

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**МАРЧУК ІРИНА ВАСИЛІВНА**

УДК: 606-08-039.75-083]:614.253.5

**ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ГОТОВНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР  
ДО ДІЯЛЬНОСТІ В СИСТЕМІ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ  
ДОПОМОГИ**

223 – Медсестринство

22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії.

Дисертація містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело \_\_\_\_\_ І.В. Марчук

Науковий керівник – Тимофієва Марина Пилипівна, кандидат психологічних наук, доцент

Чернівці – 2024

## АНОТАЦІЯ

*Марчук І.В.* Формування професійної готовності медичних сестер до діяльності в системі паліативної та хоспісної допомоги. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 223 – Медсестринство (галузь знань 22 – Охорона здоров'я). – Буковинський державний медичний університет, Чернівці, 2024.

Сучасний етап розвитку суспільства потребує реформаційних процесів в освітній галузі. В умовах модернізації усіх сфер життя країни актуалізується проблема розбудови системи вищої освіти. Реалізація сучасних підходів в освіті спроможна забезпечити якісну професійну підготовку майбутніх фахівців. Особливого значення ця проблема набуває у контексті підготовки сестер медичних до здійснення ними паліативної та хоспісної допомоги. До стратегічних завдань, що стоять перед охороною здоров'я, віднесено забезпечення високої якості сестринської допомоги.

Отже, вивчення питання формування професійної готовності сестер медичних до діяльності в системі паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) є актуальним та перспективним напрямком наукового пошуку.

Мета роботи: розробка структурно-функціональної моделі формування професійної готовності медичних сестер до діяльності в системі ПХД з урахуванням психологічно-педагогічних умов і засобів її забезпечення. Наступним етапом стало запровадження елективного курсу «Паліативна та хоспісна допомога» для студентів освітнього рівня (ОР) «бакалавр медицини».

Завдання дослідження: проаналізувати проблеми професійної готовності сестер медичних до фахової діяльності в системі паліативної допомоги та визначити змістовно-критеріальне наповнення її складових; дослідити рівень й особливості прояву професійної готовності сестер медичних до діяльності в галузі ПХД з урахуванням ціннісно-мотиваційної, когнітивно-праксіологічної, особистісно-рефлексивної та соціально-комунікативної компонент; оцінити

чинники ризику зляжисних новоутворень (ЗН) у паліативній практиці медичної сестри; здійснити епідеміологічний аналіз поширеності та коморбідності ЗН серед пацієнтів Північної Буковини, які можуть врешті потребувати паліативного догляду; обґрунтувати структурно-функціональну модель психолого-педагогічних умов і засобів формування професійної готовності сестер медичних до діяльності в галузі ПХД, розробити й апробувати елективний курс «Паліативна та хоспісна допомога» для студентів ОР «бакалавр» та оцінити його ефективність.

Відповідно до мети та завдань дослідження, обрано вибірку дослідження, яку склали: здобувачі освітньої програми «Сестринська справа» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство, працюючі сестри медичні загального профілю, працюючі сестри медичні паліативної служби, пацієнти відділень паліативної допомоги, хоспісів і геріатричних відділень – інкурабельні хворі. Дослідження професійної готовності сестри медичної до діяльності у сфері паліативної допомоги проводилося за стратегією поперечних зрізів у нерандомізованій вибірці, яка представлена двома групами респондентів.

Перша група – фахівці, яку склали здобувачі освітньої програми «Сестринська справа» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти та сестри медичні віком від 19 до 54 років. Середній вік респондентів-здобувачів вищої медичної освіти – 20,28 року (n=100), респондентів-сестер медичних загального профілю – 38,00 року (n=25), респондентів-сестер медичних паліативної служби – 39,07 року (n=28). Середній стаж роботи сестер медичних загального профілю – 18,24 року; сестер медичних паліативної служби – 17,93 року.

Друга група – пацієнти відділень паліативної допомоги, хоспісів та геріатричних відділень – інкурабельні хворі (n=63, з них жінок n=38, чоловіків n=25) віком від 18 до 94 років. Середній вік досліджуваних – 57,46 року.

За даними досліджень було встановлено, що особистісно-рефлексивний компонент професійної готовності здобувачів вищої медичної освіти характе-

ризується, за оцінками експертів, середнім рівнем сформованості усіх його показників: емпатійності, милосердя і толерантності, усвідомлення рівня своєї фахової підготовки у сфері паліативної допомоги і професійної впевненості. При цьому останній показник – усвідомлення рівня власної підготовки та професійна впевненість оцінена експертами найнижче.

На основі аналізу відповідей інкурабельних пацієнтів створено «ідеальний» психологічний портрет сестри медичної паліативної служби. Він включає в себе насамперед риси, притаманні типу поведінки сестра-«мама», на другому місці – сестра-«рутинер», «спеціаліст», «сильна особистість», «акторка» й «нервова». Показано, що особистісний портрет фахівця, котрий ґрунтується на самовідчуттях сестер медичних у роботі з інкурабельними пацієнтами, найбільш наближений до портрету, описаного пацієнтами, у підгрупі сестер медичних паліативної служби, і це свідчить про вагомі показники їхньої професійної готовності до роботи з термінальними хворими.

Міркування фахівців щодо особистісних якостей, які мають бути притаманні сестрі медичній, котра здійснює догляд за пацієнтами у рамках паліативної допомоги, характеризуються тим, що на першому місці абсолютна більшість респондентів тут вбачають наявність у сестри медичної спеціальних медичних знань і навичок із догляду за інкурабельними пацієнтами. Наступні позиції серед названих якостей посідають такі, які властиві для медсестри-«мами»: доброта, милосердя, чуйність, терпіння, співпереживання.

Наголошується на важливості для ефективної медичної практики у паліативній сфері балансу між типами медсестер «мама» і «рутинер»: перші демонструють турботу та емпатію, забезпечуючи пацієнтам комфорт; другі забезпечують чітку організацію і точність у лікуванні. А також на необхідності включення до навчальних програм підготовки сестер медичних обов'язкових завдань, спрямованих на розвиток рефлексивного усвідомлення суб'єктивного значення діяльності у сфері допомоги інкурабельним пацієнтам і власної ролі у цих процесах.

У результаті дослідження ціннісно-мотиваційного компонента професійної готовності показано, що сестри медичні як на етапі додипломної підготовки, так і вже на етапі здійснення професійної діяльності мають бажання надавати паліативну допомогу.

В усіх трьох досліджуваних підгрупах фахівців спостерігається значне домінування дефіцитарних мотивів (у 61% здобувачів вищої освіти, у 76% сестер медичних загального профілю і в 50% сестер паліативної служби): фізіологічні потреби, потреби у безпеці, упевненості, у любові й приналежності, в оцінці й повазі з боку оточуючих, у самоактуалізації – мотиви, які ніколи не можливо задовольнити один раз і назавжди. Інкурабельні пацієнти, описуючи «ідеальну» сестру медичну для паліативної сфери, також на перше місце ставлять дефіцитарні мотиви.

Розроблено та впроваджено елективний курс «Паліативна та хоспісна допомога» для здобувачів освітньої програми «Сестринська справа» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство, а також цикли спеціалізації молодших медичних спеціалістів, фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної освіти і магістрів з медсестринства «Паліативна та хоспісна допомога» спеціальність (кваліфікація) після циклу спеціалізації «сестра медична/ брат медичний з паліативної допомоги» тривалістю 180 годин на післядипломному освітньому рівні.

**Ключові слова:** медсестра, паліатив, хоспіс, професійна готовність, рак, серцево-судинна система, ожиріння, хронічне обструктивне захворювання легень, якість життя, навчання.

## ANNOTATION

*Marchuk I.V.* Formation of professional readiness of nurses to work in the system of palliative and hospice care. - Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the scientific degree of Doctor of Philosophy in specialty 223 - Nursing (field of knowledge 22 - Health care). - Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, 2024.

The current stage of development of society requires reformation processes in the educational field. In the conditions of modernization of all spheres of country's life, the problem of development of a system of higher education is getting actualized. The implementation of modern approaches in education is able to provide high-quality professional training of future specialists. This problem acquires a particular importance in the context of training nurses for palliative and hospice care. The strategic tasks facing health care include the ensuring the high quality of nursing care.

Consequently, study the issue of the formation of professional readiness of nurses for activities in the system of palliative and hospice care is an actual and promising direction of scientific research.

The aim of the study: development of a structural and functional model of the formation of professional readiness of nurses for activities in the PHC system, taking into account psychological and pedagogical conditions and means of its provision. The next stage was the introduction of the elective course «Palliative and Hospice Care» for the students of educational level (EL) «Bachelor of Medicine».

The objective of the study: to analyze the problems of professional readiness of the nurses for professional activities in the palliative care system and determine the content and criteria of its components; study the level and features of the manifestation of the professional readiness of nurses for activities in the field of PHC, taking into account the value-motivational, cognitive-praxiological, personality-reflective and social-communicative components; assess the risk factors for malignant neoplasms (MN) in the palliative practice of a nurse; to carry out an

epidemiological analysis of the prevalence and comorbidity of malignant neoplasms among patients of Northern Bukovina, who may eventually need palliative care, to substantiate the structural and functional model of psychological and pedagogical conditions and means of forming the professional readiness of nurses for activities in the field of palliative and hospice care, to develop and test the elective course «Palliative and hospice care» for students of EL «Bachelor» and evaluate its effectiveness.

In accordance with the purpose and tasks of the research, a study sample was selected, which consisted of: applicants of the educational program «Nursing» for the first (bachelor's) level of higher education in the field of knowledge 22 Health care by the specialty 223 Nursing, working general profile nurses, working palliative care nurses, patients of palliative care departments, hospices and geriatric departments - incurable patients. The study of the professional readiness of a nurse for activities in the field of palliative care was conducted according to the strategy of cross-sections in a non-randomized sample, which is represented by two groups of respondents.

The first group - specialists who were applicants of the educational program «Nursing» for the first (bachelor) level of higher education and nurses aged 19 to 54 years. The average age of respondents-applicants for higher medical education is 20.28 years (n = 100), respondents-nurses of general medical care - 38.00 years (n = 25), respondents-nurses of the palliative care service - 39.07 years (n = 28). The average work experience of the nurses of general profile is 18.24 years; nurses of palliative service - 17.93 years.

The second group - patients of palliative care departments, hospices and geriatric departments - incurable patients (n = 63, of them women n = 38, men n = 25) aged 18 to 94 years. The average age of the studied ones in this group is 57.46 years.

According to the research data, it was found that the personality-reflective component of the professional readiness of applicants for higher medical education is characterized, according to experts, by the average level of formation of all its

indicators: empathy, mercy and tolerance, awareness of the level of their professional training in the field of palliative care and professional confidence. At the same time, the last indicator - awareness of the level of one's own training and professional confidence is rated the lowest by experts.

Based on the analysis of the responses of incurable patients, an ideal psychological portrait of the nurse of medical palliative service was created. It includes primarily the features inherent in the type of behavior of the sister-«mother», in the second place - the sister-«routiner», «specialist», «strong personality», «actress» and «nervous». It is shown that the personal portrait of a specialist, based on the self-perception of nurses in working with incurable patients, is the closest to the portrait described by patients in the subgroup of nurses of the palliative service, and this indicates significant indicators of their professional readiness to work with terminal patients.

Thinking of the experts regarding the personal qualities that should be inherent in a nurse caring for patients within the framework of palliative care are characterized by the fact that in the first place the absolute majority of respondents here see that a nurse has special medical knowledge and skills of caring for incurable patients. The following positions among the above-mentioned qualities are occupied by those that are typical for nurse-«mother»: kindness, mercy, sensitivity, patience, empathy.

It is noted on the importance for effective medical practice in the palliative field of a balance between the types of nurses «mom» and «routiner»: the former demonstrate care and empathy, providing patients with comfort; the second provide clear organization and accuracy in treatment. As well as the need to include, in the training programs of prepatation of nurses, mandatory tasks aimed at the development of reflexive awareness of the subjective significance of activities in the field of assistance to incurable patients and their own role in these processes.

As a result of the study of the value-motivational component of professional readiness, it is shown that nurses at the stage of pre-diploma training, and already at the stage of professional activity, have a wish to provide palliative care.



In all three studied subgroups of specialists, there is a significant dominance of deficit motives (61% of applicants of higher education, 76% of nurses of general profile and 50% of palliative service nurses): physiological needs, needs for safety, confidence, love and belonging, in appreciation and respect from others, in self-actualization - motives that can never be satisfied once and for all. Incurable patients, describing the «ideal» nurse for the palliative field, also put deficit motives in the first place.

The elective course «Palliative and hospice care» for applicants of the educational program «Nursing» for the first (Bachelor's) level of higher education in the field of knowledge 22 Health care in the specialty 223 Nursing was developed and implemented , as well as specialization cycles for junior medical specialists, specialists with professional pre-higher, primary level (short cycle) and the first (bachelor) level of higher medical education and masters in nursing «Palliative and hospice care» specialty (qualification) after a cycle of specialization «nurse / medical brother on palliative care» lasting 180 hours at the postgraduate educational level.

**Key words:** nurse, palliative, hospice, professional readiness, cancer, cardiovascular system, obesity, chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, study.

СПИСОК ПРАЦЬ, У ЯКИХ ОПУБЛІКОВАНІ ОСНОВНІ  
РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Марчук ІВ, Тимофієва МП. Теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми паліативної компетентності медичних сестер. Україна. Здоров'я нації. 2021;4:63-8. doi: [10.24144/2077-6594.4.1.2021.247007](https://doi.org/10.24144/2077-6594.4.1.2021.247007) (здобувачка написала та підготувала статтю до друку).
2. Тимофієва МП, Марчук ІВ, Марчук ОТ. Духовно-особистісна орієнтація практичної діяльності сестер медичних у роботі з паліативними пацієнтами. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2022;7:118-30. doi: [10.32999/2663-970X/2022-7-9](https://doi.org/10.32999/2663-970X/2022-7-9) (здобувачка проаналізувала та статистично опрацювала дані, підготувала статтю до друку).
3. Марчук І, Борисюк А, Тимофієва М, Марчук О. Психологічна підготовка сестер медичних до надання паліативної та хоспісної допомоги як фактор їхньої професіоналізації. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2023;10:317-37. doi: [10.32999/2663-970X/2023-10-16](https://doi.org/10.32999/2663-970X/2023-10-16) (здобувачка проаналізувала та статистично опрацювала дані, підготувала статтю до друку).
4. Марчук ІВ. Психологічний портрет «ідеальної» медсестри з паліативної допомоги з позицій суб'єктивного сприйняття пацієнтів і фахівців (частина 1). Медсестринство. 2023;2:70-8. doi: [10.11603/2411-1597.2023.2.14332](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2023.2.14332) (здобувачка написала та підготувала статтю до друку).
5. Marchuk I, Tymofiiieva M. The psychological portrait of an «ideal» palliative care nurse, as perceived by patients and professionals and theirs subjective experiences. Innovations in the Education of the Future: Integration of Humanities, Technical and Natural Sciences: international collective monograph. Praga: FIT STU in Prague, 2023: 328-339. doi: [10.5281/zenodo.10259802](https://doi.org/10.5281/zenodo.10259802) (здобувачка проаналізувала та статистично опрацювала дані, підготувала розділ монографії до друку).
6. Марчук ІВ. Взаємозв'язок метаболічних дизрегуляцій, ожиріння, патологій органів черевної порожнини, органів дихання, серцево-судинної системи та хронічних порушень нирок як потенційних чинників ризику розвитку

злюжкісних новоутворень у контексті паліативної медичної практики. Буковинський медичний вісник. 2024;28(1):56-60. doi: [10.24061/2413-0737.28.1.109.2024.9](https://doi.org/10.24061/2413-0737.28.1.109.2024.9) (здобувачка проаналізувала та статистично опрацювала дані, підготувала статтю до друку).

#### НАУКОВІ ПРАЦІ, ЩО ЗАСВІДЧУЮТЬ АПРОБАЦІЮ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Тимофієва МП, Марчук ІВ. Актуалізація набуття фахових компетенцій майбутніми сестрами медичними для роботи у системі паліативної та хоспісної допомоги. In: Komarytskyu ML, editor. Proceedings of IX International Scientific and Practical Conference Priority directions of science and technology development; 2021 May 16-18; Kyiv, Ukraine. Kyiv; 2021, p. 175-8 (здобувачка написала та підготувала тези до друку).

2. Тимофієва МП, Марчук ІВ. Комунікативна взаємодія сестер медичних з паліативними пацієнтами. In: Proceedings of the I International Scientific and Practical Conference Problemas y perspectivas de la aplicación de la investigación científica innovadora; 2021 Jun 11; Panama. República de Panamá. Panama; 2021, p. 210-1. doi: [10.36074/logos-11.06.2021.v1.62](https://doi.org/10.36074/logos-11.06.2021.v1.62) (здобувачка написала та підготувала тези до друку).

3. Тимофієва МП, Марчук ІВ, Марчук ОТ. Духовний супровід на завершальному етапі життя. In: Proceedings of the XIX International Scientific and Practical Conference Modern problems in science; 2022 May 17-20; Vancouver, Canada. Vancouver; 2022, p. 362-6. doi: 10.46299/ISG.2022.1.19 (здобувачка написала та підготувала тези до друку).

4. Marchuk IV. Theoretical and methodological analysis of approaches to the study of nurses' palliative competence. В: Матеріали 103-ї підсумкової наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2022 Лют 07, 09, 14; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2022, с. 414-5 (здобувачка написала та підготувала тези до друку).

5. Марчук ІВ. Фактори активізації професійної підготовки майбутніх сестер медичних в сфері паліативної допомоги. В: Матеріали підсумкової 104-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2023 Лют 06, 08, 13; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2023, с. 402-3 (*здобувачка написала та підготувала тези до друку*).

6. Марчук ІВ. Values and motivational aspects of professional readiness of medical nurses for palliative care. В: Матеріали підсумкової 105-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького складу Буковинського державного медичного університету; 2024 Лют 05, 07, 12; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2024, с. 405-6 (*здобувачка написала та підготувала тези до друку*).

#### СПИСОК ПРАЦЬ, ЯКІ ДОДАТКОВО ВІДОБРАЖАЮТЬ НАУКОВІ РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Марчук ОТ, Марчук ІВ. Перспективи практичної реалізації концептів неопатристичного напрямку терапевтичного богослов'я в українському медичному капеланстві. Освітній дискурс: збірник наукових праць. 2022;42(10-12):98-110. doi: [10.33930/ed.2019.5007.42\(10-12\)-10](https://doi.org/10.33930/ed.2019.5007.42(10-12)-10) (*здобувачка написала та підготувала статтю до друку*).

2. Марчук ІВ, Марчук О.Т. Базові патристичні ідеї: накреслення перспектив духовного супроводу в паліативній допомозі. В: II Міжнародній молодіжній конференції «Платон мені друг, але істина дорожча»: теоретико-практичні та методологічні аспекти розвитку сучасних гуманітарних наук; 2024 бер 1; Чернівці, 2024, с.243-5 (*здобувачка провела дослідження, узагальнила результати, підготувала тези*).

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ		16
ВСТУП		17
РОЗДІЛ 1	АКТУАЛЬНІ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ГОТОВНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У СИСТЕМІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	25
1.1	Поняття, принципи, історичні передумови розвитку сучасної паліативної допомоги у зарубіжній і вітчизняній медицині	25
1.2	Аналіз дефініцій, структури і змістово-критеріального наповнення складових професійної готовності медичних сестер до фахової діяльності в системі паліативної допомоги	31
1.3	Психолого-педагогічні умови і засоби формування професійної готовності медичних сестер до діяльності в системі паліативної допомоги	38
РОЗДІЛ 2	МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ	46
2.1	Матеріал і дизайн дослідження. Відповідність вимогам біоетики.	46
2.2	Методи досліджень	51
2.2.1.	Анкетування для визначення рівня професійної готовності фахівців до надання паліативної і хоспісної допомоги	52
2.2.2.	Метод семантичного диференціалу	55
2.2.3.	Метод експертних оцінок	56

2.2.4. Суб'єктивно-оцінний метод	57
2.2.5. Організація дослідження	59
2.2.6. Статистичні методи досліджень	60
<b>РОЗДІЛ 3 КОМПОНЕНТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ГОТОВНОСТІ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ У СФЕРІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ</b>	<b>62</b>
3.1 Особливості особистісно-рефлексивної компоненти професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері паліативної допомоги	62
3.2 Ціннісно-мотиваційні аспекти професійної готовності сестер медичних	72
3.3 Характеристика соціально-комунікативної компоненти професійної готовності сестер медичних	86
3.4 Когнітивно-праксіологічна компонента професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері паліативно-хоспісної допомоги	89
3.5 Взаємозв'язки між компонентами і чинниками професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері паліативно-хоспісної допомоги	102
<b>РОЗДІЛ 4 ОЦІНКА ЧИННИКІВ РИЗИКУ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ У ПАЛІАТИВНІЙ ПРАКТИЦІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ</b>	<b>105</b>
<b>РОЗДІЛ 5 СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ</b>	<b>122</b>
5.1 Моделювання психолого-педагогічних умов і засобів формування професійної готовності медичних сестер	

до діяльності в галузі паліативної та хоспісної допомоги	122
5.2 Ефективність впровадження елективного курсу «Паліативна та хоспісна допомога» для здобувачів освітньої програми «Сестринська справа» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти	136
<b>АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ</b>	142
<b>ВИСНОВКИ</b>	156
<b>ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</b>	160
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	161
<b>ДОДАТКИ</b>	193

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ПХД	Паліативна та хоспісна допомога
ЗН	Злоякісні новоутворення
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
НКРУ	Національний канцер-реєстр України
ОКНП	Обласне комунальне некомерційне підприємство
ХОЗЛ	Хронічне обструктивне захворювання легень
ШКТ	Шлунково-кишковий тракт
ІХС	Ішемічна хвороба серця
ЦВЗ	Цереброваскулярні захворювання
ЗСН	Застійна серцева недостатність
ХХН	Хронічна хвороба нирок
НМТ	Надмірна маса тіла
ЗМТ	Знижена маса тіла



## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Практика паліативної допомоги вже широко використовується у більшості медичних закладів у всьому світі. Сестри медичні в усіх сферах практики упродовж усього життя потребують додаткового навчання для надання паліативної допомоги [151]. Щоб здобути впевненість, отримати моральну силу для практики паліативної допомоги, сестрам медичним потрібні інструкції щодо ключових елементів паліативної допомоги, чіткість їхньої ролі та, звичайно, підтримка від адміністрації закладу охорони здоров'я. Сестри медичні можуть уникати обговорення цих делікатних тем, якщо вони спеціально не навчені навичкам паліативної допомоги, а також не уповноважені брати участь у таких бесідах зі своїми пацієнтами та їхніми родинами. Але це приведе до втрачених можливостей надати необхідну, корисну допомогу пацієнтам.

У Заяві Американської асоціації медсестер та Асоціації хоспісних та паліативних медсестер [125] звучить прямий заклик до усіх сестер медичних очолити і трансформувати паліативну допомогу. У цьому документі Керівний комітет порівняв стандартні компетенції медсестер зі спеціальними навичками паліативних медсестер і виявив, що паліативна допомога є наскрізним виміром медсестринського догляду з прямим впливом на сферу діяльності кожної медсестри. Ця заява також слугує чудовим ресурсом для медсестер, які прагнуть поглибити свої знання щодо паліативної допомоги, надаючи перелік джерел, організацій та документів, що стосуються сестринського паліативного догляду.

В Етичному Кодексі медичної сестри України (ст. 10. «Медична сестра та помираючий хворий») ще з 1999 року зафіксовані вимоги щодо професійних компетентностей сестри медичної у сфері паліативного догляду: «Медична сестра повинна володіти знаннями, уміннями та навичками в обсязі паліативної допомоги, що дає змогу полегшити страждання помираючого. Медична

сестра повинна надати помираючому хворому і його сім'ї психологічну підтримку. Пацієнт має право на гідну людини смерть, право на застосування всіх сучасних засобів, що зменшують передсмертні страждання, право скористатися морально-психологічною підтримкою сім'ї, родичів, друзів, співробітників, а також духовного служителя будь-якої віри» [36].

З огляду на важливість паліативної допомоги для пацієнтів та їхніх сімей у важкий момент їхнього життя, розвиток і підтримка професійної готовності сестер медичних до діяльності у галузі ПХД залишається надзвичайно важливим завданням в умовах викликів сьогодення.

У таких реаліях підготовка молодших медичних спеціалістів вимагає нового осмислення організації, завдань і місця медичної практики. Сучасні вимоги посилюють акцент на проблемі практичної підготовки молодших медичних спеціалістів. Адже українському суспільству потрібні сучасно освічені, моральні, дійові професіонали, що здатні самостійно приймати відповідальні рішення в ситуації вибору, бути мобільними, динамічними, конструктивними спеціалістами.

Теоретико-методологічні, правові та науково-медичні засади організації служби паліативної і хоспісної допомоги в Україні широко обґрунтовано [7,13, 24, 27-28, 39, 46-48, 52-54, 93,105, 120]. Особливості діяльності сестер медичних у сфері паліативної допомоги ґрунтовно досліджено вітчизняними науковцями [2-6, 11, 42-43,45, 89, 99].

Враховуючи відсутність системи підготовки, спеціалізації та підвищення кваліфікації медичних працівників з питань паліативної допомоги, високу затребуваність у такій ланці допомоги та супроводу паліативних хворих, їх родин, актуальним є формування професійної готовності сестер медичних до такого виду діяльності.

**Об'єкт дослідження:** професійна готовність сестер медичних.

**Предмет дослідження:** умови та засоби формування професійної готовності сестер медичних до діяльності в системі паліативної та хоспісної допо-

моги; типологія поведінки медичної сестри; психологічні аспекти роботи з паліативними пацієнтами; компоненти професійної готовності (особистісно-рефлексивний, соціально-комунікативний, ціннісно-мотиваційний); ризики злоякісних новоутворень; моделі психолого-педагогічної і професійної готовності.

**Мета дослідження:** розробка структурно-функціональної моделі формування професійної готовності медичних сестер до діяльності в системі паліативної та хоспісної допомоги з урахуванням психологічно-педагогічних умов і засобів її забезпечення.

Для досягнення поставленої мети було сформульовано наступні **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати проблеми професійної готовності медичних сестер до фахової діяльності в системі паліативної допомоги та визначити змістовно-критеріальне наповнення її складових.

2. Дослідити рівень та складові професійної готовності медичних сестер (особистісно-рефлексивний, соціально-комунікативний, ціннісно-мотиваційний) до діяльності в галузі паліативної та хоспісної допомоги та оцінити особливості поведінкових реакцій.

3. Дослідити типологію поведінки сестри медичної у роботі з інкурабельними пацієнтами у сфері паліативної допомоги.

4. Проаналізувати метаболічні, серцево-судинні, гастроентерологічні, пульмонологічні ризики злоякісних новоутворень органів грудної, черевної порожнини і ендокринної системи у паліативній практиці медичної сестри.

5. Обґрунтувати і розробити структурно-функціональну модель формування професійної готовності медичних сестер до діяльності в галузі ПХД з урахуванням психолого-педагогічних умов і засобів.

6. Розробити й апробувати елективний курс «Паліативна та хоспісна допомога» для здобувачів освітньої програми «Сестринська справа» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство.

**Методи дослідження:** бібліосемантичний; медико-психологічний; соціологічний (опитування, анкетування, самооцінка/самоконтроль); емпіричний (метод експертних оцінок, семантичний диференціал, суб'єктивно-оцінний – методика діагностики спрямованості мислення та провідних особистісних мотивів «Книжкова полиця», методика «Мотивація вибору медичної професії» у модифікації А.А.Василькової); статистично-аналітичний.

**Наукова новизна отриманих результатів.** *Вперше* теоретично обгрунтовано та концептуалізовано поняття професійної готовності сестер медичних до діяльності в галузі паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) з урахуванням змістовно-критеріального наповнення її складових.

*Уточнено та розширено наукові відомості* щодо особистих та професійних якостей, а також психолого-педагогічних умов формування професійної готовності сестер медичних до діяльності в системі ПХД. Професійна готовність сестер медичних забезпечується: відповідними знаннями, професійним мисленням, компетенціями та компетентностями у сфері ПХД, поведінковими та медико-етичними паттернами, стійкою внутрішньою мотивацією допомагати хворим та їх родичам, відповідному рівні розвитку духовного потенціалу і сформованості професійно релевантних особистісних якостей.

*Вперше* на території Північної Буковини проведено аналіз поведінкових реакцій медичних сестер з позиції інкурабельних пацієнтів, які віддали перевагу поведінці сестра-«мама», на другому місці – сестра-«рутинер», відтак «спеціаліст», «сильна особистість», «акторка» і «нервова».

*Отримали подальший розвиток* складові професійної готовності медичних сестер (особистісно-рефлексивний, соціально-комунікативний, ціннісно-мотиваційний) до діяльності в галузі ПХД. Особистісно-рефлексивний компонент професійної готовності медсестер оцінено, як «середній» за рівнем сформованості всіх його показників: «емпатійності», «милосердя і толерантності», «усвідомлення рівня своєї фахової підготовки у сфері паліативної допомоги і професійної впевненості». При цьому останній показник отримав найнижчу оцінку.

*Вперше* встановлено домінування дефіцитарних мотивів (фізіологічні потреби, потреби у безпеці, упевненості, у любові й приналежності, в оцінці й повазі з боку оточуючих, у самоактуалізації) в усіх групах спостереження: у 61% здобувачів вищої освіти, у 76% сестер медичних загального профілю і у 50% сестер паліативної служби, а також у всіх інкурабельних пацієнтів, які описали таку медичну сестру як «ідеальну».

*Отримали нове підтвердження наукові дані про* основні чинники ризику злоякісних новоутворень (ЗН) у мешканців Північної Буковини на підставі аналізу канцер-реєстру, а також коморбідних станів. Ризик розвитку ЗН органів черевної порожнини зростає майже у 3 рази за супутніх цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ), виразкової хвороби шлунку і/чи 12-палої кишки (ДПК) та ко-, поліморбідних станів [OR 95%CI: 1,0-9,30;  $p \leq 0,045-0,009$ ]. Ймовірність появи ЗН органів грудної клітки (системи дихання, серця, межистіння) збільшується у 2,17-15 разів за перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) в анамнезі, наявної застійної серцевої недостатності (СН), надмірної маси тіла (НМТ), чи ожиріння, хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), захворювань сполучної тканини, цукрового діабету типу 2 (ЦД2) і хронічної хвороби нирок (ХХН) [OR 95%CI: 1,09-42,32;  $p \leq 0,045-0,001$ ]. Шанси на розвиток ЗН органів ендокринної системи та статевій сфері зростають у 1,95-5,88 разу за супутніх захворювань периферійних судин, ЦВЗ, НМТ, ожиріння, ко- і поліморбідності [OR 95%CI: 1,0-45,72;  $p \leq 0,044-0,008$ ].

*Нами вперше розроблено* структурно-функціональну модель формування професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері ПХД на підставі результатів емпіричного, соціологічного і медико-психологічного досліджень.

**Практичне значення отриманих результатів.** *Вперше* на підставі створеної нами структурно-функціональної моделі формування професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері ПХД розроблено та апробовано елективний курс «Паліативна та хоспісна допомога» для здобувачів освітньої програми «Сестринська справа» для першого (бакалаврського) рівня вищої

освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство, а також циклів спеціалізації молодших медичних спеціалістів, фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної освіти та магістрів з медсестринства «Паліативна та хоспісна допомога» спеціальність (кваліфікація) після циклу спеціалізації «сестра медична / брат медичний з паліативної допомоги». Вперше сформовано основні теоретико-емпіричні положення курсу ПХД, які можуть бути використані в закладах медичної освіти на додипломному та післядипломному рівнях (для розробки навчальних і методичних матеріалів, інноваційних технологій професійної підготовки сестер медичних, підвищення їх кваліфікації, проведення психолого-педагогічних досліджень, тощо), а також у практичній охороні здоров'я – відділеннях паліативної і хоспісної допомоги, амбулаторних закладах надання медичної допомоги, тощо.

*Вперше деталізовано роль коморбідної патології та основних чинників ризику ЗН у мешканців Північної Буковини, що створює можливість виокремити групи високого ризику пацієнтів із прогресуванням відповідної онкологічної нозології та формує передумови для персоніфікованого лікування, вторинної, третинної і четвертинної профілактики. Окрім того, виконаний аналіз засвідчує цільові стратегічні потреби якісної підготовки середнього медичного персоналу для потреби медичної галузі в системі ПХД.*

*Впровадження результатів дослідження. Результати дисертаційного дослідження впроваджені у практику та використовуються у роботі закладів охорони здоров'я м. Чернівців і Чернівецької області (КНП ВМР «Вашківецька лікарня реабілітації та паліативної допомоги з поліклінічним відділенням», КНП «Сторожинецька багатопрофільна лікарня», КНП «Путильська багатопрофільна лікарня», ЦПМСД «Промінь здоров'я»), про що засвідчують відповідні акти впровадження.*

Основні наукові положення використовуються в освітньому процесі навчальних закладів на додипломному та післядипломному рівнях (КЗВО «Рівне-

нська медична академія», Чернівецький медичний фаховий коледж, Старобільський медичний фаховий коледж, Новоселицький медичний фаховий коледж).

