

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації

МАТЕРІАЛИ

III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку,
проблеми та перспективи»

8 вересня 2023 року



ПОЛТАВА

2023

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Краснова О. І., Белікова І. В.**

«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2023; Полтава).

Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 8 вересня 2023 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – 165 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів медичної реабілітації в Україні фахівцями різних спеціальностей, питанням медичної та психологічної реабілітації військовослужбовців та правоохоронців, постраждалих внаслідок бойових дій, оптимізації роботи реабілітаційних закладів під час військової агресії РФ та в мирний час.

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

©Полтавський державний медичний університет, 2023

При масуванні привушних залоз у 16 дітей (64%) отримано прозорий секрет, у 6 - 24% він мав підвищену в'язкість та поодинокі дрібні білісуваті пластівцеві включення. За рахунок збільшення кількості ротової рідини швидкість саливації підвищилась до $0,2 \pm 0,03$ мл/хв, а кількість паротидного секрету зростала до $0,4 \pm 0,03$ мл/за 10 хвилин у пацієнтів зі збереженою функціональною активністю залоз.

Цитологічне дослідження паротидного секрету дозволило встановити значне зниження щільності фонового поля, а його клітинний склад не змінився тільки у 3 пацієнтів (16%), у решти 22 - 84% в цитограмах прослідковувалися лише поодинокі нейтрофіли, або їх мілкі скупчення з превалюванням збережених форм. Ультразвукове обстеження дало змогу встановити вагоме зменшення кількості та розмірів сіалектазів, товщини і щільності капсули та зниження ступення ехогенності самої паренхіми.

Висновки. Застосування місячного курсу комплексного протирецидивного лікування залишкових явищ після загострення хронічного паренхіматозного паротиту дозволяє значно покращити якісні властивості ротової рідини, паротидного секрету і його клітинного складу, підвищити функціональну активність привушних залоз за рахунок усунення інфільтративних змін в її структурних елементах.

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ПІД ЧАС НАВЧАННЯ ЯК ПРОФІЛАКТИКА РАНЬОГО ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

А. В. Хайлов¹, В. О. Коршенко²

¹ДУ «Полтавський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», Полтава

²Полтавський державний медичний університет, Полтава

Емоційне вигорання (інші назви — професійне вигорання, синдром емоційного вигорання) є серйозною проблемою психічного здоров'я лікарів, медсестер та інших медичних працівників у всьому світі. Кількість

досліджень з емоційного вигорання неухильно збільшується, що свідчить про надзвичайну актуальність питань його діагностики та терапії. Порівняно з іншими категоріями фахівців, лікарі мають підвищені ризику розвитку синдрому емоційного вигорання. Власне, процес емоційного вигорання майбутніх лікарів починається ще у студентські часи, адже навчання в медичному університеті саме собою є складним, виснажливим та наповненим стресогенними чинниками. Одним із важливих індивідуальних чинників ризику виступає змінена ієрархія цінностей студентів медичного коледжу — знецінена цінність здоров'я та щастя, які виступають факторами ризику швидкого прогресування вигорання до фази виснаження. Отже, цей процес розпочинається ще до початку професійної кар'єри. Надалі відбувається зіткнення молодих фахівців із низкою чинників, кожен із яких провокує погіршення емоційного стану та створює ризик прогресування емоційного вигорання.

У літературі щодо вигорання виснаження є найбільш широко відомим та найбільш ретельно проаналізованим компонентом цього синдрому є виснаження — усі теоретичні моделі вигорання включають виснаження як ключовий компонент. Медсестра є однією з найуразливіших професій у медицині. Емоційне вигорання у медсестер пов'язане з низкою соціодемографічних і професійних чинників, частина з яких є схожою з такими у контингенту лікарів, а частина є відмінною, що викликає потребу досліджувати ці фактори та їхній зв'язок із професійним вигоранням.

Відомо, що у медсестер емоційне вигорання настає швидше, ніж у лікарів, що пов'язано з високим виробничим навантаженням, цілодобовим режимом роботи та низкою інших чинників.

