

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

високим рівнем доходу, 28,2% - у країнах з середнім рівнем та лише 8,3% - у країнах з низьким рівнем доходу [Коваленко В.М., 2020].

Мета дослідження. Дослідження ефективності впровадження КР з використанням телереабілітаційного контролю.

Матеріал і методи дослідження. Аналіз літературних джерел, що доводять безпечність і результативність телемедичної КР.

Результати дослідження. Актуальної потреби набула телереабілітація (ТР), яка має на меті надання особі своєчасної реабілітаційної допомоги належної якості, консультування і супервізії з використанням засобів дистанційного зв'язку у формі обміну інформацією в електронному вигляді, у тому числі, шляхом передачі електронних повідомлень, проведення відеоконференцій. Низка досліджень засвідчили високу безпечність і максимальну ефективність дистанційної КР, зокрема, TELEREN-HF, TRiCH, Fit@Home підтверджують зростання споживання кисню, покращення якості життя, добру переносимість, відсутність серйозних побічних явищ під час виконання фізичних навантажень та доводять, що дистанційна реабілітація є не менш ефективною, ніж у медичному закладі. Метааналіз Kotb A. et al. засвідчив, що телефонна підтримка під час КР зменшує почуття тривоги і депресії, покращує рівень АТ, сприяє відмові від куріння.

Комплексна послуга ТР вимагає кількох складових ефективного втручання: оцінка та вибір пацієнта на основі протипоказань для дистанційного тренування, моніторинг активності пацієнта, зворотній зв'язок за допомогою телефону, електронної пошти, текстових повідомлень, соціальних мереж, відеоконсультацій. ТР рекомендовано починати з особистої консультації для оцінки профілю ризику пацієнта, його фізичних можливостей, психосоціальних факторів, встановлення цілей реабілітації, вибору безпечних фізичних тренувань. Послуги з ТР мають надавати мультидисциплінарні реабілітаційні команди з формуванням індивідуального реабілітаційного плану та повинні включати фізичні тренування, модифікацію способу життя, освіти та психологічні втручання. Безпечність фізичного навантаження найбільше викликає пересторогу та досить часто саме кінезіофобія слугує перешкодою для ефективної КР. Обґрунтовано розпочинати з дистанційного низькоінтенсивного тренування у поєднанні з вправами на опір і гнучкість, які обираються індивідуально. В якості ефективного заходу безпеки під час виконання фізичних вправ, особливо на початку КР та в групі пацієнтів високого ризику, є присутність члена сім'ї або іншої особи, яка також має пройти відповідне навчання мультидисциплінарною командою. Це дозволить контролювати ефективність, безпечність і технічне виконання зворотнього зв'язку з реабілітаційною командою.

Висновок. Телереабілітація як альтернативний або додатковий метод реабілітації має ряд переваг і не поступається в ефективності амбулаторним втручанням за умови індивідуально сформованого реабілітаційного плану. Серед переваг слід відзначити доступність кваліфікованої реабілітаційної допомоги, розвиток самодисципліни пацієнта, контроль рухової активності, зменшення шкідливих звичок, поступовий розвиток впевненості, формування корисних звичок, економічну та фінансову вигоду.

Бачу М.І.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ФОРМУВАННІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО СЕРЕДОВИЩА

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає реабілітацію як «комбіноване та координоване застосування медичних, психологічних, соціальних, педагогічних та професійних заходів для підготовки та перепідготовки (перекваліфікації) індивіда на оптимум його працездатності». У широкому значенні слова терапевтичне середовище є комплексом різних факторів і впливів на хворого.

Мета дослідження. Однак у сучасному розумінні терапевтичне середовище – це насамперед система соціальних відносин, що складаються в стаціонарі та в найближчому

окрузі пацієнта (лікарі, медичний та персонал, інші пацієнти), які можуть бути і психотравмуючими, і саногенними. Ці положення про терапевтичне середовище є універсальними та актуальними для будь-якої форми організації лікувального процесу (стаціонарної, амбулаторної, напівстаціонарної тощо), і не залежать від нозологічного профілю медичного закладу.

Матеріал та методи дослідження. Аналіз даних вітчизняної та закордонної літератури за темою дослідження.

Результати дослідження. Медсестра проводить з хворими значно більше часу, ніж, наприклад, лікар, а отже, може надавати і більший вплив на кожного пацієнта та на психологічний клімат відділення в цілому. Під час виконання своїх професійних обов'язків медсестра взаємодіє з молодшим медичним персоналом, задаючи основний напрямок цих відносин та формуючи психологічний клімат усього колективу. У цьому контексті виявляється ще одна важлива роль медсестри – виховна та освітня. Крім того, медсестра спілкується з родичами, товаришами по службі, знайомими пацієнтів, інформуючи про їхній стан, пояснюючи режимні моменти. Базисною передумовою довіри пацієнта медсестри є її кваліфікація. Особливих психологічних знань та особистісних ресурсів (терпимість, толерантність, терплячість, емоційна врівноваженість) вимагає робота з хронічними хворими, які страждають на невиліковні захворювання (СНІД, рак та ін.), з умираючими. У цих ситуаціях для ефективного професійного функціонування потрібні як певні особистісні якості, а й цілком конкретні прийоми і методи психологічного підстроювання, продуктивного і безконфліктного взаємодії, зниження тривожності, тобто. навички, що дозволяють створити сприятливу терапевтичну атмосферу. До останніх належать емпатійність, позитивне прийняття, безоцінність, неупередженість, вміння слухати і чути, зчитувати невербальну інформацію, знімати емоційне напруження хворої людини в умовах невизначеності, незнайомого оточення, загальний позитивний настрій. Однак слід пам'ятати, що на словесну інформацію припадає лише від 5 до 20%; решта її частини передається за допомогою невербальної комунікації (контакт очей, мімічні прояви, положення тіла – поза, ритм дихання, інтонації, тембр мови, її послідовність, швидкість, наявність пауз). У процесі формування терапевтичного середовища не можна не враховувати і правильну організацію простору та часу спілкування. Найкомфортніше спілкування в межах особистої зони – від 40 см до 2 м. Поспіх, прояви нетерпіння, занепокоєння, «паралельні» діалоги, відволікання у процесі розмови навряд чи створять обстановку довіри та відвертості. Емоційна стабільність медсестри, рівний, спокійний настрій, оптимістичний настрій викликають почуття надійності та також сприяють встановленню довірчих стосунків. Необхідно враховувати особливості хворих з різними видами патології.

Висновки. Щоб ефективно задіяти перераховані психологічні складові терапевтичного середовища, необхідно враховувати психічний стан і самих медичних працівників, включених у міжособистісну взаємодію з пацієнтом, що передбачає оволодіння не лише переліченими навичками, а й прийомами регулювання власних емоційних станів, подолання стресу, власного психологічного середовища, включаючи синдром емоційного вигорання.

Білецький С.В.

МЕТАБОЛІТОТРОПНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ КОМОРБІДНОЇ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра сімейної медицини

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Останнім часом проблемі ко- і поліморбідності в терапії стали приділяти велику увагу. Загальновідомо, що з захворювань серцево-судинної системи гіпертонічна хвороба (ГХ) найбільш часто поєднується з ішемічною хворобою серця (ІХС). У патогенезі ГХ та багатьох захворювань міокарда значну роль відіграє активація вільнорадикального окиснення. Активація процесів пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) та пригнічення