### **Особистий внесок здобувача.**

Дисертація є самостійним науковим дослідженням. Здобувачкою визначено напрямок дисертаційного дослідження, виокремлено мету, методи та завдання дослідження, здійснений аналіз наукової літератури з теми дисертаційного дослідження. Разом із науковим керівником були визначені основні завдання дослідження та сформовані напрями роботи. Авторкою самостійно написано усі розділи дисертації, проведено статистичну обробку отриманих результатів, які проаналізовано та описано у відповідному розділі роботи.

Здобувачкою підготовлені та опубліковані наукові публікації з теми дисертаційного дослідження як одноосібно, так і за співавторства. У цих працях участь авторки є визначальною. Ідеї та розробки співавторів наукових праць авторка в своїй роботі не використовувала.

### **Апробація матеріалів дисертації.**

Основні наукові положення дисертаційного дослідження, його результати й висновки оприлюднені на: III національному конгресі з міжнародною участю з паліативної та хоспісної допомоги (9-10 жовтня 2020); Всеукраїнській науково-практичній конференції (НПК) (з міжнародною участю) «Інтеграція особистісно орієнтованого підходу в систему компетентнісної освіти» (Чернівці, 28 січня 2021); The 9th International scientific and practical conference – Priority directions of science and technology development (Київ, May 16-18, 2021); The XIX International Scientific and Practical Conference «Modern problems in science» (Канада, May 17-20, 2022); I International Scientific and Practical Conference «Problemas y perspectivas de la aplicación de la investigación científica innovadora» (Панама, 11 червня 2021); 103-105 підсумкових НПК з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці; лютий, 2022-2024); II Міжнародній

молодіжній конференції «Платон мені друг, але істина дорожча» (Чернівці, 1 березня 2024).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 14 друкованих праць, у тому числі 6 статей у фахових виданнях (у тому числі 2 – у журналі, що цитується в наукометричній базі Scopus), 7 тез доповідей у матеріалах наукових форумів (із них 2 – закордонні), 1 розділ у колективній монографії.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація викладена на 211 сторінках (151 сторінка основного тексту), складається з анотацій українською та англійською мовами, списку публікацій здобувача, вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (275 джерел, із них – 155 латиницею) та додатків. Робота містить 31 таблицю, ілюстрована 29 рисунками.



**РОЗДІЛ 1**  
**АКТУАЛЬНІ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО**  
**ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ГОТОВНОСТІ МЕДИЧНИХ**  
**СЕСТЕР У СИСТЕМІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ**  
**(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

**1.1. Поняття, принципи, історичні передумови розвитку сучасної паліативної допомоги у зарубіжній і вітчизняній медицині**

На сучасному етапі розвитку суспільства паліативна медицина є надзвичайно актуальною завдяки зростаючому розумінню необхідності гідного та комфортного завершення життя для хворих зі складними та невиліковними захворюваннями. Збільшення тривалості життя і підвищення віку хворих, а також увага до якості медичної допомоги, роблять паліативну медицину вельми важливою.

За даними ВООЗ, щороку приблизно 56,8 мільйона людей, у тому числі 25,7 мільйонів на останньому році життя, потребують паліативної допомоги. У всьому світі лише близько 14% людей, які потребують паліативної допомоги, зараз її отримують.

Демографічне старіння населення уже кілька десятиліть є однією з найбільш актуальних проблем більшості розвинутих країн [123, 164, 205], включаючи й Україну. Процес старіння населення веде до змін картини захворюваності та смертності [1, 267].

Згідно з даними дослідників Ю.І. Губського, В.В. Чайковської, А.В. Царенка [24, 108], на території нашої держави щорічно близько 2 млн. осіб потребують паліативної допомоги. На сьогодні потреба в паліативній допомозі постійно зростає у зв'язку з пандемією COVID-19 та з війною. Отже, проблема паліативної допомоги є надзвичайно актуальною в Україні та світі.

Паліативна допомога чітко визнається правом людини на здоров'я. Сучасна паліативна допомога є важливою галуззю медицини, яка спрямована на

полегшення страждань і покращення якості життя пацієнтів та їхніх сімей, котрі мають невиліковні чи прогресуючі хронічні захворювання й обмежений прогноз життя [62, 111, 121, 270].

Паліативна допомога також включає підтримку пацієнтів та їхніх родин, надання інформації та консультацій, допомогу у прийнятті рішень та плануванні лікування. Відповідно до такої різнонаправленої підтримки пацієнта і родини долучаються різні професіонали, які відіграють однаково важливі ролі, включаючи лікарів, сестер медичних, допоміжних працівників, парамедиків, фармацевтів, фізіотерапевтів і волонтерів – мультидисциплінарний підхід тут є основою [19, 22].

Сучасна паліативна допомога базується на кількох принципах, які визначають її фундаментальні цінності та підходи: цілісний підхід, безболісна терапія, етичні принципи [144].

Зачатки паліативної медицини з'явилися задовго до ХХ століття. Зокрема, ще на початку ХІ століття у Кореї існувало специфічне поняття, котре називало місце для дуже хворих і вмираючих – Dongseodaebiwon. Перший західний письмовий текст, відомий на цей момент, котрий містить за своєю суттю концепцію паліативної допомоги – *Chirurgia* – був написаний у 1363 році Гі де Шоліаком.

Відомий трактат про паліативну допомогу і теорію «*De Cura Pallitiva*» Еліаса Кюхлера був опублікований у 1692 році. Цей текст обговорював хронічні захворювання, пов'язані зі старістю, котрі вже неможливо радикально вилікувати [163].

Перші використання поняття «хоспіс» у процесі організації догляду за помираючими особами згадуються тільки у ХІХ столітті [134]. У 1842 році Жанна Гарньє відкрила перший притулок для помираючих у Ліоні *L'Association des Dames du Calvaire*. Через 30 років в Ірландії сестри милосердя у 1879 році відкрили у Дубліні заклад з надання хоспісної допомоги – хоспіс Богоматері, де надавалася допомога помираючим людям. Також паліативну

допомогу надавав орден матері Мері Айкенхед, який був заснований на початку цього ж століття та призначений для турботи виключно за особами на завершальних етапах життя. Наступний хоспіс цього ордену відкритий в Іст-Енді (Лондон) у 1905 році – хоспіс святого Йосифа. У місті на той час працювали три заклади, засновані протестантськими угрупованнями – «Дім відради», відкритий у 1885 році, «Хоспіс святої Трійці» – 1891 р., «Дім святого Луки для бідних помираючих», заснований у 1893 році [269].

Основоположницею сучасних хоспісів вважається Сесілія Сандерс (Cicely Saunders), яка працювала у Домі святого Луки з 1948 року [236].

У 1967 році Сесілія Сандерс на базі притулку Святого Христофора на околицях Лондона створила перший хоспіс сучасного взірця. У 1969 році дослідниця-психолог, котра тісно співпрацювала з лікарями та медсестрами у хоспісах, Елізабет Кюблер-Рос опублікувала книгу «Про смерть і вмирання», що у свій час стала бестселером і підкреслила значення паліативної допомоги та права пацієнтів на гідне закінчення життя [168]. Не дивлячись на те, що теорія Е. Кюблер-Рос пізніше зазнала значної критики, її внесок у розвиток паліативно-хоспісної допомоги важко переоцінити. Завдяки їй тільки у США було відкрито близько 2500 хоспісів.

У практичну охорону здоров'я термін «паліативно-хоспісна допомога» (ПХД) був введений у 1974 році. Ініціатором цього процесу була Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), яка ввела самостійний напрям надання медичної допомоги інакурабельним пацієнтам з раковою патологією.

У 1981 році Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла Ліссабонську декларацію, яка визначила права пацієнтів на смерть з гідністю [271]. У подальших роках було прийнято рекомендації, стандарти та організації, що сприяють розвитку паліативної допомоги у різних країнах світу, постанови Всесвітньої організації охорони здоров'я, 1982 р., 1990 р., 2002 р., 2007 р.; Познанська, 1998 р., Корейська, 2005 р., Венеціанська, 2006 р. декларації, Будапештські зобов'язання Європейської асоціації паліативної допомоги, 2007 р.,

Нові рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я з організації паліативної та хоспісної медичної допомоги онкологічним пацієнтам у термінальних стадіях захворювання, 2007 р., Сумісна декларація та формулювання зобов'язань з питань паліативної допомоги та лікування болю як права кожної людини, 2008 р. Для розвитку паліативної допомоги у Європейських країнах було присвячено низку рекомендацій Ради Європи [224]. 24.05.2014 р. на 67-ї Сесії ВООЗ було прийнято першу в історії людства Глобальну Резолюцію «Зміцнення паліативної медичної допомоги в якості одного з компонентів комплексного лікування протягом усього життєвого циклу» (WHA 67.19) [13, 26-27].

Україна також долучилася до розвитку паліативної допомоги. У 1992 році було створено першу українську благодійну організацію паліативної допомоги – «Український Госпіс», яка зосереджувалася на розвитку паліативного догляду у хоспісах. Перші хоспіси були створені у 1997-1998 роках у Івано-Франківську (Л. І. Андрієшин) та Львові (Є. Й. Москвяк).

У 2014-2016 рр. науковці, аналізуючи перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року» [46], вказували на першочергові завдання удосконалення вітчизняної системи ПХД за умови вирішення яких, на думку фахівців, в Україні впродовж 10-15 років могла би сформуватися оптимальна та ефективна система ПХД населенню [45, 52].

Відповідно до експертних оцінок, для ефективної організації ПХД в Україні має бути відведено під цей вид допомоги не менше 3,7 тис. стаціонарних ліжок і до цього забезпечення близько 85 тис. хворих щоденно паліативною допомогою в домашніх умовах. Така цифра впливає з підрахунків ВООЗ, котрі вказують на потребу в паліативній допомозі на 100 тис. населення в середньому 7 ліжок у стаціонарах і 10 хворих, які отримують паліативну допомогу вдома [9,14, 37].

Станом на 2016 рік в Україні діяло 2 центри ПХД, 7 хоспісів і понад 60 окремих відділень паліативної допомоги, що забезпечувало доступ до 1500

стаціонарних паліативних ліжок; крім того, 7 виїзних служб надання паліативної допомоги вдома для дорослих та дітей. За оцінками експертів, потреба у паліативній допомозі в Україні на той час була задоволена лише на 15 %. Тому МОЗ розробило і винесло розгляд проект Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року [55, 93].

У 2020 році було видано Наказ МОЗ «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» від 04.06.2020 №1308. Цей нормативний документ затверджує Порядок надання паліативної допомоги.

Експертні оцінки і дослідження науковців показують, що насправді проблеми ПХД актуальні для усього світу й потребують ще багато зусиль і вагомих кроків для їх подолання. Зокрема, це проблеми неефективного розподілу ресурсів на багатьох рівнях надання паліативної допомоги; незадоволення потреби в паліативній допомозі в усьому світі; відособленість цієї галузі від загального охоплення медичною допомогою [253].

Сучасні європейські країни перебувають на різних етапах розвитку паліативної допомоги, як показано в Атласі ЕАРС [128]. Тому досить складно забезпечити баланс стандартів і норм, який враховує таку різноманітність [215].

За даними досліджень Всесвітньої організації охорони здоров'я з приводу особливостей перебігу неінфекційних захворювань, які були проведені у 194 країнах світу у 2019 році, достатнє фінансове забезпечення паліативно-хоспісної допомоги можливе тільки у 68% країн, повноцінне надання цієї підтримки пацієнтам – у 40% країн, що становить досить значну проблему сучасності [267].

З огляду на наявність великої низки проблем, а також необхідності в комплексному підході, паліативну допомогу, як уже йшлося вище, надає мультидисциплінарна команда, куди входять: лікарі, медсестри, соціальні працівники, психологи, душпастирі. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації паліативної допомоги, усьому персоналу такої команди необхідні знання та

компетенції у сфері паліативної допомоги на різних рівнях її надання залежно від того, наскільки вони вже знайомі з різними аспектами цієї роботи [149].

Знаючи, що професію сестри медичної важко описати, актуалізується необхідність визначити її роль та функції у співпраці з іншими професіоналами у мультидисциплінарній команді при наданні паліативної допомоги [229].

Насамперед науковці та клініцисти відзначають важливу роль медсестер у забезпеченні загального доступу до паліативної допомоги завдяки підвищенню авторитету та статусу медсестер, адаптації медсестринської освіти до практичних клінічних потреб, систематичного навчання та покращення професійних компетенцій у догляді за пацієнтом [228, 239, 256].

Багато досліджень показують не завжди достатній рівень знань медсестер організацій ПХД з питань надання паліативного догляду. Так, F. Paknejadi із співавторами виявили, що медсестри погано знайомі з паліативною допомогою та її компонентами, що не завжди можуть правильно оцінювати рівень болю пацієнтів, не володіють базовим рівнем комунікативних навичок, що є вагомими перешкодами у наданні якісної паліативної допомоги [213].

У багатьох країнах вже існують мобільні бригади з надання паліативної допомоги, що складаються з лікарів, медсестер, фізіотерапевтів, духівників та соціальних працівників. Але їх кількість у різних країнах дуже різна. E.A.Finkelstein зі співавторами [146] зробили спробу оцінити, наскільки добре різні країни світу надають допомогу в кінці життя (EOL). Результати набули досить широкого резонансу. Підсумковий аналіз включав відповіді 181 експерта з 81 країни. Ці країни становлять лише 37% усіх країн, але охоплюють 81% населення світу. Відповідно до даних, зазначених дослідників, 6 із 81 країни світу отримали найвищі бали та оцінку «А». На іншому кінці діапазону 21 країна отримала незадовільну оцінку «F» на основі присвоєних їм експертами балів. Майже половина країн отримала оцінку D або F за якість смерті та вмирання, має служити яскравим нагадуванням про недостатню увагу до лікування EOL та бути закликком до дії для покращення продуктивності. Україна –

69 місце з оцінкою «F». На нашу думку, найважливішим у цьому дослідженні було те, що автори виділили сприятливі та несприятливі чинники для прогресу країн у напрямку досягнення високоякісної медичної допомоги наприкінці життя людини, і що у такий спосіб вони намагалися мотивувати політиків, постачальників медичних послуг, зацікавлені сторони громади та широку громадськість до дій для покращення ефективності EOL через адвокацію, зміну політики, мобілізацію ресурсів, впровадження і постійний моніторинг та оцінку.

За новими підходами та стандартами, паліативна та хоспісна допомога має включати чотири основні аспекти (медичний, психологічний, соціальний, духовний), які відрізняють її від традиційного симптоматичного/ паліативного лікування на термінальних стадіях захворювання.

Сучасна паліативна допомога є важливим компонентом медичної практики, яка спрямована на покращення якості життя пацієнтів з невиліковними захворюваннями. Історичний шлях розвитку паліативної допомоги включає створення благодійних організацій, заснування спеціалізованих закладів охорони здоров'я та міжнародне визнання цієї галузі. Україна також активно розвиває паліативну допомогу, регулюючи її надання законодавчими актами та залучаючи спеціалістів до цієї важливої сфери медицини. Сестра медична як фахівець мультидисциплінарної команди ПХД займає одну з ключових позицій і виконує надзвичайно важливу роль у її реалізації.

## **1.2. Аналіз дефініцій, структури і змістово-критеріального наповнення складових професійної готовності медичних сестер до фахової діяльності в системі паліативної допомоги**

Роль сестри медичної в паліативній медичній практиці неможливо переоцінити. Т.В. Томчук зі співавторами [99] демонструють, що професійний медсестринський догляд знижує інтенсивність страждань інкурабельних пацієнтів, покращує їхнє самопочуття, підвищує якість їхнього життя, що визнається єдиною метою лікування у системі паліативної допомоги.

Е.У. Yom та К. Seo [274] вважають, що всі сестри медичні, які здійснюють сестринський догляд за пацієнтами, і насамперед сестри медичні хоспісів, мають володіти добрим характером. С.Gomez-Cantorna et al. [150] настільки вагомо оцінюють значення особистості сестри медичної у здійсненні ефективного паліативного догляду, що вважають обов'язковим включення навчальних дисциплін, які б сприяли позитивному впливу та вияву сприятливих елементів для покращення характеру сестер медичних в освітню програму.

На труднощі у чіткому визначенні функціоналу сестри медичної паліативної служби вказують, зокрема, дослідження М. Sijabat, D. Dahlia, A. Waluyo [246]. Подібні дані зустрічаються і в роботах Е. Mok, P. Chiu [199], а також Т. Brogaard зі співавторами [135]. S. Mehta зі співавторами [192], R. Putranto зі співавторами [222] у своїх дослідженнях різних років виявили, що медсестри паліативного догляду були більше зосереджені на фізичних проблемах пацієнта, що не відповідає філософії комплексної та цілісної паліативної допомоги.

Окрім допомоги у вирішенні фізичних проблем інкурабельного хворого, сестри медичні паліативної служби повинні мати готовність і вміння надати пацієнту та його сім'ї інформацію, пов'язану з ознаками та симптомами кінця життя [176]. Як показують дослідження, ті сестри медичні, які мають досвід паліативного догляду, самі зазначають про важливість едукції пацієнта і сім'ї про ознаки смерті, на важливість надання психологічної підтримки і підготовки пацієнта до гідної смерті [190, 197]. Незважаючи на те, що смерть є делікатною темою, яку непросто обговорювати з пацієнтом та родиною, деякі медсестри вважають, що помираючий пацієнт може отримати користь від знання про смерть, оскільки це може допомогти йому бути більш готовим порівняно з тими, хто не отримав жодних знань [140].

К.М. Слободенюк зі співавторами [45] вважають, що професійна готовність спеціалістів із медичною освітою працювати з інкурабельними пацієнтами є основною складовою паліативної допомоги.



Н.О. Венгрин називає необхідними для роботи з паліативними хворими такі якості як милосердя, безкорисливість, турботливість, тактовність, співчуття, добросовісність, самовладання, висока культура, охайність і додає, що цим якостям неможливо навчитися, але вони мають бути «в серці кожного, хто здійснює опіку над важкохворим» [11]. А. Степанюк і М. Данюк [93] присвятили свої наукові пошуки проблемі формування милосердя як інтегральної професійно важливої якості сестер медичних, котра базується на доброті і любові до людей.

Л.В. Задирака [39] зауважує, що багато особистісних якостей майбутньої сестри медичної формуються під час навчання у коледжі. Тому на цьому етапі фахової підготовки необхідно приділити достатньо уваги розвиткові особистісних задатків і здібностей здобувачів вищої медичної освіти, релевантних тим професійним задачам, які їм доведеться вирішувати.

Л.В. Білик [2-5] вперше в Україні ввела у науковий обіг поняття «паліативної компетентності» як інтегративної якості високомотивованої особистості медичного працівника, виділяючи у структурі цього феномена, поряд з професійними знаннями, уміннями і навичками, також і професійно-особистісні якості такі як відповідальність, пунктуальність, організованість, милосердя, толерантність, емпатійність, соціально-комунікативна адаптивність.

М. Нökkä зі співавторами провели дослідження необхідних навичок паліативного медсестринства, опитуючи фахівців, що працюють у цій сфері, і описали основні компетенції, якими повинні володіти медсестри під час роботи на базовому або спеціалізованому рівні паліативної допомоги [157].

Професійна компетентність та професійна готовність є двома ключовими поняттями в сфері розвитку кар'єри та успішної роботи. Хоча ці терміни часто використовуються як синоніми, вони мають свої відмінності, які важливо розуміти для досягнення об'єктивності наукового аналізу.

При цьому немає однозначної думки про їх співвідношення. З одного боку, професійна готовність розглядається як ширше поняття, яке охоплює не

лише знання і вміння, а й імпульс, спонуку і намір до дії та реагування на різноманітні ситуації, які можуть виникнути в робочому оточенні. Тоді як професійна компетентність тлумачиться як здатність володіти необхідними знаннями, навичками та досвідом для виконання конкретних завдань у своїй сфері. Також зустрічаються вітчизняні дослідження, в яких професійна готовність ототожнюється з професійною компетентністю [61].

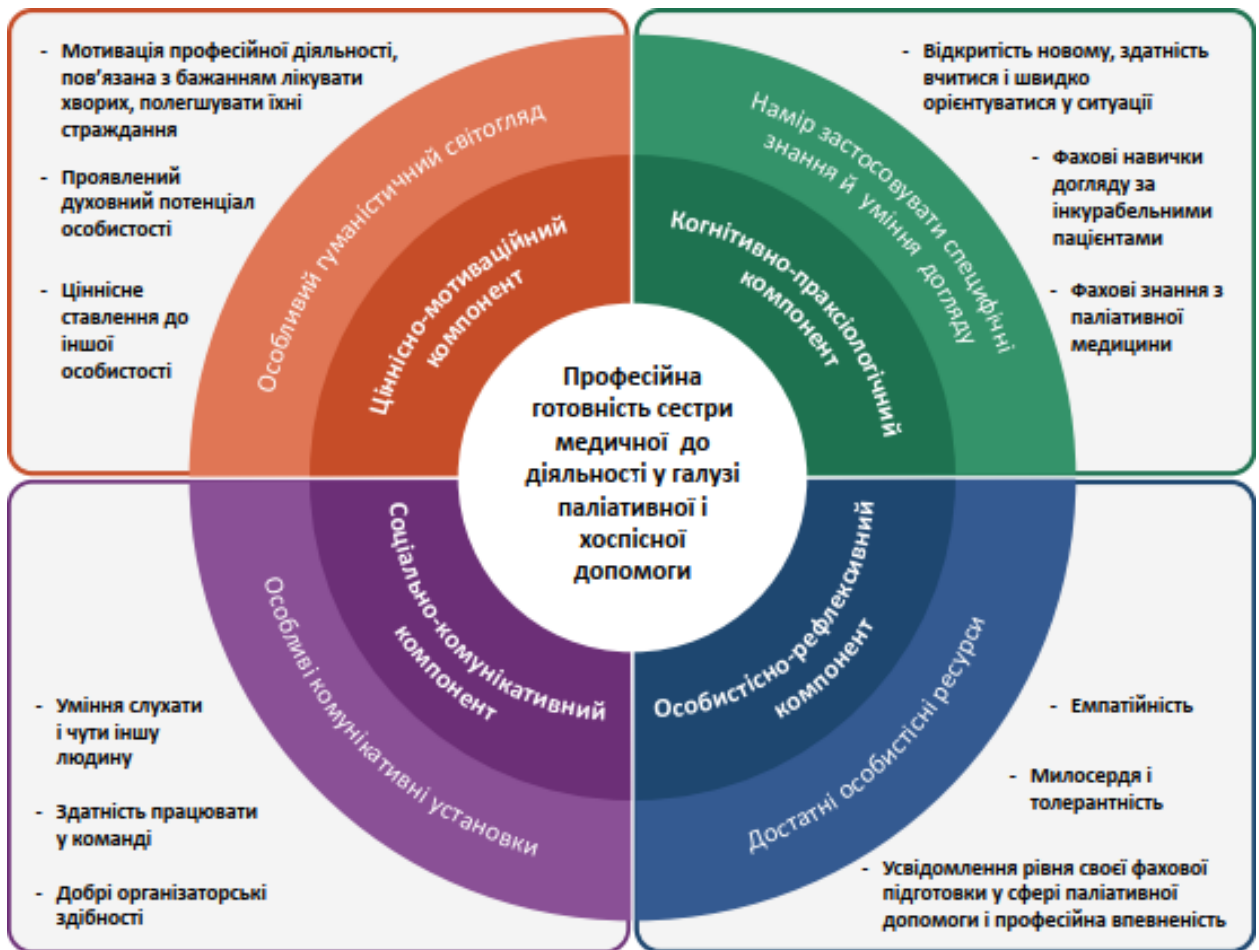
Професійна готовність сестер медичних у контексті паліативної допомоги означає насамперед наявність необхідних знань, навичок і відповідність основним принципам та цінностям цієї форми медичного обслуговування. Це включає в себе емпатію, співчуття і здатність розуміти психосоціальні потреби хворого та його сім'ї.

Змістово-критеріальне наповнення професійної готовності включає в себе стандарти та критерії, які оцінюються для визначення готовності сестер медичних, зокрема оцінку знань через тестування, спостереження за особливостями реалізації практичних навичок, а також оцінку емпатії та міжособистісних вмінь через спеціальні інтерв'ю і сценарії.

Аналіз останніх підходів до підготовки кваліфікованих фахівців у медичній сфері дозволяє нам зрозуміти, що готовність до професійної діяльності виражається через декілька аспектів. По-перше, це наявність необхідних знань, навичок і професійного мислення, а також відповідних поведінкових й медико-етичних паттернів. По-друге, важливі якості, такі як професійний підхід, дисциплінованість та організованість сприяють успішній виконавчій діяльності. По-третє, стійке позитивне ставлення до медичної професії і бажання постійно розвивати свої навички є ключовими. Нарешті, внутрішня мотивація допомагати хворим та їхнім родичам є важливою складовою професійної готовності. Розвиваючи ці аспекти, майбутні фахівці медичної сфери будуть готові до ефективної роботи і зможуть свідомо оцінювати власні якості й мотиви вибору цієї професії та його наслідки.

Опираючись на проведений аналіз і виходячи зі специфіки діяльності сестри медичної саме у паліативній сфері, що вже обговорювалося вище, нам

видається за доцільне виокремити у структурі її професійної готовності основні компоненти (рис. 1.1).



**Рис. 1.1.** Теоретична модель професійної готовності сестри медичної до діяльності у галузі паліативної і хоспісної допомоги

Ціннісно-мотиваційний компонент. Мотивація сестер медичних у паліативній сфері часто ґрунтується на бажанні допомагати людям під час складних моментів, забезпечуючи їм комфорт та підтримку [140]. Цінності професійної діяльності сестер медичних в паліативній сфері включають гуманне ставлення до хворих, повагу до їх гідності та принципи етики в роботі з пацієнтами. Мотивація допомагає медсестрам підтримувати високий рівень діяльності, виконуючи свої обов'язки з великою відданістю та професіоналізмом, спрямовуючи свої зусилля на полегшення страждань і підтримку хворих та їх близьких у складний період життя [217].

Відповідно, основною характеристикою ціннісно-мотиваційного компонента професійної готовності сестри медичної має бути сформований особливий гуманістичний світогляд. У зв'язку з цим у зарубіжній літературі обговорюється так звана гуманістична теорія медсестринства. Дослідники Н.-L. Wu і D.L. Volker [272] наголошують, що сестринська допомога в хоспісі та паліативній допомозі включає гуманістичний турботливий і цілісний підхід до догляду за пацієнтами: «Стосунки між сестрою медичною та пацієнтом характеризуються взаємодією, спрямованою на сприяння благополуччю та екзистенційному зростанню в контексті живого світу. Сестра медична доглядає за пацієнтом шляхом присутності або перебування з ним, а також іншими медсестринськими діями чи діяльністю». Саме тому в назві цього компонента ми на перше місце ставимо слово «ціннісний», таким способом підкреслюючи важливість певних (гуманістичних) ціннісних орієнтацій сестер медичних, котрі працюють у сфері ПХД.

Ще одним вагомим показником гуманістичного світогляду сестри медичної є її проявлений духовний потенціал. Пацієнти і члени їхніх сімей мають великі духовні потреби [215]. Щоб надавати більш ефективну духовну допомогу пацієнтам, медсестрам необхідно мати відповідні духовні настанови і підготовку для вдосконалення своїх знань і навичок духовної допомоги [231].

#### Когнітивно-праксіологічний компонент.

Готовність до будь-якої професійної діяльності неможлива без відповідних знань та умінь, а також здатності до безперервного навчання. Очевидно, що це база для розгортання інших компонентів готовності, адже неможливо бути готовим до того, чого не знаєш, і про що не маєш більш-менш чіткого уявлення. Знання та навички сестер медичних сприяють цілісному догляду за пацієнтом та його або її сім'єю, а володіння адекватною інформацією та навичками має важливе значення при роботі зі смертю та вмиранням [250].

Однак, наявність знань та умінь сама по собі ще не означає готовності без сформованого наміру використовувати ці компетентності безпосередньо у практичній діяльності, у випадку ПХД – діяльності з догляду.

Особистісно-рефлексивний компонент.

Особистісні ресурси – інтегрована якість психіки людини, що забезпечує результативність різних актів життєтворчості (діяльність, адаптація, самореалізація тощо). Ресурси виражаються як спрямованість людини до своїх внутрішніх резервів, відображають можливості вибору засобів діяльності та способів опанування критичних ситуацій [29].

А.І. Галян серед рис особистості, які вважає психологічним ресурсом медичних працівників, виокремлює альтруїзм, здатність до використання інтелектуального потенціалу в стресових ситуаціях та інтернальну спрямованість локусу контролю, переважаючий копінг – «оптимізм» [17].

У зарубіжних наукових публікаціях для опису феномена особистісних ресурсів частіше вживається поняття «психологічний капітал». R.Frey зі співавторами [147] серед складових психологічного капіталу медсестер паліативу називають їхню прихильність і відданість стосовно своєї роботи і пацієнтів, ставлення до труднощів як до виклику і попередню освіту з паліативної допомоги.

Н. He, N. Zhu, B. Lyu та S. Zhai [154] показали, що психологічний капітал медсестер через механізм їхньої залученості до роботи має значний позитивний вплив на задоволеність онкохворих літніх пацієнтів під час пандемії COVID-19.

Соціально-комунікативний компонент.

Цей аспект професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері ПХД передбачає здатність медичного персоналу ефективно взаємодіяти з пацієнтами та їх родинами на різних етапах паліативного процесу. Розвиток навичок спілкування є вкрай важливим, оскільки для сестер медичних – це дасть змогу краще емпатійно співчувати та виявляти розуміння емоційних потреб хворих і їхніх близьких. Важливо, щоб сестри медичні вміли налагоджувати довірливі стосунки з пацієнтами та членами їхніх родин. Крім того, вміння ефективно спілкуватися є ключовим у роботі з міждисциплінарними

командами, що допомагають забезпечити повноцінний догляд та підтримку для пацієнтів паліативної служби.

Комунікативні установки – це внутрішні психологічні механізми особистості, які впливають на спосіб її сприйняття та взаємодії з оточуючими. Вони формуються під впливом різноманітних факторів, таких як: виховання, соціалізація, індивідуальний життєвий досвід. У контексті завдань паліативної допомоги комунікативна установка сестер медичних має мати людиноцентричний характер. І без високого рівня культури професійного мовлення сестер медичних не можна говорити про їхню готовність до фахової діяльності, про цілісність моделі фахівця медичної галузі [120].

Отже, ми пропонуємо розглядати структуру професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері ПХД як таку, що складається з ціннісно-мотиваційного, когнітивно-праксіологічного, особистісно-рефлексивного та соціально-комунікативного компонентів. Основною характеристикою ціннісно-мотиваційного компонента є особливий гуманістичний світогляд, а критеріями його сформованості – мотивація професійної діяльності, пов'язана з бажанням лікувати хворих, полегшувати їхні страждання, проявлений духовний потенціал особистості, ціннісне ставлення до іншої особистості.

### **1.3 Психолого-педагогічні умови і засоби формування професійної готовності медичних сестер до діяльності в системі паліативної допомоги**

Згідно сучасних наукових досліджень [37, 50, 55, 102], психолого-педагогічні умови трактують як сукупність обставин, від яких залежить та в яких відбувається цілісний продуктивний педагогічний процес, наприклад, процес професійної підготовки фахівців.

О.Ю. Курило [54] звертає увагу на те, що зміст понять «педагогічні умови» та «психологічні умови» визначається по-різному. Формування професійної готовності сестер медичних до діяльності в системі паліативної допомоги є важливою та відповідальною задачею, і тому цей процес вимагає спеціальних психолого-педагогічних умов та використання релевантних засобів.

Основні аспекти такої необхідності визначаються окресленими нижче важливими моментами, які відображають специфіку діяльності сестри медичної у сфері ПХД.

1. Особливості роботи в паліативній допомозі. Сестри медичні, що працюють у цій сфері, повинні мати особливі навички ведення та підтримки пацієнтів на шляху завершення їхнього життя.

Багато досліджень підтверджують недостатню обізнаність щодо сутності, філософії та принципів паліативної допомоги. Основними перешкодами, вважають науковиці, є відсутність спеціальної освіти, відсутність чіткості та розмежування обов'язків між спеціалістами, велике навантаження на робочому місці та обмежена легітимність.

