону м'язових груп нижньої кінцівки – проводили тест Ловетта. За Ловеттом розрізняють такі ступені сили м'язів: 0 = повна відсутність напруження м'язів; 1 = сліди напруження, тобто напруження без руху; 2 = виражене напруження м'язів і здатність виконати рух без допомоги реабілітолога, без сили тяжіння; 3 = повна амплітуда руху проти сили тяжіння;



4 = повна амплітуда руху з середнім опором за всією амплітудою; 5 = повна амплітуда з максимальним опором. Ми виражали силу м'язів у процентах: 0 = 0 %, 1 = 10 %, 2 = 25 %, 3 = 50 %, 4 = 75 %, 5 = 100 %. Також проводилась велоергометрична проба для визначення толерантності до фізичного навантаження.

Для виявлення слабкості м'язів і оцінки функціонального стану колінних суглобів застосовувався тест локальної працездатності (ТЛП). В основі його лежить здійснення пацієнтом активного динамічного навантаження постійної потужності шляхом підняття та опускання ногою вантажу заданої маси на певну висоту. ТЛП проводився в положенні пацієнта сидячи на стільці. На нижній третині гомілки фіксувалась манжета, в кишені якої містився вантаж заданої маси (від 0,25 до 2 кг). Враховуючи амплітуду активного безболісного руху в досліджуваному колінному суглобі, хворий піднімав вантаж на певну при вимірюванні амплітуди висоту (як правило, від 0,1 до 0,4 м), згинаючи і розгинаючи ногу в колінному суглобі з частотою 20 підйомів на хвилину. Проба виконувалась до появи больових відчуттів у суглобі і/або втоми в м'язах, або загального дискомфорту. Підраховувалась кількість підйомів вантажу, після чого розраховувався обсяг виконаної роботи за формулою  $A = 13,1 \cdot m \cdot h \cdot n$ , де  $A$  – обсяг виконаної роботи (Дж); 13,1 – постійний коефіцієнт;  $m$  – маса вантажу (кг);  $h$  – висота підняття вантажу (м);  $n$  – кількість здійснених підйомів. При виконанні проби активно задіяний колінний суглоб, в якому при цьому відбувається згинання/розгинання.

Статистичну обробку результатів виконано в програмному пакеті Statsoft STATISTICA. Для визначення достовірності відмінностей у зміні певного показника використовували критерії Уїлкоксона, Краскела-Уоліса. Вірогідними вва-

жалися відмінності при ступені ймовірності безпомилкового прогнозу ( $p$ ) 95 % ( $p < 0,05$ ).

Оцінку ефективності реабілітаційних комплексів із застосуванням методів інтерференц-терапії та ПІР проводили на основі комплексного зіставлення даних, отриманих у результаті клінічних та функціональних методів дослідження як до, так і після лікування.

Критеріями оцінки терапевтичної ефективності були зменшення суглобового больового синдрому (за візуально-аналоговою шкалою), регрес порушень тону м'язів нижніх кінцівок (тест Ловетта), покращення функціонального стану колінних суглобів (індекс Lequesne, велоергометрична проба, ТЛП).

При порівняльному аналізі ефективності різних лікувальних комплексів з метою корекції м'язової дисфункції при артрозі, а саме: курсу базового лікування і реабілітації в контрольній групі й курсу поєднаного впливу базових та фізичних методів реабілітації в трьох експериментальних групах – виявлено достовірний лікувальний ефект у пацієнтів експериментальних груп. У контрольній групі була лише тенденція до поліпшення.

Було виявлено, що застосування методів інтерференц-терапії та ПІР покращують рухову активність, зменшують вираженість больового синдрому та покращують фізичну працездатність у пацієнтів з ОА колінних суглобів як при окремому застосуванні, так і в поєднанні цих двох методів.

Як видно з наведених даних в таблиці, після отримання лікувального комплексу не було виявлено суттєвої вірогідної різниці між трьома експериментальними групами за всіма показниками, окрім тесту Ловетта та ТЛП. Тонус м'язів достовірно змінювався при застосуванні вправ ПІР та комбінованому застосуванні інтерференц-

Таблиця. Динаміка функціональних показників у хворих на ОА при застосуванні реабілітаційних комплексів

Показники	До лікування	Після лікування			
		контрольна група (n=20)	I експериментальна група (n=18)	II експериментальна група (n=17)	III експериментальна група (n=25)
Біль в суглобах за ВАШ (бали)	36,0±0,6	30,8±0,7	18,6±0,7*	17,5±0,6*	16,0±0,8*
Індекс Lequesne (бали)	7,32±0,18	5,26±0,15	4,04±0,13*	3,78±0,17*	3,57±0,17*
Тест Ловетта (%)	23,0±2,6	32,6±2,1	35,0±3,5	55,1±3,4*	62,2±2,7*
Велоергометрична проба (Вт)	69,2±2,5	79,3±2,4	102,5±1,7*	107,4±1,5*	111,6±1,9*
ТЛП (Дж)	78,6±1,4	87,7±1,8	98,5±1,5	114,3±1,2	201,4±1,7*

Примітка. \* – різниця статистично значуща ( $p < 0,05$ ) до і після лікування в межах групи.

терапії та ПІР, що свідчить про те, що метод інтерференцтерапії без ПІР недостатньо змінює фізичні властивості колінного суглоба. Достовірне збільшення ТЛП виявлено лише в ІІІ групі, що підтверджує потенціюючий ефект методів інтерференцтерапії та ПІР. Також за допомогою ТЛП можна було простежити ефективність лікувально-реабілітаційних заходів за зростанням можливості виконувати роботу.

Підвищення толерантності до фізичного навантаження відмічено у всіх трьох групах, причому в ІІІ із статистично значущою різницею  $p=0,03$ , порівняно з І та ІІ групами, що також свідчить про те, що комплексне застосування інтерференцтерапії та постізометричної релаксації збільшує ефективність лікування.

**Висновки.** 1. У програму медичної реабілітації в амбулаторних умовах у хворих на ОА колінних суглобів повинні бути включені як фізіо-

терапевтичні методи, які впливають на фізичні можливості ураженого суглоба, так і вправи ПІР м'язів, що впливають на функціональний стан м'язових волокон, і залежно від загального стану організму можна застосовувати кожний з цих методів як окремо, так і в поєднанні.

2. Застосування комбінованої схеми реабілітаційних заходів із включенням інтерференцтерапії та вправ ПІР у пацієнтів на ОА дозволило зменшити патологічні зміни в колінних суглобах, а також усунути вторинні зміни в м'язовому апараті і супутні дисфункції суглобів і зв'язкового апарату.

3. Комплексний підхід до медичної реабілітації при остеоартрозі дозволяє підвищити ефективність проведених відновлювальних заходів, зменшити і запобігти інвалідизації хворих, поліпшити їх якість життя, що має велике соціальне значення.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Коваленко В. Н. Остеоартроз: практическое руководство / В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич. – Киев: Морион, 2005. – 601 с.

2. Королева С. В. Роль миофасциального синдрома в дестабилизации коленного сустава при остеоартрозе / С. В. Королева, С. Е. Львов // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – №2. – С. 50–54.

3. Особенности функционирования мышц нижних конечностей и их спинальных центров при гонартрозах / А. М. Еремеев, А. А. Трофимова, И. И. Шайхутдинов [и др.] // Практическая медицина. – 2011. – № 7 (55). – С. 64–68.

4. Role of muscle in the genesis and management of knee osteoarthritis / K. L. Bennell, M. A. Hunt, T. V. Wrigley, B. W. Lim // Rheum. Dis. Clin. North Am. – 2008. – № 34(3). – P. 731–754.

5. Jordan K.M. EULAR recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee

osteoarthritis: report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT) / K. M. Jordan, N. K. Arden, M. Doherty et al. // Ann. Rheum. Dis. – 2003. – № 62(12). – P. 1145–1155.

6. Ko T. Manual therapy and exercise for OA knee: effects on muscle strength, proprioception, and functional performance / T. Ko, S. Lee, D. Lee // Journal of Physical Therapy Science. – 2009. – № 21(4). – P. 293–299.

7. Оцінка ефективності фізіотерапевтичного підходу в реабілітаційному лікуванні хворих на остеоартроз / І. Р. Мисула, Т. Г. Бакалюк, В. І. Мартинюк [та ін.] // Вісник наукових досліджень. – 2011. – № 4. – С. 54–55.

8. Комбіноване лікування остеоартрозу: методичні рекомендації / [МОЗ України, АМН України, Укр. центр наук. інф-ї і пат.-ліценз. роботи]; укл. Коваленко В. М., Борткевич О. П., Проценко Г. О., Лисенко І. В. – К., 2007. – 28 с.

Отримано 26.12.14

## НАУКОВО-ДОСЛІДНА ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТІВ У СИСТЕМІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

**В. О. Рижковський, А. В. Рижковський**

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

---

Інтеграція української вищої медичної школи в єдиний європейський простір вимагає удосконалення концепції підготовки медичної сестри, вітчизняних навчальних програм, підходів, форм і методів навчання. Одним із вагомих методів підготовки медичної сестри на шляху реформування є залучення студентів до науково-дослідної роботи. Творчо-пошукова робота студентів є невід'ємною складовою навчання і здійснюється з метою інтеграції навчальної, наукової та виробничої діяльності в системі вищої медсестринської освіти.

---

## SCIENTIFIC AND RESEARCH ACTIVITY OF STUDENTS IN THE SYSTEM OF THE NURSING EDUCATION

**V. O. Ryzhkovskiy, A. V. Ryzhkovskiy**

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

---

The integration of Ukrainian higher medical education in the unified European space requires the improvement of concept for medical nurse training, domestic educational programs, approaches, forms and methods of training. One of the important methods with purpose of reform for medical nurse training is involving of students in scientific work. Creative and investigation work of students is an integral part of studying and is performed with the purpose of integration of educational, scientific, and productive activity in the system of reform of higher medical nursing education.

---

**Вступ.** Стан системи охорони здоров'я залежить від реальних соціально-економічних процесів, що відбуваються в державі. У комплексному вирішенні проблеми поліпшення стану громадського здоров'я важливу роль відіграє процес підготовки майбутніх медичних працівників, зокрема медсестер, що дозволить підняти роль медсестринства і зайняти їй належне становище в системі охорони здоров'я.

Метою роботи стало дослідження місця і ролі науково-дослідної роботи студентів у діяльності медичних коледжів та інститутів як методу підвищення професійної компетентності та конкурентоспроможності майбутніх медсестер на ринку праці.

**Основна частина.** Одним з головних напрямків формування якісного рівня освіти є за-

лучення студентів до науково-дослідної роботи. В Україні проведення науково-дослідної роботи студентів забезпечується нормативно-законодавчими документами, серед яких – Державна національна програма «Освіта (Україна XXI століття)», Закон України «Про наукову і науково-технічну діяльність», «Про вищу освіту», «Національна доктрина розвитку освіти» та ін. Вважається, що науково-дослідна робота студентів забезпечить потреби майбутніх фахівців в інтелектуальному і професійному розвитку, підвищить компетентність і конкурентоспроможність на ринку праці в системі громадського здоров'я [4, 6].

Необхідність оволодіння майбутніми медсестрами методами наукової діяльності та наукового пізнання не підлягає сумніву і ще викликана тим, що сучасна науково-технічна революція, збільшуючи обсяг наукової інформації, призво-

дить до швидкого старіння раніше набутих знань, й іноді навіть вступає в протиріччя з установами догмами і теоріями. Необхідно згадати слова вченого Вернадського, який, характеризуючи роботу викладача вищої школи в «Листах про вищу освіту» (1913 р.), зазначав: «У вищому навчальному закладі наукова робота так само важлива, як і навчальна, і з нею пов'язана і переплетена ... Лише поступове усвідомлення нерозривності наукової роботи з правильно поставленим викладанням у вищій школі стає панівним в академічному середовищі» [7].

Зараз в Україні діє програма реформування медсестринської освіти. Аналіз нормативно-правових документів та робіт провідних вітчизняних вчених свідчать про те, що основним напрямком реформування є вдосконалення системи підготовки медичних сестер, розширення їх функцій до світових стандартів. Акцентується увага на проблемі розвитку дослідницької діяльності в медсестринстві, вказується на важливість самостійної, пошукової, творчої діяльності студентів у навчальних закладах. Не секрет, що часто медсестра і зараз розглядається як допоміжна, суто технічна, не самостійна професія. Отже, недооцінюється внесок медсестри у справу формування, збереження та відновлення громадського здоров'я. Крім того, медсестринська освіта досить тривалий час розглядалася на рівні професійно-технічної – такої, що вимагає швидше практичних навичок, ніж теоретичних знань, не має перспектив для розвитку. Однак реалії життя вносять свої корективи. Саме медсестринські дослідження здатні формувати наукову основу для медичної практики на рівні опіки, менеджменту, професійної освіти та забезпечувати не інтуїтивний, а докладно описаний науковий підхід до сестринської діяльності, заснований на принципах доказової медицини [1].

Варто зауважити, що вітчизняний досвід набув певних успіхів у становленні та розвитку науково-дослідної роботи студентів у медичних коледжах та інститутах, мета якої – через систематизацію теоретичних і практичних знань з фундаментальних (анатомія, фізіологія, патологія, мікробіологія, фармакологія та ін.) і професійно-орієнтованих дисциплін (основи медсестринства, медсестринство в терапії, медсестринство в хірургії, медсестринство в акушерстві та гінекології, медсестринство в педіатрії та ін.) глибше і повніше розкрити світ сестринської справи, допомогти студентам оволодіти методикою наукових досліджень, розвинути навички самостійної пошукової роботи, виховувати творче ставлення, розвивати науковий пошук, підвищувати власну наукову активність, розумові здібності, проявляти творчу ініціативу [2, 3, 5].

Зміст готовності до виконання науково-дослідної роботи студентів повинні складати такі елементи, як знання, вміння, творчість, бажання. У той час мусимо констатувати занадто пізні (в більшості випадків на останніх курсах) залучення студентів до науково-дослідної роботи, її недостатню мотивацію, нечіткий характер цієї майбутньої професійної діяльності, відсутність наукової ініціативи з боку самих студентів.

Суттєвих змін можна очікувати, якщо перебувати зміст і методика викладання фахових, професійно-орієнтованих дисциплін. Серед факторів, що сприяють формуванню відповідних якостей дослідника в процесі науково-дослідної роботи студентів, необхідно виділити особистісно-діяльний підхід до навчання, проблемне навчання, діалогізацію навчального процесу, оптимальне співвідношення індивідуальних і колективних форм організації процесу навчання [8, 9].

Зазначимо, що сучасна система навчально-наукової діяльності коледжів та інститутів повинна бути особистісно-орієнтованою, тобто проводити виховання наукової культури особистості з максимально можливою індивідуалізацією зі створенням умов для саморозвитку. У вищому медичному навчальному закладі має бути створено наукове середовище, яке б сприяло формуванню та розвитку в майбутніх медсестер науково-дослідних умінь, клінічного мислення, залучення їх до активної самостійної наукової діяльності.

У належній організації та проведенні науково-дослідної роботи студентів у всі роки навчання майбутніх медсестер важливу роль відіграє системний підхід, суть якого – у скоординованих чітких навчальних планах спеціальності, в перорієнтації на необхідне науково-методичне забезпечення професійних, професійно-орієнтованих дисциплін, самостійної роботи студентів, створенні сприятливих умов для науково-дослідної роботи студентів з визначенням функцій структурних підрозділів, дієвому організаційно-економічному механізмі залучення талановитої студентської молоді до наукової роботи.

Дослідницька робота в позааудиторний час вступає продовженням навчально-дослідницької та є ефективним засобом об'єктивного прояву обдарованої студентської молоді, реалізації її творчих здібностей, стимулювання потреби у творчому оволодінні знаннями, активізації навчально-пізнавальної діяльності. Серед форм наукових досліджень, до яких залучаються студенти у позанавчальний час, виділяють студентське наукове товариство, гуртки, проблемні групи, робота в лабораторії, дискусійні клуби тощо. Початковою формою позааудиторної наукової

роботи є предметні гуртки, метою яких є ознайомлення з проблематикою науки, глибоке вивчення окремих питань цієї науки, оволодіння принципів, методів, прийомів ведення наукової роботи, формування у студентів основних навичок, необхідних для подальшої самостійної роботи.

Так чи інакше дослідною роботою займаються всі студенти. Навіть написання рефератів неможливе без проведення найпростіших методів науково-пізнавальної та аналітичної діяльності. Але більш глибока наукова робота, займатися якою студента не зобов'язує навчальний план, охоплює лише деяких з них. Студент, який займається науковою роботою, відповідає лише за себе, тільки від нього самого залежить тема досліджень, терміни виконання роботи, а так само і те, чи буде виконана робота взагалі. Витрачаючи свій особистий час, студент розвиває такі важливі для майбутнього фахівця-дослідника якості, як творче мислення, відповідальність і уміння відстоювати свою точку зору. Викладач має право здійснювати диференційований підхід у науковому керівництві, приділяючи більшу увагу студентам, які прагнуть наукового розвитку. Це здійснюється, як правило, з урахуванням психологічних особливостей студента, його фундаментального або клінічного інтересу. Такі студенти-дослідники беруть участь в лекторській роботі з популяризації знань, виступають на наукових конференціях за результатами власного наукового пошуку.