Професійна діяльність має бути джерелом задоволення, економічних і професійних досягнень, демонструвати значущість ролі особи у функціонуванні суспільства.

Дані дослідження del Carmen Рйrez-Fuentes etal за участю 1307 осіб підтвердили взаємозв'язок низки соціально-демографічних та психологічних

змінних на розвиток емоційного вигорання серед медсестер. Дослідники виявили що безперервний досвід роботи, надання послуг великій кількості пацієнтів протягом робочого дня та чоловіча стать пов'язані з найвищими показниками емоційного вигорання.

Недостатня інфраструктура, нестача необхідного обладнання, низька заробітна плата, надмірна кількість завдань, невідповідний робочим потребам обсяг персоналу, недостатнє професійне визнання є чинниками ризику емоційного вигорання медсестер у госпіталях.

Ці дані доповнюють результати іншого дослідження, яке продемонструвало, що дефіцит персоналу, конфлікти між членами мультидисциплінарної команди, відсутність сильного лідера є важливими причинами зниження якості роботи середнього медичного персоналу. Недостатня автономність із надмірним контролем із боку керівництва є чинником, що посилює емоційне виснаження та деперсоналізацію, пригнічує професійну успішність, а слабкий контроль над професійним середовищем посилює емоційне виснаження.

Так само, як і лікарі, медсестри часто взаємодіють з пацієнтами, причому їхня комунікація має ще більш обслуговуючий характер, ніж у лікарів, окрім того, вони проводять більше часу з хронічно чи невиліковно хворими, спостерігаючи за їх стражданнями протягом тривалої кількості часу.

Ці чинники також сприяють поступовому виснаженню ресурсів організму, підвищенню емоційного напруження та розвитку ознак емоційного вигорання. Низка психологічних рис також слугує чинниками ризику виникнення емоційного вигорання. Високий нейротизм є одним із чинників. Є дані, що складові емоційного інтелекту та самоефективність (self-efficacy) слугують захисними чинниками та зменшують ознаки емоційного вигорання.

У галузі охорони здоров'я також дуже важливо отримувати позитивні відгуки від пацієнтів та колег по роботі — слова вдячності, визнання

професійних успіхів, прояв поваги до особи, інформування пацієнтами щодо змін у їхньому самопочутті або планів на лікування, обговорення з колегами майбутнього кар'єрного розвитку і відсутність цих позитивних відгуків породжує значний ризик розчарування у професії і, як наслідок, початок емоційного вигорання.

Вік має обернену кореляцію з емоційним вигоранням, що свідчить про підвищений ризик появи цього синдрому у молодих медсестер, які лише починають свій професійний шлях. До найвжливіших індивідуальних чинників захисту, на думку дослідників, належать самопізнання (self-knowledge), самопіклування (self-care) та реалістичне бачення власної роботи.

Самопізнання полягає у розумінні власних потреб та можливостей, а також обмежень, і потребує підвищеної рефлексивності та розуміння власних емоцій. До навичок турботи до себе входять навички досягнення фізичного благополуччя дотримання здорового харчування й фізичної активності та психологічного благополуччя, вміння знаходити час для особистого життя, техніки заспокоєння, медитація, звернення до психологічної допомоги, гумор.

Реалістичне бачення власної роботи складається з:

- 1) уміння вибирати ранжувати завдання, встановлювати пріоритети, встановлювати досяжні цілі, вміти йти на компроміси та не долучатися водночас до занадто багатьох видів діяльності;
- 2) не бути постійно готовим роботи все можливе для кожного пацієнта;
- 3) вміння відмовлятися від додаткових завдань та обов'язків.