S. Kim і K. Lee [167] виявили, що рівень знань сестер медичних про паліативну допомогу був низьким, а їхнє ставлення до паліативної допомоги було помірним. Подібні результати показали й S. Achora і L. Labrague [122]: дефіцит знань, але сприятливе ставлення до паліативної допомоги серед сестер медичних. Освіта та клінічний досвід сестер медичних у сфері паліативної допомоги вплинули на їхні знання та ставлення до паліативної допомоги. Тому дослідники роблять висновок, що існує потреба в обов'язковому включенні основного змісту паліативної допомоги в навчальні плани шкіл сестер медичних та більш поглиблені навчальні плани післядипломної освіти; а в клінічній практиці – посилити навчання паліативної допомоги шляхом створення експертних мереж підтримки сестер медичних для моделювання досконалості паліативної допомоги.

За словами китайських дослідників Shih, Chiu, Lee, Yao, Chen, & Hu [242], на бажання надавати паліативну допомогу впливає досвід відвідування лекцій і навчання паліативній допомозі, а також впевненість у доцільності самої паліативної допомоги.

F. Dehghani зі співавторами [143] показали, що навчання паліативній допомозі має потенціал для підвищення самоефективності сестер медичних.

Оскільки всі члени команди охорони здоров'я, включно з медсестрами, відіграють важливу роль у наданні паліативної допомоги, керівники сестер медичних можуть зробити ефективний крок для максимального підвищення потенціалу сестер медичних шляхом планування та підтримки навчання в цій сфері, – наголошують науковці.

Н.А. Бугаєвська та Н.І. Рега [8] ще у 2016 році, аналізуючи особливості професійної підготовки сестер медичних до надання паліативної допомоги, зробили висновок, що в Україні необхідне вивчення окремого спеціального курсу паліативної та хоспісної допомоги як на додипломному, так і післядипломному етапах. Автори також наголошували, що потрібно збільшити загальну кількість годин для вивчення цієї дисципліни і ввести в курс теми з надання ПХД дітям. А практичні заняття з надання паліативно-хоспісної допомоги доцільно проводити як у спеціалізованих відділеннях, де є невиліковно хворі пацієнти (онкологічне, гематологічне, неврологічне тощо), так і в хоспісах.

2. Специфіка емоційного навантаження. Сестри медичні, які працюють в паліативній допомозі, зустрічаються з високим рівнем емоційного навантаження через постійні взаємодії зі смертю та стражданням. Створення психологічної підтримки та застосування методів розвантаження, які включаються в навчальний процес, допомагає медсестрам зберігати емоційну стійкість та професійну ефективність.

В. Moreno-Milan зі співавторами [203] зауважують, що впроваджені у свій час для медсестер паліативної сфери навчальні стратегії з навичок спілкування, тайм-менеджменту, повідомлення поганих новин, управління стресом або уважності (майндфулнес) [129, 130, 133, 236] показали низьку ефективність у середньо- та довгостроковій перспективі.

3. Розвиток навичок спілкування. Одним із ключових завдань є навчання сестер медичних ефективному спілкуванню з пацієнтами та їхніми сім'ями. Важливо вміти вислуховувати, виражати співчуття та знаходити підходи до кожного пацієнта індивідуально. Психолого-педагогічні методи дозволяють



акцентувати увагу на розвитку цих навичок та формуванні адекватних комунікаційних стратегій.

Якість спілкування у взаємодії між сестрами медичними та пацієнтами має великий вплив на результати лікування пацієнтів. Цей вплив може відігравати дуже важливу роль у таких сферах, як здоров'я пацієнтів, освіта та прихильність [209]. Хороша комунікація відіграє важливу роль в ефективному функціонуванні організації [244, 261]. У всьому світі більшість скарг пацієнтів пов'язані з порушенням комунікації з медичними працівниками [139]. Тому медсестра повинна постійно вдосконалювати свої навички спілкування, оскільки погане спілкування може бути небезпечним і призвести до плутанини [243].

Л.В. Самбурська [88] наголошує, що формування комунікативної компетентності у майбутніх сестер медичних має бути одним з пріоритетних завдань закладу вищої освіти в умовах сучасної конкуренції.

4. Етична та моральна витримка: Сестри медичні в паліативній допомозі повинні мати високий рівень етичної та моральної витримки. Специфічні ситуації, пов'язані зі смертю та невиліковністю захворювань, вимагають особливої уваги до формування цих рис особистості. Психолого-педагогічні умови дозволяють враховувати та розвивати ці аспекти в контексті паліативної допомоги.

А.Т. Wolf зі співавторами [264] у ході своїх досліджень показали, що багато сестер медичних інтенсивної терапії не відчують себе готовими надавати паліативну допомогу. Коли доступ до паліативної допомоги сприймається як неадекватний, сестри медичні можуть відчувати більші моральні страждання.

5. Професійна саморегуляція: Створення психолого-педагогічних умов передбачає розвиток механізмів професійної саморегуляції. Сестри медичні повинні бути здатними ефективно керувати своїми емоціями та стресом, щоб забезпечувати якісну допомогу пацієнтам. Впровадження педагогічних засобів, таких як тренінги зі стресостійкості, сприяє розвитку цих навичок.

Аналіз сучасних вітчизняних досліджень питань, дотичних до проблеми теорії і практики професійної підготовки майбутніх медичних працівників показує, що, наприклад Л.В. Білик [2-5] визначає такі педагогічні умови формування паліативної компетентності студентів:

- \* формування мотиваційної сфери, спрямованої на інтеріоризацію професійних цінностей;
- \* організація особистісно-орієнтованої підготовки студентів медичних навчальних закладів на основі гуманізації взаємодії суб'єктів педагогічного процесу та розвитку їх моральних якостей;
- \* конструювання змісту навчального матеріалу з паліативної допомоги у вигляді ситуаційних завдань, адекватних спроектованим компетенціям;
- \* прищеплення деонтологічних навичок на доклінічному етапі навчання, використання сучасних інноваційних технологій розвитку комунікативних умінь майбутніх медичних працівників;
- \* активізація волонтерської діяльності, наставництва і соціальної позиції молоді в процесі підготовки студентів-медиків.

Н.В. Чорнобрива [114-115], опираючись на компетентнісний підхід, називає такі педагогічні умови підготовки майбутніх фельдшерів у процесі виробничої практики:

- \* підвищення інтересу на професійну підготовку майбутніх фельдшерів;
- \* поетапне формування готовності до професійної діяльності майбутніх фельдшерів у процесі виробничої практики;
- \* впровадження комп'ютерних технологій в процес підготовки майбутніх фельдшерів до професійної діяльності;
- \* активізація самостійної діяльності майбутніх фельдшерів і підвищення її впливу на засадах компетентнісного підходу.

О.В. Солодовник [91] організаційно-педагогічними умовами формування готовності майбутніх молодших спеціалістів з медичною освітою до професійного самовдосконалення називає:

- \* формування у майбутніх молодших спеціалістів з медичною освітою позитивної мотивації до професійного самовдосконалення;

- \* створення у навчальному закладі сприятливого освітнього середовища шляхом запровадження креативних управлінських та організаційних підходів, зокрема використання внутрішньої мережі Internet і хмарних технологій;

- \* формування та вдосконалення фахових компетенцій, практичних умінь самовдосконалення шляхом інноваційної організації навчально-виховного процесу;

- \* забезпечення відповідного педагогічного керівництва підготовкою майбутніх молодших медичних спеціалістів до професійного самовдосконалення.

А. Степанюк, М. Данюк [93] серед педагогічних умов формування милосердя як професійно значущої якості молодших спеціалістів сестринської справи виділили:

- \* формування ціннісно-шанобливого ставлення до суб'єктів професійного впливу засобами біоетичного виховання;

- \* застосування технології контекстного навчання для реалізації біоетичної спрямованості фахової підготовки сестер медичних;

- \* осмислення суб'єктами освітньої діяльності необхідності взаємодії «від серця до серця» на всіх рівнях субсистем професійної освіти.

З огляду на специфіку сфери ПХД й результати, що знаходимо у науковій літературі, ми вважаємо за необхідне вказати на такі загальні психолого-педагогічні умови формування професійної готовності сестер медичних до діяльності у паліативній допомозі:

- \* поглиблене навчання в паліативній допомозі: медичні сестри повинні мати доступ до поглибленої освіти в сфері паліативної допомоги. Це включає в себе навчальні курси, семінари, та практичні навички, що розвиваються під керівництвом досвідчених фахівців;

\* практичний досвід: важливим є надання медичним сестрам можливості виробити практичні навички через стажування та роботу на практиці в паліативних установах. Це допомагає їм навчитися реагувати на реальні ситуації та розвивати вміння спілкування з пацієнтами та їхніми сім'ями;

\* розвиток емпатії та співчуття. Паліативна допомога вимагає високого рівня емпатії. Психологічні тренінги та навчання співчуттю можуть бути корисними для сестер медичних, щоб краще розуміти потреби та почуття пацієнтів;

\* розвиток міжособистісних навичок. Робота в паліативній допомозі часто включає в себе співпрацю з багатьма членами медичного колективу та пацієнтами. Сестри медичні повинні розвивати навички комунікації, толерантності та співпраці;

\* розвиток стійкості, витривалості, навичок рефлексії, самопіклування і саморегуляції для забезпечення психічного благополуччя сестер медичних.

#### Засоби формування професійної готовності:

\* симуляційні навчальні сесії. Використання симуляційних практичних вправ та сценаріїв дозволяє сестрам медичним відчувати себе в реальних ситуаціях та навчитися ефективно реагувати на них.

\* електронні ресурси: вебінари, онлайн-курси та інтерактивні платформи можуть надавати доступ до актуальної інформації та ресурсів для навчання.

\* психологічна підтримка. Забезпечення доступу до психологічної підтримки та консультування допомагає сестрам медичним впоратися з емоційними викликами роботи в паліативній допомозі.

\* фасилітація, наставництво і менторство. Важливим є створення системи наставництва, де досвідчені сестри медичні можуть допомагати новачкам набувати практичний досвід та розвивати навички.

Завдяки врахуванню цих психолого-педагогічних умов і засобів, сестри медичні можуть досягти високого рівня професійної готовності для роботи в

системі паліативної допомоги, що є важливим чинником забезпечення якісної та емпатичної допомоги для хворих на завершальних етапах їхнього життя.

Щоб контролювати симптоми пацієнта та покращувати якість його життя, усі сестри медичні повинні вміти надавати паліативну допомогу пацієнтам із захворюваннями, які обмежують життя. Основні елементи надання паліативної допомоги перегукуються з основними елементами медсестринської практики: лікування симптомів, спілкування та адвокація. Подібно до того, як сестри медичні визнають себе захисниками пацієнтів і полегшувачами страждань, сестри медичні на всіх посадах і в усіх сферах догляду повинні підтверджувати свою важливу роль у наданні паліативної допомоги, незалежно від освіти, посади чи середовища.

Отже сучасна паліативна допомога базується на принципах цілісного підходу (всебічне задоволення потреб пацієнта, включаючи фізичні, психологічні, соціальні та духовні аспекти, над чим працює команда фахівців); доступності; планування; безперервності та наступності; безболісної терапії; принципу високої якості (надання паліативної та хоспісної допомоги відповідно до встановлених державою та міжнародних стандартів якості із урахуванням норм, напрацьованого досвіду та кращої практики); етичних принципах (поваги до гідності, автономії та прав пацієнта, врахування побажань пацієнта щодо вибору місця лікування та місця смерті із забезпеченням можливості отримання куративного лікування паралельно із паліативною допомогою, з урахуванням етичного і гуманного ставлення до пацієнта та членів його сім'ї, інших осіб, що здійснюють догляд за пацієнтом, упродовж 7 днів на тиждень).

## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

#### 2.1. Матеріал і дизайн дослідження. Відповідність вимогам біоетики.

Матеріал дослідження:

\* здобувачі освітньої програми «Сестринська справа» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство (n=100) та сестри медичні – загального профілю (n=25), паліативної служби (n=28);

\* пацієнти відділень паліативної допомоги, хоспісів та геріатричних відділень – інкурабельні хворі (n=63);

\* статистичні показники Національного канцер-реєстру України за даними ОКНП «Чернівецький обласний клінічний онкологічний диспансер» за 2021 рік;

\* аналіз історій хвороби пацієнтів зі ЗН грудної та абдомінальної локалізації, окремих органів ендокринної системи, які перебували на лікуванні в ОКНП «Чернівецький обласний клінічний онкологічний диспансер» та ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» у 2021-2022 рр (n=190).

Дослідження мало теоретичний, емпіричний та клінічний напрямки. Носило одномоментний характер, було когортним, комбінованим – ретро- і проспективним. Дизайн кожного етапу дослідження наведено в табл. 2.1.

*Таблиця 2.1*

#### Дизайн дослідження «Формування професійної готовності сестер медичних до діяльності у системі паліативної та хоспісної допомоги»

Етапи та завдання етапів	Методи і методи реалізації	Об'єкти і досліджувані змінні	Вибірка
1	2	3	4
<i>Підготовчий</i> 1.Провести теоретико-методоло-	Теоретичний аналіз наукової літератури, синтез отриманої інформації	Поняття «паліативна допомога», «хоспісна допомога», «професійна готовність	300-350 джерел наукової вітчизняної та зарубіжної лі-

<p>гічний аналіз підходів вивчення проблеми професійної готовності медичних сестер до фахової діяльності в системі паліативної допомоги. 2.Визначити змістовно-критеріальне наповнення її складових</p> <p>3.Сформулювати гіпотезу щодо найбільш ефективних психолого-педагогічних умов і засобів формування професійної готовності медичних сестер до діяльності в системі паліативної допомоги.</p>		<p>сестри медичної», психолого-педагогічні умови і засоби формування професійної готовності сестер медичних</p>	<p><i>Продовж. табл. 2.1</i></p> <p>тератури у галузі паліативної медицини і психології; педагогічної наукової літератури; нормативно-правові документи</p>
<p><u>Констатувальний</u></p> <p>1.Вивчити суб'єктивне сприйняття інкурабельними пацієнтами особистості «ідеальної» медичної сестри і порівняти з самооцінкою фахівців своїх особистісних якостей у взаємодії з пацієнтами</p>	<p>1) Метод семантичного диференціалу, модифікований відповідно до характеристик, закладених у типологію поведінки медичної сестри за Харді</p> <p>2) Методика діагностики спрямованості мислення та провідних особистісних мотивів «Книжкова полиця»</p> <p>3) Статистичні критерії для порівняння 2-х, а також 3-х і більше незалежних вибірок</p> <p>4) Метод кореляції за Спірменом</p>	<p>Об'єкт дослідження – <i>особистісно-рефлексивний, соціально-комунікативний та ціннісно-мотиваційний компоненти професійної готовності сестер медичних</i></p> <p>Незалежна змінна – сторона отримання (пацієнти) чи надання (фахівці – сестри медичні) паліативних послуг.</p> <p>Проміжні змінні – вік, стаж професійної діяльності, етап професійної підготовки сестер медичних (додипломний – етап здобуття вищої медичної освіти, післядипломний – робота сестер медичних у відділеннях загальної практики і специфічна професійна діяльність безпосередньо у сфері паліативної допомоги).</p> <p>Залежні змінні – особистісні характеристики та особистісні мотиви сестер медичних</p>	<p>Інкурабельні пацієнти, n=63;</p> <p>Фахівці (здобувачі вищої медичної освіти, n=100, сестри медичні загального профілю, n=25; сестри медичні паліативної служби, n=28</p>

<p>2. Дослідити особливості прояву професійної готовності медичних сестер до діяльності у сфері паліативної допомоги та визначити її рівень</p>	<p>1) Анкетування сестер медичних та здобувачів вищої медичної освіти (<i>авторська анкета</i>).  2) Методика «Мотивація вибору медичної професії» у модифікації А.А. Василькової  3) Метод експертних оцінок (тільки зі здобувачами вищої освіти)  4) Статистичні критерії для порівняння 2-х, а також 3-х і більше незалежних вибірок  5) Метод кореляції за Спірменом</p>	<p>Об'єкт дослідження – <i>когнітивно-практично-мотиваційний компонент професійної готовності сестер медичних</i>  Незалежна змінна – етап професійної підготовки сестер медичних.  Проміжні змінні – вік, стать, рівень освіти, стаж професійної діяльності.  Залежні змінні – рівень професійної готовності сестер медичних до надання паліативної допомоги, особливості проявів особистісних мотивів і рівня розвитку духовного потенціалу респондентів</p>	<p>Фахівці (здобувачі вищої медичної освіти, n=100, сестри медичні загального профілю, n=25; сестри медичні паліативної служби, n=28; 10 викладачів в якості експертів</p>
<p>3. Провести епідеміологічний аналіз та вивчення коморбідності злоякісних новоутворень у популяції жителів Північної Буковини</p>	<p>1) Когортний, комбінований (ретро- і проспективний) епідеміологічний зріз (за основним діагнозом)  2) Статистичні коефіцієнти <math>\chi^2</math> за Yates та Pearson та точний тест Fisher (P)  3) Індекс коморбідності Чарлсона (з поправкою на вік та без урахування віку) та кумулятивний індекс коморбідності CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)</p>	<p>Об'єкт дослідження – поширеність злоякісних новоутворень у популяції та їх коморбідність з іншими розладами здоров'я  Незалежна змінна – основний діагноз  Проміжні змінні – окремі антропометричні параметри для визначення статусу живлення (маса тіла, зріст, індекс маси тіла)  Залежні змінні – локалізація та важкість злоякісних новоутворень; супутня патологія</p>	<p>Хворі на ЗН грудної та абдомінальної локалізації, окремих органів ендокринної системи, які перебували на лікуванні в ОКНП «Чернівецький обласний клінічний онкологічний диспансер» та ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» у 2021-2022 рр., n=190</p>



<p><u>Формувальний</u></p> <p>1. Опіраючись на отримані результати, а також на дані теоретичного аналізу розробити модель психолого-педагогічних умов і засобів формування професійної готовності сестер медичних до діяльності в галузі паліативної та хоспісної допомоги</p>	<p>1) Регресійний аналіз 2) Теоретичне моделювання</p>	<p>Компоненти (фактори і критерії) моделі психолого-педагогічних умов і засобів формування професійної готовності медичних сестер</p>	
<p>2. На основі запропонованої моделі конкретизувати засоби, розробити і впровадити у програму підготовки сестер медичних елективний курс «Паліативна та хоспісна допомога»</p>	<p>Методи: вправи, бесіди, самооцінювання, самоконтроль. Форми: лекції і семінари, індивідуальні консультації, практика, благодійні акції, соціальні програми. Технології: тренінгові, інтерактивні, інформаційні</p>	<p>Залежна змінна - професійна готовність сестер медичних Незалежні змінні - педагогічних умови і засоби формування професійної готовності медичних сестер</p>	<p>Здобувачі вищої медичної освіти, основна група (група, з якою проводилися заняття за розробленим курсом) - n=30</p>
<p><u>Контрольний</u></p> <p>Перевірити ефективність запропонованого курсу «Паліативна та хоспісна допомога» і релевантність розробленої моделі психолого-педагогічних умов і методів формування професійної готовності сестер медичних до діяльності в галузі паліативної та хоспісної допомоги</p>	<p>1) Анкетування медичних сестер та студентів (<i>авторська анкета</i>). 2) Метод семантичного диференціалу (<i>модифікований</i>) 3) Методика діагностики спрямованості мислення та провідних особистісних мотивів «Книжкова полиця» 4) Статистичні критерії для порівняння 2-х залежних вибірок</p>	<p>Залежна змінна - професійна готовність сестер медичних Незалежні змінні - педагогічних умови і засоби формування професійної готовності медичних сестер</p>	<p>Здобувачі вищої медичної освіти: 1) основна група (група, з якою проводилися заняття за розробленим курсом) - n=30; 2) контрольна група (студенти, які не брали участь у заняттях за новим курсом) - n=60.</p>
<p><u>Завершальний</u></p> <p>1) Сформулювати висновки дослідження</p>	<p>Узагальнення інформації індуктивним та дедуктивним шляхом, реконструкція</p>	<p>Отримані результати контрольного дослідження професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері паліативної допомоги</p>	

Для дослідження професійної готовності сестри медичної до діяльності у сфері паліативної допомоги за стратегією поперечних зрізів у нерандомізованій вибірці респондентів розподілили на дві групи:

\* Перша група – фахівці, яку склали здобувачі освітньої програми «Сестринська справа» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти та сестри медичні віком від 19 до 54 років (табл. 2.2). Середній вік респондентів-здобувачів вищої медичної освіти (n=100) становив 20,28 року, респондентів-сестер медичних загального профілю (n=25) – 38,0 років, респондентів-сестер медичних паліативної служби (n=28) – 39,07 року. Середній стаж роботи сестер медичних загального профілю – 18,24 року; сестер медичних паліативної служби – 17,93 року.

\* Друга група – пацієнти відділень паліативної допомоги, хоспісів та гериатричних відділень – інкурабельні хворі (n=63, з них 60,32% жінок і 39,68% чоловіків) віком 18-94 років (середній вік 57,46 року) (табл. 2.3).

Таблиця 2.2

**Розподіл респондентів першої групи дослідження, яку складали фахівці різного рівня фахової підготовки**

<b>Підгрупи</b>	<b>Здобувачі вищої медичної освіти, n=100 (%)</b>	<b>Сестри медичні загального профілю, n=25</b>	<b>Сестри медичні паліативної служби, n=28</b>
Чоловіки, n (%)	15 (15,0)	2 (8,0)	3 (10,71)
Жінки, n (%)	85 (85,0)	23 (92,0)	25 (89,29)
Середній вік, роки	20,28	38,0	39,07
Середній стаж роботи, роки	-	18,24	17,93

Дослідження з респондентами 1-ї групи проводили на базі Чернівецького медичного фахового коледжу, 2- групи на базі лікувальних закладів міста міста Чернівці і Чернівецької області (Україна).

Хворих на ЗН, які перебували на лікуванні в ОКНП «Чернівецький обласний клінічний онкологічний диспансер» та ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» розділили на 3 групи: 80 осіб зі ЗН органів черевної порожнини, 60 хворих на ЗН органів дихання, серця і межистіння і 50 пацієнтів зі ЗН

органів ендокринної системи і зовнішніх статевих органів (щитовидної, підшлункової, молочної залоз, яйників, матки, передміхурової залози, яєчок)

Таблиця 2.3

**Респонденти другої групи дослідження, яку склали пацієнти відділень паліативної допомоги, хоспісів та геріатричних відділень**

Група пацієнтів	n=63 (%)	Середній вік
Чоловіки, n (%)	25 (39,68)	57,46 року
Жінки, n (%)	38 (60,32)	

*Дотримання вимог біоетики*

Дослідження проводили із дотриманням Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, Хельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» (1964-2002 р.), загальної декларації про біоетику та права людини (Париж, 24 липня 2005), основних положень Належної клінічної практики (Good Clinical Practice - GCP, 2008), Належної лабораторної практики (Good Laboratory Practice - GLP, 2002), Наказу МОЗ України № 523 від 12.07.2012 р. про «Порядок проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань» та згідно нової редакції Типового положення про Комісії з питань етики, зі змінами внесеними Наказом МОЗ України №304 від 06.05.2014.

Дослідження на етапі планування схвалено Комісією з питань дотримання біомедичної етики при проведенні експериментальних та клінічних досліджень БДМУ МОЗ України (Протокол №2 від 15.10.2020).

**2.2. Методи дослідження**

Відповідно до мети та завдань дослідження у роботі застосовано наступні методи:

1. Анкетування (авторська анкета для вивчення рівня готовності сестри медичної до надання паліативної допомоги).

2. Метод семантичного диференціалу, модифікований відповідно до характеристик, закладених у типологію поведінки медичної сестри за Харді

3. Метод експертних оцінок.
4. Суб'єктивно оцінний метод (методика «Мотивація вибору медичної професії» і методика діагностики спрямованості мислення та провідних особистісних мотивів «Книжкова полиця»).
5. Когортний, комбінований (ретро- і проспективний) епідеміологічний зріз (за основним діагнозом).
6. Метод теоретичного моделювання.
7. Методи математичної статистики (статистичні коефіцієнти  $\chi^2$  за Yates та Pearson і точний тест Fisher (P); індекс коморбідності (Charlson Comorbidity Index, CCI, з поправкою на вік та без урахуванням віку) та кумулятивний індекс коморбідності CIRS (Cumulative Illness Rating Scale); непараметрична кореляція за Spirmen; непараметричні критерії для порівняння 2-х (Mann-Whitney U-test) і 3-х та більше (Kruskal-Wallis H-test) незалежних груп, а також для порівняння двох залежних вибірок (Wilcoxon T-test)).

### **2.2.1. Анкетування для визначення рівня професійної готовності фахівців до надання паліативної і хоспісної допомоги**

Розробили авторську анкету для дослідження рівня професійної готовності фахівців (здобувачів вищої медичної освіти та сестер медичних загального і паліативного профілю) до надання паліативної і хоспісної допомоги на констатувальному та на контрольному етапах. Анкета містила 26 питань закритого, відкритого та змішаного характеру (Додаток В). Перший блок питань (запитання №№ 1-6, 26) стосувався демографічних та загальних даних про вік, стать, рівень освіти, стаж професійної діяльності, місце роботи чи навчання респондентів. Другий блок питань (№№ 7-13, 15, 17, 19-22, 24) спрямований на вивчення загальних уявлень сестер медичних про паліативну допомогу, її філософію, функції сестри медичної у цій сфері, а також на виявлення самооцінки рівня відповідних знань, навичок і готовності працювати з інкурабельними пацієнтами. Третій блок питань (№№ 14, 16, 18, 23, 25) дозволив розкрити розуміння респондентами шляхів отримання належної професійної підготовки у сфері паліативної допомоги й основних труднощів розвитку цієї

сфери у регіоні. За відповідь «Так» на закриті запитання (до прикладу № 7 «Чи можете дати визначення поняттю «паліатив»?») респонденту присвоювали 3 бали, за відповідь «Частково» - 2 бали, за відповідь «Ні» - 0 балів. За вибір найбільш точного із запропонованих визначень поняття «паліативна медицина» (№ 8, закриті запитання) присвоювали 3 бали, менш точних – 2 бали й 1 бал, і за вибір неправильної відповіді – 0 балів. У такий спосіб оцінювали відповіді на усі питання із другого блоку. Максимально можлива кількість балів – 28. На основі аналізу й оцінки відповідей на запитання анкети №№ 7-13, 15, 17, 20, 22 робили висновок про рівень готовності респондентів до роботи з інкурабельними пацієнтами. Низький рівень готовності до діяльності у сфері паліативної допомоги – 1-6 балів; середній рівень з тенденцією до низького 7-14 балів; середній з тенденцією до високого 15-22 балів; високий рівень – 23-28 балів (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

#### Підходи до оцінки (у балах) відповідей на питання другого блоку

Питання	Відповіді та їхня оцінка			
	Так	Частково	Ні	
7. Чи можете дати визначення поняттю «паліатив»?	3	2	0	
8. Яке з наведених нижче визначень паліативної медицини вам здається найточнішим?	комплексна медико-психологічна допомога, спрямована на полегшення розділення страждань пацієнта уситуації невиліковної хвороби	психологічна допомога при переживанні смерті	допомога хворим похилого та старечого віку	допомога хворим з метою кардинального подолання хвороби
	3	2	1	0
9. Чи знайоме вам визначення «інкурабельний пацієнт»?	Так	Частково	Ні	
	3	2	0	

10.Виберіть найточніше визначення поняття «інкурабельний пацієнт»:	особлива група пацієнтів, чия хворобаневиліковна, і їхній стан повністю виключає можливість не тільки лікування, але і тривалого підтримання життя	онкологічні хворі	хворі старшого віку	пацієнти з інвалідністю
	1	0	0	0
11.Чи ви колись доглядали за інкурабельними пацієнтами	Так	Ні		
	1	0		
12.Чи погодились би Ви працювати у відділенні, де перебувають пацієнти, що потребують паліативної допомоги?	Так	Важко відповісти	Ні	
	3	1	0	
13.Дайте оцінку рівню своїх знань у сфері паліативної медицини	Високий	Достатній	Середній	Низький
	4	3	2	1
15.Чи опанували Ви професійні навички з надання паліативної допомоги?	Так	Частково	Ні	
	3	2	0	
17.Чи хотіли би Ви отримати спеціальні знання з надання паліативної допомоги?	Так	Ні		
	1	0		
20.Яке із відомих у медичних колах висловлювань-настанов молодим фахівцям, на вашу думку, найбільше відповідає принципам паліативної медицини?:	Якщо ти не можешвилікувати пацієнта – полегши його страждання, якщо не можеш їх полегшити – розділи їх	Не нашкодь!	Світи іншим, згораючи сам	
	3	2	1	
22.Виберіть з перерахованих нижче основні завдання медичної сестри з надання допомоги невиліковному, помираючому пацієнту:	Усі перераховані завдання важливі	Хоч одне чи два з названого	Жодне з перерахованих завдань	
	3	1	0	

### 2.2.2. Метод семантичного диференціалу

Метод семантичного диференціалу застосували для вивчення особистісно-рефлексивного компонента професійної готовності сестер медичних до роботи у сфері паліативної допомоги тому, як найбільш поширений спосіб вимірювання середньостатистичних реакцій на об'єкт. Набір категорій-реакцій, запропонованих у класичному варіанті семантичного диференціалу, можна змінювати відповідно до завдань дослідження [2010]. Особистісний семантичний диференціал комбінує в собі метод контрольованих асоціацій і процедуру шкалювання. Пари семантичних категорій для опису особистісних характеристик медичних сестер нами були підібрані на основі класифікаційної типології сестри медичної, за I. Hárđi [153]. Наприклад, тип сестра-«рутинер» представлений такими парами як «діє суворо за інструкцією – діє на власний розсуд, критично оцінюючи ситуацію», «акуратна – недбала», «ретельна – безладна», «працює механічно – працює з душею», «співчуваюча – відсторонена», «охайна – нечупара», «холоднокровна – емоційна». Відповідно до опису даного типу, за I. Hárđi, про нього можна говорити у випадку високих оцінок за характеристиками «діє суворо за інструкцією», «акуратна», «ретельна», «працює механічно», «відсторонена», «охайна», «холоднокровна». За таким прикладом усі виділені I. Hárđi типи медичних сестер – сестра-«рутинер», сестра, яка грає роль, «нервова» сестра, сестра-сильна особистість, сестра-«мама», сестра-спеціаліст – були представлені у семантичному диференціалі 6-7-ма парами протилежних за значенням категорій. Категорії для опису різних типів сестри медичної обговорювали та узгоджували з експертами-психологами та досвідченими висококваліфікованими викладачами сестринської справи. Для оцінки цих пар застосовувалася шкала «3 2 1 0 1 2 3», яка була переведена потім у Likert scale. Додавши значення за кожною категорією, яка входила в опис того чи іншого типу сестри медичної, і поділивши суму на 6 або 7 (залежно від кількості пар, що описували конкретний тип), ми отримували бал, який відображав міру вираженості характеристик кожного з типів

сестри медичної. Максимальний бал за кожним типом міг бути 7, а мінімальний – 1. Використані у дослідженні категорії (як вони були сформульовані для фахівців) та їх співвідношення з типами сестри медичної наведено у додатку (Додаток Г).

За допомогою методу семантичного диференціалу ми попросили здобувачів вищої медичної освіти, сестер медичних, а також інкурабельних пацієнтів описати особистісні якості сестри медичної, що працює у сфері паліативної допомоги. Для пацієнтів інструкція звучала так: «Оцініть «ідеальну» медичну сестру, яка найкраще може справитися зі своїми обов'язками щодо пацієнтів у хоспісі. Обведіть відповідну цифру залежно від того, наскільки сильно, на Вашу думку, у медичної сестри має бути вираженою та чи інша якість». Для здобувачів вищої медичної освіти і працюючих сестер медичних інструкція була такою: «Опишіть, будь ласка, як Ви почуваетесь як професіонал у роботі з інкурабельними (невиліковними) пацієнтами, використовуючи запропоновані пари протилежних якостей. Обведіть відповідну цифру залежно від того, наскільки сильно, на Вашу думку, у вас виражена та чи інша якість». Таке формулювання інструкцій передбачало можливість порівняння того, наскільки здобувачі вищої освіти і сестри медичні на особистісному рівні почувуються готовими і відповідними до роботи з інкурабельними пацієнтами і того, які очікування від них, як від особистостей мають самі пацієнти.

З фахівцями цей метод засновано на констатувальному та на контрольному етапах дослідження.