Кращі студентські роботи пропонуються на звітну студентську наукову конференцію. У роботі конференції чи конкурсу потрібно передбачити участь не лише студентів даного навчального закладу, а також, за відповідним погодженням, і студентів з інших вищих навчальних закладів. Виступ молодого вченого-дослідника повинен доповнювати відповідний ілюстративний матеріал (таблиці, графіки, діаграми, фотографії, аудіо-, відео тощо), бажано з використанням сучасних комп'ютерних мультимедійних технологій, оскільки значна частина мультимедійних технологій навчання та науково-пізнавальної діяльності включає образну або умовно-графічну документально достовірну навчальну інформацію та наукову їх інтерпретацію, художньо-образне відображення за допомогою динамічних екранних і знакових засобів. Їх зміст і побудова узгоджуються із загальнодидактичними вимогами: науковістю, систематичністю, доступністю і послідовністю викладу, обліку підготовленості студентів тощо. Оскільки швидкість зміни інформації в сучасному світі висока, тому гостро стоїть питання формування у студента оптимальних комплексів знань і спо-

собів діяльності, формування інформаційної компетентності, що забезпечить універсальність освіти і професійної компетентності та конкурентоспроможності на ринку праці в системі охорони здоров'я.

Проведення студентських олімпіад, конференцій, оглядів-конкурсів студентських наукових робіт на кращу організацію творчої діяльності є ефективним засобом об'єктивного виявлення та відбору обдарованої студентської молоді, реалізації творчих здібностей студентів, стимулювання потреби у творчому оволодінні знаннями, активізації навчально-пізнавальної діяльності. Варто зауважити, що на науковій конференції молоді дослідники отримують можливість виступити зі своєю роботою перед широкою аудиторією. Це змушує їх більш ретельно опрацьовувати свій виступ, розвиває професійну компетентність, комунікабельність, ораторські здібності і т. д. Крім того, кожен може порівняти, як його робота виглядає на загальному рівні й зробити відповідні висновки. Це є позитивним результатом наукової конференції, оскільки на ранньому етапі багато студентів вважають власні судження непогрішними, а свою роботу – найглибшою і найціннішою в науковому плані. Часто навіть зауваження викладача сприймаються як прості причіпки. Але слухаючи доповіді інших студентів, кожен не може не помітити недоліків своєї роботи, якщо такі є, а так само виділити для себе свої сильні сторони. Отже, якщо в рамках конференції проводиться творче обговорення прослуханих доповідей, то з питань і виступів кожен доповідач може почерпнути оригінальні ідеї, про розвиток яких у рамках обраної ним теми навіть не замислювався. Включається своєрідний механізм, коли одна думка породжує ряд нових, збільшуючи потенціал майбутньої професійної компетентності.

Важливу роль у роботі з науково обдарованою студентською молоддю відіграє також система заохочень. Кращі студенти повинні мати постійну і відчутну мотивацію за відмінне навчання, творчі пошуки, досягнення високих пізнавальних результатів, які виходять за межі середнього студентського стандарту, а існуючий так званий спектр матеріальних і моральних заохочень студентів потрібно суттєво розширювати.

Незважаючи на прагматизм сучасної студентської молоді необхідно залишити такі моральні стимули, як подяки адміністрації навчального закладу, особисті урочисті зустрічі з ними кращих студентів; публікація наукової роботи за результатами дослідження і пошуку в збірнику студентських наукових робіт; участь у Всеукраїнських, Міжнародних конкурсах, конференціях; рекомендація про продовження наукової діяльності.

Система науково-дослідної роботи як складової професійної підготовки повинна бути спрямована на формування особистості майбутньої медсестри, таким чином, використовуючи набуті у вищій школі проєктувальні (уміння планувати будь-який вид роботи), адаптаційні (уміння застосувати даний план у конкретних умовах), організаційні, мотиваційні, комунікативні, пізнавальні здібності в кінцевому підсумку підвищать свою конкурентоспроможність на ринку праці в системі охорони здоров'я.

Варто коротко вказати щодо структури навчально-наукової діяльності як організаційної, методологічної та практичної дефініції творчого процесу [10]. Поняття науково-дослідної роботи студентів включає в себе два взаємопов'язаних елементи: 1) навчання студентів елементам дослідницької діяльності, організації та методикам наукової творчості; 2) наукові дослідження, здійснювані студентами під керівництвом викладачів.

Ця робота проводиться в таких формах: 1) гуртка, 2) нетрадиційні заняття методами ділової гри, 3) заняття-вистави на цікаву для студентів тему, 4) заняття-семінари, які організуються в кінці вивчення модуля, 5) проведення конкурсу веселих і кмітливих, 6) проведення наукових конференцій, які зазвичай присвячені актуальним темам охорони здоров'я. Готуючись до участі в таких заходах, студенти набувають навички та вміння пошуку, збору наукового мате-

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бабенко Т. П. Дослідницька діяльність студентів у контексті реформування медичної освіти / Т. П. Бабенко // Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Житомир, 2012. – С. 18–20.

2. Вісник науково-дослідних робіт та узагальнення передового досвіду викладачів вищих медичних навчальних закладів І-ІІ рівнів акредитації Кіровоградського регіону № 6 [Текст] / за ред. П. І. Сидоренка. – Кіровоград, 2009. – 136 с.

3. Губенко І. Я. Розвиток наукових досліджень в медсестринстві як основа вдосконалення медсестринської допомоги [Текст] / І. Я. Губенко, Л. П. Бразолій, А. Т. Шевченко // Магістр медсестринства. – 2008. – № 1. – С. 28–30.

4. Содержание и структура научно-исследовательской деятельности студентов [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://revolution.allbest.ru/pedagogics/00030363.html>

5. Медичні та фармако-економічні аспекти вакцинації профілактики інфекційних захворювань : матеріали регіональної студентської науково-теоретичної конфе-

ріалу, систематизації та проведення аналізу, узагальнення та прийняття висновків і рішень. Вони вчаться працювати в архівах, в музеях, з картою в бібліотеці, з сайтами в Інтернеті, спілкуватися. Результатом такого напрямку роботи є створення: 1) навчально-пізнавальних альбомів, 2) рефератів, 3) доповідей, 4) муляжів і препаратів, 5) навчальних відеофільмів, 6) мультимедійних презентацій, 7) науково-дослідної роботи.

Яке ж практичне значення має науково-дослідна діяльність студентів у системі вищої освіти: 1) студенти набувають аналітичні, конструкторські навички, 2) студенти розвивають професійні вміння, навчаються користуватися матеріалами архівів, бібліотек, музеїв, Інтернету, вчаться спілкуванню на різному соціальному рівні, 3) проводиться професійна селекційна робота, 4) виховується культура поведінки, реалізується гуманістичне виховання, 5) формується генерація майбутніх висококваліфікованих фахівців, еліта суспільства.

**Висновок.** Науково-дослідницька діяльність студентів є невід'ємною складовою частиною навчально-виховного процесу і здійснюється з метою інтеграції наукової, навчальної та виробничої діяльності в системі вищої освіти. Залучення студентів до самостійної, емпіричної творчої роботи дозволить сформувати наукову основу для майбутніх медсестринських досліджень і забезпечувати не інтуїтивний, а докладно описаний науковий підхід до сестринської діяльності.

ренції [Текст] / за ред. Р. О. Сабадишина. – Рівне, 2010. – 102 с.

6. Научно-исследовательская работа студентов [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://revolution.allbest.ru/pedagogics/00030363.html>

7. Научно-исследовательская работа студентов и пути ее совершенствования [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://revolution.allbest.ru/pedagogics/00030363.html>

8. Научно-исследовательская работа студентов в вузах Украины [Электронный ресурс] / Н. М. Погребняк. – Режим доступа : [http://www.nbu.gov.ua/portal/soc\\_gum./...20.../Pogrebnyak\\_st.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum./...20.../Pogrebnyak_st.pdf)

9. Научно-исследовательская работа студентов как составляющая их профессиональной компетентности [Электронный ресурс] / И. Сопивник. – Режим доступа : <http://dlib.eastview.com/browse/doc19619143>

10. Структура научно-исследовательской деятельности студентов в вузе [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://revolution.allbest.ru/pedagogics/00030363.html>

Отримано 10.12.14

## ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМ З ІМПЛАНТОВАНОЮ СИСТЕМОЮ ПОСТІЙНОГО ВЕНОЗНОГО ДОСТУПУ (ПОРТОМ) ТА ВИКОНАННЯ МЕДИЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ

Т. М. Запорожець

*КЗ ТООП «Тернопільська університетська лікарня»*

---

У даній статті описано один із сучасних методів венозного доступу для інкурабельних хворих та наведено медсестринський алгоритм роботи та догляду за імплантованими системами постійного венозного доступу (портами).

---

## CARE FOR THE PATIENT WITH IMPLANTABLE VENOUS ACCESS SYSTEM (PORT) AND THE PERFORMANCE OF MEDICAL MANIPULATIONS

T. M. Zaporozhets

*ME of TRC «Ternopil University Hospital»*

---

The article describes one of the modern methods of venous access for incurable patients and presents the algorithm nursing care during the work with implantation systems of systemic venous access (ports).

---

**Вступ.** Досвід свідчить, що для проведення тривалої інфузійної терапії потрібен стабільний і безпечний доступ під час лікування. З розвитком нових видів протипухлинної, антибактеріальної, противірусної терапії та лікування болю зросли вимоги до венозного доступу.

Тривале внутрішньовенне введення хіміопрепаратів призводить до екстравазації та флебітів, утворення тромбів та венозної непрхідності. Необхідність в судинному доступі варіюється від декілька годин до декілька років. Для проведення повторних, частих внутрішньовенних введень препаратів (хіміотерапія, гемотрансфузії, довготривале парентеральне харчування тощо) створені імплантовані системи, що значно полегшують венозний доступ та значно покращують якість життя пацієнтів. У багатьох розвинутих країнах такий доступ передбачений вимогами міжнародних дослідницьких протоколів, є «золотим стандартом» у лікуванні онкологічних хворих. Для стислості використовують професійний жаргонізм – «порти».

Імплантовані системи постійного доступу (порти) були запропоновані для застосування у медичній практиці доктором Мюллером (США) в 1984 році. Про користь і зручність такої мето-

дики свідчить статистика застосування: Західна Європа – понад 250 000 систем на рік, Північна Америка – понад 400 000 систем на рік. У нашій країні невелика кількість спеціалістів має досвід встановлення порт-систем. Рентгеноваскулярні хірурги володіють технікою встановлення порт-систем як під рентгенівським, так і під ультразвуковим контролем.

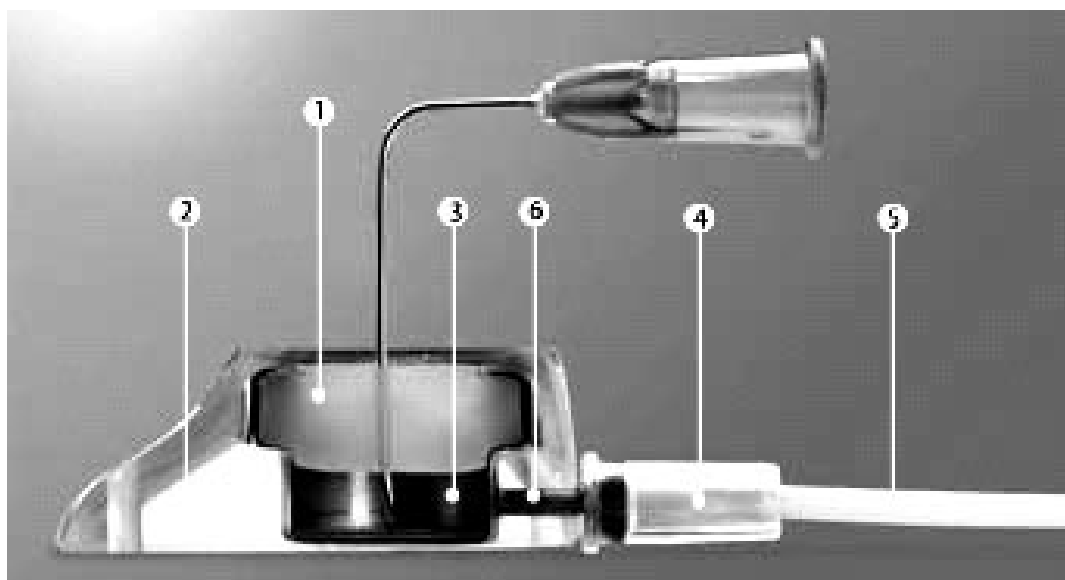
**Основна частина.** У наш час підшкірно імплантовані порти стали найкращою альтернативою регулярного встановлення катетерів пацієнтам, які потребують тривалої та регулярної хіміотерапії (онкологічні, діабетичні хворі) або інших тривалих регулярних внутрішньовенних інфузій. Ці порти вирішують цілі комплекси проблем, властиві традиційним методам катетеризації, тому їх застосування у системах охорони здоров'я швидко зростає.

Що таке інфузійний порт? До камери приєднано силіконовий катетер, кінець якого розташовується в порожнистій вені чи передсерді. Таке розташування катетера унеможливорює утворення тромбів та забезпечує необмежену тривалість використання імплантованої системи.

Інфузійний порт являє собою титановий резервуар у вигляді товстої монети діаметром близько 4 см і товщиною близько 1 см, який внутрішньо

вкритий біоінертним полімером. На верхній його плоскій частині встановлена мембрана з багат шарового силікону, через яку спеціальною голкою Губера, проколюючи шкіру і саму мембрану, вводять препарати (рис. 1–3). Порт має тонку трубочку-катетер довжиною до 10–15 см, що запускається в яремну вену і, рідше, в артерію.

Сам інфузійний порт встановлюється, як правило, під шкірою у верхній третині грудної клітки під час невеликої хірургічної операції. Місце та спосіб розташування порт-системи встановлюється залежно від загального стану пацієнта та планованого виду лікування. Зазвичай порт імплантують в підключичній ділянці.



**Рис. 1. Будова порт-системи:**

1 – силіконова мембрана; 2 – зовнішній корпус; 3 – титанова камера; 4 – фіксуюча муфта; 5 – дистальний кінець катетера; 6 – канюля порта.



**Рис. 2. Венозний порт.**



**Рис. 3. Голка Губера.**

Показання до імплантації систем постійного доступу (портів):

- проведення пацієнту хіміотерапії більше 3-х курсів із передбачуваною тривалістю лікування більше 6 місяців;
- проведення тривалої терапії болювого синдрому;
- довготривале парентеральне харчування;
- неодноразові повторні гемотрансфузії;

- системне лікування антибіотиками;
- введення гормонів.

Протипоказання до імплантації систем постійного доступу (портів):

- пацієнти з неконтрольованими порушеннями згортальної системи крові;
- гострий тромбоз магістральних вен;
- непрохідність вени внаслідок перенесеного раніше тромбозу;



– відносним протипоказанням можна рахувати вкрай тяжкий стан пацієнта, поліорганну недостатність, при яких проведення хіміотерапії неможливо;

- пухлини середостіння;
- відомі алергічні реакції на матеріал порта;
- запальні процеси в ділянці передбачуваної імплантації.

Встановлення порта проводиться в асептичних умовах, в операційній, під місцевою анестезією. Катетеризацію верхньої порожнистої вени виконують за методикою Селдінгера, через підключичну або внутрішню яремну вену за допомогою спеціального інтродюсера.

Інтродюсер – це пластикова трубка з вбудованим гемостатичним клапаном, який попереджає зворотну течію крові. Ця трубка дозволяє неодноразово вводити через неї катетери, що дозволяє обійтися без додаткового травмування судин. Операції, які проводяться за допомогою інтродюсерів – це абсолютно новий підхід до коронарних операцій, який забезпечує доступ до серця через променеву артерію, а не через стегнову артерію, як робилось раніше. Подібний хід операції значно знижує період реабілітації хворого після операційного втручання.

Зазвичай необхідні матеріали та спеціальні інструменти для встановлення підшкірного венозного порта, що містяться в стерильному наборі і поставляються разом з портом. Тривалість імплантації підшкірного венозного порта всього на 15–30 хв довша, ніж встановлення звичайного центрального венозного катетера. Наявна технологія підшкірної імплантації венозного порта дозволяє встановлювати його налюбій ділянці верхньої або нижньої частини тіла. У повсякденній клінічній практиці імплантувати венозний порт зручніше всього в підключичній ділянці. Під час виконання процедури імплантації пацієнт не відчуває ніяких болісних відчуттів і дискомфорту (рис. 4). Через 2–3 год. після операції і перевірки працездатності порта пацієнт може переходити до наступного етапу лікування, або йти додому.

Ззовні порт невидимий, на шкірі немає ніяких виступаючих деталей, в місці встановлення залишається лише невеликий рубець (рис. 5). Ніяких обмежень після встановлення порта не виникає. Використовувати порт можна вже в перший день [1, 6, 7].

Максимальний термін спостереження за пацієнтами з інфузійними порт-системами – 3–5 років, при забезпеченні правильного догляду за ними. Сучасні порт-системи забезпечують дуже високу якість життя онкологічним хворим.