До інших захисних чинників численні дослідники також відносять: хороші професійні стосунки, емоційну взаємодтримку між колегами, командну роботу для уникнення ізоляції, групове прийняття рішень, ефективного лідера, грамотну організацію — виділення достатньої кількості часу для консультацій пацієнтів та паперової роботи тощо. Емоційне вигорання медичних працівників пов'язане з низкою чинників ризику, які можна розділити на трудові, соціальні та психологічні. Найбільшу вагу щодо

виникненні синдрому мають робочі чинники. Крім того, низка професійних, соціальних та психологічних чинників пов'язані зі зниженням рівня емоційного вигорання, а отже, мають захисні властивості. Основна група захисних чинників від емоційного вигорання це психологічні, як-от емоційний інтелект, емпатія, оптимізм, внутрішній контроль, певні риси характеру.

Отже, незважаючи на багато досліджень на цю тему та останні досягнення психотерапії, нині ми можемо говорити лише про зменшення поширеності емоційного вигорання до рівня десятилітньої давності. Це свідчить про те, що збільшення поширеності емоційного вигорання у всьому світі було сповільнене, проте для подальшого зменшення поширеності потрібні додаткові дослідження з питань профілактики та нові ефективніші та доказові психосоціальні методи роботи з емоційним вигоранням.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ БОЙОВИХ ТРАВМ НОСА ТА ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ

Чернишева І.Е.

Одеський національний медичний університет

Бойові травми носа та біляносових пазух найчастіше мають мінно-вибухове походження і супроводжуються осколковими пораненнями м'яких тканин обличчя та порушенням цілісності кісткових структур. Такі хворі вимагають хірургічного лікування. Після отримання травми виконується зупинка носової кровотечі та хірургічна обробка рани. На госпітальному етапі видаляються сторонні тіла та виконується репозиція та фіксація кісткових відламків верхньощелепної пазухи та відновлення дефектів м'яких тканин.

В післяопераційному періоді перший день, а можливо і декілька днів у хворого відсутнє носове дихання, так як хірургічне втручання найчастіше завершується передньою тампонадою для фіксації кісткових відламків та

<i>Пашков В. М.</i> Право на реабілітацію в ФРН: законодавчі новели.....	115
<i>Петрук Л.Г., Богданов К.Г., Богданов В.К., Петрук Л.О.</i> Отоларингологічні питання медичної реабілітації військових з мінно-вибуховою травмою.....	118
<i>Полторапавлов В.А., Коваль Т.І., Прийменко Н.О.</i> Реабілітація військовослужбовців хворих на COVID-19.....	120
<i>Пухлік С.М. Саленко Л.Ю., Ценколенко О.В.</i> Реабілітація пацієнтів із втратою нюху після ларингектомії.....	125
<i>Ромашко М.В., Горошко В.І.</i> Роль технологій у медичній реабілітації: досвід західних країн та перспективи в Україні.....	128
<i>Скікевич М., Страшко Є., Волошина Л.</i> Комплексний підхід до лікування та обстеження пацієнтів з ПТСР у щелепно-лицевому відділенні.....	132
<i>Старчик Є. М., Виноградов О. О.</i> Медична реабілітація в Україні сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи.....	136
<i>Стоянов О.М., Калашніков В.Й., Вастьянов Р.С., Мащенко С.С., Бакуменко І.К., Калашнікова І.В.</i> Застосування методу постізометричної релаксації в лікуванні пацієнтів з вестибулярною дисфункцією на тлі хронічної ішемії мозку.....	138
<i>Павло І. Ткаченко, Сергій О. Білоконь, Наталія М. Лохматова, Юлія В. Попело, Ольга Б. Доленко, Наталія М.Коротич.</i> Найближчі результати реабілітаційних заходів після загострення хронічного паренхіматозного паротиту у дітей.....	140
<i>Хайлов А. В., Коршенко В. О.</i> Розвиток емоційного інтелекту у медичних сестер під час навчання як профілактика раннього професійного вигорання.....	143
<i>Чернишева І.Е.</i> Реабілітація хворих після бойових травм носа та верхньощелепних пазух.....	147
<i>Чубренко К. С.</i> Роль державного регулювання реабілітації	