### **2.2.3. Метод експертних оцінок**

Метод експертних оцінок застосовано для початкової (на констатувальному), і для заключної діагностики (на контрольному етапах дослідження). Це процес залучення кількох фахівців для оцінки певних феноменів, якостей, продуктів, ситуації чи проблеми. Експерти надають свої відгуки, здебільшого у вигляді числових оцінок, або відсотків. Ці оцінки потім усереднюються, чи обговорюються для прийняття рішення. Метод дозволяє враховувати думки кількох експертів, знижує імовірність спотворення сприйняття рішення однією



особою і може призвести до більш об'єктивних результатів, або розуміння того чи іншого феномена, чи якості. Обмеження методу полягають у тому, що існує можливість виникнення суб'єктивних упереджень серед експертів, чи складність узгодження оцінок. Щоб подолати це обмеження, важливо правильно вибирати експертів та забезпечувати чіткі інструкції для оцінки.

У нашому дослідженні метод експертних оцінок використовували для об'єктивної оцінки рівня розвитку професійної готовності сестер медичних до діяльності у паліативній сфері. Цей метод застосували тільки відносно респондентів-здобувачів вищої медичної освіти на констатувальному та контрольному етапах. З числа викладачів медичного коледжу обрали досвідчених викладачів (стаж роботи понад 10 років), які дуже добре знають свій предмет викладання, добре знають самих студентів, оскільки мають змогу взаємодіяти з ними на теоретичних та практичних заняттях. Експертам докладно пояснено процедуру проведення оцінювання, затвержені критерії, що узгоджувалися з викладачами, і показники професійної готовності здобувачів вищої медичної освіти до діяльності у сфері ПХД. Крім того, їм детально роз'яснено правила виставлення балів. У дослідженні у якості експертів взяли участь 10 викладачів так, що кожен здобувач вищої освіти отримав оцінку 3-х експертів. Критерії оцінювання, які використовувалися експертами, наведені у додатку (Додаток Д)

#### **2.2.4. Суб'єктивно-оцінний метод**

Суб'єктивно-оцінний метод реалізували за допомогою методики «Мотивація вибору медичної професії» і методики діагностики спрямованості мислення та провідних особистісних мотивів «Книжкова полиця». Ці методики використовували для дослідження мотиваційного компонента професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері паліативної допомоги.

Методика «Мотивація вибору медичної професії», адаптована А.П. Васильковою, є модифікацією тесту мотивів навчання Хеннінга. У нашому дослідженні дану методику застосовували для вивчення мотивів вибору своєї про-

фесії сестрами медичними як на додипломному етапі професійного становлення, так і на етапі професійної реалізації. За інструкцією методики респонденту необхідно порівняти 9 мотивів вибору медичної професії попарно. У кожній парі потрібно віддати перевагу одному з мотивів.

Що спонукало вас обрати медичну спеціальність?

1. Бажання лікувати людей.
2. Бажання полегшити страждання важкохворих, старих і дітей.
3. Можливість піклуватися про здоров'я своїх близьких.
4. Престиж професії та сімейні традиції.
5. Бажання вирішувати наукові медичні проблеми.
6. Можливість піклуватися про своє здоров'я.
7. Можливість впливати на інших людей.
8. Доступність медикаментів.
9. Матеріальна зацікавленість

Для відповіді застосовується наведена нижче матриця.

1 чи 2	2 чи 3	3 чи 4	4 чи 5	5 чи 6	6 чи 7	7 чи 8	8 чи 9
1 чи 3	2 чи 4	3 чи 5	4 чи 6	5 чи 7	6 чи 8	7 чи 9	
1 чи 4	2 чи 5	3 чи 6	4 чи 7	5 чи 8	6 чи 9		
1 чи 5	2 чи 6	3 чи 7	4 чи 8	5 чи 9			
1 чи 6	2 чи 7	3 чи 8	4 чи 9				
1 чи 7	2 чи 8	3 чи 9					
1 чи 8	2 чи 9						
1 чи 9							

Методику діагностики провідних особистісних мотивів «Книжкова полиця», розроблену Е. Помиткіним [84], застосовували і в опитуванні фахівців на констатувальному та контрольному етапах, і в опитуванні пацієнтів. Методика дозволяє досліджувати мотивацію особистості крізь призму завдань розвитку духовного потенціалу через аналіз спрямованості мислення. Підхід,

який враховує духовність особистості у практиці сестри медичної, є необхідною складовою для якісного професійного зростання медичних працівників, що дозволяє усвідомлено впроваджувати ціннісні орієнтації під час супроводу паліативних пацієнтів [105, 258]. Методика «Книжкова полиця» ґрунтується на теоріях мотивації А. Маслоу та У. Джеймса, а також використовує концепцію духовного потенціалу, розроблену Е. Помиткіним. За інструкцією методики «Книжкова полиця», респонденту пропонується уявити, що 10 книжкових полиць відображають 100% його думок. Кожна полиця представлена думками певної категорії: 1) фізіологічні потреби, 2) безпека, упевненість, 3) любов, приналежність, 4) оцінка, повага, 5) самоактуалізація – так звані дефіцитарні мотиви; а також 6) духовне самовдосконалення, 7) служіння, 8) мудрість, 9) праведність, 10) святість – метамотиви. Респонденту потрібно оцінити, як часто, чи як довго (у відсотках) він думає ті чи інші думки. Важливо, щоб сума усіх відсоткових часток, присвоєних десятию «полицям», склала 100%.

Для фахівців інструкція методики залишалася незмінною. Для інкурабельних пацієнтів інструкція була дещо змінена: «Уявіть «ідеальну» медичну сестру, яка найкраще може справитися зі своїми обов'язками щодо пацієнтів у хоспісі. Уявіть, що усі її думки розташовані на 10 полицках. Ось так це виглядає, якщо це намалювати. Як ви вважаєте, які думки найчастіше займають «ідеальну» медсестру? Розподіліть між цими полицями 100 % відповідно до того, наскільки кожні з наведених думок її хвилюють».

Дані методики аналізували за шкалою, відповідно до якої оцінюється відсоткове значення, присвоєне метамотивам (№№ 6-10): високий рівень розвитку духовної мотивації складає від 70 до 100%; середній рівень – від 30 до 69%; низький – від 0 до 29%.

### **2.2.5. Організація дослідження**

Респондентам першої групи, фахівцям було надіслано посилання на онлайн-сервіс Google Forms, яке містило авторську анкету, семантичний дефере-

нціал і методику «Книжкова полиця» та «Мотивація вибору медичної професії». З респондентами другої групи, пацієнтами опитування проводили з використанням паперових форм у безпосередньому спілкуванні у відділеннях, де вони перебували, отримуючи паліативну допомогу.. Досліджуваним гарантували конфіденційність отриманих результатів і можливість за особистим запитом ознайомитися з ними. Дотримано вимогу добровільності: респонденти проходили анкетування за власним бажанням і були поінформовані про мету дослідження.

### **2.2.6. Статистичні методи досліджень**

Електронний реєстр результатів створювали у системі Microsoft Excel. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою пакету ANOVA STATISTICA 12.6. У роботі застосовано непараметричні методи статистики для порівняння 2-х незалежних вибірок (критерій Mann-Whitney U-test у випадку нерівномірного розподілу даних – відмінності між медіанами двох груп, коли дані не відповідають передумовам для t-критерію Стюдента), а також 3-х і більше незалежних вибірок (критерій Kruskal-Wallis H-test – за рівномірного / нормального розподілу, якщо дані не відповідають передумовам для однофакторного дисперсійного аналізу). Для оцінки відмінностей результатів основної та контрольної груп на контрольному етапі дослідження використали непараметричний критерій Wilcoxon T-test для порівняння двох залежних вибірок. З метою обчислення значущості залежності між двома категоріальними змінними в таблиці спряженості використовували статистичні коефіцієнти  $\chi^2$  за Yates (для вибірок до 30 осіб) та Pearson (для вибірок понад 30 осіб). Для визначення статистичної значущості зв'язку між двома категоріальними змінними в невеликих вибірках (5 і менше) застосували точний тест Fisher. Зв'язок показників вивчали за допомогою рангової біваріантної кореляції ( $r$ ) за Spearman [33]. Відмінності вважали вірогідними за  $p < 0,05$ .

Для оцінки загального стану пацієнта з урахуванням наявності і важкості супутніх захворювань застосували індекс коморбідності Чарльсона (Charlson

Comorbidity Index, CCI, з поправкою на вік та без урахуванням віку). Він враховує 17 різних захворювань, призначаючи кожній з них певний бал, який потім сумується для отримання загального індексу коморбідності. Індекс коморбідності Чарльсона з поправкою на вік враховує і вік пацієнта, що робить його більш точним для оцінки загрози для здоров'я [159, 275].

Додатково оцінки загальної коморбідності пацієнта застосували кумулятивний індекс коморбідності CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), який базується на оцінці впливу різних захворювань на здоров'я пацієнта. CIRS оцінює 14 систем органів та враховує вплив кожного захворювання на функцію органів та загальний стан пацієнта [195, 206, 275]. Індeksi CCI і CIRS є інструментами для клінічних досліджень та прогнозування результатів лікування, визначенні ризику операцій, розвитку різної патології у пацієнтів [80, 158, 194, 205, 274]. За діагностично значимий вважали індекс коморбідності Чарльсона  $\geq 4,0\%$ , CIRS  $\geq 2,0$  балів.

З метою оцінки зв'язку і сили впливу досліджуваних нами компонентів і чинників професійної готовності сестер медичних до роботи у сфері ПХД застосували множинний регресійний аналіз. У якості незалежних змінних (предикторів) взято вік, стаж професійної діяльності, рівень освіти, окремі особистісні якості та мотиви; у якості залежних змінних – професійна готовність медсестер до діяльності у сфері ПХД. Оцінювали зв'язок між змінними та силу з якою прогнозовані фактори (предиктори) впливали на об'єкт дослідження. Відмінності вважали статистично значимими за  $p < 0,05$ .

Також виконали епідеміологічний аналіз для розрахунку ризиків розвитку (прогресування) захворювання за відношенням ризиків (RR) / шансів (OR) із довірчим інтервалом 95% (CI). Для якісної статистики використали коефіцієнти  $\chi^2$  за Yates та Pearson та точний тест Fisher (P). Оцінювали ризик появи ЗН у популяції мешканців Північної Буковини з урахуванням супутньої патології та інших факторів (метаболічних розладів, ожиріння, захворювань органів черевної порожнини, дихання, серцево-судинної системи, ХХН).

## РОЗДІЛ 3

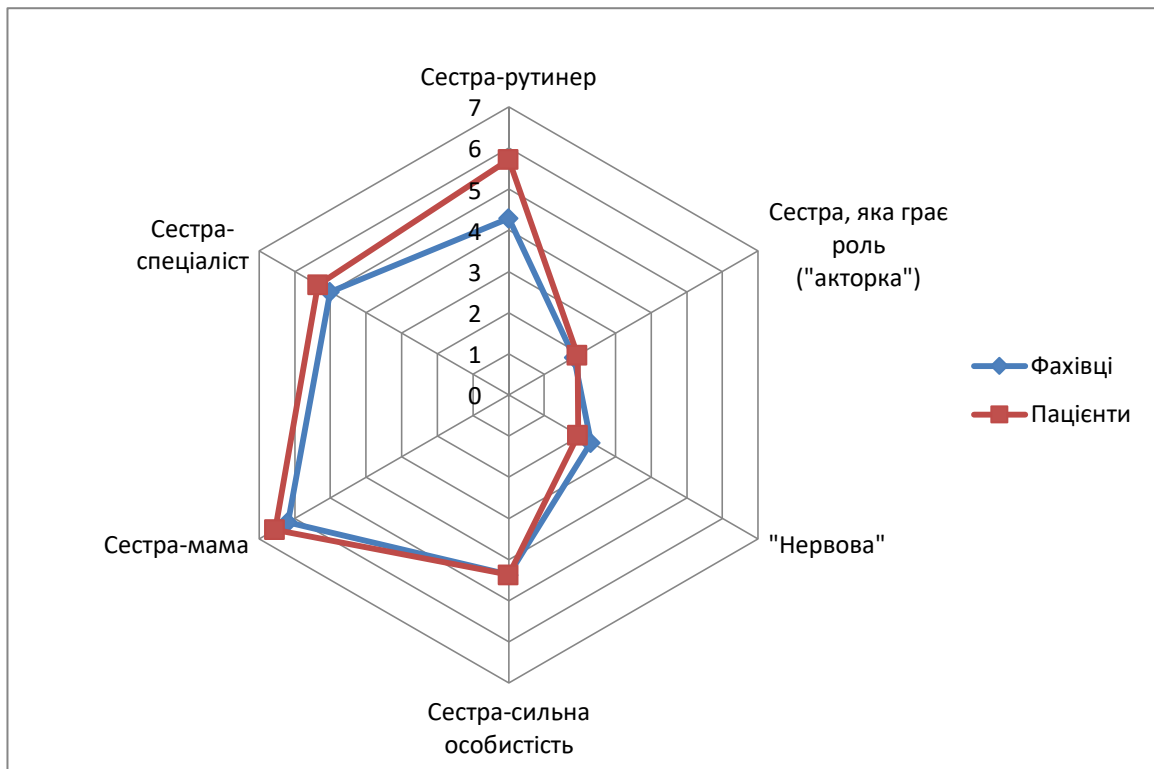
### КОМПОНЕНТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ГОТОВНОСТІ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ У СФЕРІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

#### **3.1. Особливості особистісно-рефлексивної компоненти професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері паліативної допомоги**

У процесі різностороннього дослідження особистісно-рефлексивного компонента професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері паліативної допомоги у першій фазі констатувального етапу була поставлена мета створення «ідеального» психологічного портрету на основі вияву та порівняння суб'єктивних оцінок інкурабельних пацієнтів і фахівців-медиків особистісних якостей сестри медичної у контексті задач паліативної допомоги. Для цього було застосовано метод семантичного диференціалу, модифікований на основі типології сестер медичних, запропонований I. Hárđi [153].

Вихідним пунктом дослідження стало припущення про те, що особистісні типи сестри медичної, описані пацієнтам і фахівцями будуть мати значні подібності, однак будуть спостерігатися відмінності між портретами, описаними фахівцями, які перебувають на різних етапах професійної підготовки і реалізації. Чим ближчими за описом є самовідчуття сестри медичної у роботі з інкурабельними пацієнтами до «ідеального» портрету сестри медичної, сформованого пацієнтами, тим, на нашу думку, рівень її професійної готовності до роботи у паліативній сфері має бути вищим.

У групі фахівців та в групі пацієнтів було отримано дуже подібні результати, якщо розглядати усереднені особистісні профілі (рис. 3.1). Психологічні портрети сестри медичної паліативної служби, описані пацієнтами як «ідеальний» варіант, і так, як відчувають себе фахівці у роботі з інкурабельними пацієнтами, майже ідентичні. І у пацієнтів, і у фахівців на першому місці наступні характеристики сестри медичної – сестра-«мама»: розуміюча, добра, турботлива, зацікавлена, «тепла», уважна, усміхнена.



**Рис. 3.1.** Суб'єктивне сприйняття різних типів сестри медичної (за I. Hárđi) пацієнтами як «ідеального» варіанту і фахівцями у контексті їх готовності до діяльності у сфері паліативної допомоги

Це підкреслює, з одного боку, потребу пацієнтів, насамперед, у людському, співчущаючому ставленні з боку фахівців, коли чисто професійні якості дещо поступаються якостям особистим; з іншого боку очевидним є і розуміння фахівцями того факту, що в сфері паліативної допомоги найважливішим має бути турботливий стосунок до пацієнта, доброта й персональна увага. Однак, така сестра медична ризикує вдаватися до гіперопіки пацієнта, що призводить до його передчасної «інвалідизації» у сенсі втрати ним автономії і тих навичок і можливостей, які він мав, та підсилення пасивної позиції. Емоційна включеність сестри медичної материнського типу може швидко призводити до професійного вигорання і, як наслідок, формалізації виконання медсестрою своїх професійних обов'язків або й до значних проблем зі здоров'ям. Тому, хоч даний тип, як видається з результатів дослідження, і є «ідеальним», однак професіоналу потрібно добре володіти методами емоційної саморегуляції, щоб утримувати баланс турботи про пацієнта і турботи про себе.

На другому місці за важливістю для сестри медичної паліативної служби у сприйнятті інкурабельних пацієнтів є тип сестри-«рутинера»: діє суворо за інструкцією, акуратна, ретельна, працює механічно, відсторонена, охайна, холонокровна. Іншими словами – це сестра-функція. Вона відмінно справляється зі своїми професійними обов'язками, однак «тримає дистанцію» з пацієнтами і не включається у їхні особисті історії емоційно. Це вберігає її від надмірного виснаження. І для багатьох пацієнтів, як бачимо, це може бути цілком прийнятним. Можна припускати, що інкурабельним пацієнтам хочеться уваги й емоційного відгуку від фахівців, які їх доглядають, але, з іншого боку, така особиста «близькість» може потребувати надміру багато сил від самих пацієнтів, яких у них на термінальній стадії хвороби вже може не бути. Тому медична сестра, яка просто добре робить свою щоденну роботу по їх догляду і не дошкуляє надмірною особистою увагою, може бути оптимальним варіантом. Однак, для самих фахівців такий тип сестри медичної паліативної служби займає лише четверте місце, поступаючись сестрі-«спеціалісту» й сестрі-«сильній особистості». На нашу думку, такий тип сестри медичної («рутинер») може добре врівноважувати материнський тип. Тому у процесі професійної підготовки сестер медичних до роботи у ПХД важливо працювати над розвитком особистісної гнучкості для того, щоб у своїй роботі вони могли переключатися зі стану (ролі) турботливої «мами» у стан (роль) функціонування чисто за інструкцією і за планом, дистанціюючись від, насамперед, важких емоційних переживань, і навпаки.

На третьому місці у пацієнтів та на другому у фахівців такі якості сестри медичної паліативного профілю, які, згідно з I.Hárdi, можна було б віднести до типу «сестри-спеціаліста»: вправна, спокійна, серйозна, кмітлива, впевнена, добре знає й уміє щось одне, тобто такий вузький спеціаліст у конкретній сфері, зосереджений не стільки на пацієнтові, скільки на повній реалізації своїх професійних знань й умінь у визначеному напрямку. Те, що фахівці почувують себе у такій ролі – ролі спеціаліста – у роботі з інкурабельними паціє-

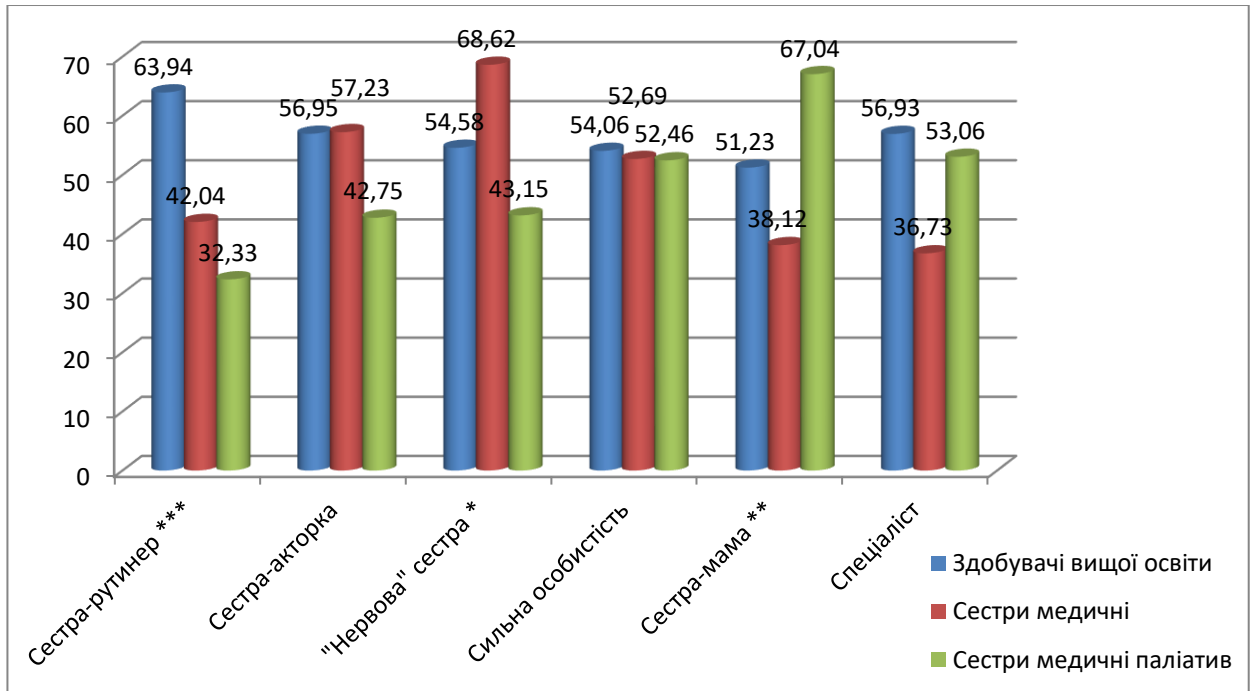


ентами, на нашу думку, свідчить про важливість для них професійної самореалізації у сфері паліативної допомоги. Тоді як пацієнтам такий тип сестри медичної підходить трохи менше. Їм, очевидно, важливо отримувати допомогу від висококласного фахівця, але й важливо при цьому, щоб цей фахівець був досить універсальним і насамперед людяним.

Неприйнятними ні для інкурабельних пацієнтів, ні для фахівців закономірно виявилися такі особистісні характеристики сестри медичної, які описуються типами «сестра, що грає роль (акторка)» і «нервова» сестра. З точки зору медичної етики останній тип сестри медичної мав би не допускатися до роботи з пацієнтами, оскільки своєю особистістю несе ризик ятрогеній. Цікаво, що у нашому дослідженні деяка частина фахівців, за їх суб'єктивними оцінками, інколи відчувається саме так у роботі з інкурабельними пацієнтами (дещо роздратовано, збуджено, нетерпимо, не завжди зосереджено на потребах пацієнта, а більше на своїх). На нашу думку, такі переживання фахівців пояснюються насправді непростими професійними задачами, які стоять перед ними в процесі паліативної допомоги, і для виконання яких дійсно потрібно залучати дуже багато особистих ресурсів. Тому можна говорити про те, що це нормальні переживання (якщо вони ситуативні) у важких умовах праці. Важливо, щоб вони не стали частиною самого фахівця, не «вросли» у структуру його особистості, або не були наслідком професійного вигорання.

Однак, порівняння результатів між підгрупами фахівців показує, що те, як відчують себе у роботі з інкурабельними пацієнтами фахівці, які ще тільки знаходяться на етапі додипломної підготовки, і досвідчені сестри медичні, досить вагомо відрізняється. Так, особистісні риси сестри-«рутинера» достовірно більш властиві для здобувачів вищої освіти ( $p \leq 0,001$ , за критерієм Краскала-Уоллеса): у своїй роботі вони намагаються максимально точно виконати інструкції та акуратно і ретельно зробити свою роботу по догляду за хворими, однак не завжди здатні емпатійно включитися у підтримку пацієнта, що може бути зумовлено браком власного професійного і життєвого досвіду

(рис. 3.2). Показово, що з віком прояви особистісних рис, котрі описують тип сестри-«рутинера», у фахівців зменшуються ( $r_s=-0,35$ ;  $p<0,05$ ).



Примітка: \*  $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; \*\*\* $p<0,000001$

**Рис. 3.2.** Суб'єктивні відчуття та прояви себе як фахівця у роботі з інкурабельними пацієнтами між здобувачами вищої медичної освіти ( $n=100$ ), сестрами медичними загального профілю ( $n=25$ ) і сестрами медичними паліативної служби ( $n=28$ ), у відносних рангових сумах, за критерієм Краскала-Уоллеса

Особистісні риси «нервової» сестри медичної значно інтенсивніше ( $p<0,05$ ) проявляються у роботі сестер медичних загального профілю і найменш інтенсивно у сестер медичних паліативної служби, за їхніми суб'єктивними оцінками. Можливо, прояви роздратування, нетерплячості, бридливості є проявами професійного вигорання чи накопиченої за роки роботи втоми сестер медичних загального профілю. Сестри медичні паліативної служби в силу специфіки своєї професійної діяльності найменше проявляють таких особистісних характеристик у взаємодії з пацієнтами чи й не мають їх, або уміють справлятися з такими переживаннями.

Саме для сестер медичних паліативної служби найбільш ( $p < 0,01$ ) характерними є особистісні особливості сестри-«мами»: теплота, розуміння, співчуття, зацікавленість пацієнтом, у той час, як для сестер медичних загального профілю ці риси є найменш характерними.

У таблиці 3.1 наведено особистісні портрети сестри медичної, що комбінуються з різних типів, відповідно до того, як її уявляють собі інкурабельні пацієнти як «ідеальну» для надання паліативної допомоги, і відповідно до того, як почуваються фахівці на різних етапах своєї професійної підготовки. Послідовність типів представлена по мірі зменшення їхньої частки у загальному особистісному портреті.

Таблиця 3.1

**«Ідеальний» для інкурабельних пацієнтів портрет сестри медичної у паліативній сфері у порівнянні з самовідчуттями здобувачів освіти і сестер медичних у роботі з паліативними хворими, на основі особистісних типів медсестри за I.Hárdi**

Інкурабельні пацієнти – їхній «ідеальний» портрет сестри медичної у паліативній сфері	Здобувачі вищої медичної освіти – їхнє суб'єктивне сприйняття себе у роботі з інкурабельними пацієнтами
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Сестра-«мама»</li> <li>* Сестра-«рутинер»</li> <li>* Сестра-«спеціаліст»</li> <li>* Сестра-«сильна особистість»</li> <li>* Сестра-«акторка»</li> <li>* «Нервова» сестра</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Сестра-«рутинер»</li> <li>* Сестра-«акторка»</li> <li>* Сестра-«спеціаліст»</li> <li>* «Нервова» сестра</li> <li>* Сестра-«сильна особистість»</li> <li>* Сестра-«мама»</li> </ul>
Сестри медичні загального профілю – їхнє суб'єктивне сприйняття себе у роботі з інкурабельними пацієнтами	Сестри медичні паліативної служби – їхнє суб'єктивне сприйняття себе у роботі з інкурабельними пацієнтами
<ul style="list-style-type: none"> <li>* «Нервова» сестра</li> <li>* Сестра-«акторка»</li> <li>* Сестра-«сильна особистість»</li> <li>* Сестра-«рутинер»</li> <li>* Сестра-«спеціаліст»</li> <li>* Сестра-«мама»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Сестра-«мама»</li> <li>* Сестра-«спеціаліст»</li> <li>* Сестра-«сильна особистість»</li> <li>* «Нервова» сестра</li> <li>* Сестра-«акторка»</li> <li>* Сестра-«рутинер»</li> </ul>

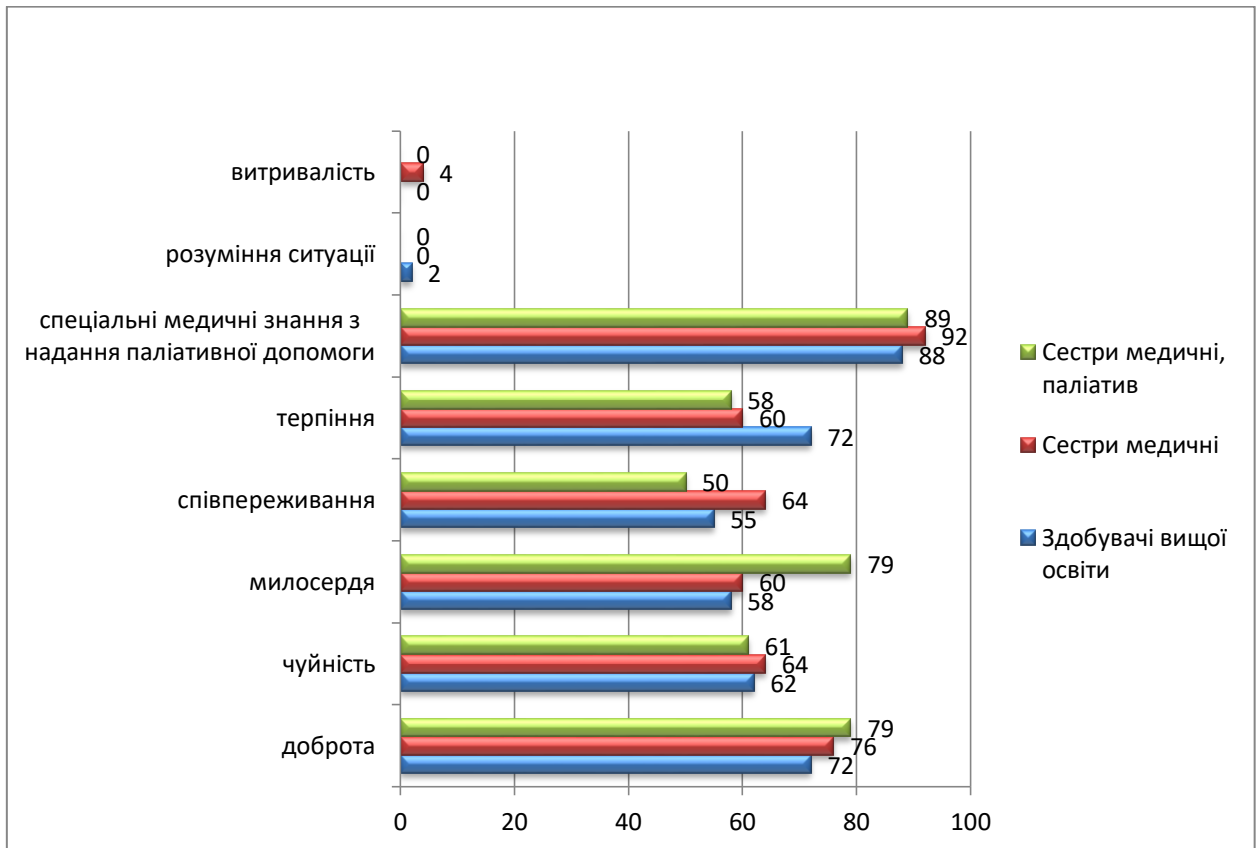
Узагальнюючи суб'єктивне сприйняття інкурабельними пацієнтами особистісного портрету «ідеальної» сестри медичної паліативної служби, можна

описати його змістове наповнення через типи від найбільш вагомого до найменш вагомого, враховуючи відносні рангові суми: сестра-«мама», сестра-«рутинер», сестра-«спеціаліст», сестра-«сильна особистість», сестра-«акторка», «нервова» сестра. Особистісний портрет фахівця, що ґрунтується на самовідчуттях сестер медичних у роботі з інкурабельними пацієнтами, найбільш наближений до портрету, описаного пацієнтами, у підгрупі сестер медичних паліативної служби, і це свідчить про вагомі показники їхньої професійної готовності до роботи з термінальними хворими: сестра-«мама», сестра-«спеціаліст», сестра-«сильна особистість», «нервова» сестра, сестра-«акторка», сестра-«рутинер». Вони добре відчують потреби пацієнтів у чисто людському контакті і готові відповідати цим потребам через свою професійну діяльність.

Сестри медичні загального профілю описують самовідчуття у роботі з інкурабельними пацієнтами майже прямо протилежно до портрету «ідеальної» сестри, визначеного пацієнтами. У портреті здобувачів освіти тип «рутинер» посідає перше місце, тоді як тип «мама» – останнє.

Міркування фахівців щодо особистісних якостей, які мають бути притаманні сестрі медичній, що здійснює догляд за пацієнтами у рамках паліативної допомоги, вивчали додатково і за допомогою анкетування (рис. 3.3). Відповіді, які надали здобувачі вищої освіти, сестри медичні загального та паліативного профілів, виглядають відносно однотайно. І на першому місці респонденти тут вбачають наявність у сестри медичної спеціальних медичних знань і навичок щодо догляду за інкурабельними пацієнтами – на цьому наголошують 88% здобувачів освіти, 92% сестер медичних загального та 89% паліативного профілів. На другому місці за частотою згадування виділено такі якості як доброта (72%, 76% і 79% відповідно) і терпіння (72%, 60% і 58%); наступні – чуйність (62%, 64% і 61% відповідно), милосердя (58%, 60% і 79%) та співпереживання (55%, 64% і 50%). Лише 4% сестер медичних загального профілю вказали на витривалість і 2% здобувачів освіти – на важливість доброго орієнтування медичної сестри в індивідуальній ситуації пацієнта та її розуміння (рис. 3.3).

Бачимо, що у цьому переліку важливих для сестри медичної паліативної служби фахівці називають саме такі якості, які відповідають типу сестри-«мами»: доброта, милосердя, чуйність, терпіння, співпереживання. Щодпра-вда, на першому місці з відносно вираженим відривом фахівців розташували спеціальні медичні знання й навички з надання паліативної допомоги і догляду за інкурабельними пацієнтами.



**Рис. 3.3.** Якості медичної сестри для успішної діяльності у сфері паліативної допомоги (%), за суб'єктивною оцінкою здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28)

Отримані за допомогою семантичного диференціалу та анкетування дані про особистісно-рефлексивний компонент професійної готовності сестри медичної до діяльності у сфері ПХД ми доповнили експертними оцінками. Щоправда, експертні оцінки була можливість отримати лише стосовно підгрупи здобувачів вищої медичної освіти.