**Рис. 4. Розміщення інфузійного порта під шкірою.**



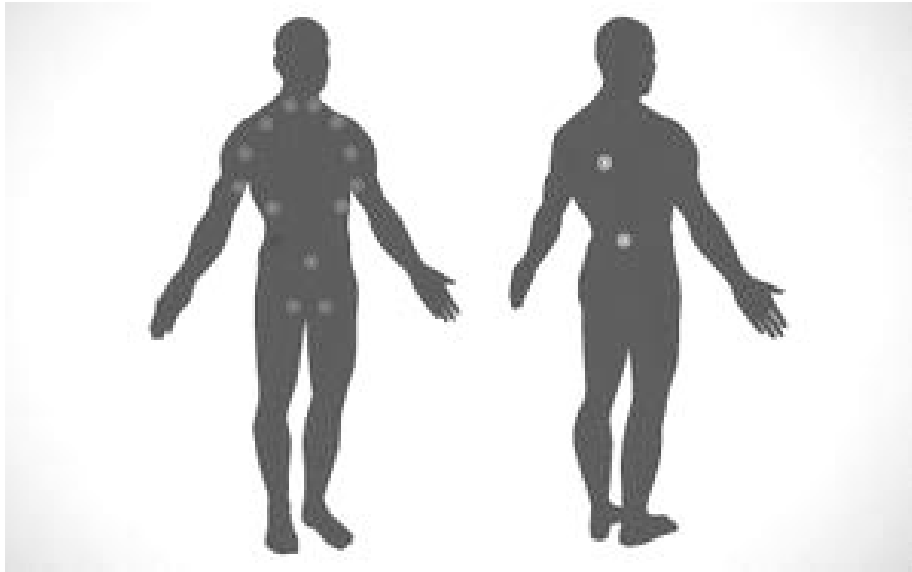
**Рис. 5. Зовнішній вигляд інфузійного порта.**

Існує декілька доступів, які можливо здійснити за допомогою підшкірно імплантованих порт-систем. Основні види доступу (рис. 6):

- венозний – для багаторазового проведення хіміотерапії, антибактеріального і противірусного лікування, парентерального харчування, забору крові, трансфузії крові та її компонентів;
- артеріальний – для внутрішньоартеріального введення хіміопрепаратів;
- перитонеальний – для проведення локальної хіміотерапії і дренування черевної порожнини;
- плевральний – для аспірації плевральної рідини і введення хіміопрепаратів;
- епідуральний/спінальний – для введення знеболювальних препаратів при больовому синдромі [3, 4, 5].

Місце імплантації вибирається з врахуванням клінічного стану пацієнта, його стилем життя, а також планованого способу лікування. Зазвичай імплантація проводиться під місцевою анестезією (дітям – під загальною анестезією).

Доступ до порт-системи та її обслуговування повинні відтворюватись згідно з строгими правилами асептики, що затверджені локальними протоколами. Процедура пункції легко виконується медичною сестрою, яка пройшла відповідне навчання і займає декілька хвилин. Для пункції порта використовують виключно спеці-



**Рис. 6. Основні види доступу.**

альні голки Губера, які мають особливу форму леза, що не пошкоджує силіконової мембрани та шприци об'ємом не менше 10 мл.

Основною метою при встановленні голки Губера є виконання пункції порт-системи крізь силіконову мембрану, не пошкоджуючи її, не порушуючи правил асептики, забезпечивши тим самим подовження терміну придатності порта та тривалу інфузійну терапію.

Після огляду шкіри навколо порта на предмет запалення (набряк, гіперемія, висипання, болючість при пальпації) та точної локалізації мембрани порт фіксують між вказівним і великим пальцями лівої руки. Правою рукою, після обробки шкіри в ділянці порта дезінфікуючим розчином, вертикально вводять голку через шкіру в мембрану до упору в задню стінку камери порта. Після встановлення голки Губера перевіряється прохідність катетера. Для цього поршень шприца треба потягнути на себе, щоб перевірити, чи є зворотна течія крові. Якщо зворотної течії крові немає, тоді поступово вводять 20 мл фізіологічного розчину. В тих випадках, коли не утворюється набряк навколо катетера, введення безболісне, і всі 20 мл фізіологічного розчину ввелися в катетер, прохідність порта встановлена, його можна використовувати, як зазвичай. Голка Губера закріплюється за допомогою стерильної фіксуєчої пов'язки. При довготривалих інфузіях пов'язку потрібно змінювати. Під час введення ліків необхідний постійний нагляд медичної сестри. При правильно встановленому порті введення медичних препаратів повинно бути безболісним. В іншому випадку треба обов'язково припинити процедуру та покликати лікуючого лікаря.

Після завершення інфузії лікарських препаратів через порт-систему необхідно промити порт фізіологічним розчином, потім гепариновим розчином («гепариновий затвор»), з метою уникнення тромбоутворення в катетері. Оскільки деякі лікарські препарати можуть взаємодіяти з гепарином, що може викликати появу осаду і заблокувати катетер, рекомендується вводити розчин гепарину тільки після промивання порта фізіологічним розчином. Зазвичай розчин гепарину для промивання порт-системи повинен мати концентрацію від 100 до 500 од./мл [2, 6, 8].

Ми розробили алгоритм дій медичної сестри при введенні голки Губера, який наводимо нижче.

**Послідовність дій:**

**1. Підготовка до процедури.**

1.1. Психологічно підготувати пацієнта до маніпуляції. Пояснити пацієнту сутність і хід процедури.

1.2. Отримати згоду на її проведення.

1.3. Вимити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником і обробити спиртом або антисептиком для рук.

1.4. Підготувати необхідне матеріальне забезпечення. Перевірити цілісність упаковки та термін придатності.

1.5. Підготувати та поставити в зоні легкої досяжності контейнер для утилізації відпрацьованого матеріалу та гострих предметів для зручного виконання процедури та інфекційної безпеки.

1.6. Забезпечити достатнє освітлення місця виконання маніпуляції.

1.7. Допомогти пацієнту зайняти зручне положення.

## *2. Виконання процедури.*

2.1. Одягнути засоби індивідуального захисту.

2.2. Вимити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником, провести гігієнічну антисептику рук (згідно з протоколом медичної сестри з гігієнічної антисептики рук), одягнути стерильні гумові рукавички.

2.3. Набрати в шприц 20 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.

2.4. Оглянути шкіру навколо порта на предмет запалення (набряк, гіперемія, висипання, болючість при пальпації).

2.5. Обробити поверхню шкіри над портом ватними кульками, змоченими у 70 % етиловий спирт.

2.6. Визначити місце розміщення встановленого резервуару порта та пропальпувати його мембрану, визначити місце запланованої пункції.

2.7. Обробити спиртом гумові рукавички.

2.8. Зібрати інфузійну лінію для проведення процедури (відповідно до протоколу медичної сестри з заповнення системи одноразового використання для внутрішньовенного краплинного введення лікарського засобу). Лінія повинна включати заповнену систему для внутрішньовенних інфузій, перехідник із 3-ходовим краном та безпосередньо голку Губера. Деякі голки Губера мають подовжувач, на якому є затискач, у такому випадку перехідник із 3-ходовим краном не потрібний.

2.9. Голку Губера з'єднати з перехідником (якщо голка не оснащена подовжувачем), зняти заглушку з перехідника та приєднати муфту заповненої інфузійної системи, відкрити 3-ходовий кран та гвинтовий затискач на системі, пропустити через голку розчин, перевіривши її прохідність. Розчин повинен вільно виділятися з голки Губера. Закрити гвинтовий затискач та 3-ходовий кран.

2.10. Після точного визначення локалізації мембрани повторно обробити шкіру в ділянці порта 70 % етиловим спиртом.

2.11. Зафіксувати резервуар порта між вказівним і великим пальцями однієї руки.

2.12. Під прямим кутом іншою рукою обережно ввести голку крізь шкіру в мембрану до упору в задню стінку камери порта.

2.13. Після встановлення голки Губера необхідно перевірити прохідність катетера:

– зняти заглушку з іншого боку перехідника, з'єднати з шприцом, заповненого 20 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, відкрити 3-ходовий кран та дуже повільно (!), щоб уникнути засмокування стінки судини, потягнути поршень шприца на себе, переконатися в зворотній течії крові;

– поступово ввести 20 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.

2.14. Закрити 3-ходовий кран, від'єднати шприц, поставити заглушку.

(В тих випадках, коли утворюється набряк навколо катетера, введення болісне або розчин не вводиться в катетер, необхідно закрити 3-ходовий кран і негайно викликати лікаря).

2.15. Розпочати інфузію лікарських препаратів через порт-систему:

– відкрити гвинтовий затискач на системі та 3-ходовий кран;

– відрегулювати швидкість інфузії, призначену лікарем.

2.16. Закріпити голку Губера за допомогою стерильної фіксувальної пов'язки.

2.17. Під час введення ліків необхідний постійний нагляд медичної сестри.

## *3. Закінчення процедури.*

3.1. Запитати у пацієнта про його самопочуття.

3.2. Використане оснащення покласти у ємність з дезінфікуючим розчином.

3.3. Зняти засоби індивідуального захисту (фартух, окуляри/екран, маску, рукавички), покласти у водонепроникний мішок.

3.4. Вимити і висушити руки.

Після внутрішньовенного введення лікарських препаратів голка видалається з порта. Основною метою при видаленні голки Губера з порт-системи є виконання маніпуляції, не порушуючи правил асептики, підтримуючи позитивний тиск у системі, для уникнення рефлюксу (зворотної течії) крові, що призводить до блокування катетера.

Алгоритм дій при видаленні голки Губера такий:

### *1. Підготовка до процедури.*

1.1. Психологічно підготувати пацієнта до маніпуляції. Пояснити пацієнту сутність і хід процедури.

1.2. Помити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником і обробити спиртом або антисептиком для рук.

1.3. Підготувати необхідне матеріальне забезпечення. Перевірити цілісність упаковки та термін придатності.

1.4. Підготувати та поставити в зоні легкої досяжності контейнер для утилізації відпрацьованого матеріалу та гострих предметів для зручного виконання процедури та інфекційної безпеки.

1.5. Забезпечити достатнє освітлення місця виконання маніпуляції, допомогти пацієнту зайняти зручне положення.

### *2. Виконання процедури.*

2.1. Помити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником, провести гігієнічну антисептику рук (відповідно до протоколу медичної сестри з

гігієнічної антисептики рук), одягнути стерильні гумові рукавички.

2.2. Набрати в шприц 20 мл 0,9 % розчину натрію хлориду для промивання порт-системи.

2.3. Приготувати гепариновий розчин для виконання «гепаринового затвору» з метою уникнення тромбоутворення в катетері.

Розчин гепарину для введення в порт-систему повинен мати концентрацію від 100 до 500 од./мл.

2.4. Обробити спиртом гумові рукавички.

2.5. Після завершення інфузії лікарських препаратів через порт-систему, закрити 3-ходовий кран, від'єднати систему та з'єднати шприц, заповнений 20 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, з перехідником, відкрити 3-ходовий кран і повільно ввести розчин. Закрити 3-ходовий кран, від'єднати шприц.

2.6. З'єднати шприц, заповнений гепариновим розчином, з перехідником, відкрити 3-ходовий кран, повільно почати вводити розчин у порт. Ввести 5–6 мл гепаринового розчину, решта гепаринового розчину вводять протягом всього періоду видалення голки.

Дуже важливо під час видалення голки Губера підтримувати позитивний тиск у шприці, щоб уникнути рефлюксу (зворотної течії) крові. Працювати необхідно «в чотири руки» (два виконавця), один – двома пальцями однієї руки фіксує резервуар порта і другою рукою видаляє голку, другий – вводить гепариновий розчин протягом всього періоду видалення голки. Завдяки цьому маневру відбувається позитивний тиск у системі.

2.7. Після видалення голки обробити шкіру в ділянці порта 70 % етиловим спиртом, накласти стерильну пов'язку.

Якщо порт встановлений, а постійної інфузійної терапії не проводиться, або прийнято рішення про тимчасове припинення хіміотерапії, тоді

інфузійний порт необхідно промивати кожні 4–6 тижнів з метою уникнення його закупорювання.

Застосування портів під час проведення лікування має такі переваги порівняно з традиційними методами доступу, коли застосовується багаторазове встановлення катетерів:

- забезпечує судинний, венозний доступ із перших хвилин до декількох років без необхідності заміни;

- повністю «захований» під шкірою, внаслідок чого зменшується ризик інфікування;

- ін'єкції виконуються швидко й безболісно, що дає змогу уникнути регулярних стресів перед ними;

- не створює дискомфорту для пацієнта;

- дозволяє багаторазово вводити препарати з подразнювальною дією (хіміопрепарати);

- дозволяє проводити регулярні забори крові для аналізу;

- порт може використовуватися до 5 років без необхідності заміни;

- простота і зручність у користуванні дає змогу виконувати ін'єкції навіть батькам дитини самостійно після необхідного інструктажу;

- після закінчення інфузії і видалення голки, хворий може повернутися до звичного способу життя, без побоювань приймати душ або ванну, плавати в басейні або морі і навіть пірнати з аквапаном.

**Висновки.** Застосування імплантованих венозних порт-систем є перспективним та зручним у курації тяжкохворих і дозволяє довгостроково здійснювати надійний контрольований доступ до судинного русла як в амбулаторних, так і стаціонарних умовах. Знання конструкційних відмінностей пристроїв, врахування анатомічних і патофізіологічних особливостей пацієнтів потребують спеціальної підготовки медичних сестер у процесі експлуатації венозних портів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Лучевая диагностика, лучевая терапия. Полностью имплантируемые инфузионные системы центрального венозного доступа (порты) / О. Г. Югринов, Г. И. Климнюк, Е. М. Новак [и др.] // Клиническая онкология. – К., 2011. – № 2.

2. Николаев А. В. Пункция и катетеризация подключичной вены по методике Сельдингера / А. В. Николаев // Топографическая анатомия и оперативная хирургия. – М., 2007. – С. 14–24.

3. Центральные венозные порты – инфузионная терапия в амбулаторных условиях / М. Ю. Шерстнов [и др.] // Стационарные замещающие технологии. Амбулаторная хирургия. – 2013. – № 1. – С. 3–6.

4. Центральные венозные порты – продленная инфузионная терапия / М. Ю. Шерстнов [и др.] // Клиническая больница. – 2013. – № 4. – С. 60–63.

5. Rowalski C. M. Migration of central venous catheters: implications for initial catheter positioning / C. M. Rowalski, I. A. Kaufman, S. M. Rivitz // J. Vasc. Interv. Radiology. – 1997. – № 8. – P. 443–447.

6. <http://www.euroonco.ru/himioterapiya/infuzionnye-port-sistemy>

7. <http://www.rusmedserv.com/oncoclinic/ChemotherapyintheEuropeanclinic/Infusionalportsystem/>

8. <http://www.doktormarkov.ru/new-technology/>

Отримано 22.01.15

## АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ ЯКОСТЕЙ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ

Я. Ю. Станишевська

*ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» м. Костянтинівка*

У статті розглянуто динаміку формування та розвитку особистісних якостей медичних сестер. Психодіагностику проводили в групах працюючих медичних сестер та студентів випускного курсу сестринського відділення. Проведене дослідження підтвердило наявність відмінностей, що відбуваються в результаті професіоналізації, серед таких показників: обмежене мислення – розвинене мислення, морально незалежний – совісний, довірливий – підозрілий, прагматичний – мрійливий, наївний – проникливий, імпульсивний – організований, розслаблений – напружений, комунікативні здібності та стресостійкість.

## PERSONAL QUALITIES ANALYSIS FOR NURSES AT DIFFERENT STAGES OF PROFESSIONAL FORMATION

Y. Y. Stanyshevskya

*SI «Scientific and Practical Medical Rehabilitation and Diagnostic center of MPH of Ukraine», Kostyantynivka*

Nurses' personal qualities formation and development was analyzed in the article. Psychodiagnostics measures were conducted in the groups of working nurses and nursing departments graduate students. The study demonstrates the existence of differences occurring as a professionalisation result due to following factors: limited – developed cogitation, morally independent – conscientious, confident – suspicious, pragmatic – daydreamer, naive – perceptive, impulsive – organized, relaxed – tense, communication skills and stress-resistance.

**Вступ.** Затребуваною і актуальною сьогодні є проблема вивчення особистості медичної сестри, оскільки розкриття ключових параметрів особистісних якостей дозволять по-новому оцінити вже працюючих фахівців і сформуванати оптимальний шлях розвитку, залежно від особистісних особливостей.

У літературних джерелах висвітлено дослідження психологічних якостей практикуючих медичних сестер залежно від рівня підготовки [1], особистісні, емоційні та мотиваційні якості медичних сестер [2], вивчалися особистісні особливості медичної сестри [3] та студентів середнього медичного навчального закладу, їх комунікативні та організаційні здібності, емпатію [4], а також складено психологічний портрет медсестри, абітурієнта та випускника медичного училища з характеристикою вольової, комунікативної та емоційної сфер [5]. У сестринській професії дві останні відіграють особливу роль в системі «людина–людина», де неминучий вплив суб'єктів один на одного, а якість медичної допомоги визначається не тільки медичними знаннями, але й особистісними особливостями фахівця.

На думку дослідників, процес особистісного розвитку найбільш виражений на стадії професійного навчання [5], майбутні медичні працівники в більшості мають певний «комплект» якостей, що свідомо чи несвідомо впливає на вибір професії, тому саме в цей час необхідно забезпечити можливість формування професійно важливих якостей.

Вивчення особливостей професійної діяльності медичних працівників має виняткову значущість, оскільки спрямовано на збереження, підтримку, розвиток здоров'я професіонала, його психологічної готовності до діяльності. Інтерес практичної охорони здоров'я до психологічних аспектів професійної діяльності середніх медичних працівників пов'язаний також із проблемами ефективності, успішності функціонування медичного закладу, з проблемами індивідуального планування кар'єри професіонала.

**Основна частина.** Метою дослідження було обрано вивчення особистісних якостей медичних сестер на різних етапах професійного становлення.

Усього обстежено 90 осіб, з яких I групу склали 60 осіб – медичні сестри, які працюють у Державному закладі «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України» (м. Костянтинівка, Донецька область) віком від 21 до 52 років, середній вік склав  $(34,1 \pm 1,1)$  року, стаж практичної діяльності –  $(13,7 \pm 1,1)$  року. До II групи увійшли 30 студенток жіночої статі випускного курсу сестринського відділення Костянтинівського медичного училища в період проходження перекваліфікаційної практики віком від 20 до 27 років, середній вік –  $(22,2 \pm 0,4)$  року.

Застосовували такі методи: спостереження, експертні оцінки, професіографія, психодіаг-

ностика, статистичні розрахунки в програмі MedStat. Психодіагностичне дослідження проводили за допомогою таких методик: 16-факторний особистісний опитувальник (Р. Кеттелл); тест «Комунікативні та організаторські схильності» (В. В. Синявський та Б. А. Федоришин); діагностика рівня полікомунікативної емпатії (І. М. Юсупов); визначення стресостійкості та соціальної адаптації (Т. Холмс і Р. Праге); тест «Опитувальник комунікативної толерантності» (В. В. Бойко); методика локус контролю Дж. Роттера.

Проведений професіографічний аналіз діяльності медичних сестер дозволив сформулювати перелік особистісних якостей, що є професійно важливими для цього виду праці (24 особистісні якості).

Наступним етапом була експертна оцінка, яка дозволила визначити найбільш значущі, на думку експертів, професійно важливі якості медичних сестер: совісність, прагматичність, проникливість, організованість, розвинуті комунікативні та організаторські здібності, емпатійність, стресостійкість, толерантність, інтернальний локус контролю. В ролі експертів виступали 7 старших медичних сестер відділень віком від 34 до 52 років, середній стаж роботи –  $(20,8 \pm 0,98)$  року.

Тестування за допомогою 16-факторного особистісного опитувальника дозволило встановити відмінності між групами обстежуваних (табл. 1).

Таблиця 1. Результати оцінки факторів особистості в досліджуваних групах, %

Фактор		I група, n=60	II група, n=30
В	обмежене мислення	13,3	23,3
	розвинене мислення	86,7	76,7
G	морально незалежний	5	30
	совісний	95	70
L	довірливий	91,7	90
	підозрілий	8,3	10
M	прагматичний	95	96,7
	мрійливий	5	3,3
N	наївний	25	50
	проникливий	75	50
Q <sub>3</sub>	імпульсивний	6,7	13,3
	організований	93,3	86,7
Q <sub>4</sub>	розслаблений	98,3	100
	напружений	1,7	0

Проведена психодіагностика показала, що 54 опитуваних (95 %) I групи мають дуже високий та високий рівень комунікативних здібностей, серед II групи він встановлений у 6 осіб (20 %). Ці медичні сестри та студенти випускного курсу

володіють вмінням знаходити спільну мову з різними людьми в різноманітних ситуаціях, здатністю індивідуального підходу до оточуючих, можуть стримувати себе, проявляти терпимість та прирідність при спілкуванні. Низький рівень та рівень

нижче середнього отримали 4 особи (6,7 %) з I групи та 23 особи (76,7 %) з II групи, їх можна охарактеризувати як людей замкнених, мовчазних, із загостреною самокритикою, що важко адаптуються до нововведень.

Організаторські здібності розподілилися таким чином: в I групі дуже високий рівень отримали у 54 осіб (90 %), в II групі – у 18 осіб (60 %), ці досліджувані ініціативні, у важливій або складній ситуації приймають самостійні рішення, відстоюють свою думку. Рівень нижче середнього та низький діагностовано в 4 осіб (6,7 %) з I групи та в 7 осіб (23,3 %) з II – ці особи не прагнуть до спілкування, почувають себе скуто в колективі, обмежують свої вербальні контакти.

Оцінювалась емпатія досліджуваних як здатність до співчуття, своєрідна психологічна «включеність» у світ переживань пацієнта. Результати тестування показали, що 50 осіб (83,3 %) I групи та 27 осіб (90 %) II групи мають середній (оптимальний) рівень емпатійності, що характерний для зрілих, професійно впевнених фахівців, які відрізняються високим комунікативним потенціалом, вмінням зберігати власну позицію і психологічну дистанцію, поряд з глибоким розумінням пацієнта і співпереживанням. Виявлено 7 осіб (11,7 %) з низьким рівнем емпатійності в I групі, 1 особа (3,3 %) – в II групі, ці медичні сестри та студенти випускного курсу зазнають труднощі у встановленні контактів з оточуючими, віддають перевагу усамітненим справам, а не роботі з пацієнтами. Високий рівень емпатії в I групі мають 3 особи (5 %), в II – 2 особи (6,7 %), в даному випадку діагностовано афективний рівень емпатії, який свідчить про душевну ранимість, вразливість, безпричинне відчуття провини.

Вимоги, яким має відповідати емоційна сфера медичних працівників, досить суперечливі. Поряд з емпатійністю медичні сестри повинні бути і емоційно-стійкими. Високий ступінь опору стресу мають 49 осіб (81,7 %) I групи та 18 осіб (60 %) II групи, у цих досліджуваних ширший спектр застосовуваних дій для вирішення проблемних ситуацій, вони мають високий рівень самоконтролю. Граничний та низький ступінь виявлено у 11 осіб (18,3 %) I групи та 12 осіб (40 %) II групи, що свідчить про те, що ці особи зазвичай незадоволені собою і обставинами, відчувають брак часу і постійне напруження, схильні до частих проявів агресивності.

У результаті психодіагностики комунікативної толерантності, що показує, якою мірою медична сестра сприймає суб'єктивно небажані, неприйнятні для неї індивідуальні особливості пацієнтів та співробітників, негативні якості, звички, чужі стилі поведінки та стереотипи мис-

лення, встановлено переважання в I групі медсестер з високим ступенем комунікативної толерантності – 51 особа (85 %), в II – 23 особи (76,7 %). Медична сестра та студент випускного курсу, які володіють високим рівнем комунікативної толерантності, урівноважені та сумісні з оточуючими. Сформованість толерантності забезпечує медичним працівникам цілісність особистісного та професійного розвитку. Низький ступінь толерантності зафіксовано у 1 особи (1,7 %) з I групи, людина з такими показниками характеризується тенденцією сприймати свою професійну діяльність як джерело постійного стресу, відчуває труднощі при прийнятті рішень, у критичних ситуаціях губиться.

У I групі інтернальний локус контролю виявлено у 40 осіб (66,7 %), в II – у 20 осіб (66,7 %). Особи, які володіють інтернальним локусом контролю, більш впевнені в собі, послідовні й наполегливі в досягненні поставленої мети, врівноважені і меншою мірою схильні до синдрому емоційного вигорання. Екстернальний локус контролю притаманний 20 особам (33,3 %) з I групи та 10 особам (33,3 %) – з II. Досліджувані з екстернальним локусом контролю схильні приписувати наслідки своїх дій впливу обставин, відповідальність за свою діяльність вони покладають винятково на зовнішні умови.

З метою встановлення достовірних відмінностей між особистісними якостями осіб I та II груп, які знаходяться на різних етапах професійного становлення, проводилося порівняння центральних тенденцій даних вибірок за критерієм Вілкоксона за допомогою програми MedStat (табл. 2).

Таким чином, статистично значущі відмінності для фактора В (обмежене мислення – розвинене мислення) говорять про оперативність розумових процесів, кмітливості, здатність швидко навчатися в опитуваних з I групи, в них досить високий рівень загальної культури, особливо вербальної. Студентів випускного курсу відрізняє конкретність і певна ригідність мислення.

Досліджувані I групи мають перевагу за фактором G (морально незалежний – совісний), в них більш розвинуте почуття обов'язку і відповідальності, вони усвідомлено дотримуються загальноприйнятих моральних правил і норм. Особам II групи притаманна імпульсивність, гнучкість відносно соціальних норм, свобода від їх впливу, іноді безпринципність і схильність до асоціальної поведінки.

Відмінність за фактором L (довірливий – підозрілий) показала, що медичні сестри більш відкриті, терпимі, вільні від заздрощів, поступ-

Таблиця 2. Порівняльна характеристика особистісних якостей в досліджуваних групах,  $T \text{ сер.} \pm m$  ( $p < 0,05$ )

Показники	T сер.±m		Значущість відмінностей, p
	I група, n=60	II група, n=60	
Обмежене мислення – розвинене мислення	5,40±0,26	4,40±0,29	p=0,038
Морально незалежний – совісний	8,10±0,15	6,83±0,23	p<0,001
Довірливий – підозрілий	2,87±0,22	4,10±0,30	p=0,002
Прагматичний – мрійливий	2,38±0,2	3,37±0,26	p=0,002
Наївний – проникливий	6,30±0,19	5,53±0,27	p=0,020
Імпульсивний – організований	7,80±0,21	6,63±0,22	p<0,001
Розслаблений – напружений	3,68±0,22	4,60±0,30	p=0,019
Комунікативні здібності	0,99±0,02	0,73±0,04	p<0,001
Стресостійкість	132,20±11,41	171,00±17,75	p=0,047

ливі, а студентам випускного курсу імпонує обмеженість, егоцентричність та настороженість відносно оточуючих.

Фактор М (прагматичний – мрійливий) характеризує I групу як професіоналів із високою швидкістю вирішення практичних завдань, прозаїчних, орієнтованих на зовнішню реальність, а опитувані з II групи мають розширену уяву, поглинені внутрішнімі ілюзіями, оперують абстрактними поняттями.

Фактор N (наївний – проникливий) характеризує медичних сестер як дипломатичних, емоційно-витриманих, проникливих спеціалістів, які вміють знаходити вихід зі складних ситуацій, а студенти випускного курсу більш відверті, наївні, безпосередні та емоційні.

Фактор Q<sub>3</sub> (імпульсивний – організований) є важливішим для прогнозування успішності діяльності та дозволив встановити, що медичні сестри бережуть соціальну репутацію – їм властива тенденція до емоційного та поведінкового контролю, протизагаду складають особи II групи, діяльність яких невпорядкована та імпульсивна.

Дослідження фактора Q<sub>4</sub> (розслаблений – напружений) дозволило встановити, що медичні сестри схильні до розслабленості, врівноваженості, задоволеності наявним, а II група характеризується оптимальним емоційним тонутом. Показники за обома вибірками характерні для осіб з невисоким рівнем мотивації досягнення.

Як видно з таблиці 2, відмінності між групами за середніми показниками комунікативних здібностей вказують, що досліджувані I групи мають більш розвинені навички спілкування, ніж студенти випускного курсу.

За результатами дослідження можна стверджувати, що у практикуючих медичних сестер ступінь стресостійкості достовірно вищий, що

зумовлено формуванням та розвитком опору стресовим чинникам у процесі професійної діяльності.

**Висновки.** 1. На середній медичній персонал лягає основне комунікативне навантаження, яке припускає не тільки спілкування з різними категоріями партнерів, а й забезпечення функціонування лікувального процесу як соціальної системи, тому до особистісних якостей медичних сестер висувуються відповідні вимоги: високий рівень комунікативних здібностей, середній рівень полікомунікативної емпатії та високий рівень комунікативної толерантності.

2. За результатами дослідження встановлено наявність достовірних відмінностей між особистісними якостями працюючих медичних сестер та випускників сестринського відділення медучилищ: обмежене мислення – розвинене мислення – p=0,038, морально незалежний – совісний – p<0,001, довірливий – підозрілий – p=0,002, прагматичний – мрійливий – p=0,002, наївний – проникливий – p=0,020, імпульсивний – організований – p<0,001, розслаблений – напружений – p=0,019, комунікативні здібності – p<0,001, стресостійкість – p=0,047.

3. Результати дослідження дозволяють стверджувати про існування відмінностей між особистісними якостями медичних сестер та студентів випускного курсу сестринського відділення на різних етапах професійного становлення. Ці відмінності можуть бути пов'язані зі сформованістю системи професійної діяльності у медичних сестер та відсутністю досвіду праці у випускників.

4. Дослідження особистісних якостей медичних сестер у процесі та після закінчення навчання, а також при прийомі на роботу та впродовж професійної кар'єри є необхідним засобом для прогнозування та формування готовності працівника до виконання професійної діяльності.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Хетагурова А. К. Особенности личностных качеств практикующих медицинских сестер с базовой и углубленной профессиональной подготовкой / А. К. Хетагурова, В. В. Морозов // Сестринское дело. – 2005. – № 7. – С. 16–18.
2. Морозов В. В. Изменение психологических качеств практикующих медицинских сестер в условиях реформирования сестринского образования / В. В. Морозов // Сестринское дело. – 2005. – № 7. – С. 32–34.
3. Профиль работы, личностные особенности и эмоциональное здоровье медицинской сестры / [Л. Т. Баранская, И. О. Елькин, Н. В. Гафарова и др.] // Медицинская помощь. – 2008. – № 1. – С. 45–47.
4. Рудыкина А. А. Экспериментальное исследование эмпатических способностей студентов медицинского колледжа – будущих медицинских сестер / А. А. Рудыкина, Г. С. Остапенко, Р. И. Остапенко // Современные научные исследования и инновации. – 2014. – № 8. – С. 12–15.
5. Нехайчик Е. А. Психологический портрет медсестры, абитуриента и выпускника медицинского училища / Е. А. Нехайчик // Медицинская сестра. – 2004. – № 4. – С. 35–39.

Отримано 24.12.14

## ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Н. В. Троцюк

*Ківерцівський медичний коледж*

---

У статті міститься теоретичний аналіз понять «здоров'я», «здоровий спосіб життя», проаналізовано показники здоров'я студентської молоді.

---

### HEALTH PROBLEMS OF STUDENTS

N. V. Trotsiuk

*Kivertsi Medical College*

---

The article contains the theoretical analysis of the concepts «health», «healthy lifestyles», health patterns of students were analyzed.

---

**Вступ.** Актуальною проблемою в сучасних умовах є збереження здоров'я молоді, формування у них здорового способу життя.

**Основна частина.** Протягом багатоміліардної історії людства на всіх етапах розвитку суспільства вивченню проблем здоров'я завжди приділяли велику увагу.

Існує понад сто визначень і підходів до поняття «здоров'я». Найбільш у літературі визначення класифікують так:

- здоров'я – це відсутність хвороб;
- здоров'я як єдність морфологічних, психоемоційних і соціально-економічних констант.

Здоров'я – одне із основоположних цінностей суспільства. За визначенням ВООЗ, здоров'я – це стан повного фізичного, психологічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад (1948 р.).

Для кожної людини здоров'я є головною цінністю життя. Його необхідно зберігати, оберігати і постійно поліпшувати. Це має стати постулатом життя кожного.

Здоров'я – це найважливіший компонент людського щастя, одна невід'ємна правова частина людської особистості, одна з умов успішного соціального розвитку.

Світова наука розробила цілісний погляд на здоров'я як на феномен, що інтегрує принаймні чотири його сфери або складові – фізичну, пси-

хічну (розумову), соціальну (суспільну) і духовну. Всі ці складові невід'ємні одна від одної, вони тісно взаємопов'язані і саме разом визначають стан здоров'я людини.

З позиції викладеного розуміння феномена здоров'я молоді людини походить поняття «здоровий спосіб життя»: це все в людській діяльності, що стосується збереження і зміцнення здоров'я, все, що сприяє виконанню людиною її людських функцій через діяльність з оздоровленням умов життя, праці, відпочинку, побуту.

Складові здорового способу життя містять різні елементи, що стосуються усіх сфер здоров'я: фізичної, психічної, соціальної та духовної. Найважливіші з них – харчування (в тому числі і споживання якісної питної води, необхідної кількості вітамінів, мікроелементів, протеїнів, жирів, вуглеводів, спеціальних продуктів та харчових добавок), побут (якість житла, умови для відпочинку, рівень фізичної та психічної безпеки життєдіяльності), умови навчання і праці (безпека у фізичному та психічному аспектах), рухова активність (фізична культура і спорт, використання засобів різноманітних систем оздоровлення та відновлення сил).

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 50 % всіх факторів, які впливають на здоров'я людей, лежать у сфері способу життя, до 20–25 % – у сфері навколишнього (в тому числі виробничого та побутового)

середовища, до 15–20 % – у сфері спадковості і приблизно до 10 % – у сфері медичної допомоги.

На сьогодні в Україні спостерігається стійке погіршення стану здоров'я та фізичного розвитку студентської молоді. Так, майже 90 % студентів мають відхилення у здоров'ї, що, в свою чергу, призводить до зниження загальної фізичної підготовки. Прослідковується загальне збільшення кількості серцево-судинних захворювань, погіршення функціональних резервів організму, системне порушення постави, наявність різних вад опорно-рухового апарату, зниження рівня фізичної підготовленості тощо.

Науковці визначили, що за останні роки спостерігається збільшення контингенту, що належить до спеціальних медичних груп.