Оцінки експертів виставляли за наступними показниками:

\* емпатійність;

- \* милосердя і толерантність;
- \* усвідомлення рівня своєї фахової підготовки у сфері паліативної допомоги і професійна впевненість.

Кожного студента оцінювали 3 експерти за 5-бальною шкалою. Потім вираховувався середній бал. За кожним із компонентів професійної готовності до діяльності у сфері ПХД респондент міг отримати максимально 15 балів.

Більше половини респондентів підгрупи здобувачів вищої медичної освіти, за оцінками експертів-викладачів, котрі працюють з цими студентами і добре знають їх, виявляють середній рівень сформованості показників особистісно-рефлексивного компонента професійної готовності до діяльності у сфері ПХД і близько третини – низький її рівень (табл. 3.2).

*Таблиця 3.2*

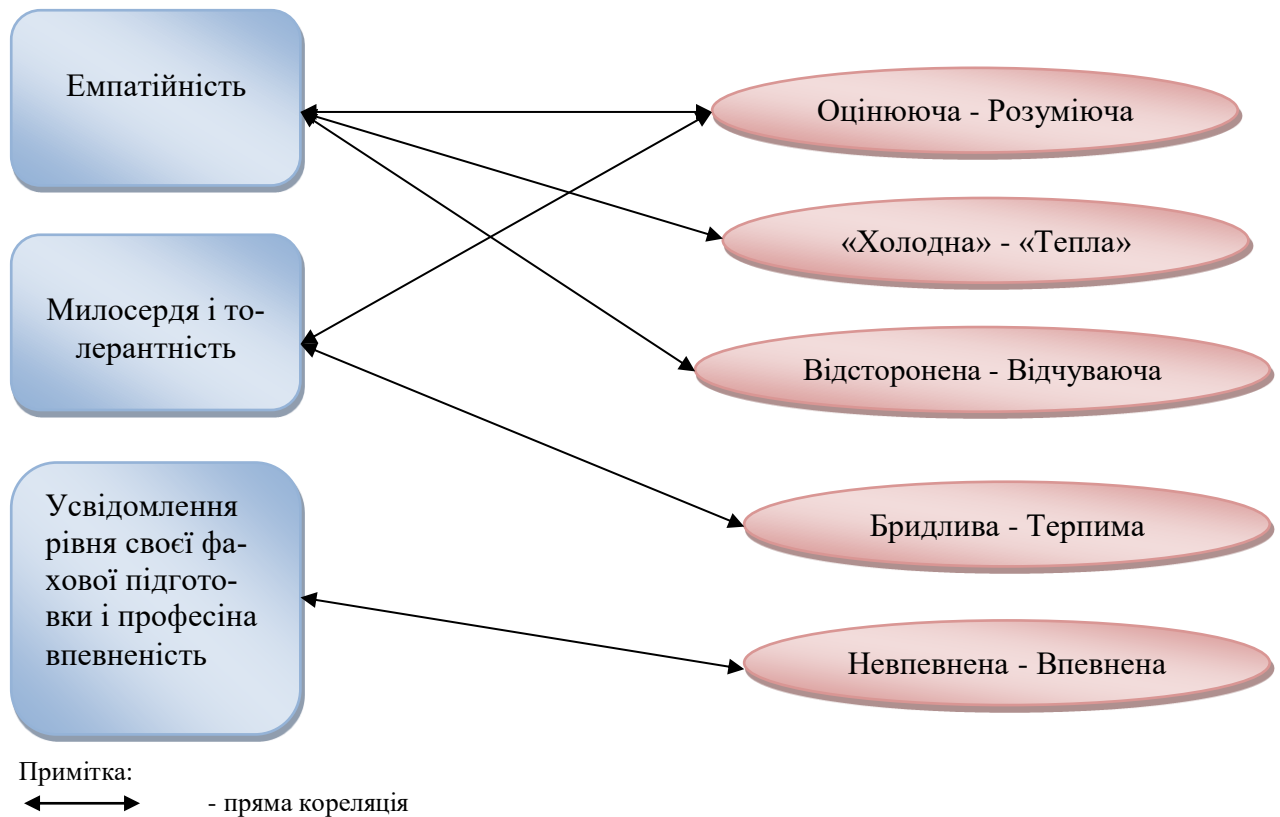
**Розподіл часток (%) респондентів підгрупи здобувачів вищої медичної освіти (n=100) відповідно до рівня вираженості показників особистісно-рефлексивного компонента професійної готовності**

Показники особистісно-рефлексивного компонента професійної готовності	Низький (1-2 бали), n=89 (%)	Середній (3-4 бали), n=164 (%)	Високий (5 балів) n=47 (%)
Емпатійність	28 (31,46)	52 (31,71)	20 (42,55)
Милосердя і толерантність	26 (29,21)	62 (37,80)	12 (25,53)
Усвідомлення рівня своєї фахової підготовки у сфері ПХД і професійна впевненість	35 (39,33)	50 (30,49)	15 (31,91)

Найменш сформованим, за оцінками експертів, у респондентів даної підгрупи виглядає такий показник як усвідомлення рівня своєї фахової підготовки у сфері ПХД і професійна впевненість – лише у 15% студентів він був оцінений високими балами й у третини (35%) – низькими балами. На нашу думку, це цілком виправдано, оскільки студенти все ж таки мають брак практичного досвіду в реальних клінічних умовах.

За даними кореляційного аналізу експертні оцінки прямо корелюють з саомоцінками здобувачів вищої медичної освіти, що свідчить про правдивість

відповідей абсолютної більшості респондентів і підтверджує достовірність результатів та обґрунтованість висновків дослідження (рис. 3.4).



**Рис. 3.4.** Статистично достовірні ( $p \leq 0,05$ , за критерієм Спірмена) кореляційні взаємозв'язки експертних оцінок за показниками особистісно-рефлексивного компонента професійної готовності медсестер із самооцінками окремих особистісних якостей здобувачів вищої медичної освіти ( $n=100$ )

Кореляційна плеяда (рис. 3.4) наочно демонструє, що ті здобувачі вищої медичної освіти, котрі отримали від експертів вищі оцінки за показником емпатійності, зазвичай відчують себе у спілкуванні з інкурабельними пацієнтами більш розуміючими ( $r_s=0,32$ , за критерієм Спірмена при  $p \leq 0,05$ ), відчуючи ми ( $r_s= 0,44$  при  $p \leq 0,05$ ) і «теплыми» ( $r_s= 0,49$  при  $p \leq 0,01$ ). Ті здобувачі вищої медичної освіти, котрі отримали від експертів вищі оцінки за показником милосердя і толерантності, зазвичай відчують себе у спілкуванні з інкурабельними пацієнтами більш розуміючими ( $r_s= 0,29$  при  $p \leq 0,05$ ) і терпимими ( $r_s= 0,35$  при  $p \leq 0,05$ ). Самооцінка й експертна оцінка професійної впевненості здобувачів вищої медичної освіти також корелює, хоча й не на високому, але на достовірному рівні ( $r_s= 0,33$  при  $p \leq 0,05$ ).

Таким чином, забезпечення належного навчання, підтримки та розвитку навичок самооцінки може допомогти підвищити рівень усвідомлення та професійної впевненості у здобувачів вищої медичної освіти. Отримані результати вказують на необхідність включення до навчальних програм підготовки сестер медичних з питань ПХД обов'язкових завдань, спрямованих на розвиток рефлексивного усвідомлення суб'єктивного значення діяльності у сфері допомоги інкурабельним пацієнтам і власної ролі у цих процесах.

### **3.2. Ціннісно-мотиваційні аспекти професійної готовності сестер медичних**

Ціннісно-мотиваційний компонент професійної готовності сестер медичних до діяльності у ПХД вивчали за допомогою окремих питань авторської анкети, які стосуються намірів працювати з інкурабельними пацієнтами, методик «Мотивація вибору медичної професії» та «Книжкова полиця», обґрунтованих вище, й методу експертних оцінок. Методику «Книжкова полиця» застосовували й у дослідженні з інкурабельними пацієнтами: їх попросили за допомогою даної методики оцінити, якими в ідеалі мають бути переважаючі мотиви сестри медичної, щоб вона була ефективною у наданні паліативної допомоги.

Позитивну відповідь на питання щодо згоди працювати у відділенні паліативної допомоги дала лише третина (32% з числа опитуваних) здобувачів вищої освіти, 48% сестер медичних загального профілю та 64% сестер медичних паліативної служби (рис. 3.5). Заперечно на це питання відповіли 18% здобувачів вищої освіти, 8% сестер медичних загального профілю і жодна сестра медична з паліативних відділень. Близько половини представників перших двох підгруп досліджуваних фахівців (50% здобувачів освіти та 44% сестер медичних загального профілю) і трохи більше третини (36%) представників третьої підгрупи (сестер медичних паліативного профілю) не відчують достатньої готовності до такої роботи і вагаються щодо своїх можливостей.



Тобто, навіть не всі медсестри, які уже працюють у сфері ПХД, знову погодилися б зробити такий вибір і працювати з інкурабельними пацієнтами. Уже знаючи з власного досвіду, наскільки це непроста робота, багато хто з них, хоч не відмовляються категорично, але все ж вагаються щодо своєї готовності доглядати за пацієнтами на завершальних стадіях їхнього життя.

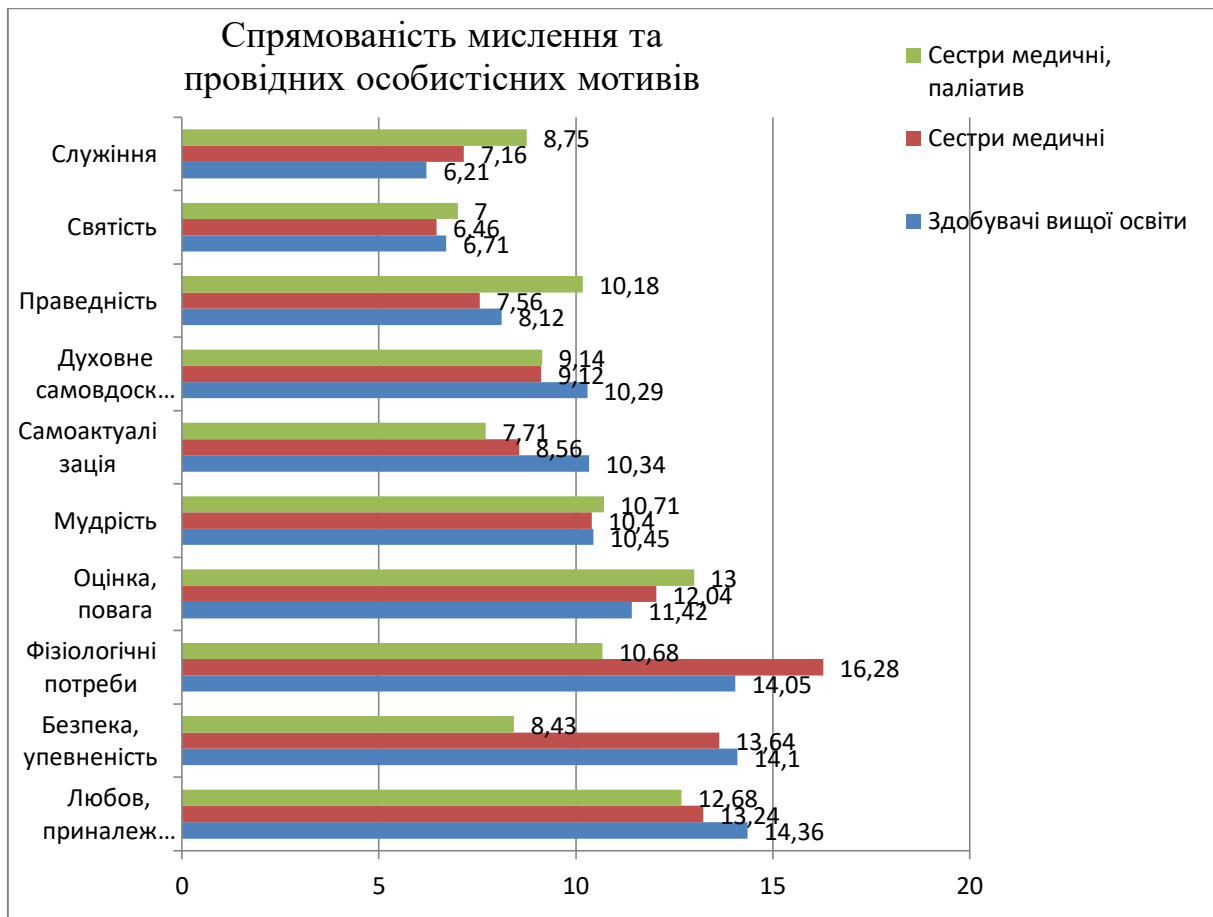


**Рис. 3.5.** Кількість (%) здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28), які виразили різну готовність до роботи з інкурабельними пацієнтами на момент опитування.

Разом з тим, абсолютна більшість здобувачів вищої освіти (80%) та сестер медичних і (84%) хотіли б отримати спеціальні знання з надання ПХД, що вказує на актуальність для них питань догляду за інкурабельними пацієнтами і об'єктивний брак таких знань на момент опитування.

Вивчення провідних особистісних мотивів (рис.3.6) здобувачів вищої освіти та медичних сестер показало, що перші три місця з мінімальним відривом у системі мотивації респондентів першої підгрупи фахівців займають такі спонуки як любов і прагнення приналежності (14,36%), прагнення безпеки, упевненості (14,1%) та фізіологічні потреби (14,05%). І найнижчі показники

отримали такі мотиви як праведність (8,12%), святість (6,71%) та служіння (6,21%). У другій підгрупі, уже працюючих сестер медичних загального профілю ці ж мотиви розподілилися практично у такій же послідовності, за винятком найбільше переважаючих фізіологічних потреб (16,28%). У підгрупі сестер медичних паліативної служби на перших двох позиціях мотиви важливості оцінки й поваги оточуючих (13%) і прагнення любові та відчуття приналежності (12,68%). Далі з деяким відривом йдуть прагнення мудрості (10,71%), фізіологічні потреби (10,68%) і праведності (10,18%). На останніх позиціях у третій підгрупі фахівців мотиви служіння (8,75%), безпеки (8,43%) і святості (7%).

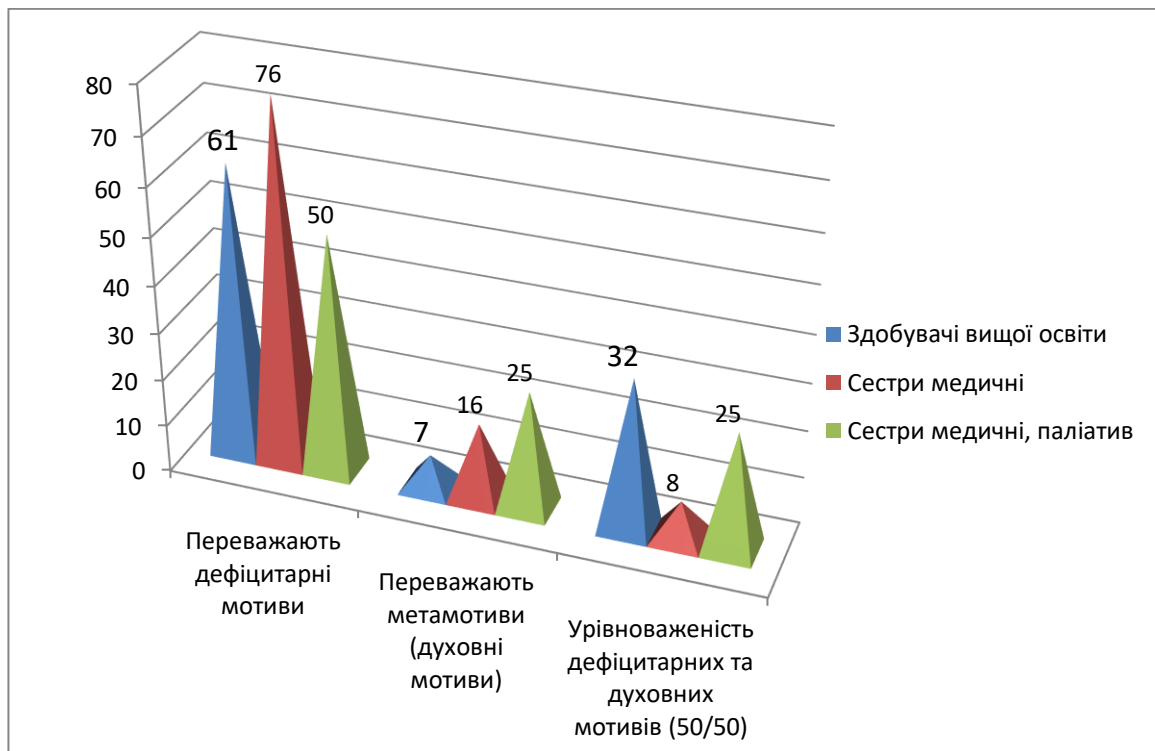


**Рис. 3.6.** Усереднені показники (%) за провідними особистісними мотивами здобувачів вищої освіти, сестер медичних та сестер медичних паліативних відділень загалом по групах, за методикою «Книжкова полиця».

Загалом, і в майбутніх, і в уже працюючих сестер медичних спостерігається дуже прагматична мотивація і спрямованість мислення. І це стає очевидно під час аналізу частоти, з якою виявляється переважання тієї чи іншої

групи провідних особистісних мотивів. В усіх трьох досліджуваних підгрупах фахівців спостерігається значне домінування дефіцитарних мотивів (у 61% здобувачів вищої освіти, у 76% сестер медичних загального профілю і в 50% сестер паліативної служби).

Дефіцитарні мотиви спрямовують мислення людини винятково на себе, і поки вони не задоволені, мислення людини знову й знову буде повертатися до пошуку можливостей задовольнити їх. До дефіцитарних мотивів належать фізіологічні потреби, потреби у безпеці, упевненості, у любові й приналежності, в оцінці й повазі з боку оточуючих, у самоактуалізації (рис. 3.7).



**Рис. 3.7.** Особистісні мотиви і потреби (%) у здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28), за методикою «Книжкова полиця».

Лише у 7% опитаних здобувачів вищої освіти домінують метамотиви духовного самовдосконалення, у 16% сестер медичних загального профілю та у 25% сестер медичних паліативного профілю (відтворення прекрасного та досконалого у собі), служіння, допомоги потребуючим (примноження добра, покращення світу), мудрості (пошук і примноження істини), праведності (дотримання духовних принципів, відтворення гармонії у власному житті) та святості

(прийняття та виконання духовної місії, духовне подвижництво та наставництво) [182, 183]. У 32% здобувачів, 8% медсестер загального профілю та 25% сестер медичних паліативного профілю дефіцитарні та мета-мотиви врівноважені.

На нашу думку, переважання дефіцитарних мотивів над метамотивами у здобувачів та медсестер зумовлено особливостями часу, на котрий припало наше дослідження. Життя в умовах війни, очевидно, зумовило зосередження людей на задоволенні найбільш нагальних потреб, котрі забезпечують виживання.

Однак важливо розвивати також і духовні аспекти, які сприяють розширенню світогляду та глибшому розумінню життя, щоб забезпечити гармонійний розвиток особистості і забезпечити можливість більш гнучко протистояти травмивним чинникам, пов'язаним з кризовим періодом у суспільстві.

Пацієнтів також попросили за допомогою методики «Книжкова полиця» оцінити, якими в ідеалі мають бути переважаючі мотиви сестри медичної, щоб вона була ефективною у наданні паліативної допомоги. Цікаво, що тут теж, як і у випадку з оцінкою індивідуальних особистісних якостей, результати сестер медичних і пацієнтів практично співпадають. І серед оцінок фахівців (здобувачів вищої освіти, сестер медичних загального профілю та паліативної служби), і серед тих оцінок, які дали «ідеальній» сестрі медичній пацієнти, спостерігається значне домінування дефіцитарних мотивів (у 62% фахівців і 61% пацієнтів). Схоже, що пацієнти дуже реалістично оцінюють «ідеальну» сестру медичну, приписуючи їй майже такі ж мотиви, як сестри медичні відзначають за собою. Не можна відкидати й ефекту проєкції власних мотивів пацієнтів на «портрет» сестри медичної.

До метамотивів, які домінують лише в середньому у 16% сестер медичних і відзначаються в описі «ідеальної» сестри 25% пацієнтів, належать мотиви духовного самовдосконалення, служіння, мудрості, праведності та святості. Ми припускали, що інкурабельні пацієнти, описуючи «ідеальну» сестру

медичну для паліативної сфери, зроблять акцент на метамотивах. Однак, бачимо, що в їхніх описах метамотиви перевищують самооцінку самих сестер дуже незначно. У 22% сестер медичних та у 14% пацієнтів дефіцитарні і метамотиви урівноважені.

Статистичний аналіз за допомогою критерію Краскала-Уоллеса показує, що мотиви власної безпеки й упевненості найменш вагомі для медсестер паліативної служби, тоді як для медсестер загального профілю, здобувачів та пацієнтів ці мотиви відіграють значно ( $H(3, N=216) = 16,40706; p=0,001$ ) більшу роль (табл. 3.3). Щодо мотиву любові й приналежності, то інкурабельні пацієнти значно ( $H(3, N=216) = 7,826794; p=0,05$ ) менше схильні вбачати його у структурі мотивації «ідеальної» сестри медичної у порівнянні з фахівцями. З огляду на число коефіцієнту  $H$ , більш виправдано було б говорити про існуючу тенденцію до відмінностей результатів між групами фахівців і пацієнтів.

Таблиця 3.3

### Аналіз особистісних мотивів та спрямованості мислення у досліджуваних групах за критерієм Краскала-Уоллеса

Мотиви і спрямованість мислення	Досліджувані групи				df	H	p
	Пацієнти, n=63	Фахівці, n=153					
		Здобувачі вищої освіти, n=100	Сестри медичні, n =25	Сестри медичні, паліатив, n =28			
Відносна рангова сума	Відносна рангова сума	Відносна рангова сума	Відносна рангова сума				
Мотив особистої безпеки й упевненості	115,2857	113,8050	118,3800	<b>65,4643</b>	3	16,41	<0,001
Мотив любові і приналежності	<b>92,9444</b>	117,9250	117,8200	101,5179	3	7,83	<0,05
Мотив служіння	119,0794	<b>94,6200</b>	116,5600	127,0714	3	10,13	0,02

Примітка. df – ступінь свободи; H – значення критерію Краскала-Уоллеса; n – кількість респондентів у групі; p - значення імовірності.

При цьому здобувачі вищої освіти та сестри медичні загального профілю схильні надавати цьому мотиву більшого значення, ніж сестри медичні паліативних відділень, тоді як пацієнти – найменшого значення.

Мотив «служіння» найбільш ( $H(3, N=216) = 10,13455; p=0,02$ ) актуальний для сестер медичних паліативної служби і найменш актуальний для здобувачів вищої медичної освіти.

Пацієнти оцінили цей мотив показниками, які займають проміжне місце між показниками фахівців, які лише проходять додипломну професійну підготовку, і тими, хто вже працює у сфері паліативної допомоги (табл. 3.3).

Для інкурабельних пацієнтів особистісний мотив любові і приналежності у структурі ціннісно-мотиваційної сфери «ідеальної» сестри медичної видається менш важливим, ніж для самих медсестер.

Можливо, це пов'язано з тими ж причинами, через які тип сестри-«рутинера» для пацієнтів знаходиться за важливістю на другому місці, майже поруч до типу сестри-«матері» – необхідність в економії емоційної енергії й обережне обходження з надто близькими контактами.

Загалом інтенсивність і дефіцитарних, і духовних (метамотивів) у структурі мотивації сучасних медичних фахівців середньої ланки найчастіше сягає середнього рівня (у 65% та 74% відповідно респондентів першої підгрупи; у 92% та 84% відповідно респондентів другої підгрупи і 88% та 85% відповідно респондентів третьої підгрупи) (табл. 3.4).

Високого рівня вплив на спрямованість особистості й мислення досліджуваних дефіцитарні мотиви досягають у 32% опитуваних першої підгрупи і по 8% опитуваних другої та третьої підгруп, тоді як метамотиви – лише у 2%, 4% та 11% відповідно.

Це свідчить про те, що лише у середньому 3% сестер медичних на різних етапах своєї професійної підготовки виявляють високий рівень розвитку духовного потенціалу і його реалізованості.

**Частота діагностування різних рівнів прояву особистісних мотивів і потреб здобувачів вищої освіти, сестер медичних та сестер медичних паліативних відділень за методикою «Книжкова полиця»**

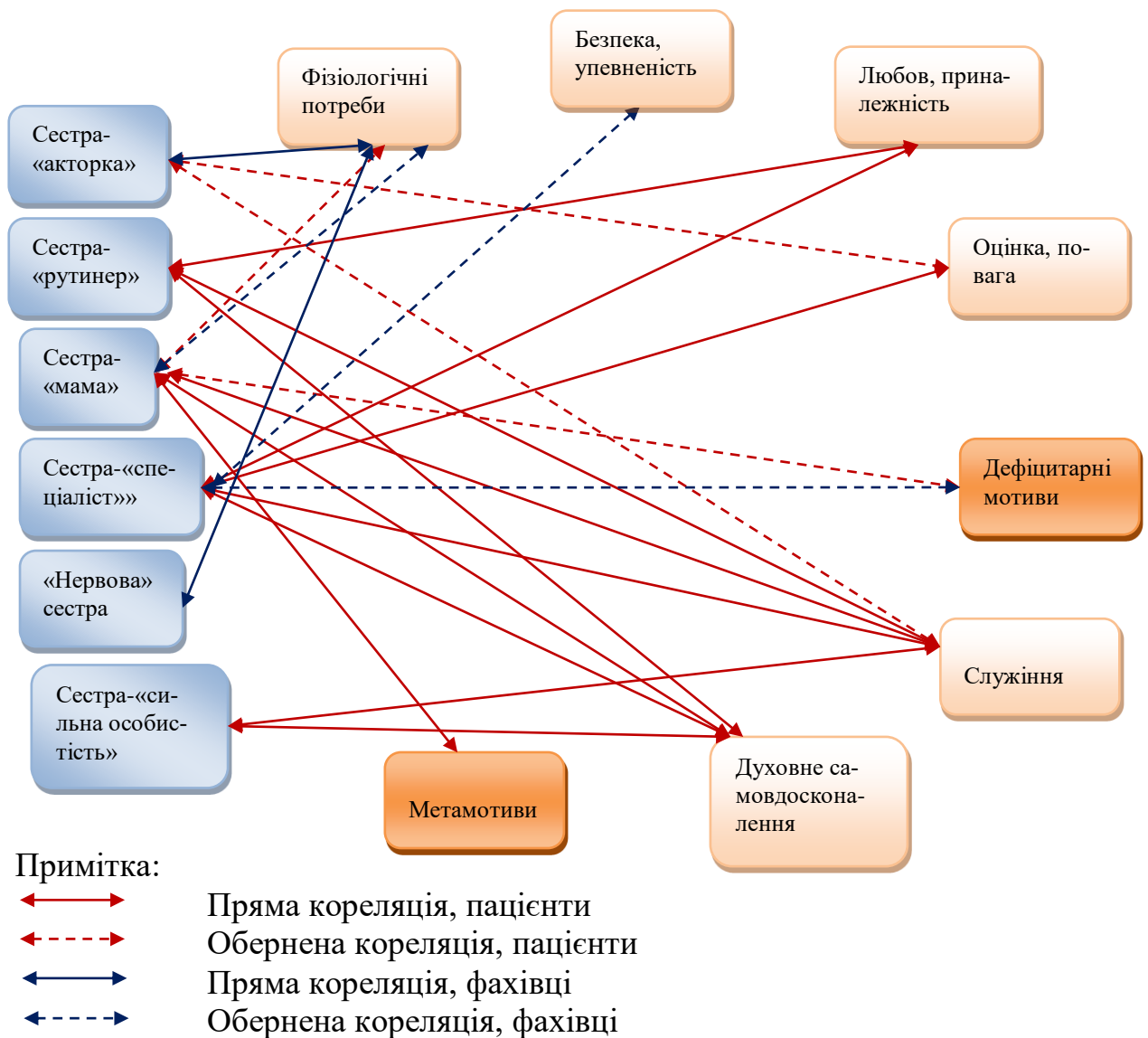
Особистісні мотиви й потреби Групи Рівень вияву	Дефіцитарні мотиви			Метамотиви (духовні мотиви)		
	Здобувачі вищої освіти % (n=100)	Сестри медичні % (n=25)	Сестри медичні, паліатив % (n=28)	Здобувачі вищої освіти % (n=100)	Сестри медичні % (n=25)	Сестри медичні, паліатив, % (n=28)
Низький	3	-	4	24	12	11
Середній	65	92	88	74	84	85
Високий	32	8	8	2	4	4

На жаль, деякі сестри медичні (у середньому 16% по всій вибірці) виявляють недостатній рівень розвитку духовного потенціалу. Це може відобразитися у відсутності внутрішньої спрямованості на глибоке розуміння потреб і почуттів пацієнтів. Це також може проявлятися у браку співчуття та емпатії, які важливі для належної медичної допомоги. Однак це відкриває можливість для навчання та особистісного росту, щоб стати більш чутливими та духовно вдосконаленими фахівцями.

Кореляційний аналіз даних дослідження особистісно-рефлексивного та мотиваційного компонентів професійної готовності сестри медичної до професійної діяльності у ПХД показав взаємозв'язок провідних мотивів із типами особистості медсестри (рис. 3.8). Чим більшу перевагу інкурабельні пацієнти надають сестрі медичній особистісного типу «мама», тим менше вони визнають можливість переважання у неї дефіцитарних мотивів ( $r_s = -0,32$ ;  $p \leq 0,05$ ), мотиву задоволення фізіологічних потреб ( $r_s = -0,25$ ;  $p \leq 0,05$ ), і тим більшу роль вбачають за метамотивами ( $r_s = 0,32$ ;  $p \leq 0,05$ ), зокрема мотивами духовного самовдосконалення ( $r_s = 0,40$ ;  $p \leq 0,01$ ), служіння ( $r_s = 0,52$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Аналогічно, у сприйнятті фахівців, чим більше особистісні особливості сестри медичної відповідають типу сестри «мама», тим менше їй властиві мотиви задоволення суто фізіологічних потреб ( $r_s=-0,23$ ;  $p\leq 0,05$ ).

В уяві інкурабельних пацієнтів особистісні особливості типу сестра-«рутинер» прямо корелюють із такими мотивами й спрямованістю мислення як любов, приналежність ( $r_s=0,28$ ;  $p\leq 0,05$ ), духовне самовдосконалення ( $r_s=0,29$ ;  $p\leq 0,05$ ), служіння ( $r_s=0,38$ ;  $p\leq 0,05$ ).



**Рис. 3.8.** Кореляційні взаємозв'язки між вираженістю особистісних типів сестри медичної паліативної сфери та її мотивами і спрямованістю мислення в уяві інкурабельних пацієнтів як «ідеальної» сестри та у самовідчутті фахівців у роботі з інкурабельними пацієнтами.



Особистісні особливості типу сестра-«спеціаліст» прямо взаємопов'язані з мотивами любов, приналежність ( $r_s=0,27$ ;  $p\leq 0,05$ ), оцінка, повага ( $r_s=0,32$ ;  $p\leq 0,05$ ) духовне самовдосконалення ( $r_s=0,27$ ;  $p\leq 0,05$ ), служіння ( $r_s=0,31$ ;  $p\leq 0,05$ ). Фахівці, відчуваючи себе з інкурабельними пацієнтами сестрою-«спеціалістом», схильні ігнорувати дефіцитарні мотиви ( $r_s=-0,21$ ;  $p\leq 0,05$ ), зокрема мотиви безпеки й упевненості ( $r_s=-0,21$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Пацієнти також пов'язують тип сестри-сильної особистості (дисциплінована, добрий організатор, енергійна, ділова, авторитарна, у пацієнтів викликає страх) з такими особистісними мотивами й спрямованістю мислення як духовне самовдосконалення ( $r_s=0,27$ ;  $p\leq 0,05$ ), служіння ( $r_s=0,28$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Найменш визнані і серед пацієнтів, і серед фахівців типи сестри медичної «акторка» ( $r_s=0,26$ ;  $p\leq 0,05$ ) і «нервова» ( $r_s=0,23$ ;  $p\leq 0,05$ ) прямо співвідносяться для фахівців з мотивами задоволення фізіологічних потреб; а для пацієнтів їхня вираженість обернено пропорційна мотивам оцінка, повага («акторка»,  $r_s=-0,34$ ;  $p\leq 0,05$ ), служіння («акторка»,  $r_s=-0,26$ ;  $p\leq 0,05$ ), духовне самовдосконалення ( $r_s=-0,32$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Отже, бачимо, що такі особистісні типи сестри медичної як «мама», «рутинер», «спеціаліст», «сильна особистість» більшою мірою і прямо взаємопов'язані з мета-мотивами, тобто відповідають вищому рівневі розвитку духовного потенціалу фахівців. Тоді як особистісні типи сестри медичної «акторка» і «нервова», навпаки, мають зворотній взаємозв'язок з метамотивами, на томість – прямий із дефіцитарними мотивами, що виражаються у конкретному задоволенні фізіологічних потреб. Найбільш навантаженими кореляційними взаємозв'язками з особистісними типами сестри медичної виявилися такі мотиви як служіння, духовне самовдосконалення і фізіологічні потреби. На нашу думку, в цьому проглядається візуалізація діалектики діяльності сестри медичної у паліативній сфері: з одного боку, необхідність забезпечення виживання пацієнта і його базових потреб, з іншого – спрямованість на духовні, екзистенційні потреби, які актуалізуються з наближенням смерті та усвідомленням цього наближення.