За результатами медичного огляду студентів Ківерцівського медичного коледжу в 2014 році, ми отримали оцінку стану здоров'я кожного студента. Серед 813 студентів, які навчаються в коледжі, 438 студентів (53,5 %) мають відхилення у стані здоров'я та ведені до спеціальних та підготовчих медичних груп.

Серед них – 195 студентів (23,9 %) мають патологію серцево-судинної системи, у 28 (3,4 %) – патологію опорно-рухового апарату, в 19 студентів (2,3 %) спостерігають захворювання сечостатевої системи, у 14 (1,7 %) наявність 2 і більше захворювань.

Важливе значення для вирішення даної проблеми має навчання студентів відповідального ставлення до свого здоров'я та здоров'я людей, які їх оточують, як до найвищих індивідуальних та суспільних цінностей, формування

через навчання здорового способу життя. Ми акцентуємо увагу на формуванні здорового способу життя молоді, тому що саме у молоді роки сприймаються певні норми та зразки поведінки, накопичуються відповідні знання та вміння, усвідомлення потреб та мотивів, визначення цінностей, інтересів, уявлень.

Здоровий спосіб життя – це спосіб життєдіяльності, спрямований на збереження і зміцнення здоров'я людей. Найактивнішими компонентами здорового способу життя виступають: раціональна праця студентів, раціональне харчування, раціональна рухова активність, загартування, особиста гігієна, відмова від шкідливих звичок.

**Висновок.** У сучасних умовах здоровий спосіб життя – це визначальний фактор збереження та зміцнення здоров'я молоді. Становлення системи підтримки здорового способу життя – реальний шлях захисту її здоров'я. Здоровою людиною має велику цінність для держави, бо здатна більш ефективно працювати, а значить піднімати економіку, збагачувати суспільство, забезпечувати її національну безпеку. Щоб вплинути на поведінку молоді, необхідні зусилля самої людини, сім'ї та суспільства. Єдиним радикальним способом розв'язання проблеми є кардинальна перебудова наших поглядів щодо причин і наслідків порушення не здоров'я, а формування основ здорового способу життя. Досягти цього можна лише шляхом перебудови системи освіти та виховання молоді, набуття знань, що дозволяють їй здійснювати гармонійний розвиток відповідно до умов сьогодення.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Апанасенко Г. Л. Здоров'я, яке ми вибираємо / Г. Л. Апанасенко. – К. : Здоров'я, 1998. – 48 с.

2. Вакуленко О. В. Здоровий спосіб життя як соціально-педагогічна умова становлення особистості у підлітковому віці / О. В. Вакуленко. – К., 2004. – С. 6–9.

3. Грушко В. С. Основи здорового способу життя / В. С. Грушко. – Тернопіль : Астон, 1999. – 368 с.

4. Калиновський М. І. Якщо хочеш бути здоровим / М. І. Калиновський. – К. : Знання, 1990. – 49 с.

5. Пасечко Н. В. Основи сестринської справи / Н. В. Пасечко, М. О. Лемке, П. Є. Мазур. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 554 с.

Отримано 28.11.14

## ТЕРАПЕВТИЧНЕ НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ТА ЇХНІХ РОДИЧІВ ЕЛЕМЕНТАМ ДОГЛЯДУ ТА САМОДОГЛЯДУ

Г. М. Степанова, Л. П. Боднар

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

---

Сучасні уявлення про бронхіальну астму як про хронічне захворювання дихальних шляхів дають можливість розробити ефективні моделі контролю над хворобою. Важливу роль у контролі перебігу бронхіальної астми відіграє відповідальна поведінка самого пацієнта і його оточення. Уникнення контакту з алергенами та іншими тригерами, уважне ставлення до свого здоров'я, подолання шкідливих звичок, сприяння з боку членів родини сприятимуть створенню атмосфери, сприятливої для ефективної боротьби з хворобою, суттєво поліпшать якість життя пацієнта.

---

## ТHERAPEUTIC EDUCATION OF PATIENTS WITH ASTHMA AND THEIR RELATIVES OF CARE AND SELF-CARE ELEMENTS

H. M. Stepanova, L. P. Bodnar

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

---

Modern conceptions of asthma as a chronic inflammatory disease of the airways allow to develop effective models of disease control. An important role in the control of asthma plays a responsible behavior of the patient and his entourage. Avoiding exposure to allergens and other triggers, attention to their health, overcoming of bad habits, assistance from family members will help to create an atmosphere conducive to the effective control of the disease, significantly improve the quality of life of the patient.

---

**Вступ.** Терапевтичне навчання хворих – це комплекс важливих дій, покликаних допомогти хворому (за сприяння його близьких людей) керувати своїм лікуванням, запобігти або відтермінувати розвиток можливих ускладнень [1]. Воно сприяє поліпшенню якості і тривалості життя пацієнтів із хронічними захворюваннями, підвищує якість догляду, знижує витрати на лікування в лікувальному закладі [2]. Нині активно розробляються, впроваджуються і досліджуються електронні щоденники самоконтролю, різні симулятори, калькулятори доз ліків, дистанційні форми навчання за допомогою телекомуніка-

ційних систем та інтернету, ігрові та інтерактивні програми, електронні бази даних тощо [3]. Водночас дослідники відзначають брак знань пацієнтів про свою хворобу та вміння використовувати на практиці навіть ті знання, які вони мають [4].

Усім хворим на бронхіальну астму (БА) потрібна певна базисна інформація та навички, які можуть бути засвоєні колективними методами, з урахуванням індивідуальних підходів, у яких акцентується увага на особливості хвороби кожного пацієнта [5]. Колективне терапевтичне навчання здійснюється на базі астма-школ, громадських організацій, підприємств,

амбулаторій сімейної медицини й поліклінік тощо. Принагідно треба зазначити, що деякі фахівці скептично ставляться до такого способу навчання, оскільки в більшості випадків залучити до нього вдається здебільшого осіб похилого віку (головним чином, жінок), тоді як молодші пацієнти відчувають проблеми у відвідуванні занять через професійну зайнятість та інші причини [6]. Більш ефективним є навчання пацієнтів стаціонару, особливо тих, яких госпіталізували в лікарню із вперше виявленою БА [7]. Головним методом терапевтичного навчання пацієнтів наразі залишаються індивідуальні консультації лікарів та медичних сестер.

Зрозуміло, що в терапевтичному, як і в кожному навчанні, важливим є не лише організація, а й зміст навчання. Тому важливо на основі узагальнення досвіду спілкування з хворими на бронхіальну астму визначити найбільш актуальні й важливі для проведення терапевтичного навчання теми.

**Основна частина.** На жаль, наше багаторічне спілкування з пацієнтами пульмонологічних та алергологічних стаціонарів, зокрема в Черкаській обласній лікарні, свідчить про те, що у пацієнтів з БА та їхніх родичів відчувається брак навіть основних, найнеобхідніших для таких людей знань та навичок.

Передусім, важливо переконати пацієнта у важливості виконання лікарських призначень. Деякі пацієнти з упередженням ставляться до використання у базовій терапії БА інгаляційних гормонів, які вважають чимось на зразок наркотиків, що можуть викликати небажане звикання. Замість призначених лікарем препаратів такі пацієнти застосовують винятково народну, нетрадиційну медицину і допоміжні лікувальні методи. Велику популярність серед хворих на БА мають лікування травами, використання борсучого жиру, прогрівання, загартовування, спелеотерапія, галотерапія тощо. В жодному разі не відкидаючи народних і допоміжних методів, медпрацівники повинні терпляче пояснювати пацієнтам, що за останні десятиліття медицина зробила великий крок вперед у лікуванні БА, що сучасна базова терапія є видатним науковим досягненням, і нехтувати нею – нераціонально і згубно.

Значна частина хворих на БА, навіть тих, хто хворіє багато років, не володіють повною мірою технікою користування інгалятором. Це робить застосування інгалятора марним і з погляду відсутності терапевтичного ефекту, і з погляду економічної доцільності придбання цих ліків. Більше того, неправильне користування інгалятором шкодить здоров'ю пацієнта, адже спри-

чиняє розвиток кандидозу слизових оболонок ротової порожнини і горла. Оволодіння технікою застосування кишенькових інгаляторів належить до числа головних пріоритетів терапевтичного навчання.

Ще однією поширеною помилкою багатьох пацієнтів із БА є відсутність уявлення про різну дію препаратів для базової терапії астми (кортикостероїдів) і препаратів для купірування нападів ( $\beta_2$ -адреноблокаторів). Оскільки обидві групи препаратів випускаються у вигляді кишенькових інгаляторів, частина пацієнтів намагається знімати напади за допомогою кортикостероїдів. Зрозуміло, що терапевтична дія такого «лікування» не виходить за рамки ефекту плацебо, а занадто часте використання кортикостероїдів завдає організмові шкоди. Розпочинаючи терапевтичне навчання, необхідно чітко пояснити пацієнтові відмінність двох груп інгаляційних препаратів.

Водночас навчання пацієнтів не повинно обмежуватися елементарними знаннями, навичками та вміннями.

Одним із провідних завдань медперсоналу є навчання пацієнтів та членів їхніх родин способам уникнення пацієнтами тригерів, які впливають на загострення і розвиток захворювання.

На сьогодні вважається, що основними причинами факторами БА є алергени. Таким чином, мінімізація впливу алергенів на здоров'я пацієнтів з БА є одним із головних завдань медперсоналу, родичів хворих і самих пацієнтів.

До побутових алергенів зараховують, головним чином, алергени домашнього пилу, пір'я подушок, бібліотечного пилу. Провідним побутовим є алерген домашнього пилу. На алергію від домашнього пилу страждають 80 % хворих на БА [8]. Основна роль в алергізуючій активності домашнього пилу належить мікрокліщам, що одержали назву «постільних» кліщів. Кліщова БА характеризується круглорічним виникненням загострень, з почастишенням у весняно-осінній період і особливо в нічний час доби, коли спостерігається найбільша експозиція кліщів домашнього пилу [9].

Таким чином, нема сумніву, що домашній пил є одним із головних тригерів, що призводять до ускладнень БА. Уникнення контакту із цим тригером надзвичайно важливе для підтримання контролю над БА та забезпечення високої якості життя пацієнтів із цим захворюванням. Тому хворим на БА та їхнім родичам потрібно роз'яснити правила раціонального облаштування житла, які мінімізували б вплив домашнього пилу на людину.

Відомо, що пил легко осідає на таких жорсткуватих поверхнях, як текстильні шпалери, вкриті

тканиною меблі, важкі гардини, подушки, сувеніри та різного роду декоративні предмети.

Особливо небезпечними об'єктами інтер'єру є килими. Водночас значна частина хворих на БА не знаходять можливості позбутися килимів, вважаючи їх необхідним атрибутом затишку оселі. Таким пацієнтам і їхнім родичам треба пояснювати, що навіть тоді, коли килими мають вигляд чистих, вони все одно збирають велику кількість небезпечного пилу.

Пацієнтам з БА треба роз'яснити, що при організації інтер'єру потрібно віддавати перевагу гладеньким поверхням. Подушки варто періодично міняти. Враховуючи, що пір'яні подушки не лише нагромаджують пил, але й можуть самі по собі викликати загострення БА (у разі сенсibiliзації до пір'я), такі подушки потрібно замінити на виготовлені із синтетичних матеріалів. Ковдра також має бути зі штучного матеріалу. Постільну білизну треба якомога частіше змінювати. А різноманітних декоративних предметів, покривал з ліжок і особливо килимів варто позбутися.

Багато пилу збирається у відкритих шафах та на шафах, які не сягають стелі. Тому потрібно використовувати високі шафи із дверцятами.

Вологе прибирання треба здійснювати якомога частіше, а бажано – щодня. При цьому родичам пацієнта з БА необхідно пам'ятати, що хворого краще звільнити від участі у прибиранні. Більше того, під час прибирання та одразу після його завершення хворому краще перебувати поза межами помешкання.

Відомо, що до складу домашнього пилу часто входять шерсть та лупа хатніх тварин, а також гризунів. Сама шерсть тварин не має суттєвого алергенного значення. Але виражену активність мають прикріплені до шерсті частки слини та епідермісу тварин (лупа). Алергеном може бути і сеча гризунів.

З огляду на все це родинам, у яких є хворий на БА, бажано утриматися від тримання в помешканні будь-яких тварин. Якщо відмовитися від утримання тварини не можна, їх бажано помістити у нежиле приміщення.

Практика показує, що значна частина пацієнтів вважають, що з часом «звикне» до присутності в помешканні улюбленої тварини й симптоми алергії минуть. Їм необхідно роз'яснити, що, навпаки, надалі ситуація тільки погіршуватиметься, тому необхідно подбати про інший притулок для хатньої тварини і вилучити всі предмети, які були пов'язані з нею, а після цього зробити генеральне прибирання.

У разі потреби потрібно вжити заходів з дератизації.

Пилок багатьох рослин містить білки, які мають алергенні властивості. Найчастіше пилкова БА виникає і загострюється навесні (з середини квітня до кінця травня, коли квітнуть дерева) і влітку (у червні і липні, коли квітнуть лугові трави, у серпні – бур'яни). Напади задишки з'являються частіше у хворих, які перебувають за містом – в лісі, селі, на дачі, під час туристичної подорожі. Особливо погано хворі переносять вітряну погоду, коли в повітрі міститься особливо багато пилку рослин. Характерне поєднання симптомів загострення БА з проявами алергічного риніту і кон'юнктивіту, інколи – набряком Квінке, алергічним дерматитом [10]. З огляду на це, хворим на БА в період цвітіння згаданих рослин потрібно порадишити по можливості відмовитися від подорожей на природу. На цей час варто щільно закривати вікна та двері.

Наявність хатніх рослин також треба мінімізувати.

За призначенням лікаря застосовувати антигістамінні препарати.

Алергію до грибків виявляють у 70–75 % хворих на БА [10]. Тому хворим на БА та їхнім родичам потрібно слідкувати, щоб їхнє приміщення було якомога менш придатним для розмноження грибків, тобто чистим і сухим. Під час опадів вікна оселі закривати, під час вологого прибирання не допускати розливання води, промокання підлоги. Домашні квіти, якщо без них обійтися не можна, бажано прибрати із жилих кімнат.

Лікарські препарати можуть бути причиною загострення і погіршення перебігу БА майже у 10 % хворих. Крім того, застосування медикаментів може бути безпосередньою причиною розвитку цього захворювання. Деякі лікарські препарати зумовлюють розвиток БА за механізмом гіперчутливості негайного типу з утворенням реактивів. До цих препаратів зараховують антибіотики групи пеніциліну, цефалоспоринові, тетрацикліну, нітрофуранові похідні. Як алергени можуть виступати самі лікарські препарати та їх з'єднання з білками крові, а також продукти їхнього метаболізму в організмі людини [10]. Тому пацієнтам потрібно роз'яснити, що за найменших ознак алергії на ліки їм необхідно звернутися до лікаря.

Треба пропонувати пацієнтам уникати контакту не лише з тим алергеном, який безпосередньо викликає сенсibiliзацію, але й з усіма іншими побутовими алергенами.

Особливу увагу пацієнта і членів його родини необхідно звернути на необхідність всіяко уникати гострих респіраторно-вірусних інфекцій. ГРВІ, спричинені вірусами грипу, респіраторно-синтиціальним вірусом, риновірусом,

вірусом парагрипу, пошкоджують миготливий епітелій слизової оболонки бронхів, збільшуючи її проникність для алергенів і токсичних речовин. Поряд з цим під дією респіраторної вірусної інфекції різко підвищується чутливість нервових рецепторів підслизового прошарку бронхів. Ці чинники в результаті призводять до стану гіперреактивності бронхів.

В Україні, поки що, не сформувалася культура правильного ставлення до здоров'я людини. Піклування про своє самопочуття часто сприймається як ознака вольової слабкості й навіть ліні. Під час терапевтичного навчання потрібно звертати увагу пацієнта і його родичів на той безсумнівний факт, що з кожним перенесеним застудним захворюванням стан бронхів хворого незворотно погіршується.

Ще одним небезпечним чинником, який впливає на стан здоров'я пацієнта з БА, є повітряні полютанти – різноманітні хімічні речовини, які при підвищенні їх концентрації в атмосфері можуть зумовлювати погіршення стану здоров'я людини. Найпоширенішими полютантами є оксид вуглецю, діоксиди сірки й азоту, метали, озон, пил, продукти неповного згорання бензину. Особливо небезпечним і агресивним для дихальних шляхів є промисловий смог – результат неповного згорання рідкого і твердого палива. Полютанти спричиняють подразнення нервових рецепторів бронхів, пошкоджують їх миготливий епітелій, стимулюють продукцію медіаторів запалення й алергії.

В ідеалі треба було б рекомендувати родині, в якій є хворий на БА, переїхати в місця, де загазованість повітря найменша. Але, оскільки це, як правило, неможливо, необхідно хоча б вберегти хворого від наслідків активного і пасивного куріння.

Нині куріння розглядається як один з основних чинників, що впливає на виникнення і перебіг БА. Не менш небезпечно пасивне куріння. Пасивні курці поглинають з прокуреної атмосфери приміщення стільки ж нікотину й інших токсичних компонентів тютюнового диму, скільки й ті, хто курить. У дітей, батьки яких курять, частіше розвивається БА, вони раніше починають хворіти на респіраторні вірусні захворювання. При цьому тяжкі форми БА у пасивних курців зустрічаються частіше, напади задухи більш тривалі, важче піддаються лікуванню [10].