Дослідження мотивів вибору (рис. 3.9) здобувачами вищої освіти та сестрами медичними своєї професії показало, що провідними серед мотивів вибору медичної професії для респондентів груп здобувачів вищої освіти і сестер медичних загального профілю є можливості піклуватися про здоров'я своїх близьких (56% та 44% відповідно), про своє власне здоров'я (53% та 52% відповідно). Для сестер медичних паліативної служби це – можливість піклуватися про своє власне здоров'я (39%), а також можливість впливати на інших людей (39%). Цікаво, що такий актуальний для діяльності у сфері паліативної допомоги мотив як бажання полегшити страждання важкохворих, старих і дітей є провідним лише у 8% здобувачів вищої освіти, але уже аж у 32% працюючих сестер медичних загального профілю й у 25% сестер медичних паліативної служби.



**Рис. 3.9.** Частота (%) домінуючих мотивів вибору професії медичної сестри у системі мотивації здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28)

Цікаво, що такий актуальний для діяльності у сфері паліативної допомоги мотив як бажання полегшити страждання важкохворих, старих і дітей є провідним лише у 8% здобувачів вищої освіти, але уже аж у 32 % працюючих сестер медичних.

Спостерігаються достовірні відмінності у мотивації вибору медичної професії (табл. 3.5). Зокрема, у сестер медичних паліативної служби значно слабше виражений мотив «можливості піклуватися про здоров'я своїх близьких» ( $H(2, N=153) = 9,175582; p \leq 0,01$ , за критерієм Краскала-Уоллеса), але значно виразнішим є бажання полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку та дітей ( $H(2, N=153) = 12,31546; p \leq 0,002$ ), те ж саме й у групі сестер медичних загального профілю).

Таблиця 3.5

**Аналіз «мотивів вибору медичної професії» у досліджуваних групах за критерієм Краскала-Уоллеса**

Мотиви вибору медичної професії	Досліджувані групи			df	$\chi^2$	H	p
	Здобувачі вищої освіти, n=100	Сестри медичні, n=25	Сестри медичні, паліатив, n=28				
	Відносна рангова сума	Відносна рангова сума	Відносна рангова сума				
Мотив «можливості піклуватися про здоров'я своїх близьких»	83,30500	72,84000	58,19643	2	9.26	9.18	0,01
Бажання полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку та дітей	68,61500	94,22000	91,57143	2	9.38	12,32	0,002
Бажання лікувати людей	81,70000	60,28000	75,14286	2	.0000	8.17	0,02

Примітка. df – ступінь свободи;  $\chi^2$  – міра різниці між спостережуваною та очікуваною частотою результатів набору подій або змінних; H – значення критерію Краскала-Уоллеса; n – кількість респондентів у групі; p – значення імовірності

Цікаво, що бажання лікувати людей як мотив вибору медичної професії значущо слабше ( $H(2, N=153) = 8,171489; p=0,02$ ) виражене у сестер медичних загального профілю.

Експертні оцінки показників ціннісно-мотиваційного компонента професійної готовності здобувачів вищої медичної освіти до роботи у сфері ПХД виявили недостатній рівень виявленості духовного потенціалу досліджуваних фахівців і сформованості мотиву лікувати хворих та полегшувати їхні страждання (табл. 3.6). За оцінками експертів, лише 6% здобувачів вищої медичної освіти демонструють високий рівень проявлення духовного потенціалу, тоді як середній – 48% і низький – 46%. Мотивація професійної діяльності, пов'язана з бажанням лікувати хворих, полегшувати їхні страждання на високому рівні властива теж дуже незначній кількості респондентів даної підгрупи фахівців – лише 12%, на середньому рівні – 50%, на низькому – 38%. Високі оцінки за показником ціннісного ставлення до іншої особистості експерти поставили 20% респондентів, середні – 55% і низькі – 25%.

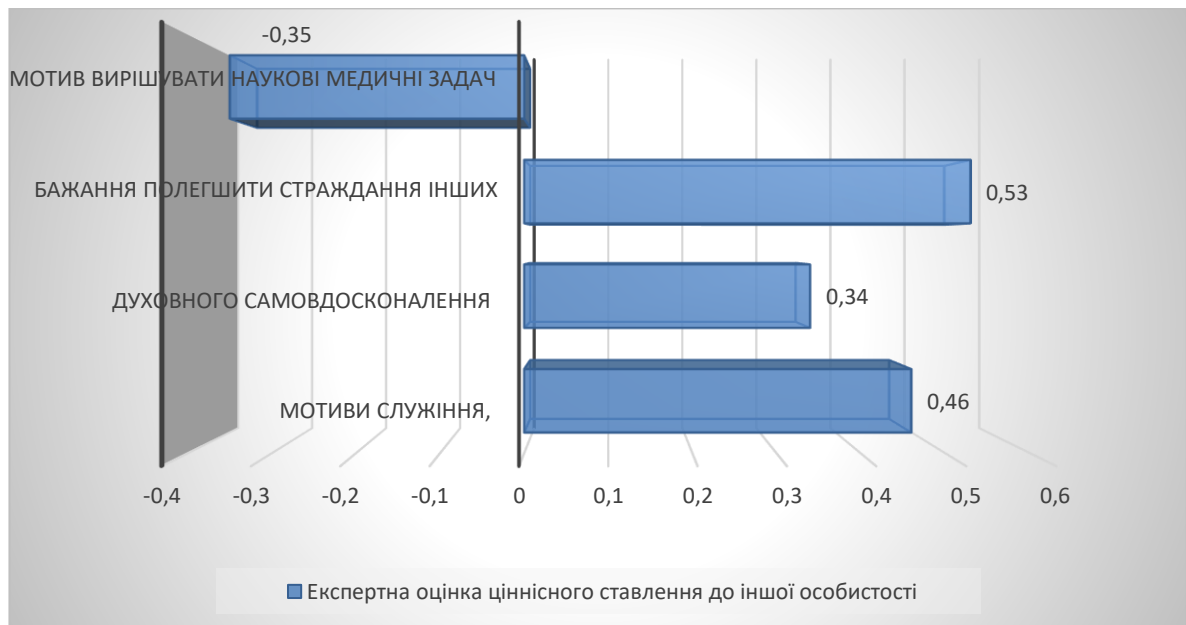
*Таблиця 3.6*

**Розподіл часток (%) респондентів підгрупи здобувачів вищої медичної освіти (n=100) відповідно до рівня вираженості показників ціннісно-мотиваційного компонента професійної готовності**

<b>Показники ціннісно-мотиваційного компонента професійної готовності</b>	<b>Низький (1-2 бали)</b>	<b>Середній (3-4 бали)</b>	<b>Високий (5 балів)</b>
Мотивація професійної діяльності, пов'язана з бажанням лікувати хворих, полегшувати їхні страждання	38%	50%	12%
Проявлений духовний потенціал особистості	46%	48%	6%
Ціннісне ставлення до іншої особистості	25%	55%	20%

Кореляційний аналіз виявив, що студенти з вищими оцінками експертів за показником ціннісного ставлення до іншої особистості мають сильніше прояви мотиву служіння ( $r_s=0,46; p\leq 0,01$ ), духовного самовдосконалення ( $r_s=0,34;$

$p \leq 0,05$ ) та бажання полегшити страждання інших ( $r_s = 0,53$ ;  $p \leq 0,01$ ) і зворотня кореляція - мотиви вирішувати наукові медичні задачі ( $r_s = -0,35$ ;  $p \leq 0,05$ ) (рис. 3.10).



**Рис. 3.10.** Кореляції експертних оцінок показників ціннісно-мотиваційного компонента професійної готовності до роботи у сфері паліативної допомоги здобувачів вищої медичної освіти з їхніми оціненими суб'єктивно мотивами.

Узагальнюючи результати вивчення ціннісно-мотиваційного компонента професійної готовності сестри медичної до роботи у сфері ПХД, потрібно насамперед відмітити, що третина здобувачів вищої освіти та близько половини працюючих сестер медичних готові погодитися на роботу у відділенні паліативної допомоги. Абсолютна більшість опитуваних нами здобувачів вищої освіти та сестер медичних мають бажання отримати спеціальні знання з надання паліативної допомоги. Однак, переважаючи у їхній структурі мотиви професійної діяльності сестри медичної, а також провідні особистісні мотиви і потреби у більшості респондентів не відповідають таким, які є необхідними для здійснення ефективної допомоги інкурабельним пацієнтам, зокрема, спостерігається домінування дефіцитарних мотивів.

Для формування професійної готовності медичної сестри до діяльності у сфері ПХД необхідним є оптимізація мотиваційної сфери через розвиток її

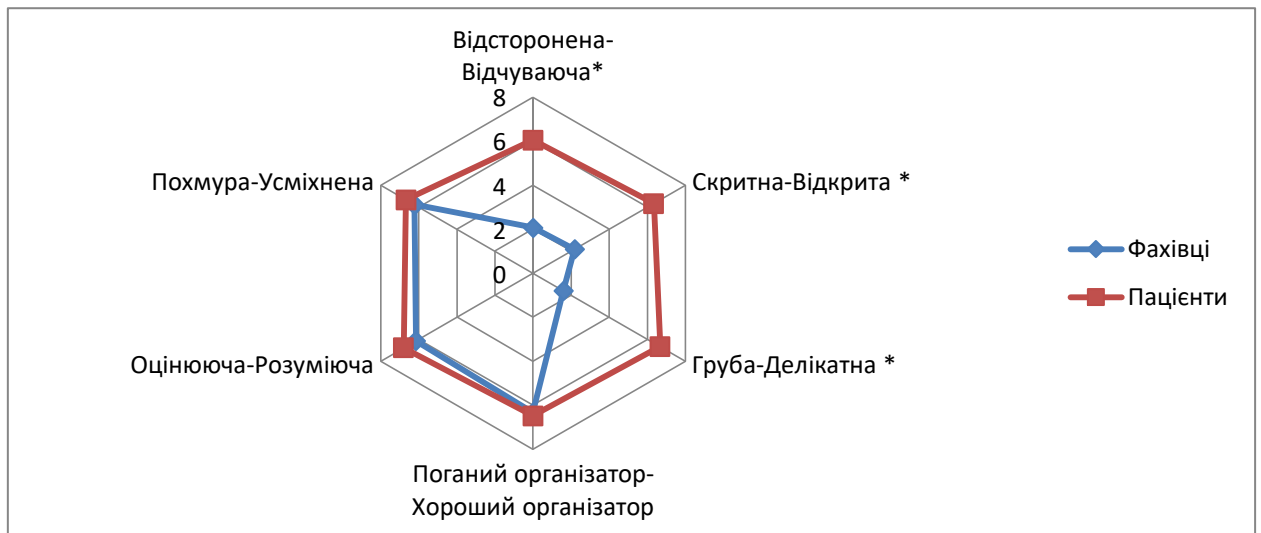
духовного потенціалу, усвідомлення сенсу роботи медичної сестри з пацієнтами на інкурабельній стадії захворювання, усвідомлення власного досвіду контакту з темами смертності людини, сенсу і завершення її життя тощо.

### **3.3. Характеристика соціально-комунікативної компоненти професійної готовності сестер медичних**

Для вивчення соціально-комунікативного компонента професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері ПХД було використано окремі шкали з методу семантичного диференціалу, а також експертні оцінки за такими показниками, як уміння слухати і чути іншу людину, здатність працювати у команді, добрі організаторські здібності.

Описуючи себе в роботі з інкурабельними пацієнтами, респонденти загалом усіх підгруп фахівців (в усередненому вигляді) вказали на кращу сформованість у себе таких комунікативних якостей як добрі організаційні здібності, здатність й уміння усміхатися, схильність до розуміння на противагу оцінці. При цьому значно слабше, за відчуттями самих фахівців, у процесі спілкування з інкурабельними пацієнтами проявляються їхні відкритість, здатність відчувати (на противагу відстороненості) і делікатність.

Пацієнтам важливо, щоб усі зазначені комунікативно-організаторські здібності і якості сестри медичної спрацьовували на високому рівні (рис. 3.11). Статистичний аналіз за допомогою критерію Манна-Уїтні (Mann-Whitney U-test) довів достовірність різниці між «ідеальним» портретом сестри медичної таким, як його описують інкурабельні пацієнти, і реальними самовідчуттями фахівців у роботі з даною категорією хворих за такими показниками як «Груба-Делікатна» ( $U_{\text{емпір.}}=85,5; p \leq 0,01$ ), «Відсторонена-Відчуваюча» ( $U_{\text{емпір.}}=168,0; p \leq 0,01$ ), «Скритна-Відкрита» ( $U_{\text{емпір.}}=231,0; p \leq 0,01$ ). Тобто, фахівці почуваються у роботі з інкурабельними пацієнтами більш грубими, відстороненими і скритними, ніж цього хотіли б пацієнти.



Примітка: \* статистично достовірні відмінності між показниками

**Рис. 3.11.** Характеристики соціально-комунікативної компоненти професійної готовності медсестер у суб'єктивному сприйнятті пацієнтами як «ідеального» варіанту і фахівцями у контексті їх готовності до діяльності у сфері паліативної допомоги

Сестри медичні загального профілю достовірно яскравіше проявляють здатність відчувати й усміхатися іншим людям у порівнянні з представниками інших підгруп фахівців (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

**Аналізу соціально-комунікативних якостей респондентів у досліджуваних підгрупах фахівців за критерієм Краскала-Уоллеса**

Соціально-комунікативні якості	Фахівці, N=153, відносна рангова сума			df	H	p
	Здобувачі вищої освіти, n=100	Сестри медичні, n=25	Сестри медичні, паліатив, n=28			
Відсторонена-Відчуваюча	70,20	99,08	70,70	3	6,941	0,03
Скритна-Відкрита	77,51	81,36	60,39	3	1,1	0,58
Груба-Делікатна	72,39	76,35	67,68	3	0,66	0,72
Поганий -Хороший організатор	75,45	73,96	77,36	3	0,32	0,82
Похмура-Усміхнена	65,40	96,57	68,28	3	6,782	0,05
Оцінююча-Розуміюча	81,69	82,57	79,70	3	0,150	0,93

Примітка. df – ступінь свободи; H – значення критерію Краскала-Уоллеса; n – кількість респондентів у групі; p - значення вірогідності

Експертні оцінки показників соціально-комунікативної компоненти професійної готовності здобувачів медичної освіти наведено у таблиці 3.8. Найбільшої уваги, на думку експертів, потребує розвиток умінь і здатності майбутніх сестер медичних працювати у команді. Високий рівень розвитку соціально-комунікативної компоненти професійної готовності експерти відзначили лише у 12% здобувачів вищої освіти, тоді як низький рівень – у 40%, і ще у 48% – середній. Уміння слухати й чути іншу людину на високому рівні проявили, за оцінками експертів третина (33%) здобувачів освіти, ще 42% – середній рівень і 25% – низький. Організаторські здібності найкраще розвинені у 26% здобувачів освіти, що є непоганим показником, середній рівень їхньої сформованості експерти відзначили у 50%, і низький – у 24%.

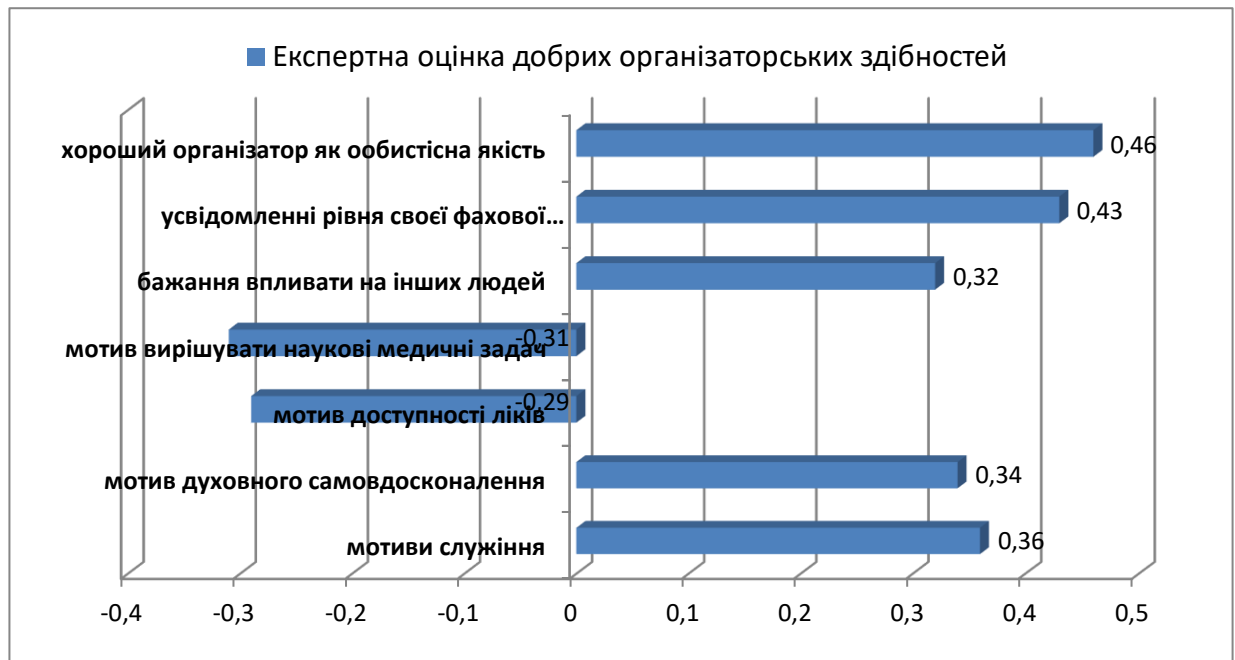
Таблиця 3.8.

**Розподіл часток (%) респондентів підгрупи здобувачів вищої медичної освіти (n=100) відповідно до рівня вираженості показників соціально-комунікативного компонента професійної готовності**

Показники соціально-комунікативної компоненти професійної готовності	Низький (1-2 бали)	Середній (3-4 балів)	Високий (5 балів)
Уміння слухати і чути іншу людину	25%	42%	33%
Здатність працювати у команді	40%	48%	12%
Добрі організаторські здібності	24%	50%	26%

Кореляційний аналіз (рис. 3.12) виявив, що студенти з вищими оцінками експертів за показником «добрі організаторські здібності» мають також вищі оцінки рівня «усвідомлення фахової підготовки і професійної впевненості» ( $r_s=0,43$ ;  $p \leq 0,01$ ), сильніші мотиви служіння ( $r_s=0,36$ ;  $p \leq 0,05$ ), духовного самовдосконалення ( $r_s=0,28$ ;  $p \leq 0,05$ ) та бажання впливати на інших людей ( $r_s=0,32$ ;  $p \leq 0,05$ ), а також краще почувають себе у взаємодії з хворими як організатори ( $r_s=0,46$ ;  $p \leq 0,01$ ); однак слабше мають мотив вирішувати наукові медичні задачі ( $r_s=-0,31$ ;  $p \leq 0,05$ ) і мотив доступності ліків ( $r_s=-0,29$ ;  $p \leq 0,05$ ).





**Рис. 3.12.** Кореляції експертних оцінок показників соціально-комунікативної компоненти професійної готовності до роботи у сфері паліативної допомоги здобувачів вищої медичної освіти

Отже, соціально-комунікативний компонент професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері ПХД відрізняється необхідністю розвитку делікатності, відкритості і здатності медсестер відчувати іншу людину (у всіх підгрупах фахівців), а також потребою у розвитку умінь і здатності майбутніх сестер медичних працювати у команді.

### **3.4. Когнітивно-праксіологічна компонента професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері паліативно-хоспісної допомоги**

Когнітивно-праксіологічна компонента професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері ПХД поєднує теоретичні знання з практичними навичками. Когнітивний аспект передбачає розуміння основних медичних принципів, патологій та симптомів, що характерні для термінальних станів. Праксіологічна складова полягає у вмінні ефективно взаємодіяти з хворими та їхніми родичами, проявляти співчуття, слухати й реагувати на їхні потреби.

У нашому дослідженні компонент професійної готовності сестер медичних досліджувався за допомогою питань авторської анкети та методу експертних оцінок. Результати анкетування здобувачів вищої освіти, сестер медичних загального профілю та сестер паліативної служби з метою вияву їх рівня готовності до роботи у сфері ПХД показав, що більшість респондентів вважають, що вони правильно розуміють саме поняття «паліатив» (рис. 3.13).

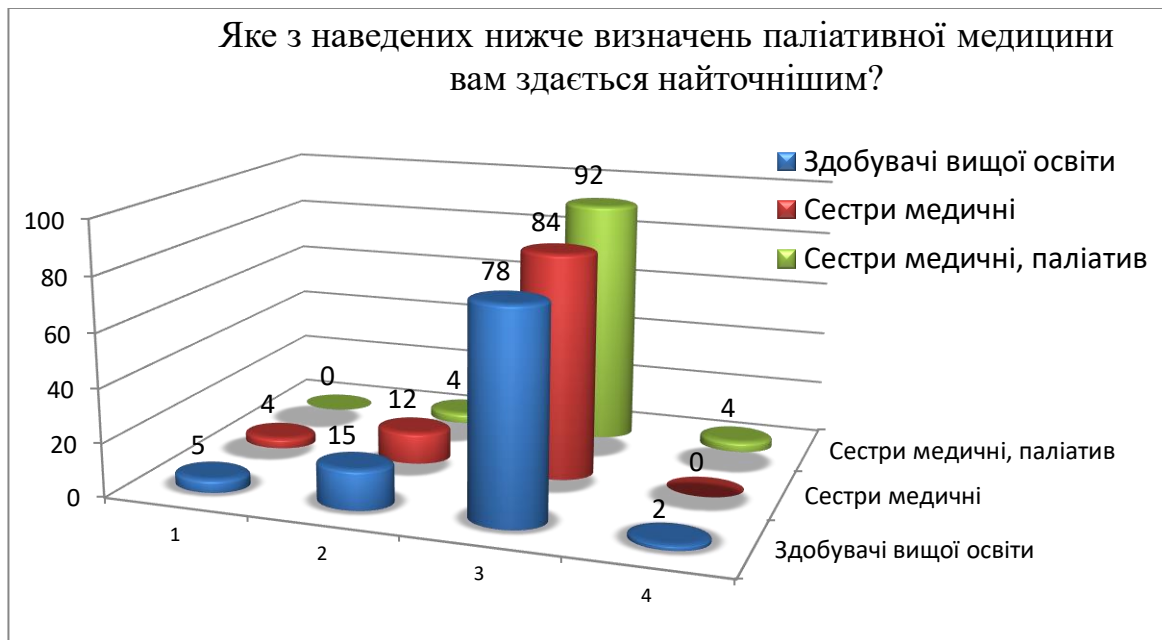
Уточнення їх розуміння поняття «паліатив» підтвердило його достовірне тлумачення 78% здобувачами вищої освіти, 84% сестрами медичними та 92% медсестрами паліативного профілю (рис. 3.14). Абсолютна більшість респондентів усіх трьох підгруп вірно зазначили, що паліативна медицина – це комплексна медико-психологічна допомога, спрямована на полегшення і розділення страждань пацієнта у ситуації невиліковної хвороби. Лише незначна частка респондентів, переважно здобувачів освіти та медсестер загального профілю, виділили окремі завдання паліативної медицини, вказавши, що це допомога хворим похилого та старечого віку або психологічна допомога при переживанні смерті.

Лише декілька респондентів виявили неправильне розуміння цього поняття, зазначивши, що це допомога хворим з метою кардинального подолання хвороби.

Аналогічно, більше половини здобувачів вищої освіти (52%), сестер медичних загального профілю (64%) та сестер медичних паліативної служби (71%) впевнено відповіли, що їм знайоме поняття «інкурабельний пацієнт»; ще по 28% у перших двох групах та 29% респондентів третьої групи визнали, що частково знайомі з цим поняттям; 20% здобувачів вищої освіти та 8% сестер медичних воно не відоме. При цьому абсолютна більшість (понад 86%) респондентів усіх трьох досліджуваних груп чітко розпізнали правильне визначення поняття «інкурабельний пацієнт», вказавши, що це особлива група пацієнтів, чия хвороба невиліковна, і їх стан повністю виключає можливість не тільки лікування, але і тривалого підтримання життя (рис. 3.15).

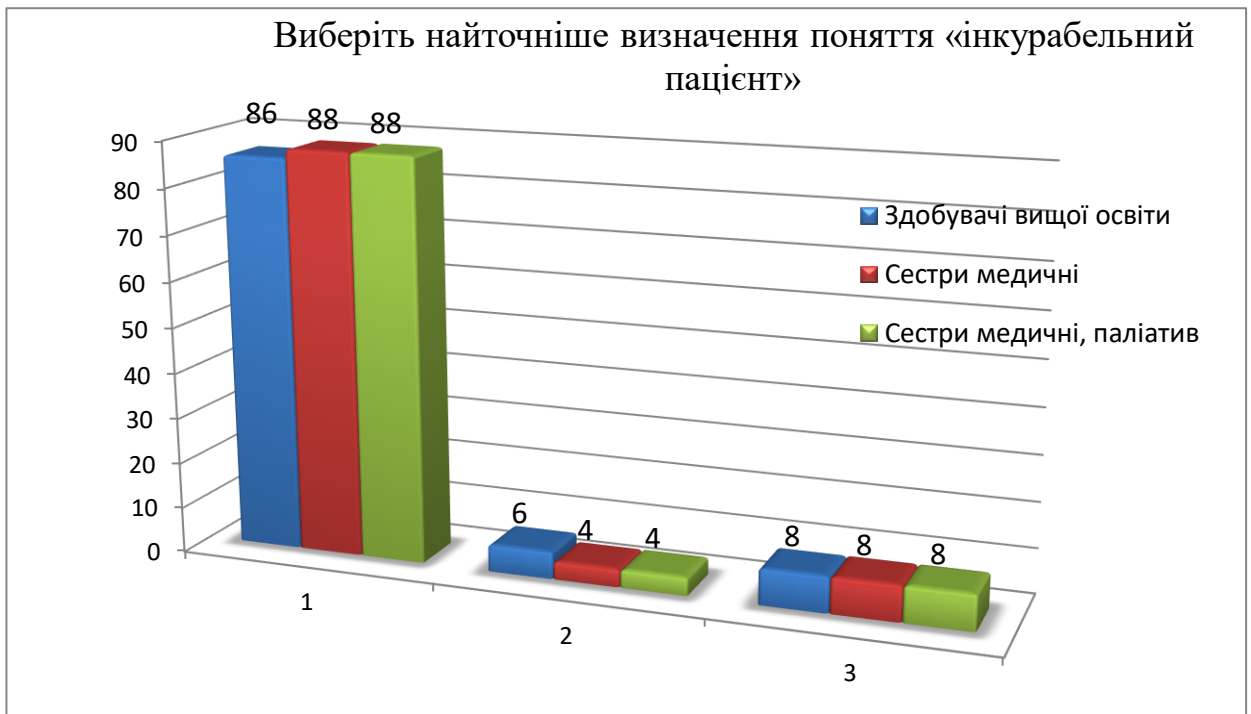


**Рис. 3.13.** Розподіл (%) здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28) відповідно до їх суб'єктивного відчуття свого правильного розуміння поняття «паліатив»



**Рис. 3.14.** Частота (%) вибору серед здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28) відповідей на питання про визначення поняття паліативної медицини

Примітка: 1 - допомога хворим з метою кардинального подолання хвороби; 2 - допомога хворим похилого та старечого віку; 3 - комплексна медико-психологічна допомога, спрямована на полегшення і розділення страждань пацієнта у ситуації невиліковної хвороби; 4 - психологічна допомога при переживанні смерті.



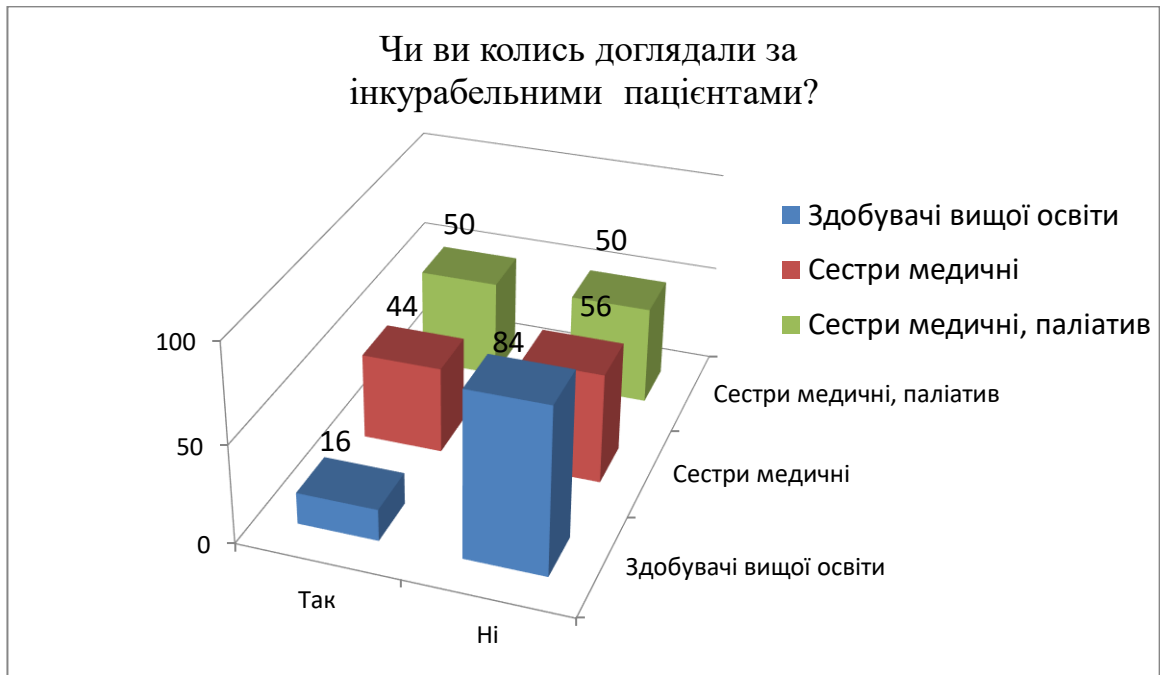
**Рис. 3.15.** Частота (%) вибору серед здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28) відповідей на питання про визначення поняття «інкурабельний пацієнт»

Примітка: 1 - особлива група пацієнтів, чия хвороба невиліковна, і їхній стан повністю виключає можливість не тільки лікування, але і тривалого підтримання життя; 2- пацієнти з особливими потребами (інвалідністю); 3 – онкологічні хворі.

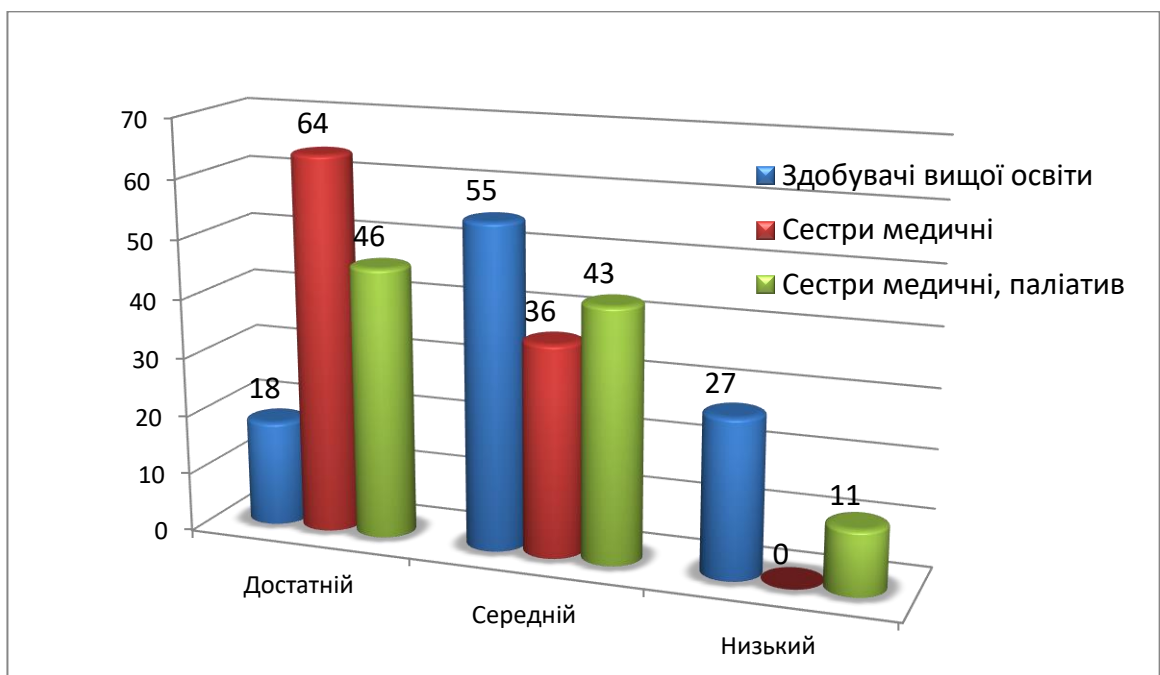
При правильному розумінні більшістю здобувачів вищої освіти і сестер медичних понять паліативної медицини й інкурабельних хворих, досвід догляду за такими пацієнтами мають лише 16% опитаних з числа здобувачів вищої освіти, а 84% з них ніколи раніше не доглядали помираючих пацієнтів. У групі уже працюючих сестер медичних загального профілю і паліативної служби ці показники суттєво відрізняються: власний досвід догляду за інкурабельним пацієнтом мають 44-50% опитуваних в обох групах (рис. 3.16).

Самооцінка своїх знань у сфері паліативної медицини у половини (55%) здобувачів вищої освіти, у третини (36%) сестер медичних загального профілю і 43% сестер медичних ПХД сягає середнього рівня; на достатньому рівні оцінюють свої знання 18% опитаних першої підгрупи, 64% осіб другої і 46% опитаних третьої підгруп (рис. 3.17). На низькому рівні – 27% здобувачів вищої освіти; серед сестер медичних низьку самооцінку паліативної компетентності

виявлено у сестер медичних паліативного профілю. Високої самооцінки не виявили у жодного респондента.

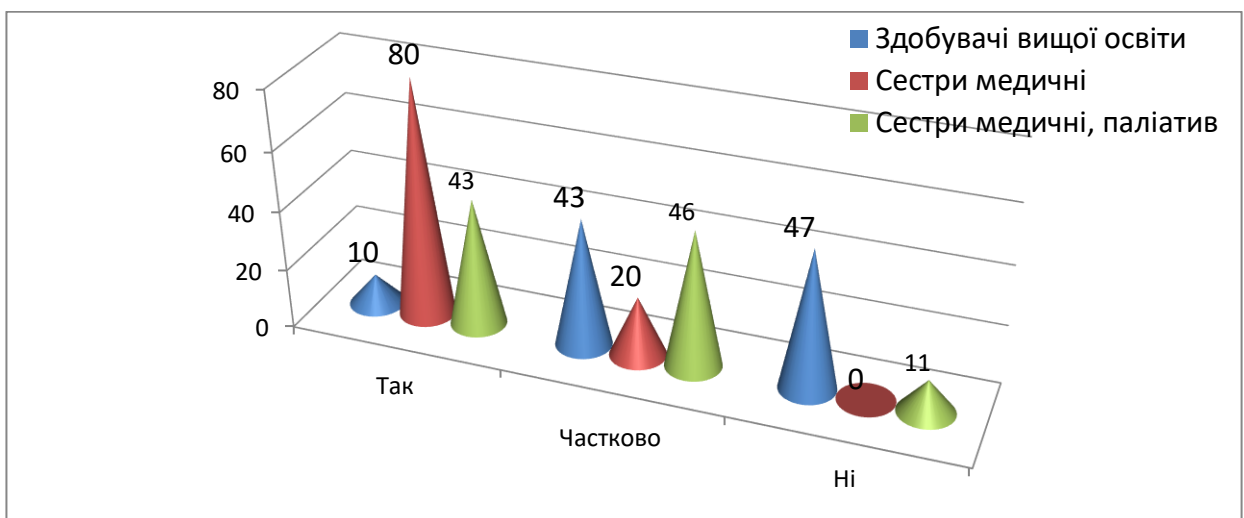


**Рис. 3.16.** Кількість (%) здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28), які мали, чи не мали досвіду догляду за інкурабельними пацієнтами на момент опитування



**Рис. 3.17.** Розподіл (у %) здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28) у досліджуваних групах відповідно до переважання у них різних самооцінок рівня знань у сфері паліативної медицини.

Щодо професійних навичок надання паліативної допомоги, то лише 10% здобувачів вищої освіти, але 80% сестер медичних загального профілю і 43% сестер медичних паліативного профілю вважають, що опанували їх повністю, тоді як 43% здобувачів вищої освіти, 20% сестер медичних загального профілю і 46% сестер медичних паліативного профілю вважають, що опанували їх частково. Майже половина респондентів (47%) першої підгрупи визнають, що не мають таких навичок; і загалом закономірно, що серед респондентів другої підгрупи тих, хто взагалі не має навичок догляду за помираючими пацієнтами, не виявилось, однак 11% сестер медичних паліативного профілю вважають, що вони також не мають навичок догляду (рис. 3.18). Абсолютна більшість опитуваних нами здобувачів вищої освіти та сестер медичних загального профілю і сестер медичних паліативної служби (80%, 84% і 96% відповідно) хотіли б отримати спеціальні знання з надання паліативної допомоги, що вказує на актуальність для них питань догляду за інкурабельними пацієнтами і об'єктивний брак таких знань на момент опитування.



**Рис. 3.18.** Розподіл (%) здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28) у досліджуваних групах відповідно до їхнього суб'єктивного відчуття того, наскільки вони опанували навички професійної допомоги інкурабельним хворим.

У нашому дослідженні спостерігається цікава тенденція: сестри медичні паліативної служби більш критично оцінюють свої знання з паліативної медицини та навички догляду за інкурабельними пацієнтами, ніж сестри медичні загальної практики. Ми припускаємо, що така критична самооцінка може відображати вищий рівень відповідальності сестер медичних паліативної служби за надання якісної допомоги у важких ситуаціях. Сестри паліативної служби здійснюють спеціалізований догляд і стикаються зі складними випадками. Це може вимагати глибоких знань та навичок для забезпечення комфорту та підтримки пацієнтів та їхніх родичів у важкий період. Така критичність може бути наслідком бажання досягти найвищих стандартів у наданні допомоги тим, хто найбільше потребує. Тоді як сестри медичні загального профілю, маючи у цілому достатній рівень професійної підготовки і вже певний досвід професійної діяльності, однак не маючи постійної практики догляду за інкурабельними пацієнтами, сприймають цю сферу діяльності у більш загальних рисах, не завжди розуміють реальні труднощі, відповідно уявляють себе відносно добре обізнаними в проблематиці паліативної допомоги і почуваються впевнено.

Опитувані нами фахівці у більшості своїй (72% здобувачів вищої освіти, 68% сестер медичних загального профілю та 82% сестер медичних паліативної служби вбачають метафоричне вираження основних принципів паліативної медицини у відомому у медичних колах висловлюванні «Якщо ти не можеш вилікувати пацієнта – полегши його страждання, якщо не можеш їх полегшити – розділи їх». 25% , 32% і 14% опитуваних відповідно у першій, другій і третій підгрупах вибрали для відображення цих принципів висловлювання «Не нашкодь!». І лише 3% здобувачів вищої освіти та 4% сестер медичних паліативної служби – «Світи іншим, згораючи сам» (рис. 3.19).

Такі відповіді досліджуваних вказують на досить глибоке розуміння більшостю суті паліативної допомоги та її завдань. І, разом з тим, – вдумливе бережливе ставлення до себе і своїх особистих ресурсів, що більше характерно для працюючих за загальним профілем сестер медичних.

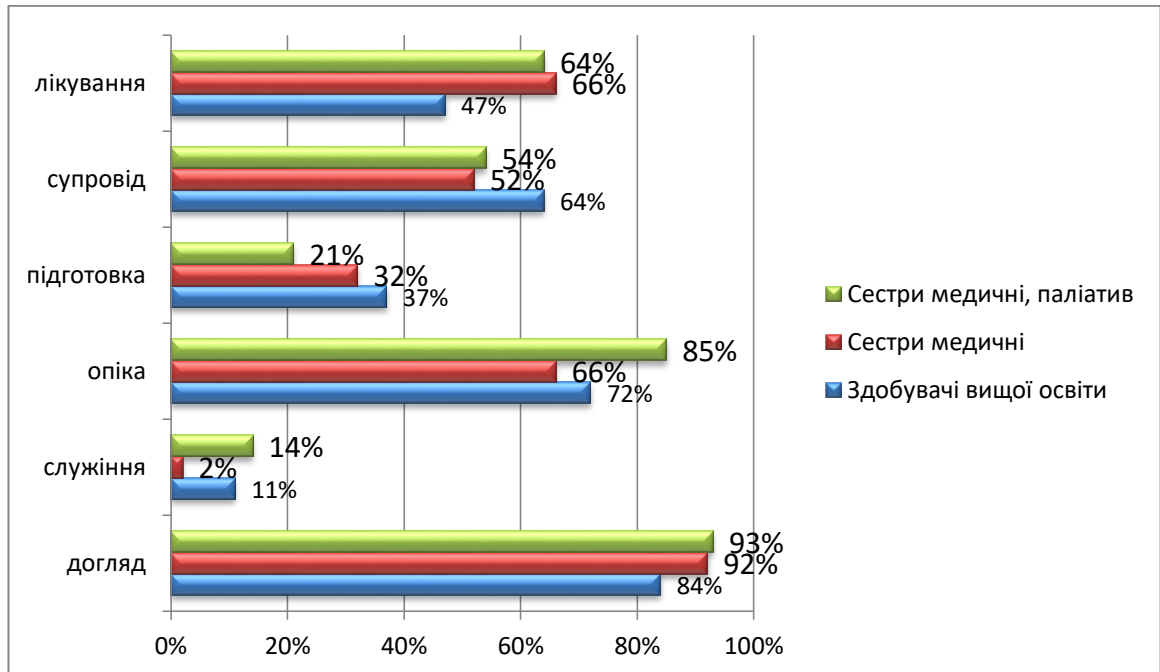


**Рис. 3.19.** Розподіл (у %) у групах здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28) різних варіантів метафоричного відображення принципів паліативної медицини

Щодо означення провідного виду діяльності медичної сестри у сфері ПХД (рис. 3.20), то більшість опитаних здобувачів вищої освіти (84%), сестер медичних загального профілю (92%) і сестер медичних паліативної служби (93%) назвали це доглядом; опікою (72%, 66% і 85% відповідно) і супроводом (64%, 52% 54% відповідно); ще близько половини респондентів вжили на цей випадок слово «лікування» (47%, 66% і 64%); 37% здобувачів вищої освіти, 32% сестер медичних і 21% – «підготовка»; і лише 11% у першій, 8% у другій і 14% у третій підгрупах досліджуваних назвали вид діяльності медсестри у паліативній допомозі «служінням». Більшість (58%) опитаних фахівців вважають, що основними завданнями медичної сестри з надання допомоги помираючому пацієнту є організація терапевтичного середовища для пацієнта, загальний догляд за ним із застосуванням новітніх технологій, динамічний контроль симптомів і синдромів хвороби, насамперед больового синдрому, профілактика захворювань, пов'язаних із постільним режимом, психологічна підтримка пацієнта та його родичів, навчання пацієнтів само- та взаємодопомозі,

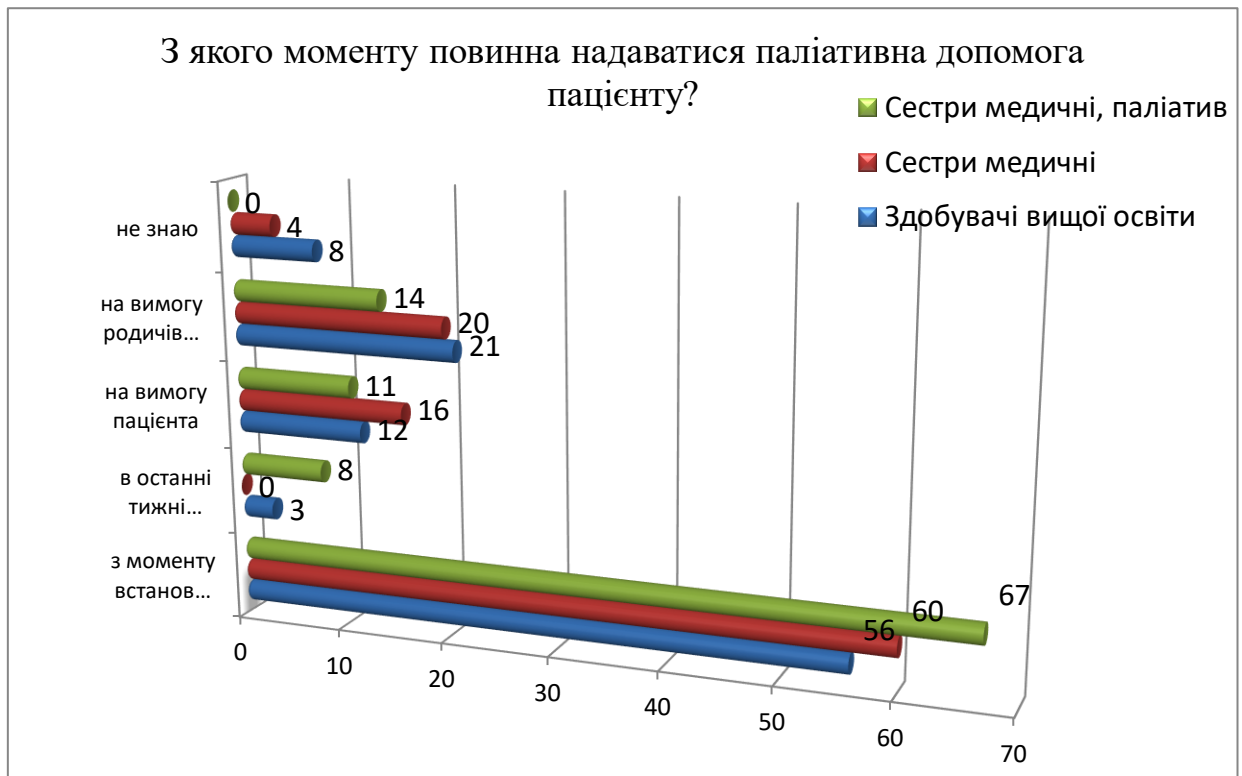


підтримка сім'ї пацієнта після його смерті. 22% опитаних виділяють як найважливіше завдання психологічну підтримку пацієнта та його родичів. 12% зосередили свою увагу на динамічному контролі симптомів і синдромів хвороби.



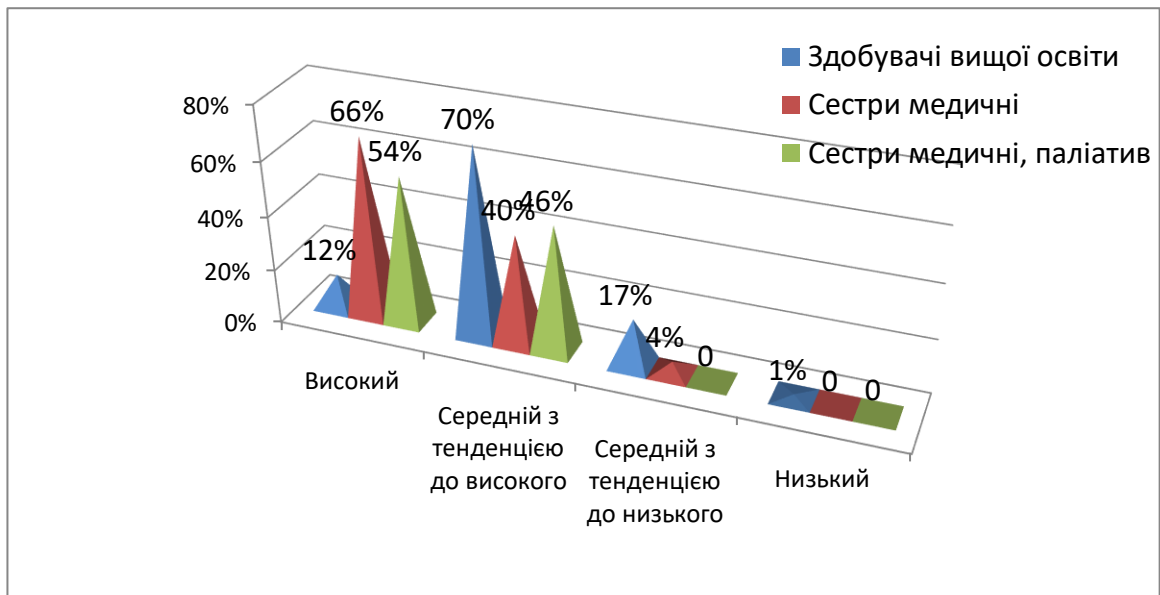
**Рис. 3.20.** Розподіл (%) у групах здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28) уявлень про провідні види діяльності медичної сестри у сфері паліативної допомоги.

Глибину розуміння сутності паліативної допомоги розкривають і відповіді респондентів на питання про те, з якого моменту повинна надаватися паліативна допомога пацієнту (рис. 3.21). Більше половини опитуваних здобувачів вищої освіти (56%), сестер медичних загального профілю (60%) і сестер медичних паліативного профілю (67%) вважають, що надання паліативної допомоги повинно починатися з моменту встановлення діагнозу. Ще 21% респондентів у першій підгрупі, 20% у другій підгрупі і 14% у третій підгрупі вважають, що така допомога має надаватися на вимогу родичів пацієнта; 12%, 16% і 11% відповідно – на вимогу самого пацієнта. 8% здобувачів вищої освіти і 4% сестер медичних загального профілю не знають про порядок надання паліативної допомоги та її терміни.



**Рис. 3.21.** Розподіл (%) у групі здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28) різних уявлень про те, з якого моменту повинна надаватися паліативна допомога пацієнту

Відповіді респондентів на питання анкети нами переведено в умовні бали (оцінювання наведено у розділі 2 «Матеріал і методи досліджень») і підраховано загальний рівень професійної готовності медсестер до діяльності у паліативній сфері, який суб'єктивно сприймають досліджувані фахівці (рис. 3.22). Закономірно, що у нашій вибірці високий рівень готовності до діяльності у сфері паліативної допомоги виявився у 12% здобувачів вищої освіти, 66% сестер медичних загальної практики і 54% сестер медичних паліативного профілю; середній з тенденцією до високого – у 70% здобувачів освіти, 40% працюючих сестер медичних і 46% сестер з паліативних відділень; середній з тенденцією до низького – у 17% здобувачів і 4% працюючих. А низький рівень готовності – 1 % діагностується лише у здобувачів вищої освіти.



**Рис. 3.22.** Результати анкетування рівня готовності до діяльності у сфері паліативної допомоги здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28) відповідно (%).

Статистичний аналіз рангових показників рівня професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері ПХД показав, що, очікувано, він значно ( $H(2, N= 153)=39,78; p \leq 0,000001$ , за критерієм Краскала-Уоллеса) нижчий у здобувачів вищої медичної освіти, тоді як у сестер медичних, котрі працюють у паліативній сфері, найвищий (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

**Аналіз «рівня професійної готовності до надання паліативної допомоги» за критерієм Краскала-Уоллеса**

Змінна «рівень професійної готовності до надання паліативної допомоги»	df	$\chi^2$	H	n	Рангова сума	Відносна рангова сума
Здобувачі вищої освіти	2	28,49	39,78	100	6062,500	60,6250 *
Сестри медичні				25	2645,500	105,8200
Сестри медичні, паліатив				28	3073,000	109,7500

Примітка. df – ступінь свободи;  $\chi^2$  – міра відмінності між спостережуваною та очікуваною частотою результатів набору подій або змінних; H – значення критерію Краскала-Уоллеса; n – кількість респондентів у групі; \*  $p \leq .000001$  – значення імовірності

З віком рівень професійної готовності сестер медичних до надання паліативної допомоги інкурабельним пацієнтам зростає ( $r_s=0,42$ ;  $p\leq 0,004$ ).

Експертні оцінки показників когнітивно-праксіологічного компонента і загального рівня професійної готовності здобувачів вищої медичної освіти наведено у таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

**Розподіл часток (%) респондентів підгрупи здобувачів вищої медичної освіти (n=100) відповідно до рівня вираженості показників когнітивно-праксіологічного компонента, а також загального рівня професійної готовності до діяльності у паліативній і хоспісній допомозі**

<b>Показники когнітивно-праксіологічної компоненти професійної готовності</b>	<b>Низький (1-2 бали)</b>	<b>Середній (3-4 бали)</b>	<b>Високий (5 балів)</b>
Рівень засвоєння фахових знань з паліативної медицини	20%	60%	20%
Рівень сформованості фахових навичок догляду за інкурабельними пацієнтами	25%	60%	15%
Відкритість новому, здатність вчитися і швидко орієнтуватися у ситуації	17%	53%	30%
<b>Загальний рівень професійної готовності до діяльності в ПХД</b>	<b>Низький (12-24 бали)</b>	<b>Середній (25-48 балів)</b>	<b>Високий (49-60 балів)</b>
	29%	53%	18%

На думку експертів у здобувачів вищої медичної освіти поки що найбільшої уваги потребує формування фахових навичок догляду за інкурабельними пацієнтами: лише у 15% студентів даний показник був оцінений експертами на високому рівні, тоді як у 25% – на низькому і у 60% – на середньому. Необхідно визнати, що середній рівень розвитку таких навичок, тим паче на до дипломному етапі фахової підготовки є цілком задовільним.

Однак, такі оцінки ще раз доводять необхідність приділяти особливу увагу практиці і стажуванню студентів безпосередньо у релевантних клінічних умовах, аби власноруч апробувати основні прийоми догляду за інкурабельними пацієнтами. Щодо рівня засвоєння фахових знань з паліативної медицини, то середні показники його отримали від експертів теж 60% здобувачів вищої медичної освіти, високі – 20% і низькі – 20%. Найкращі оцінки від експертів спостерігаємо за показником відкритості новому і здатності вчитися – тут є 30% високих балів, 53% середніх і 17% низьких.

Загальний рівень професійної готовності здобувачів вищої освіти до діяльності у сфері ПХД було обчислено за сумою експертних оцінок, отриманих за усіма окремими показниками кожного з компонентів готовності. Так, високий рівень професійної готовності здобувачів вищої освіти до діяльності у сфері ПХД експерти виявили у 18% респондентів, середній – у 53% і низький – у 29% майбутніх медичних сестер.

Отже, когнітивно-праксіологічний компонент професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері паліативної та хоспісної допомоги характеризується досить адекватними уявленнями респондентів про суть паліативної медицини, завдання і функції сестри медичної у цій сфері, про те, хто належить до категорії інкурабельних пацієнтів, і коли призначається паліативна допомога. Закономірно, що ці знання й уявлення, а також загалом рівень професійної готовності до надання паліативної допомоги достовірно нижчі у здобувачів вищої медичної освіти і найвищі у сестер медичних паліативної служби.

Однак, разом з тим, у третій підгрупі фахівців за окремими пунктами спостерігалися самооцінки знань і навичок дещо нижчі, ніж у сестер медичних загального профілю, що свідчить про високий рівень відповідальності і самокритики сестер медичних паліативної служби, а також розуміння ними того, наскільки сфера ПХД є складною.

### **3.5. Взаємозв'язки між компонентами і чинниками професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері паліативно-хоспісної допомоги.**

Розуміння взаємозв'язків між компонентами і чинниками професійної готовності сестер медичних до роботи у сфері паліативної допомоги є важливим, оскільки це допомагає оптимізувати навчання та підготовку медичного персоналу, ґрунтуючись на врахуванні визначальних факторів тих феноменів, котрі досліджуються. Аналіз цих взаємозв'язків може сприяти покращенню якості надання паліативної допомоги, забезпечуючи більш компетентний і ефективний підхід до лікування та допомоги пацієнтам на завершальних етапах їхнього життя. Для того, щоб розкрити модель взаємозв'язку досліджуваних нами компонентами і чинниками професійної готовності медсестер до роботи у сфері ПХД, було застосовано множинний регресійний аналіз.

У результаті регресійного аналізу було отримано статистично значущу модель, на що вказує значення критерію Фішера  $F=7,622$  при  $p<0,00001$  та показник 47% ( $R^2=0,47$ ) дисперсії залежної змінної, котра зумовлена мінливістю значень незалежних змінних. Тож майже половина випадків професійної готовності сестер медичних до надання ПХД можливо пояснити зазначеними у моделі предикторами, тоді як інші 53% – іншими чинниками. Міра зв'язку ( $R=.69$ ) між залежною змінною та умовною комплексною незалежною змінною (сукупністю предикторів) у нашій моделі може характеризуватися як помітна (за шкалою Чеддока) і теж підтверджує, що дана модель варта уваги і може бути змістовно інтерпретована (табл. 3.11).

Ефекту мультиколінеарності виявлено не було, оскільки значення критерію VIF за усіма змінними попадають у проміжок  $1<VIF<10$ .

Частка внеску кожної незалежної змінної (предиктора) у розвиток залежної змінної проявляється у показниках бета-коефіцієнтів, які представлено у таблиці 3.12.

Таблиця 3.11

**Довідка для множинної регресійної моделі предикації професійної готовності сестер медичних до надання паліативної допомоги особистісними якостями, мотивами, професійним стажем і рівнем освіти**

Залежна змінна	R	R <sup>2</sup>	Корекція R <sup>2</sup>	F-критерій	p	Std. Err. Оцінки
Рівень професійної готовності сестер медичних до надання паліативної допомоги	0,69	0,47	0,41	7,622	<0,001	3,117

Примітка. R - коефіцієнт множинної кореляції; R<sup>2</sup> - коефіцієнт множинної детермінації - частка дисперсії залежної змінної, що зумовлена мінливістю значень незалежних змінних; F-критерій Фішера; p - значення імовірності; Std. Err. – стандартна похибка.

Таблиця 3.12

**Бета-коефіцієнти незалежних змінних у моделі регресійного аналізу**

	Нестандартизовані		Стандартизовані		t	p≤
	β	Std. Err.	B	Std. Err.		
Константа			50,95	7,83	6,50	0,0000
Рівень освіти	<b>0,345</b>	<b>0,051</b>	<b>2,315</b>	<b>0,704</b>	<b>3,287</b>	<b>0,001</b>
Стаж роботи	<b>0,703</b>	<b>0,301</b>	<b>0,278</b>	<b>0,119</b>	<b>2,337</b>	<b>0,022</b>
Престиж та сімейні традиції як мотив вибору медичної професії	<b>-0,495</b>	<b>0,124</b>	<b>-2,957</b>	<b>0,740</b>	<b>-3,997</b>	<b>0,0001</b>
Особистісні риси типу «сестра-рутинер»	<b>-0,206</b>	<b>0,085</b>	<b>-1,621</b>	<b>0,668</b>	<b>-2,427</b>	<b>0,017</b>
Бажання вирішувати наукові медичні проблеми як мотив вибору медичної професії	<b>-0,360</b>	<b>0,160</b>	<b>-2,019</b>	<b>0,899</b>	<b>-2,247</b>	<b>0,030</b>
Можливість піклуватися про своє здоров'я як мотив вибору медичної професії	<b>-0,198</b>	<b>0,130</b>	<b>-1,045</b>	<b>0,685</b>	<b>-1,526</b>	<b>0,130</b>
Вік	<b>-0,569</b>	<b>0,326</b>	<b>-0,209</b>	<b>0,120</b>	<b>-1,742</b>	<b>0,085</b>
Особистісні риси типу «сестра-сильна особистість»	<b>-0,229</b>	<b>0,100</b>	<b>-2,588</b>	<b>1,106</b>	<b>-2,340</b>	<b>0,021</b>
Особистісні риси типу «сестра-акторка»	<b>-0,189</b>	<b>0,100</b>	<b>-0,891</b>	<b>0,453</b>	<b>-1,966</b>	<b>0,052</b>
Здатність відчувати і розуміти	<b>0,329</b>	<b>0,130</b>	<b>2,478</b>	<b>0,966</b>	<b>2,290</b>	<b>0,026</b>
Святість як провідний особистісний мотив	<b>0,156</b>	<b>0,100</b>	<b>0,096</b>	<b>0,060</b>	<b>1,600</b>	<b>0,113</b>
Духовне самовдосконалення як провідний особистісний мотив	<b>-0,119</b>	<b>0,103</b>	<b>-0,058</b>	<b>0,051</b>	<b>-1,156</b>	<b>0,251</b>

Примітка. β – нестандартизований бета-коефіцієнт регресії; B – стандартизований бета- коефіцієнт регресії; t-критерій Стьюдента; p- значення імовірності; Std. Err. – стандартна похибка

З усіх досліджуваних нами змінних для розвитку чи формування професійної готовності сестер медичних до надання паліативної та хоспісної допомоги найбільше значення мають:

\* стаж роботи ( $\beta=0,703$ ;  $p=0,001$ ), тобто збільшення стажу роботи за фахом сприяє розвитку готовності сестри медичної надавати паліативну допомогу; і тут можна говорити, що цей предиктор визначає готовність сестри медичної на 70%;

\* зниження значущості суб'єктивного сприйняття престижу професії та сімейних традицій як мотиву вибору медичної професії ( $\beta=-0,495$ ;  $p=0,0001$ ); вагова частка предиктора у цій моделі складає приблизно 50%;

\* зниження інтенсивності бажання вирішувати наукові медичні проблеми як мотиву вибору медичної професії ( $\beta=-0,36$ ;  $p=0,03$ ); частка впливу даного предиктора складає 36%;

\* рівень освіти (молодший спеціаліст, бакалавр, магістр,  $\beta=0,35$ ;  $p=0,001$ ), аналогічно, як і стаж роботи, сприяє розвитку готовності працювати у паліативній сфері; його вагова частка у цій моделі складає приблизно 35%;

\* здатність відчувати і розуміти іншу людину ( $\beta=0,33$ ;  $p=0,03$ ) також позитивно впливає на розвиток професійної готовності медсестер працювати у паліативній сфері; частка впливу даного предиктора - 33%;

\* ослаблення особистісних проявів за типом «сестра-сильна особистість» ( $\beta= -0,23$ ;  $p=0,02$ ) і «сестра-рутинер» ( $\beta= -0,21$ ;  $p=0,02$ ) також виявляється значущим для розвитку готовності сестер медичних до роботи з інкурабельними пацієнтами; і хоч тут частки впливу невеликі, усього 23% та 21% відповідно, але вони статистично достовірні.

Отже, готовність надавати паліативну допомогу відчутно залежить від професійного досвіду сестер медичних: чим більший стаж практичної фахової діяльності і чим вищий рівень освіти мають, тим вищою є їхня професійна готовність, що цілком закономірно.

**Матеріали розділу 3 викладено в наступних публікаціях:** [63-64, 67, 96-98, 179-181].



## РОЗДІЛ 4

### ОЦІНКА ЧИННИКІВ РИЗИКУ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ У ПАЛІАТИВНІЙ ПРАКТИЦІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Важливою частиною нашого дослідження стало вивчення частоти супутньої патології у хворих на ЗН, а також чинників ризику розвитку ЗН. Це необхідно насамперед для того, щоб розуміти, з якими клінічними особливостями патології у хворих можуть зустрітися сестри медичні у своїй професійній діяльності у сфері ПХД, що визначатиме особливості медичної підготовки медсестри, її спеціалізації та удосконалення фахових компетентностей.

По-перше, ЗН часто виявляються в пацієнтів, які вже мають інші серйозні хвороби або стан компрометованого здоров'я. Вивчення частоти цих захворювань у контексті коморбідності дозволяє медичним сестрам розуміти індивідуальні потреби та виклики, з якими стикається кожен пацієнт. Це розширює їхні знання і допомагає ефективно взаємодіяти з медичними командами для забезпечення комплексної та адекватної допомоги.

По-друге, врахування поширеності злоякісних захворювань у пацієнтів, які потребують паліативної допомоги, обов'язково передбачає потребу в психосоціальной та духовній підтримці. Злоякісні новоутворення не лише фізично впливають на пацієнта, а й відчутно впливають на його емоційний стан і якість життя. Врахування цих аспектів допомагає сестрам розвивати необхідні навички емпатії та сприяти подоланню психологічних труднощів, що виникають у пацієнтів і їхніх сімей.