Незважаючи на активну антитютюнову кампанію, яка триває десятиліттями, курцям, особливо з багаторічним досвідом, дуже важко відмовитися від куріння, в першу чергу психологічно. Навіть при досить тяжкому перебігу БА

окремі пацієнти продовжують курити. Вони сприймають шкідливість куріння відсторонено від свого стану, а між тим саме на розуміння такого зв'язку й має бути спрямована антитютюнова пропаганда. При терапевтичному навчанні медперсоналу необхідно уникати прямих закликів до пацієнта покинути курити – це викликає інстинктивний спротив. Навчання повинно носити не імперативні, а просвітницькі форми. По-перше – до пацієнта потрібно доносити знання про наслідки куріння для організму. По-друге – звертати увагу, що задишка, кашель, погіршення самопочуття пацієнта тісно пов'язані з його поганою звичкою. По-третє – ненав'язливо зазначати, що такі самі страждання з часом обов'язково виникнуть і у близьких курця. По-четверте – вказувати на те, що для придбання сигарет доводиться витратити значні кошти. Розробляючи план терапевтичного навчання, необхідно враховувати індивідуальні особливості пацієнтів, акцентуючи увагу на шкідливості куріння.

Характерним неспецифічним стимулом, що викликає напади задухи у хворих на БА, є надмірне фізичне і психоемоційне навантаження. Емоційний стрес, нервові перевантаження, сміх, плач, страх можуть стати причиною бронхіальної обструкції, провокувати напади задухи у хворих на БА. Тому пацієнтові і особливо його родичам слід порадити вжити заходів задля охорони хворого від зайвих навантажень.

Нарешті тим, для кого БА є нагальною проблемою, потрібно уважно стежити за погодою. Несприятливі погодні умови, особливо низькі температури, висока вологість, падіння або підвищення атмосферного тиску, гроза, забруднення повітря можуть викликати загострення БА. Тому під час негоди, якщо це можливо, пацієнтам з цією хворобою варто зайвий раз не виходити на вулицю.

**Висновки.** 1. Сучасні уявлення про БА як про хронічне захворювання дихальних шляхів дають можливість розробити ефективні моделі контролю над хворобою. Це забезпечує успішну боротьбу людства з цією дуже поширеною у світі, особливо у розвинутих країнах, недугою.

2. Важливу роль у контролі перебігу БА відіграє відповідальна поведінка самого пацієнта і його оточення.

3. Уникнення контакту з алергенами та іншими тригерами, уважне ставлення до свого здоров'я, подолання шкідливих звичок, сприяння з боку членів родини сприятимуть створенню атмосфери, сприятливої для ефективної боротьби з хворобою, суттєво поліпшать якість життя пацієнта.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Терапевтическое обучение больных. Программы непрерывного обучения для работников здравоохранения в области профилактики хронических заболеваний : отчет рабочей группы ВОЗ, 1998. – М. : Митра-Пресс, 2001. – 96 с.
2. Основы сестринского дела : учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / И. Х. Аббясов, С. И. Двойников, Л. А. Карасева [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. – М. : Издательский центр «Академия», 2007. – 336 с.
3. Аметов А. С. Терапевтическое обучение больных: прошлое, настоящее, будущее / А. С. Аметов, Б. И. Валитов, Н. А. Черникова // Сахарный диабет. – 2012. – №1. – С. 71–77.
4. Роль индивидуального обучения в достижении контроля над бронхиальной астмой / А. В. Будневский, С. А. Кожевникова, В. Т. Бурлачук [и др.] // Пульмонология. – 2013. – № 1. – С. 54–58.
5. Нурмуханбетова А. А. Принципы обучения больных с бронхиальной астмой / А. А. Нурмуханбетова // Вестник КазНМУ. – 12 июля 2012. – <http://kaznmu.kz>
6. Илькович М. М. Принципы организации пульмошкол для больных хроническими заболеваниями легких / М. М. Илькович, В. А. Игнатьев, О. А. Суховская // Головна медична сестра. – 2011. – № 10. – С. 48–49.
7. Плетминцева Г. Б. Обучение пациентов с бронхиальной астмой / Г. Б. Плетминцева, Е. С. Ефимова, Г. Б. Прибылов // Сестринское дело. – 2012. – № 2. – С. 36, 45.
8. Пухлик Б. М. Алергологія / Б. М. Пухлик. – Вінниця : Нова книга, 2004. – 240 с.
9. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Издательский дом «Атмосфера», 2008. – 108 с., ил.
10. Клінічна пульмонологія / І. І. Сахарчук, Р. І. Ільницький, Ю. М. Бондаренко [та ін.] – К. : Книга плюс, 2003. – 368 с.

Отримано 05.12.14



## РОЛЬ ВОЛОНТЕРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ПОДОЛАННІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПАЦІЄНТІВ ХОСПІСУ

Н. Ю. Струбіцька

*Луцький базовий медичний коледж*

---

У статті досліджено рівень депресії в пацієнтів хоспісу та діяльність волонтерів при наявності депресивних станів у паліативних пацієнтів.

---

## THE ROLE OF VOLUNTEER ACTIVITY IN RELIEVING HOSPICE PATIENTS DEPRESSIVE CONDITIONS

N. Y. Strubitska

*Lutsk Base Medical College*

---

The article deals with the investigation of Hospice patient' depression level and volunteer's activity in the presence of palliative patients who suffer from depressive conditions.

---

**Вступ.** Волонтерський рух є актуальною складовою паліативної та хоспісної допомоги. Волонтерство є одним із важливих компонентів паліативної медицини як галузі наукової медицини та охорони здоров'я. Практика роботи з добровольцями не отримала поки що належного поширення у суспільстві. Спостерігається дефіцит волонтерських кадрів у сфері паліативної та хоспісної допомоги. Для активізації розвитку волонтерства у системі паліативної допомоги можливе залучення до роботи у хоспісах студентів медичного коледжу, майбутніх медичних працівників. Адже студенти на випускному курсі вже мають достатні знання та вміння і можуть здійснювати кваліфікований догляд та опіку. У свою чергу, контроль досвідчених медичних працівників хоспісу стимулюватиме волонтерів до виявлення максимального професійного потенціалу в роботі з пацієнтами.

Співпраця майбутніх медиків із мультидисциплінарною командою хоспісу забезпечує не лише професійне становлення студентів як професіоналів своєї справи, а й задовольняє фізичні, соціальні, психологічні та духовні потреби пацієнтів хоспісу. Це дає можливість забезпечити належну якість життя паліативним пацієнтам.

Волонтеру необхідно володіти інформацією про психоемоційний стан пацієнта, адже паліативна допомога – це складна, активна, комплексна допомога невилковно хворій людині, яка охоплює пацієнтів, сім'ю та громаду, має за мету збереження найвищої якості життя пацієнта. Усвідомлення пацієнтом власної тяжкої хвороби, несприятливий перебіг захворювання із загрозою для життя пацієнта, викликає розвиток нозогенної депресії [1]. Важливе значення має самопочуття хворого. Волонтери можуть виявити психологічні проблеми пацієнта, зокрема депресивні стани, через спостереження за пацієнтом, бесіду, фізичне обстеження, збір та аналіз суб'єктивних та об'єктивних даних.

Депресія – це стан зниженого настрою з домінуванням емоцій астенічного полюса (апатія, тривога, страх, смуток). Депресивний стан вважають патологічним тоді, коли не виявлено його специфічної психологічної причини або коли сам стан триває надто довго і його симптоми є важкими. Розглядати депресію як хворобу можливо лише в тому випадку, коли зміна настрою відносно фіксована, є стійкою протягом 2-х і більше тижнів та позначається на поведінці, мисленні, діяльності всього організму.

Існує соматогенна депресія, пов'язана з хворобливими відчуттями через соматичне захво-

рювання, яке є безпосередньою причиною депресії, прискорює розвиток депресії при наявності відповідної схильності [2]. Депресія може розвинути як реакція на тяжке соматичне захворювання, яке зумовлене низкою психологічних, соціальних, особистісних, біологічних факторів, що містять об'єктивні параметри порушення рівня здоров'я. Посилює депресію фізичний дискомфорт: біль, обмеження рухової активності, дефіцит самодогляду тощо.

Метою даного дослідження було виявити напрямки покращення підготовки студентів медичного коледжу до майбутньої волонтерської діяльності, зокрема у хоспісі, через вивчення особливостей психологічного стану пацієнтів, які уже отримують волонтерський догляд.

Студенти-волонтери здійснили всебічну оцінку стану пацієнта та застосували холистичний підхід щодо надання медичної та психологічної допомоги. Під керівництвом викладача, з метою визначення депресивних станів і станів, близьких до депресії, було застосовано опитувальник Зунге (в адаптації Т. І. Балашової) [3]. На базі Волинської лікарні «Хоспіс» обстежено 20 пацієнтів.

Відбір пацієнтів здійснювали за рівнем функціональних можливостей до спілкування.

**Основна частина.** Студенти IV курсу спеціальності «Сестринська справа» Луцького базового медичного коледжу регулярно здійснюють волонтерську діяльність у Волинській обласній лікарні «Хоспіс». Окрім, відповідної фахової підготовки, дотримання вимог професійної етики, волонтери мають відповідні знання медичної психології. Навички психологічного спостереження дозволяють студентам-медикам вивчати психічні процеси, фізіологічні та психоемоційні стани у пацієнтів хоспісу.

У ході спостереження за пацієнтами волонтери відзначили такі симптоми, як: смуток, байдужість, втома, порушення сну, порушення апетиту, апатія, невпевненість у собі, почуття неадекватності, відчуття розчарування, почуття безпорадності. Ці ознаки вказують на появу депресивних явищ. Стан без депресії виявлено лише в одного пацієнта, що свідчить про стійкий психоемоційний стан. Результати оцінки рівня депресії за допомогою психологічного тестування наведено у таблиці.

**Таблиця. Результати діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, пацієнтів Волинської обласної лікарні «Хоспіс»**

Рівень депресії	Стан без депресії	Легка ситуаційна депресія (невротичного генезу)	Маскована депресія	Істинний депресивний стан
Кількість обстежених осіб	1	7	9	3
Частка обстежених у відсотках	5	35	45	15
Середній по групі рівень депресії у балах	45,0	53,9	68,7	71,3

У результаті дослідження виявлено, що у вибірці переважає субдепресивний стан або маскована депресія – 45 %, рівень легкої депресії відзначають у 35 % опитаних. Істинно депресивний стан спостерігають у 15 % пацієнтів. Стан без депресії становить 5 %. Отже, у пацієнтів, які спілкуються із волонтерами і отримують хоспісну допомогу, переважають легкі форми депресивних розладів.

Варто звернути увагу на варіанти маскованої депресії, яка в даному випадку спостерігається найчастіше. Депресія має місце під маскою різноманітної соматовегетативної симптоматики, а прояви депресії можуть бути нетиповими.

Під час першого огляду хворих із маскованою депресією складається враження, що психомоторна загальмованість у них відсутня (ознака в тому чи іншому ступені властива для будь-якої форми депресії). Такі хворі, як прави-

ло, багатомовні, часто самостійно звертаються до лікарів, дещо нав'язливі в своїх скаргах, до того ж їм особливо часто здається, що їх недостатньо добре зрозуміли, не хочуть вислухувати. Хворі схильні до деталізації переживань, вкрай іпохондричні, емоційно-лабільні, занепокоєні можливою динамікою розвитку захворювання [4].

Будь-яка хвора людина потребує особливої, підвищеної уваги й турботи. Людина ж, яка знає сильного болю і душевних страждань від усвідомлення близької смерті, стає занадто сприйнятливою та вразливою, може виявляти роздратування або злість. Біль може повністю знищити людину як особистість. Він завдає нестерпні страждання хворому й нерідко деформує його психіку. Тому, надаючи допомогу для полегшення фізичного стану паліативним пацієнтам, необхідно звертати особливу увагу на

психологічну реакцію пацієнта на свій стан. Волонтер має вміти виявити і враховувати ці особливості хворого при спілкуванні і наданні допомоги.

Психологічний стрес від наявності невиліковного захворювання, особисті й соціальні проблеми при наявності у хворих психічних порушень надзвичайно ускладнюють їхнє життя. Поряд із проблемами соціальної ізоляції не менш значимими в плані формування реактивних психічних розладів є й проблеми, пов'язані з невиліковною хворобою, що розвивається, і тривалістю життя, що залишилося. Працюючи з такими пацієнтами, студенти-волонтери роблять усе можливе для того, щоб покращити якість життя пацієнта із депресивними станами. Здійснюють догляд, допомагають їти на прогулянку, читають художню та релігійну літературу, розповідають суспільні та соціальні новини.

Психологічною проблемою, з якою стикаються хворі, є їхня соціальна ізоляція [5]. У них зменшується кількість спілкування із сім'єю, трапляються випадки, коли від них відмовляються родичі й друзі. Навіть у хоспісі пацієнти можуть відчувати «стіну» між собою й зовнішнім світом. На нашу думку, доцільно навчати волонтерів навичок активного слухання, стилю спілкування, який характеризується як центрований підхід до пацієнтів.

Традиційно вважалось, що паліативна допомога починається виключно з того моменту, коли стає очевидно, що смерть хворого неминуча. Зараз прийнято вважати, що паліативна допомога повинна починатися на більш ранніх стадіях захворювання, що прогресує. Вона використовує всі медичні втручання, які є в її арсеналі, серед них є і засоби, спрямовані на боротьбу із захворюванням, заходи психологічної підтримки пацієнта та його родини, соціальна опіка.

Отже, зміст і характер діяльності волонтерів мають цілий комплекс складних медичних, соціальних, духовно-етичних і організаційних проб-

лем. Тому організація такої системи підтримки пацієнта вимагає обов'язкової попередньої ґрунтовної підготовки майбутніх добровольців, відсутність якої – одна з основних причин нечисленності хоспісного волонтерського руху. Одним із шляхів залучення до волонтерства є створення науково-педагогічних умов для забезпечення ефективної співпраці медичного коледжу та хоспісу. Зокрема, важливим етапом підготовки волонтерів є формування у них комунікативних навичок і здатності адекватно розуміти психологічний стан пацієнта.

**Висновки.** У пацієнтів, які спілкуються із волонтерами і отримують хоспісну допомогу, переважають легкі і скриті форми депресивних розладів. Ознаки депресії виявлені не у всіх пацієнтів. Отже, вважаємо роботу волонтерів як одну із складових хоспісної допомоги, доцільною, її потрібно розвивати.

Психологічна освіта є одним із важливих завдань підготовки середніх медичних працівників. Наявність невиліковного захворювання для багатьох хворих є психотравмуючою ситуацією. Реакція на хворобу проявляється по-різному і залежить не тільки від інтенсивності загрози життю, складності захворювань, індивідуально-психологічних характеристик. Тяжкохворим потрібен особливий догляд та увага. Досить частими є раптові погіршення стану здоров'я, тому при наданні догляду важливо вміти оцінити психологічний стан пацієнта у процесі спілкування.

Підготовка волонтерів має бути спрямована на формування комунікативних навичок і засвоєння елементів підходу, центрального на проблемах пацієнта, що сприятиме психологічній підтримці та покращить фізичну опіку, незалежно від стадії хвороби й можливого її результату.

У подальшому доцільно удосконалювати навчальні програми для студентів медичних коледжів, включаючи до практичних завдань комплекти ситуаційних задач та ділових ігор.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Марута Н. А. Депрессии в общемедицинской практике справ : пособие для врачей первичной медико-санитарной сети / Н. А. Марута, Л. Н. Юрьева, А. И. Мамчур. – К., 2009. – 30 с.

2. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М. : Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.

3. Практические занятия по психологии / под ред. А. Ц. Пуни. – М. : ФиС, 1977. – 384 с.

4. Пилягина Г. Я. Психические расстройства в общетерапевтической практике / Г. Я. Пилягина // Doctor. – 2002. – № 6. – С. 17–21.

5. Овсяннікова Я. О. Самооцінка та самотність: залежність і взаємозв'язок / Я. О. Овсяннікова, Т. Ю. Довбій // Психологічні науки. – 2011. – № 58. – С. 119–122.

Отримано 16.01.15

## ЗНАЧЕННЯ ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ В УПРАВЛІННІ ЯКІСТЮ РОБОТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ СЛУЖБИ

Н. Б. Галапац, О. Н. Литвинова

*Жовківська центральна районна лікарня Львівської області  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»*

---

Вплив особистості медичного працівника на психіку хворого та на результат захворювання значний, особливо в умовах розвитку демократичного суспільства. Тому довіряючи медичному працівникові найдорожче, що є в людини, – життя і здоров'я, люди повинні бути твердо впевнені в тому, що їм допомагають добрі, надійні й теплі руки.

Чесне ім'я й авторитет медичних працівників кожного медичного закладу – авторитет усієї медицини.

---

## SIGNIFICANCE OF ETHICAL AND DEONTOLOGICAL ASPECTS IN QUALITY MANAGEMENT OF NURSING SERVICE

N. B. Halapats, O. N. Lytvynova

*Zhovkva Central Regional Hospital of Lviv Region  
SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

---

The influence of a health care worker on a psyche of a sick person as well as on the disease outcome is tremendous in the conditions of democratic society development. Therefore entrusting of health care worker the most important to a human being – life and health, people ought to firmly believe that those hands that help them are kind and warm.

Honest name and standing of health care workers in every health facility are the authority of the medical industry in general.

---

**Вступ.** Медицина в сучасному світі відіграє особливу роль у житті людини і суспільства. Відносини між лікарем, медсестрою і пацієнтом вимагають від медичних працівників професійних знань, належної правової бази у галузі охорони здоров'я, а особливо дотримання морально-етичних норм.

Медична етика є конкретизацією загальних принципів моралі стосовно професії медичного працівника. Вона є нормою поведінки медичної сестри не лише під час виконання службових обов'язків, вона виражає її професійну честь і гідність.

Основними положеннями етики є:

- 1) повага до життя;
- 2) заборона на заподіяння шкоди хворому;
- 3) повага до особистості хворого;
- 4) лікарська таємниця;
- 5) повага до професії.

Медична деонтологія є частиною медичної етики – це норми поведінки медичних працівників, які зобов'язують їх підвищувати якість лікування й усувати наслідки неповноцінної медичної роботи.

Провести чітку межу між моральними та правовими нормами нерідко дуже складно, особливо в наш час. Однак нерідко моральні норми,

обов'язки стають юридичними, правовими (наприклад, клятва медичного працівника).

Медична етика, медична деонтологія і правова культура тісно пов'язані між собою. Вони виражають систему норм права і моралі та взаємодіють у процесі регулювання конкретних суспільних і медичних відносин.

Правова культура медичного працівника – це його правосвідомість, розуміння принципів медичного права, повага до нього, переконаність у справедливості законів та в потребі їх неухильного дотримання у медичній діяльності. Це критичне творче осмислення правових норм, законів, правових явищ з погляду їх гуманістичного, демократичного і морального змісту.

Мораль та правова відповідальність мають різний характер. Якщо право стосовно людини – сила зовнішнього примусу, то моральний аспект – це відповідальність не тільки перед іншими, а й перед самим собою, перед своєю совістю.

Особливо актуальними питання етики та деонтології постають сьогодні у час, коли в Україні повним ходом йде неоголошена війна і сотням пораненим молодим воїнам разом з медикаментозною терапією необхідне лагідне слово, підтримка і душевна теплота медичного персоналу. Левова частка догляду цих хлопців лягає на плечі саме середнього медичного персоналу.

**Основна частина.** Світова громадськість в усі часи надавала морально-етичному аспекту в медицині великого значення. Видатні представники медичної професії завжди наголошували на гуманній сутності медицини, закликали до милосердя, чесного й самовідданого виконання медиками своїх професійних обов'язків за покликанням та по совісті.

У ХХ ст. сестринська діяльність сформувалась як самостійна професія з власними функціональними обов'язками, методами та засобами їх виконання, які були закладені ще Флоренс Найтінгейл у сестринській клятві. Ці функції вимагають конкретизації загальних моральних принципів і цінностей відповідно до умов праці медичних сестер.

Медсестра, яка починає працювати, керується моральними нормами поведінки, зобов'язується поліпшувати, підтримувати та відновлювати здоров'я, полегшувати страждання пацієнтів та запобігати хворобам. Як громадянин медсестра має дотримуватись моральних та законних норм, які поділяють усі члени суспільства. Як особистість вона має право вибирати спосіб життя відповідно до власних етичних цінностей, особистої етики, але доти, доки ці цінності не шкодитимуть пацієнтам.

Медсестри в клінічній практиці, освіті, адмініструванні та дослідженні поділяють загальні погляди щодо отримання компетентної медичної допомоги та поліпшення практики догляду за хворими. Взаємовідносини медичної сестри і пацієнта є головним складником проблем медичної етики і деонтології. Цим пояснюється специфіка діяльності медичних працівників, адже хворий добровільно довіряє їм своє здоров'я та розкриває всі сторони свого життя.

У Стандартах акредитації закладів охорони здоров'я України у розділі 4 «Права, обов'язки та безпека пацієнтів» включено такі питання з медичної етики та деонтології, які необхідно виконувати у всіх структурних підрозділах закладів охорони здоров'я:

1) проведення семінарських занять з медичним персоналом закладу з питань дотримання етики та деонтології;

2) проведення заходів щодо попередження зловживань працівниками закладу;

3) здійснення контролю за дотриманням медичним персоналом принципів етики та деонтології;

4) проведення занять з медичним персоналом щодо дотримання конфіденційності інформації про пацієнта;

5) дотримання медичним персоналом принципу конфіденційності інформації.

Враховуючи важливу роль морально-етичних принципів, норм і цінностей у безпосередньому виконанні медичними сестрами своїх професійних обов'язків, вагоме значення етичних норм у стандартах якості роботи медичних сестер, а також гуманну функцію етичних норм у вирішенні проблем, пов'язаних із впровадженням сучасних наукових технологій у медсестринську практику, введено в дію Етичний Кодекс медичної сестри України.

Наведу декілька основних частин Кодексу.

### **Частина 1. Загальні положення.**

У житті і діяльності медичної сестри органічно поєднуються: високий професіоналізм, гуманність та милосердя, глибоке поняття громадського значення своєї роботи, комплексний всебічний догляд за пацієнтами і полегшення їх страждань, відновлення здоров'я і реабілітація, сприяння зміцненню здоров'я і попередженню захворювань, готовність цілком віддати себе обраній професії, навіть в самих тяжких умовах. Етичний Кодекс висвітлює моральний рівень медичної сестри, її світогляд, покликаний підвищувати престиж і авторитет сестринської професії в суспільстві, сприяти розвитку сестринської справи в Україні.

## **Частина 2. Медична сестра і її пацієнт.**

Стаття 1. Медична сестра як особистість.

Особистість медичної сестри – це органічний сплав високих моральних якостей, загальної освіченості, професійної ерудиції та майстерності. Медична сестра оберігає людське життя, починаючи з зачаття і ніколи, навіть під загрозою, не повинна використовувати медичні знання в збиток нормам гуманності.

Етичною основою медичної сестри є гуманізм та милосердя, повага до невід'ємних прав людини і громадянина. Відновлення і покращення здоров'я пацієнта є для медсестри найвищою винагородою за її працю.

*Етичний Кодекс Міжнародної ради медсестер*  
*Етичні основи медсестринської справи.*

На медсестру покладено чотири основні обов'язки: зберігати здоров'я, запобігати захворюванням, відновлювати здоров'я і полегшувати страждання.

Робота медсестри універсальна. Медсестринська справа ґрунтується на повазі до життя, гідності й прав людини. Вона не має обмежень за національними і расовими ознаками, за ознаками віросповідання, кольору шкіри, віку, статі, політичного або соціального становища.

Медсестри надають медичну допомогу особам, сім'ям і суспільству, координують свою діяльність із роботою інших груп.

Медичні сестри цілодобово спілкуються з хворими, полегшують їх страждання, здійснюють призначене лікарем лікування, повертають працездатність.

*Медсестра і пацієнти*

Основну відповідальність сестра несе перед тими, хто потребує її допомоги. Надаючи допомогу, медсестра намагається створити атмосферу шанобливого ставлення до етичних цінностей, звичаїв і духовних переконань пацієнта. Медсестра зберігає одержану конфіденційну особисту інформацію і ділиться нею з надзвичайною обережністю.

Медична сестра повинна пам'ятати, що її зовнішність має великий вплив на одужання хворого. Вона повинна бути взірцем чистоти та акуратності. Її робочим одягом є халат, шапочка або косинка, тапочки. Білий халат – це своєрідна «візитна картка» медичної сестри, що відображає її фізичну й духовну чистоту. Є чудовий вислів фронтового лікаря Павла Бейліна про зовнішній вигляд медичної сестри: «Сестру я визначаю по тому, який у неї халат, – чистий, випрасуваний, накрохмалений, застібнутий на всі гудзики, значить, такій медичній сестрі можна довіритись. Значить пишається своєю професією, халат одягає, як казкова королева мантію».

Медична сестра повинна стати ключовою фігурою у профілактиці захворювань та просвіті населення щодо здорового способу життя.

Отже, можна виділити такі риси медичної сестри:

- моральні риси – стриманість, терпеливість, ввічливість, привітність, чесність, ніжність, ласкавість, співчуття і почуття власної гідності;
- етичні риси – скромність, простота, акуратність, уміння створити затишну атмосферу;
- інтелектуальні риси – професійна ерудиція, спостережливість, вміння логічно мислити.

Поведінка медичної сестри повинна викликати повагу до неї, довіру, створювати у хворих впевненість, що вона все знає і все уміє, що їй можна довіряти своє здоров'я і життя. Жодні особисті неприємності не повинні «відбиватися» на її роботі, в її тоні при розмовах із колегами та хворими.

П. Бейлін у книзі «Поговори зі мною, лікарю» так пише про значення слова: «... слово такою ж мірою ефективно у роботі медичної сестри, як і скальпель – у хірургії. Але за однієї умови: якщо володіють ним. Скальпелем доторкаються до тіла, словом до душі. Як не можна користуватися тупим скальпелем, так само не можна користуватися «тупим словом» [2].

Говорячи про вищезгадані риси не можна не згадати про «Маленьку велику жінку» так назвав її Папа Іван Павло II – це Мати Тереза.

Усе своє довге і великодушне життя вона присвятила найбільш нещасним і незахищеним серед нас – бідним, голодним, невеликовно хворим і вмираючим у самотності та стражданнях. Кожен ранок цієї жінки розпочинався з молитви св. Франциска Асизького: «Господи! Дай мені сили Втішати, а не бути втішеним, Розуміти, а не бути зрозумілим, Любити, а не бути любимим. Бо тільки коли ми віддаємо, ми отримуємо. А прощаючи, знаходимо собі прощення» [3].

Вона любила говорити: «У кожній людині я бачу Христа. А оскільки Христос назавжди один, то для мене в кожний конкретний момент – це той, хто стоїть переді мною, хто потребує моєї допомоги». Лейтмотивом її вчення і подвижництва були слова Христа: «Оскільки ви зробили це одному з братів Моїх, то зробили Мені».

Вона розповідала: «Мене часто запитують: коли зникнуть голод, бідність, хвороби на землі? Відповідь одна – тоді, коли ти і я почнемо ділитися. А щоб полюбити бідного, ми самі повинні стати бідними... Найгірші захворювання сьогодні – не проказа, СНІД або туберкульоз, а швидше, почуття непотрібності та самотності».

*Медсестра і практика*

Медсестра особисто відповідає за виконання своїх обов'язків на практиці і за постійне

підвищення кваліфікації. Вона намагається виконувати роботу якнайкраще.

Медична сестра приймає виважені рішення про особисту компетенцію, даючи і беручи на себе доручення.

Виконуючи професійні обов'язки, медсестра повинна постійно поводитися так, щоб не підірвати довіри до професії. Все це викладено у клятві основоположниці медсестринської справи Флоренс Найтінгейл.

*Клятва Флоренс Найтінгейл*

«Перед Богом і перед обличчям присутніх, я урочисто обіцяю жити життям, наповненим чистотою, і чесно виконувати свої обов'язки.

Я буду стримуватися від всього ядовитого і поганого і ніколи свідомо не використаю і не призначу медикаменти, які можуть спричинити шкоду.

Я зроблю все, що в моїй силі, щоб підтримувати і підвищувати рівень моєї професії. Я буду зберігати в таємниці всю особисту інформацію, яка буде в моєму розпорядженні під час роботи з пацієнтами та їх родичами.

Я буду віддано допомагати лікарю в його роботі і присвячу себе невтомному піклуванню про благополуччя всіх доручених мені.

Клянуся! Клянуся! Клянуся!» [4].

*Медсестра і співробітники*

Медсестра підтримує взаємини співробітництва з іншими медичними медсестрами і з тими, з ким їй доводиться працювати.

Медсестра вживає необхідних заходів для безпеки пацієнта, якщо його стану загрожує небезпека зі сторони співробітників або інших людей [4].

Колегіальність у медицині – це не тільки дотримання відповідних етичних норм, а своєрідне колективне надбання професійного досвіду; це школа, де набувають медичної майстерності через інформацію, що передається вербальним шляхом за максимально короткий проміжок часу.

Психологічний клімат у медичному колективі – не просто сукупність особистих якостей його співробітників. Він утворюється внаслідок взаємин між членами колективу. Джерелом складних взаємин у деяких медичних колективах часто є відсутність творчої роботи по спрямуванню зусиль його членів на виконання основного завдання – боротьби за здоров'я хворого. Висока культура медсестер передбачає вимогливість кожної медсестри до себе, вміння тактовно та у доброзичливій формі звернути увагу своїх колег на їхні недоліки в роботі, а також вміння сприйняти зауваження щодо своєї особи. Самовпевненість і зарозумілість у роботі

медичних працівників неприпустимі, і в інтересах хворого треба виявляти максимум такту і самодисципліни. Усі ці складові регулюються нормами професійної етики медичного працівника [5].

Найважливіші міжособистісні стосунки медичних сестер у колективі:

- медична сестра – керівництво медичного закладу;

- медична сестра – лікар;

- медична сестра – середній та молодший медичний персонал;

- медична сестра – пацієнт та його родичі або відвідувачі.

Принципи взаємодії «лікар – медсестра»:

- принцип розмежування функцій;

- принцип чіткого функціонального обмеження;

- принцип партнерства.

У взаємовідносинах медсестри з пацієнтами, колегами, лікарями та іншим медичним персоналом не без виникнення конфліктів та їх наслідків. Проява їх має різну ступінь та різні прояви, як зокрема:

Медична сестра – пацієнт (представник пацієнта, відвідувач тощо):

- псування міжособистісних стосунків;

- погіршення стану здоров'я або смерть пацієнта, що може стати причиною судового розгляду конфлікту та виплати компенсації;

- псування ділової репутації медичного закладу;

- розголошення відомостей про конфлікт у ЗМІ;

- зменшення кількості пацієнтів та прибутків медичного закладу;

- зменшення додаткових матеріальних винагород (премій).

Медична сестра – лікар:

- псування міжособистісних стосунків, зниження рівня довіри;

- псування ділової репутації медичного закладу (у разі публічності конфлікту);

- ймовірність додаткових перевірок якості виконання професійних обов'язків з боку керівництва.

Медична сестра-керівник – медична сестра-підлегла:

- псування міжособистісних стосунків, зниження рівня довіри;

- псування ділової репутації медичного закладу (у разі публічності конфлікту);

- ймовірне зменшення додаткових матеріальних винагород (у разі обов'язкового попереднього подання відповідних доповідних записок медичною сестрою-керівником);

- ймовірність додаткових перевірок якості виконання професійних обов'язків з боку керівництва;

- створення неприйнятних робочих умов та ймовірність кадрових змін.

Медична сестра – медична сестра або молодший медичний персонал:

- псування міжособистісних стосунків, зниження рівня довіри;

- псування ділової репутації медичного закладу (у разі публічності конфлікту).

Медична сестра-керівник – лікар-керівник:

- псування міжособистісних стосунків, зниження рівня довіри;

- погіршення роботи медичного закладу взагалі або його окремих структурних підрозділів;

- погана скоординованість дій старшого та середнього і молодшого медичного персоналу;

- зниження якості медичної допомоги / медичних послуг;

- створення неприйнятних робочих умов та ймовірність кадрових змін.

Запобігання міжособистісним конфліктам полягає в наступному:

- виховання внутрішньої культури середнього та молодшого медичного персоналу (колективне та індивідуальне), у тому числі донесенням до свідомості правил корпоративної етики;

- побудова взаємовідносин із дотриманням субординації та взаємоповаги;

- створення сприятливого робочого мікроклімату;

- ввічливе ставлення до всіх співробітників незалежно від рангу;

- винесення заохочення перед колективом, а стягнень чи доган – в індивідуальному порядку;

- об'єктивний розгляд скарг та претензій, проведення внутрішнього розслідування;

- залучення психолога у разі неможливості вирішити міжособистісний конфлікт самотужки;

- організація корпоративних заходів.

Нові технології в охороні здоров'я, нові методи діагностики і лікування, зростаючі вимоги до рівня медсестринської опіки вимагають високого ступеня компетентності і кваліфікації медичної сестри.

Медсестра, як і інші громадяни, відповідає за здійснення і підтримку заходів, спрямованих на задоволення громадських запитів у галузі охорони здоров'я.

Сучасна медична сестра – це висококваліфікований спеціаліст, професіонал, людина з широким світоглядом, яка добре орієнтується не тільки в своїй професії, але і в проблемах охорони здоров'я і соціальной сфері в цілому [6].

Професію медичної сестри вже давно розглядають як одну з ключових професій, тому медсестра – це унікальна, суспільно активна особистість, яка вдосконалює свої професійні, психологічні якості з метою забезпечення оптимального догляду за пацієнтом.

**Висновок.** Етико-деонтологічні принципи повинні бути фундаментально покладені в основу поведінки та професійної діяльності медсестри. Вони повинні керуватись міжнародними деклараціями про права людини, Конституцією і Законами України, загальнолюдськими моральними цінностями, принципами і нормами професійної етики та духовним надбанням нашої національної культури.

Високий професіоналізм та майстерність середнього медперсоналу лише в тісному поєднанні з високими моральними засадами дасть позитивні результати в оздоровленні населення України. Без останнього роботу медсестри можна буде вже в найближчому часі замінити високотехнологічними маніпуляторами.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Мальный энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. – Петербург : Издательское общество «Ф. А. Брокгауз – И. А. Ефрон», 1907–1909 (в современной орфографии).

2. Бейлін П. Ю. Твори : в 2 т. / П. Ю. Бейлін ; худ. В. В. Рудченко. – Т. 2 : Рік щастя. Поговори зі мною лікарю. – К. : Дніпро, 1985. – 488 с.

3. Маленька велика жінка [Електронний ресурс] / Клара Гудзик // Газета «День». – Режим доступу : <http://www.day.kiev.ua/uk/article/cuspilstvo/malenka-velika-zhinka>

4. Клятва Флоренс Найтінгейл [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.medcestre.ru/klyatva-florens-najtingejl/>

5. Етичний кодекс професійної етики міжнародної ради медсестер [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medvisnyk.org.ua/content/view/full/18/9/> – Назва з титул. екрану.

6. Етичний кодекс медичних сестер України, 1999.

Отримано 25.11.14



## ВІСЦЕРАЛЬНІ СКОЛІОЗИ. МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ

І. Г. Жердецький

*Харківський базовий медичний коледж № 1*

---

У статті коротко викладено закономірності формування деформації хребетного стовпа у грудному та поперековому відділах хребта в зв'язку з функціональними порушеннями внутрішніх органів і оцінено ефективність масажу живота та очисної терапії для корекції поперекового, грудо-поперекового і комбінованих сколіозів.

---

## VISCERAL SCOLIOSIS: METHODS OF CORRECTION

I. G. Zherdetskiy

*Kharkiv Base Medical College № 1*

---

The article summarizes the patterns of forming the spine deformity in the thoracic and lumbar spine in connections of functional disorders of the internal organs and evaluates the effectiveness of abdominal massage and purifying therapy for the correction of lumbar, chest-lumbar and combined scoliosis.

---

**Вступ.** Функціональні сколіози (ФС) характеризуються зміною вираженості та спрямованості фізіологічних вигинів хребта, сформованих за законами біомеханіки, які супроводжуються неоптимальністю статичної і динамічної, що зворотне під впливом методів мануальної терапії [1].

Вісцеральні сколіози є наслідком функціонального порушення внутрішніх органів, що супроводжується зниженням тону асоціативних м'язів і гіпертонусом м'язів-антагоністів.

Функціональний сколіоз при дисфункції товстого кишечника виникає при функціональній слабкості квадратного м'яза попереку з боку ураженого кишечника і вкорочення антагоніста – квадратного м'яза попереку протилежної сторони.

Особливістю формування є переважна деформація грудного відділу хребта в сторону вкороченого квадратного м'яза попереку.

Функціональний сколіоз при дисфункції печінки виникає при функціональній слабкості великого грудного м'яза і вкорочення антагоністів – міжлопаткових, круглих, середніх порцій трапецієподібних, малих грудних м'язів.

Особливістю формування є переважна деформація грудного відділу хребта у вигляді гіпо-

лордосколіозу в поєднанні з крилоподібним положенням лопатки.

Функціональний сколіоз при дисфункції нирок виникає при односторонньому ураженні нирок та характеризується функціональною слабкістю *musculus iliopsoas* з однойменної сторони і вкорочення антагоністів – *musculus iliopsoas* з протилежного боку. При двосторонньому ураженні нирок – функціональна слабкість *musculus iliopsoas* з двох сторін і вкорочення екстензорів поперекового відділу – квадратних м'язів попереку.

Особливістю формування є переважна деформація грудо-поперекового переходу у вигляді гіперлордоз сколіозу в бік укороченого *musculus iliopsoas* м'яза (при ураженні однієї нирки) або гіперлордоз при ураженні двох нирок [1].

Оскільки хребет є єдиною структурою, то формування деформації в одному відділі або зміщення одного хребця призводить до сколіотичної деформації. Це складна компенсаторно-адаптивна реакція всього хребетно-кінематичного ланцюга у відповідь на патологію в будь-якому відділі хребта [2].

Управління функціями окремих внутрішніх органів здійснюється сегментарними вегетативними центрами, а саме – симпатичним стовбу-

ром, який розташовується по обидва боки хребетного стовпа. Наявність триплщинної деформації хребетного стовпа, або сколіозу, спричиняє порушення сегментарної іннервації внутрішніх органів, що може проявитися порушеннями регуляції в діяльності серцево-судинної і травної систем, порушенням функції зовнішнього дихання [3].

ФС – одне з найпоширеніших порушень опорно-рухового апарату (ОРА). Незважаючи на значну кількість опублікованих методик, питання ефективності залишається актуальним, особливо в практиці медичної сестри масажного кабінету. Введення в програму навчання масажу медсестер трьох остеопатичних технік тестування таза дозволило б істотно прискорити оцінку біомеханічних порушень до та після маніпуляцій.

Послідовність проведення тестування:

- 1) тест на функціональну різницю довжини ніг (ФРДН). Тест короткої ноги;
- 2) тест на торсію таза;
- 3) флексійний тест.

Діагностичні критерії скрученого таза (блоку *articulatio sacroiliaca* зчленувань) – асиметричне розташування верхніх передніх і задніх остей *os ilium*.

**Основна частина.** У навчально-лікувальному медичному центрі «Аратта» Харківського базового медичного коледжу № 1 було обстежено групу пацієнтів у кількості 74 чоловік, які звернулися зі скаргами на біль в ділянці попереку, крижів. 17 (23 %) пацієнтів чоловічої статі віком від 6 до 54 роки. 57 (77 %) пацієнтів жіночої статі віком від 7 до 58 років. Середній вік ( $34 \pm 10,2$ ) року.

За результатами УЗД всі пацієнти мали різні порушення: шлунково-кишкового тракту в 87 % хворих, гастралгії – у 27 %, гастроптоз 1–2 ст. – у 18 %, а також нефроптоз 1–2 ст. – у 34 %, гінекологічні та урологічні порушення – в 52 %.

У 59 осіб домінували скарги на різноманітні розлади з боку шлунково-кишкового тракту: порушення травлення, печія, біль в епігастрії, здуття, запори, дисбактеріоз.

Порушення з боку сечостатевої системи, які характеризувалися більш частими сечовипусканнями, болями внизу живота, порушеннями менструального циклу, зниженням статевої функції, спостерігалися у 32 осіб.

Всі пацієнти були попередньо обстежені за місцем проживання або місцем останнього проходження лікування, проходили тести на функціональну різницю довжини ніг, флексійний тест. ФРДН становила від 12 до 3 мм. Для візуалізації положення хребців проводилася їх розмітка фломастерами зеленого кольору до корекції і червоного кольору після корекції.

Особливу увагу при огляді звертали на: характер дуги хребта при нахилі вправо і вліво, положення передньоверхніх остей клубових кісток, положення задніх остей клубових кісток.

Оцінка постави проводилася за прийнятими в ортопедії методиками в положенні стоячи, сидячи та лежачи, з гравітаційним навантаженням. За зміною вигину хребта встановлювали ступінь стабільності деформації. У положенні хворого лежачи на спині за допомогою мануального м'язового тестування за Гутхардом досліджували функціональний стан м'язів тулуба [4].

Всі пацієнти паралельно з масажем живота проходили протипаразитарний курс препаратом «Тройчатка Евалар» у поєднанні з очисними клізмами.

У всієї групи пацієнтів (74 чол.) незалежно від варіанта вісцерального сколіозу очисна терапія сприяла зняттю спастики в найбільш проблемних органах і навколоорганних просторах. 56 (90,5 %) осіб перестали скаржитись на розлади з боку ШКТ. Тільки у 3 пацієнток (9,5 %) зберігалася схильність до запорів. Зменшення частоти сечовипускання відзначили 17 (53,12 %) пацієнтів, зменшення болю внизу живота – 30 (93,75 %) осіб, в жінок у період лікування перший менструальний цикл був болючіший, ніж наступні цикли.

У 69 (93,24 %) пацієнтів зникла ФРДН, у 5 (6,76 %) скоротилася від 4 до 2 мм. У 71 (95,94 %) пацієнтів усунена торсія таза, у 3 (4,06 %) пацієнтів вона значно зменшилась. 70 пацієнтів (94,6 %) позбулися від болю в ділянці попереку і крижів, 4 пацієнти (5,4 %) відзначали значне зменшення болю. У всіх пацієнтів спостерігали корекцію у всіх ділянках опорно-рухового апарату, відзначали поліпшення загального самопочуття, збільшення працездатності, нормалізацію психоемоційного статусу та вегетативного гомеостазу пацієнта.

**Висновки.** 1. Розподіл ФС за ступенем вісцерального, суглобового, зв'язкового, краніального генезу досить умовний, тому що сколіотичні деформації поширюються на весь опорно-руховий апарат.

2. Очисна терапія позитивно впливає на динаміку корекції постави.

3. Запропоновані тести дозволяють швидко оцінити стан опорно-рухового апарату та об'єктивізувати стан пацієнта.

4. Спостереження за пацієнтами протягом 3 місяців показали зростання позитивної динаміки корекції ОРА, що підтверджує правильність обраного підходу в реабілітації хворих, які мають поєднану патологію шлунково-кишкового тракту і опорно-рухового апарату.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Васильева Л. Ф. Функциональные сколиозы различного генеза / Л. Ф. Васильева. – М. : «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», 2009. – 117 с.
2. Толстоносов А. А. Мануальное кредо: народные методы массажа, авторская методика / А. А. Толстоносов. – Кубанское книжное изд-во, 2011. – 212 с.
3. Артёмов В. Г. Кинетические дисфункции костей таза: методические рекомендации для врачей / В. Г. Артёмов. – М. : ООО «ЦИТвП», 2007. – 34 с., 48 ил.
4. Васильева Л. Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и мануальной терапии патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы / Л. Ф. Васильева. – Новокузнецк, 1999. – 115 с.

Отримано 16.01.14

## ДО УВАГИ АВТОРІВ!

При підготовці матеріалів до журналу просимо дотримуватись таких вимог:

1. Стаття повинна містити дані про посаду, науковий ступінь і вчене звання кожного автора, а також прізвище, ім'я, по батькові, адресу, e-mail, телефон і факс автора, з яким можна вести листування і переговори.

2. Надсилати необхідно 2 примірники статті, надруковані на стандартному аркуші формату А4, шрифт «Times New Roman», розмір шрифту 14, інтервал – 1,5. Поля: верхнє – 20 мм, нижнє – 25 мм, лівє – 30 мм, правє – 10 мм. Обсяг оригінальної статті, виключно рисунки, літературу, резюме, не повинен перевищувати 8–10 сторінок, обсяг огляду літератури 12 сторінок машинопису, короткого повідомлення – 3–5 сторінок. Електронний варіант статті необхідно надсилати у форматах \*.doc, \*.rtf, \*.dосх на CD. У статтях повинна застосовуватись система одиниць СІ.

3. **Таблиці** повинні бути надруковані в текстовому редакторі «Word 6.0, 7.0» по тексту статті та оформлені таким чином:

**Таблиця 1.** Назва таблиці.

4. **Рисунки** мають бути встановленими у текст статті й **окремо подані у форматах JPG, TIF, CDR** та оформлені таким чином:

**Рис. 1.** Підпис до рисунка.

5. При посиланні на публікацію її номер, згідно зі списком літератури, слід вказати у квадратних дужках.

6. Статтю викладати за такою схемою:

УДК

**НАЗВА СТАТТІ** (великими літерами, напівжирний шрифт) українською мовою.

**Ініціали та прізвища авторів** (малими літерами, напівжирний шрифт) українською мовою.

Назва установи, місто (малими літерами, курсив, напівжирний шрифт) українською мовою.

**Резюме** українською мовою.

**НАЗВА СТАТТІ** (великими літерами, напівжирний шрифт) англійською мовою.

**Ініціали та прізвища авторів** (малими літерами, напівжирний шрифт) англійською мовою.

Назва установи, місто (малими літерами, курсив, напівжирний шрифт) англійською мовою.

**Резюме** англійською мовою.

**Вступ** (з абзацу). У вступі слід у загальному вигляді окреслити постановку проблеми, зробити аналіз останніх досліджень та публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми, та виділити раніше не вирішені частини загальної проблеми, якій присвячена стаття; сформулювати мету і завдання роботи.

**Основна частина** (з абзацу).

**Висновки** (з абзацу).

**Література.**

Список літератури подається в порядку цитування та відповідно до вимог, наведених у Бюлетені ВАКУ № 5, 2009 р., зокрема:

– **статті:**

1. Котвіцька А. А. Наукові підходи щодо моделювання розвитку соціальної політики у сфері лікарського забезпечення населення / А. А. Котвіцька // Запорізький медичний журнал. – 2008. – № 2. – С. 157–161. **(1 автор)**

2. Немченко А. С. Дослідження соціальних чинників, що впливають на поширення наркоманії на регіональному рівні / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька // Клінічна фармація – 2007. – Т. 11, № 4. – С. 30–34. **(2 автори)**

3. Валькман Ю. Р. Моделирование НЕ-факторов – основа интеллектуализации компьютерных технологий / Ю. Р. Валькман, В. С. Быков, А. Ю. Рыхальский // Системні дослідження та інформаційні технології. – 2007. – № 1. – С. 39–61. **(3 автори)**

4. Пролонгатори ліків на основі полімерних гідрогелів / В. Й. Скорохода, Ю. А. Мельник, Н. Б. Семенюк [та ін.] // Фармацевтичний часопис. – 2009. – № 3. – С. 25–29. **(більше 3 авторів)**

– **дисертації:**

5. Демченко В. О. Організаційно-економічні дослідження зі створення лікарських засобів серцево-судинної дії та розробка технології таблеток ніфедипіну з полімерною оболонкою: дис. ... кандидата фарм. наук : 15.00.01 / Демченко Валерій Олегович. – Запоріжжя, 1997. – 180 с.

– **автореферати дисертацій:**

6. Головкін В. В. Біофармацевтичне обґрунтування складу, технології та дослідження м'яких інтравагінальних лікарських форм з мифенаміну натрієвою сіллю та мепетізолом : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фармац. наук : спец. 15.00.01 / В. В. Головкін. – Львів, 1997. – 18 с.

– **авторські свідоцтва:**

7. А. с. 1458020 СССР, МКИ<sup>3</sup> ВО 5 С 9/06. Аппарат для нанесения пленочных покрытий на твердые лекарственные формы в псевдооживленном слое / И. А. Демчук, Р. А. Беряк, Я. А. Максимович (СССР). – № 3360576/29–08 ; заявл. 1.10.85 ; опубл. 30.03.86, Бюл. № 11.

– **патенти:**

8. Пат. 54177 А Україна. 7 А61К31/00. Стоматологічні плівки антивірусної дії «Віруспен» / Коритнюк Р. С., Давтян Л. Л., Коритнюк О. Я., Дзюбан Н. Ф., Петюнін Г. П.; заявл. 31.05.2002 ; опубл. 17.02.2003, Бюл. № 2.

– **книги:**

9. Бродский В. З. Введение в факторное планирование эксперимента / В. З. Бродский. – М. : Наука, 1976. – 224 с. **(1 автор)**

10. Суберляк О. В. Технологія переробки полімерних та композиційних матеріалів : підруч. [для студ. вищ. навч. закл.] / О. В. Суберляк, П. І. Баштанник. – Львів : Растр-7, 2007. – 375 с. **(2 автори)**

11. Лапач С. Н. Статистичні методи в медико-біологічних дослідженнях з використанням ЕКСЕЛ / С. Н. Лапач, А. В. Губенко, П. Н. Бабич.– К. : Моріон, 2001. – 408 с. **(3 автори)**

12. Методика нормування ресурсів для виробництва продукції рослинництва / [Вітвіцький В. В., Кисляченко М. Ф., Лобастов І. В., Нечипорук А. А.]. – К. : НДІ «Укראгропромпродуктивність», 2006. – 106 с. – (Бібліотека спеціаліста АПК. Економічні нормативи). **(4 автори)**

13. Психология менеджмента / [Власов П. К., Липницький А. В., Ялущикина И. М. и др.] ; под ред. Г. С. Никифорова. – [3-е изд.]. – Х. : Гуманитар. центр, 2007. – 510 с. **(5 і більше авторів)**

– **матеріали конференцій, з'їздів:**

14. Корнієвська В. Г. Оптимальні терміни заготівлі сировини валеріани / В. Г. Корнієвська, М. С. Фурса, Ю. І. Корнієвський // Науково-технологічний процес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів : міжнар. наук.-практ. конф., 6-7 квіт. 2006 р. : матеріали конф. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2006. – С. 40.

7. Редакція залишає за собою право корекції, скорочення і виправлення статті.

8. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, не реєструються. Насамперед друкуються статті передплатників журналу, а також матеріали, що замовлені редакцією.

9. Автор несе повну відповідальність за достовірність даних, наведених у статті, й списку літератури.

10. Статті надсилати на адресу: редакція журналу «Медсестринство», видавництво ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», майдан Воли, 1, 46001, Тернопіль, Україна. Тел.: (0352) 43-49-56; 430927. E-mail: journaltdmy@gmail.com, yastremaska@tdmu.edu.ua

11. Окремим електронним файлом (для розміщення на сайті журналу) потрібно надсилати розширене резюме англійською мовою об'ємом об'єму двох сторінок, яке повинно містити ті ж структурні елементи, що й стаття (вступ, основна частина, висновки).