По-третє, такий підхід визначає практичну готовність сестер до надання паліативної допомоги. Щоб формувати готовність сестер медичних до роботи у паліативній сфері необхідне розуміння того, з якою патологією найчастіше їм доведеться мати справу. Знання коморбідності дозволяє оптимально розподіляти ресурси, надавати ефективну та індивідуалізовану допомогу, а також активно співпрацювати з іншими фахівцями в галузі охорони здоров'я для досягнення кращих результатів.

*Метою цього розділу* стало встановлення впливу метаболічних чинників (ожиріння), захворювань органів черевної порожнини, дихання, серцево-судинної системи, хронічної хвороби нирок (ХХН) на ризик появи ЗН у популяції мешканців Північної Буковини.

На підставі аналізу статистичних показників ЗН у пацієнтів, які перебували на лікуванні і спостереженні в ОКНП «Чернівецький обласний клінічний онкологічний диспансер» (дані Національного канцер-реєстру України) [38] у 2021 році та аналізу історій хвороби 190 хворих на ЗН грудної та абдомінальної локалізації, окремих органів ендокринної системи, які перебували на лікуванні в ОКНП «Чернівецький обласний клінічний онкологічний диспансер» та ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» у 2021-2022 рр. Пацієнтів розділили на три групи: 80 осіб із ЗН органів черевної порожнини, 60 хворих на ЗН органів дихання, серця і межистіння і 50 пацієнтів зі ЗН органів ендокринної системи і зовнішніх статевих органів (щитовидної, підшлункової, молочної залоз, яйників, матки, передміхурової залози, яєчок).

Для аналізу брали основний діагноз (у т.ч. стадію за ТМN, поширеність процесу, морфологічне підтвердження, взяття на облік тощо), супутню коморбідну патологію, окремі антропометричні параметри для визначення статусу живлення (маса тіла, зріст, індекс маси тіла для встановлення підвищеної / зниженої маси тіла, чи ожиріння). Також розраховували індекс коморбідності Чарлсона (з поправкою на вік та без урахуванням віку) та кумулятивний індекс коморбідності CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) [158, 191, 203, 270]. За діагностично значимий вважали індекс коморбідності Чарлсона  $\geq 4,0\%$ , CIRS  $\geq 2,0$  балів.

Окремі дані статистичного аналізу найбільш частих ЗН органів черевної порожнини, грудної клітки, статевих органів та органів ендокринної системи, тощо наведені в таблицях 4.1-4.2. Встановили, що майже третину від усіх видів канцерогенних новоутворень у загальній структурі захворювань різних локалізацій становлять ЗН органів черевної порожнини (32,4%), що складає 37,1%

від числа пацієнтів, яким вперше діагностували ЗН. Це свідчить про значимість подальших досліджень цієї проблеми. Порівняння клінічно-статистичних показників інших локалізацій ЗН (табл. 4.2) засвідчує, що поширеність ЗН органів черевної порожнини перевищує кількість ЗН шкіри (16,3%) та ЗН молочної залози (13,2%) у понад 2 рази, а статевих органів (матки, яєчників і простати – загалом 21,3%) – у 1,5 рази ( $p < 0,05$ ) відповідно.

Таблиця 4.1

**Статистичні показники найбільш частих за локалізацією і тяжкістю злоякісних новоутворень травної системи та органів черевної порожнини в паліативній практиці**

Локалізація ЗН органів травлення і черевної порожнини	Вперше встановлений д-з (абс. / %)	Взято на облік абс. / %	Виявлено при проф. оглядах	Стадія (TNM)			Морфологічно підтверджено (абс./%)	На обліку понад 5 років (абс./%)
				I-II ст.	III ст.	IV ст.		
Шлунок	130 / 16,5	788 / 3,7	9	21	32	65	469 / 3,5	550 / 3,7
Стравохід	23 / 26,4	87 / 0,4	0	4	5	6	39 / 0,3	53 / 0,4
Ободова кишка	145 / 13,0	1115/5,3	4	62	35	43	564 / 4,2	689 / 4,6
Тонка кишка	4 / 20,0	20 / 0,1	0	0	1	0	13 / 0,1	15 / 0,1
Ректоанальна ділянка	129 / 14,2	911 / 4,3	8	64	25	33	485 / 3,1	526 / 3,5
Жовчовивідні шляхи	12 / 28,6	42 / 0,2	1	3	0	6	17 / 0,1	26 / 0,2
Печінка	25 / 32,9	76 / 0,4	2	1	11	7	14 / 0,1	46 / 0,3
Підшлункова залоза	63 / 37,5	168 / 0,8	2	19	6	23	19 / 0,2	80 / 0,7
Загалом усіх ЗН органів черевної порожнини	771 / 37,1	6885 / 32,4	61 / 21,24	308/ 36,6	171/ 42,8	203/ 41,0	4313 / 31,8	4725 / 31,8
Загалом усіх ЗН	2076	21259	286	841	400	495	13553	14865

Серед ЗН органів черевної порожнини найпоширенішими є такі, що ростуть із тканин колоректального регіону і шлунку, значно менше ЗН органів дихання, серця і межистіння (3,66%) та статевих органів (переважно жіночих – 17,3%; менше простати – 4,0%). Інші локалізації ЗН відіграють меншу роль в загальній структурі канцерогенних новоутворень. На момент аналізу найбільш запущеними випадками ракових захворювань (III-IV стадії) були бронхолегенева локалізація (85,2%), із відносно рівномірним постадійним

розподілом ЗН органів черевної порожнини: стадія I-II – 36,6%, стадія III – 42,8%, стадія IV – 31,8% осіб (переважно за рахунок ЗН шлунку, ободової кишки, ректо-анальної ділянки та підшлункової залози). Більш раннє виявлення ЗН спостерігали в шкірі та молочній залозі (у 68,4-97,7% випадків I стадія).

Таблиця 4.2

**Клінічно значимі статистичні показники окремих злоякісних новоутворень іншої локалізації в паліативній практиці**

Локалізація ЗН іншої локалізації	Вперше встановлений д-з (абс. / %)	Взято на облік абс. / %	Виявлено при проф. оглядах	Стадія (TNM)			Морфологічно підтверджено (абс./%)	На обліку понад 5 років (абс./%)
				I-II ст.	III ст.	IV ст.		
Серця, мезостіння	3 / 0,14	14 / 0,06	0	0	0	0	9 / 0,07	12 / 0,08
Трахеї, бронхи та легені	263 / 12,7	770 / 3,6	28	36	79	128	199 / 1,5	447 / 3,0
Молочна залоза	198 / 9,5	2805 / 13,2	48	132	38	23	1865 / 13,8	1896 / 12,8
ЗН шкіри(без меланом)	148 / 7,1	3454 / 16,3	81	126	6	0	2673 / 19,7	2751 / 18,5
Шийки матки	55 / 4,0	1388 / 6,5	12	34	12	6	1109 / 8,2	1123 / 7,6
Тіла матки	121 / 7,0	1723 / 8,1	18	84	17	4	1219 / 9,0	1224 / 8,2
Яйники	64 / 11,3	567 / 2,7	5	16	27	10	365 / 2,7	393 / 2,6
Простата	118 / 5,7	857 / 4,0	7	58	6	37	415 / 3,1	439 / 3,0
ЗН щитовидної залози	30 / 1,5	527 / 2,5	6	14	5	2	346 / 2,6	351 / 2,4
Злоякісні лімфоми	85 / 4,1	851 / 4,0	4	22	11	10	580 / 4,3	582 / 3,9
ЛОР-органів	2 / 0,1	40 / 0,2	0	0	0	0	31 / 0,2	34 / 0,2
Загалом усіх ЗН	2076	21259	286	841	400	495	13553	14865

Також спостерігали високу летальність (протягом року) від ЗН органів черевної порожнини, зокрема ЗН стравоходу (72,4%), шлунку (56,2%), гепатобіліарної системи та підшлункової залози (67,5-71,4%). Окрім того, високий показник смертності встановили для ЗН бронхолегеневої системи (60,0%), простати (25,5%) та лімфом (23,4%) (табл. 4.1, 4.2).

Отже, проаналізовані нами дані свідчать, що найпоширенішими є ЗН органів черевної порожнини і жіночої статевої сфери у тч молочної залози. ЗН

органів черевної порожнини і бронхолегеневої системи характеризуються значним відсотком виявлення на пізніх стадіях (III-IV) та високою летальністю. Ці результати узгоджуються з даними, які наведено в Національному канцерреєстрі України, згідно якого найпоширенішими видами онкологічної патології серед чоловіків є ЗН трахеї, бронхів та легень (15,0%), передміхурової залози (12,1%), немеланомні ЗН шкіри (9,9%), рак шлунку (6,9%) та ободової кишки (6,8%), разом ці показники становлять 50,7% у загальній структурі захворюваності на рак серед чоловіків в Україні. Серед жінок найпоширенішими є ЗН молочної залози (20,6%), немеланомні ЗН шкіри (12,5%), рак тіла матки (9,6%), ЗН ободової кишки (6,6%), загалом складаючи 49,3%, відповідно [38].

У проаналізованих нами хворих на ЗН частіше виявляли I-II стадії онкопроцесу за системою TNM, особливо у осіб із канцерогенезом органів ендокринної системи, статевих органів (n=50) на 25% ( $\chi^2=7,78$ ;  $p=0,005$ ) і 51,67% ( $\chi^2=33,56$ ;  $p<0,001$ ), ніж у таких із ЗН органів черевної порожнини (n=80) та органів дихання, серця, межистіння (n=60) (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

**Тяжкість злоякісних новоутворень органів черевної порожнини, дихання, серця, межистіння, ендокринної системи, статевих органів у паліативній практиці**

Стадія (TNM)	ЗН органів черевної порожнини, n=80 (%)	ЗН органів дихання, серця, межистіння, n=60 (%)	ЗН органів ендокринної системи, статевих органів, n=50 (%)
I-II	28 (35,0)	5 (8,33)	30 (60,0)
III	32 (40,0)	25 (41,66)	15 (30,0)
IV	20 (25,0)	30 (50,0)	5 (10,0)

При цьому ЗН органів черевної порожнини початкових стадій (I-II) домінували над такими у осіб із ЗН органів дихання, серця, межистіння на 26,67% ( $\chi^2=13,53$ ;  $p<0,001$ ). Відносна частота зустрічання III стадії вірогідно між групами спостереження не відрізнялась ( $p>0,05$ ). Натомість, пізню стадію

захворювання (IV) найчастіше спостерігали саме у хворих на ЗН органів дихання, серця і межистіння на 25% ( $\chi^2=9,33$ ;  $p=0,002$ ) і 40% ( $\chi^2=20,11$ ;  $p<0,001$ ) відповідно.

Проаналізували частоту окремої супутньої патології з урахуванням ЗН органів черевної порожнини, дихання, серця і межистіння (табл. 4.4), та органів ендокринної системи (щитовидної, підшлункової, молочної залози, яєчників, матки, передміхурової залози, яєчок), зовнішніх статевих органів (рис. 4.1-4.3). Середній вік залучених до аналізу груп хворих вірогідно не відрізнявся і становив  $69,53\pm 8,15$ ,  $74,69\pm 10,44$  та  $65,93\pm 9,28$  років ( $p>0,05$ ). Серед осіб зі ЗН органів грудної клітки частіше траплялись в анамнезі гострий інфаркт міокарда (ІМ), застійна серцева недостатність (СН) зумовлена ішемічною хворобою серця (ІХС), чи артеріальною гіпертензією (АГ), ніж у хворих на канцерогенез органів черевної порожнини – на 17,15% ( $\chi^2=6,84$ ;  $p=0,009$ ) і 15,83% ( $\chi^2=3,89$ ;  $p=0,049$ ) відповідно (табл. 4.4). Також за грудної локалізації онкопроцесу частіше виявляли пацієнтів із ХОЗЛ – на 43,75% ( $\chi^2=35,0$ ;  $p<0,001$ ), надмірною масою тіла (НМТ), чи ожирінням – на 19,17% ( $\chi^2=5,49$ ;  $p=0,019$ ), захворюваннями сполучної тканини – на 32,5% ( $\chi^2=16,80$ ;  $p<0,001$ ), ЦД2 і ХХН – на 17,92% і 19,17% ( $\chi^2=4,75$ ;  $p=0,029$  та  $\chi^2=5,08$ ;  $p=0,024$ ) відповідно. Натомість, за черевної локалізації ЗН частіше реєстрували супутні цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ), виразкову хворобу шлунку і/чи дванадцятипалої кишки (ДПК) та більше поліморбідних станів – на 19,58% ( $p=0,017$ ), 18,33% ( $p=0,016$ ) і 10,42% ( $p=0,048$ ), відповідно. Саме у групі пацієнтів зі ЗН органів черевної порожнини середні показники індексу коморбідності Чарлсона (з урахуванням віку) та кумулятивної шкали оцінки захворювань CIRS були вищими на 34,29% ( $p=0,039$ ) і 27,63% ( $p=0,02$ ). Супутня патологія, як чинник ризику ЗН органів травлення і черевної порожнини наведена в таблиці 4.5. Ймовірність ЗН органів черевної порожнини зростає за ЦВЗ, виразкової хвороби шлунку і/чи ДПК та ко-, поліморбідності майже утричі [OR=2,69-3,0; OR 95% CI: 1,0-9,30;  $p\leq 0,045-0,009$ ].

**Частота окремої супутньої патології залежно від злоякісних новоутворень органів черевної порожнини, дихання, серця і межистіння у паліативній практиці**

Показники		ЗН органів черевної порожнини, n=80 (%)	ЗН органів дихання, серця, межистіння, n=60 (%)	$\chi^2$	p
Супутня патологія, n (%)	Інфаркт міокарда в анамнезі, n=22	7 (7,85)	15 (25,0)	6,84	0,009
	Застійна серцева недостатність, n=34	14 (17,50)	20 (33,33)	3,85	0,049
	Захворювання периферійних судин, n=78	50 (62,50)	28 (46,67)	3,48	0,062
	Цереброваскулярні захворювання, n=102	65 (81,25)	37 (61,67)	5,70	0,017
	НМТ, ожиріння, n=50	22 (27,50)	28 (46,67)	5,49	0,019
	ЗМТ, n=36	23 (28,75)	13 (21,67)	0,9	0,342
	Деменція, n=30	17 (21,25)	13 (21,67)	0,02	0,89
	ХОЗЛ, n=35	5 (6,25)	30 (50,0)	35,0	<0,001
	Захворювання сполучної тканини, n=44	14 (17,50)	30 (50,0)	16,80	<0,001
	Виразкова хвороба / пептична виразка, n=38	28 (35,0)	10 (16,67)	5,83	0,016
	Захворювання печінки, панкреатити (помірно/тяжкі), n=40	27 (33,75)	13 (21,67)	2,45	0,117
	ЦД 2, n=51	23 (28,75)	28 (46,67)	4,75	0,029
	ХХН, n=64	30 (37,50)	34 (56,67)	5,08	0,024
	Онкопатологія іншої локалізації (за останні 5-років), n=12	4 (5,0)	8 (13,33)	3,04	0,081
	Метастази солідного утворення, n=30	20 (25,0)	10 (16,67)	1,41	0,235
Індекс коморбідності Чарлсона, %	З урахуванням віку	19,27±2,14	14,35±1,26	-	0,039
	Незалежно від віку	16,14±1,25	13,52±0,89	-	0,069
Індекс CIRS, бали		2,91±0,15	2,28±0,22	-	0,020
Ко-, поліморбідність		75 (93,75)	50 (83,33)	3,89	0,048

**Примітки:** 1. p – вірогідність відмінностей між групами спостереження.

2. НМТ/ЗМТ – надмірна / знижена маса тіла; ЦД 2 – цукровий діабет 2-го типу; ХХН – хронічна хвороба нирок; ХОЗЛ – хронічні обструктивні захворювання легень; CIRS – Cumulative Illness Rating Scale.

За низьких шансів появи канцерогенезу у цієї категорії хворих за ІМ в анамнезі, НМТ, чи ожиріння, ХОЗЛ, ЦД2 і ХХН [OR=0,07-0,46; OR 95%CI: 0,02-0,93;  $p \leq 0,037-0,001$ ] (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

**Супутня патологія, як фактор ризику розвитку злоякісних новоутворень органів травлення, черевної порожнини**

Потенційний фактор	RR [95% CI]	OR [95% CI]	p
Інфаркт міокарда	0,47 [0,24-0,92]	0,22 [0,06-0,77]	0,016
Застійна серцева недостатність	0,7 [0,43-1,14]	0,49 [0,19-1,29]	0,145
Захворювання периферійних судин	1,34 [0,97-1,84]	1,90 [0,96-3,76]	0,085
Цереброваскулярні захворювання	1,32 [1,05-1,65]	2,69 [1,25-5,79]	0,009
НМТ, ожиріння	0,59 [0,38-0,92]	0,43 [0,21-0,88]	0,03
ЗМТ	1,33 [0,73-2,40]	1,46 [0,67-3,19]	0,435
Деменція	0,98 [0,52-1,86]	0,98 [0,43-2,20]	1,0
ХОЗЛ	0,12 [0,05-0,30]	0,07 [0,02-0,18]	<0,001
Захворювання сполучної тканини	0,35 [0,20-0,60]	0,21 [0,10-0,46]	<0,001
Виразкова хвороба / пептична виразка	2,10 [1,11-3,98]	2,69 [1,19-6,11]	0,012
Захворювання печінки, панкреатити (помірно/тяжкі)	1,56 [0,88-2,76]	1,84 [0,85-3,98]	0,168
ЦД 2	0,62 [0,38-0,95]	0,46 [0,23-0,93]	0,023
ХХН	0,66 [0,46-0,95]	0,46 [0,23-0,91]	0,037
Онкопатологія іншої локалізації (упродовж останніх 5-ти років)	0,375 [0,12-1,19]	0,34 [0,10-1,19]	0,125
Метастази солідного утворення	1,50 [0,76-2,96]	1,67 [0,71-3,89]	0,163
Ко-, поліморбідність	1,12 [0,99-1,28]	3,0 [0,99-9,30]	0,045

Примітка. RR – risk ratio; OR – odds ratio; 95% CI – 95% confidential intervals

Ризик появи ЗН органів грудної клітки (ОГК) (органів дихання, серця, межистіння) зростає за перенесеного ІМ в анамнезі, наявної застійної СН, НМТ, чи ожиріння, ХОЗЛ, захворювань сполучної тканини, ЦД2 і ХХН у 2,17-15 разів [OR95%CI: 1,09-42,32;  $p \leq 0,045-0,001$ ] (табл. 4.6). Низька ймовірність



розвитку ЗН ОГК у обстеженій популяції за ЦВЗ, виразкової хвороби шлунку / ДПК, окремих видів коморбідності (захворювань шлунково-кишкового тракту і кістково-м'язової сфери, чи психічних розладів, тощо).

Таблиця 4.6

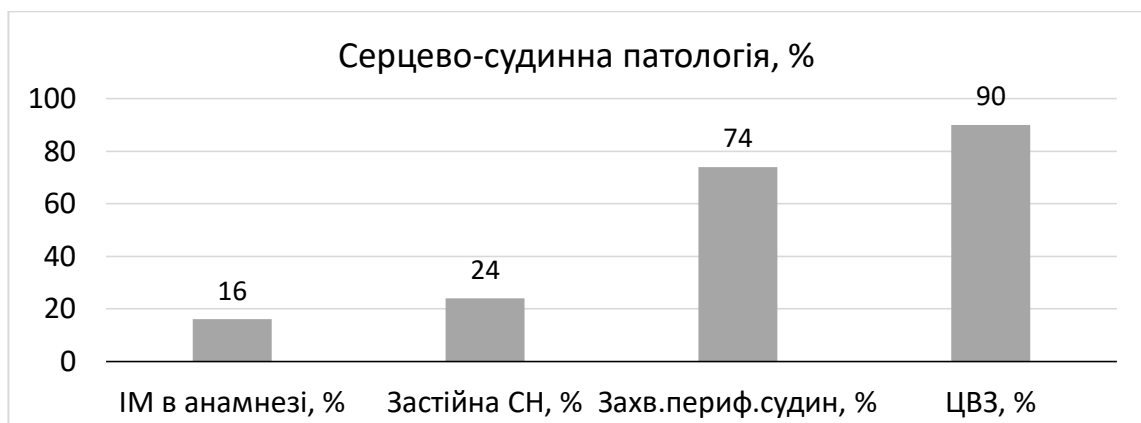
**Супутня патологія, як фактор ризику розвитку злоякісних новоутворень органів дихання, серця, межистіння**

Потенційний фактор	RR [95% CI]	OR [95% CI]	p
Інфаркт міокарда	2,86 [1,24-6,57]	3,48 [1,32-9,18]	0,009
Застійна серцева недостатність	1,90 [1,05-3,45]	2,36 [1,07-5,18]	0,031
Захворювання периферійних судин	0,75 [0,54-1,03]	0,52 [0,27-1,04]	0,09
Цереброваскулярні захворювання	0,76 [0,61-0,95]	0,37 [0,17-0,80]	0,01
НМТ, ожиріння	1,70 [1,08-2,65]	2,31 [1,14-4,67]	0,019
ЗМТ	0,75 [0,42-1,36]	0,68 [0,31-1,50]	0,450
Деменція	1,02 [0,54-1,93]	1,025 [0,45-2,32]	1,0
ХОЗЛ	8,0 [3,30-19,40]	15,0 [5,32-42,32]	<0,001
Захворювання сполучної тканини	2,86 [1,67-4,90]	4,71 [2,19-10,15]	<0,001
Виразкова хвороба / пептична виразка	0,48 [0,25-0,90]	0,37 [0,16-0,84]	0,026
Захворювання печінки, панкреатити (помірно/тяжкі)	0,64 [0,36-1,14]	0,54 [0,25-1,17]	0,083
ЦД 2	1,62 [1,05-2,52]	2,17 [1,09-3,95]	0,045
ХХН	1,51 [1,05-2,16]	2,18 [1,10-4,31]	0,019
Онкопатологія іншої локалізації (упродовж останніх 5-ти років)	2,67 [0,84-8,44]	2,92 [0,84-10,21]	0,150
Метастази солідного утворення	0,67 [0,34-1,32]	0,60 [0,26-1,40]	0,327
Ко-, поліморбідність	0,89 [0,78-1,0]	0,33 [0,11-1,01]	0,049

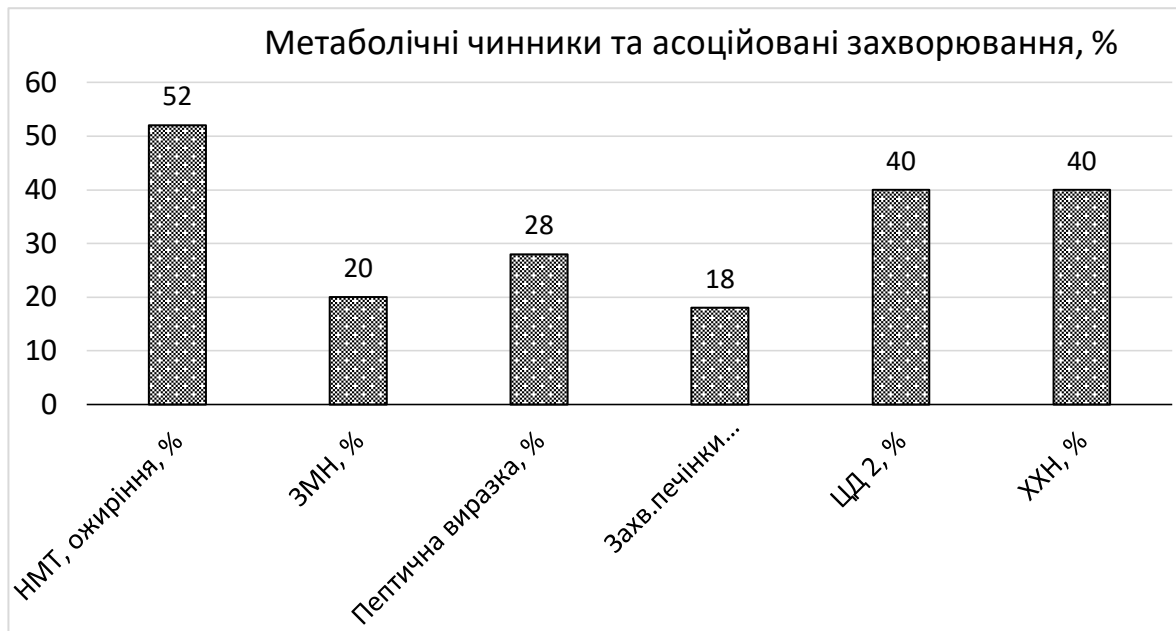
Примітка. RR – risk ratio; OR – odds ratio; 95%CI – 95% confidential intervals

Проаналізовано 50 історій хвороби осіб із ЗН органів ендокринної системи (щитовидної, підшлункової, молочної залози, яєчників, матки, передміжурової залози, яєчок) і зовнішніх статевих органів на предмет супутньої патології, розрахунку індексів коморбідності Чарлсона і CIRS. Частоту супутньої патології за вказаних вище ЗН наведено на рисунках 4.1-4.3.

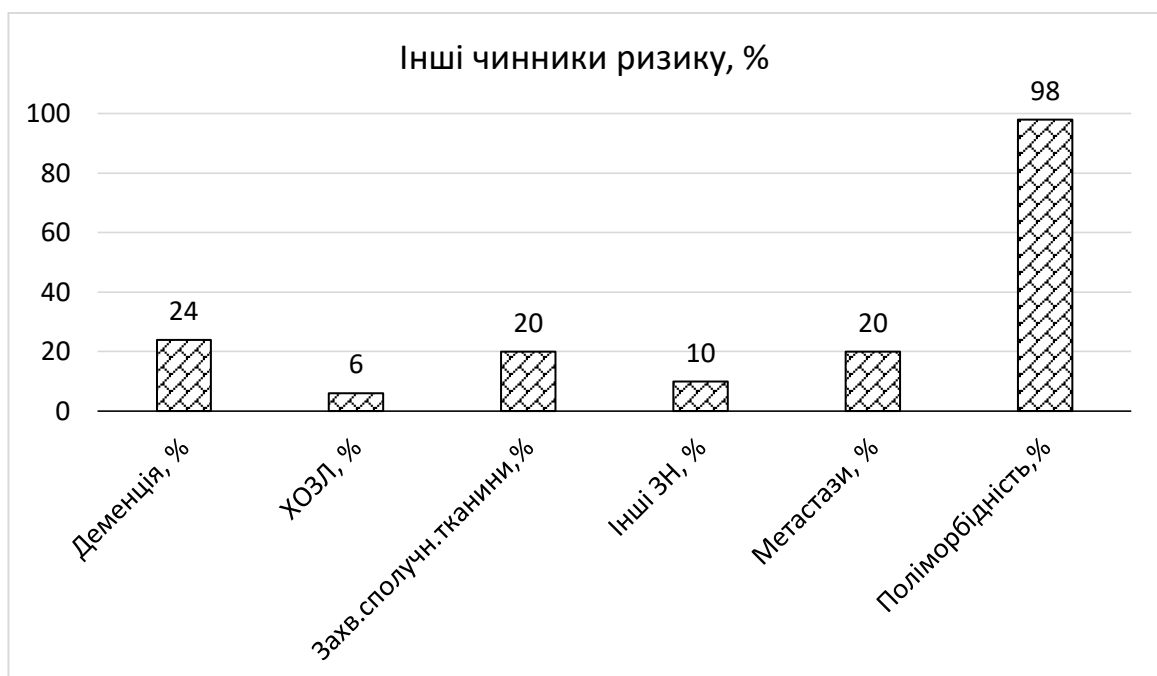
За зазначеної локалізації ЗН частота гострого ІМ в анамнезі не відрізнялась суттєво від когорти хворих за грудного і черевного канцерогенезу ( $\chi^2=2,29$ ;  $p=0,13$ ), як і застійної СН ( $\chi^2=1,53$ ;  $p=0,155$ ), зниженої маси тіла (ЗМТ) ( $\chi^2=0,66$ ;  $p=0,416$ ), деменції ( $\chi^2=0,14$ ;  $p=0,708$ ), захворювань сполучної тканини ( $\chi^2=2,37$ ;  $p=0,124$ ), виразкової хвороби / пептичної виразки ( $\chi^2=0,01$ ;  $p=0,920$ ), захворювань печінки, панкреатитів (помірно/тяжкого перебігу) ( $\chi^2=2,15$ ;  $p=0,143$ ), ЦД 2 ( $\chi^2=0,20$ ;  $p=0,655$ ), ХХН ( $\chi^2=0,49$ ;  $p=0,484$ ), частоти онкопатології іншої локалізації (упродовж останніх 5-ти років) ( $\chi^2=0,02$ ;  $p=0,776$ ), метастазів солідного утворення ( $\chi^2=0,05$ ;  $p=0,823$ ), ко-поліморбідності ( $p=0,074$ ). Тоді як захворювання периферійних судин зустрічали частіше за ЗН ендокринної і статеві сфер на 18,29% ( $\chi^2=5,16$ ;  $p=0,023$ ), ЦВЗ – на 17,14% ( $\chi^2=6,18$ ;  $p=0,013$ ), НМТ, ожиріння – на 16,29% ( $\chi^2=4,07$ ;  $p=0,033$ ), а ХОЗЛ навпаки рідше – на 19% ( $\chi^2=8,31$ ;  $p=0,004$ ), індекс коморбідності Чарлсона з урахуванням віку ( $13,99 \pm 1,29\%$ ) і незалежно від віку ( $13,08 \pm 0,75\%$ ) були меншими, ніж у середньому по обстеженій популяції на 27,4% ( $p=0,037$ ) та 18,96% ( $p=0,048$ ), а індекс CIRS ( $2,18 \pm 0,28$  балів) – на 25,09% ( $p=0,024$ ), відповідно (рис. 4.1-4.3).



**Рис. 4.1.** Відносна частота (%) супутньої серцево-судинної патології у хворих на злоякісні новоутворення органів ендокринної системи



**Рис. 4.2.** Відносна частота (%) метаболічних чинників і асоційованих захворювань у хворих на злоякісні новоутворення органів ендокринної системи



**Рис. 4.3.** Відносна частота (%) інших захворювань і патологічних станів у хворих на злоякісні новоутворення органів ендокринної системи

Ймовірність розвитку ЗН органів ендокринної системи та статевої сфери зростає за супутніх захворювань периферійних судин, ЦВЗ, НМТ, ожиріння, ко- і поліморбідності у 1,95-5,88 разу [OR 95%CI: 1,0-45,72;  $p \leq 0,044-0,008$ ]

(табл. 4.7). Низька ймовірність появи ЗН зазначеної локалізації за супутнього ХОЗЛ [OR=0,19; OR 95%CI: 0,06-0,65; p=0,002].

Таблиця 4.7

**Супутня патологія, як фактор ризику розвитку злоякісних новоутворень органів ендокринної системи (щитовидної, підшлункової, молочної залози, яйників, матки, передміхурової залози, яєчок)**

Потенційний фактор	RR [95% CI]	OR [95% CI]	p
Інфаркт міокарда в анамнезі, n=8	0,58 [0,28-1,20]	0,50 [0,20-1,24]	0,193
Застійна серцева недостатність, n=12	0,99 [0,56-1,75]	0,98 [0,46-2,09]	0,566
Захворювання периферійних судин, n=37	1,33 [1,06-1,66]	2,26 [1,11-4,62]	0,017
Цереброваскулярні захворювання, n=45	1,23 [1,08-1,42]	3,35 [1,24-9,08]	0,008
НМТ, ожиріння, n=26	1,46 [1,03-2,06]	1,95 [1,01-3,75]	0,044
ЗМТ, n=10	0,78 [0,42-1,45]	0,72 [0,33-1,59]	0,272
Деменція, n=12	1,12 [0,62-2,01]	1,16 [0,54-2,49]	0,423
ХОЗЛ, n=3	0,24 [0,08-0,75]	0,19 [0,06-0,65]	0,002
Захворювання сполучної тканини, n=10	0,64 [0,35-1,17]	0,55 [0,25-1,19]	0,09
Виразкова хвороба / пептична виразка, n=14	1,03 [0,61-1,74]	1,04 [0,51-2,15]	0,522
Захворювання печінки, панкреатити (помірно / тяжкі), n=9	0,63 [0,33-1,20]	0,55 [0,24-1,33]	0,10
ЦД 2, n=20	1,10 [0,73-1,64]	1,16 [0,60-2,26]	0,388
ХХН, n=20	0,85 [0,60-1,28]	0,79 [0,41-1,53]	0,298
Онкопатологія іншої локалізації (упродовж останніх 5-ти років), n=5	1,17 [0,43-3,15]	1,18 [0,40-3,55]	0,478
Метастази солідного утворення, n=10	0,93 [0,49-1,77]	0,92 [0,41-2,04]	0,503
Ко-, поліморбідність, n=49	1,10 [1,02-1,18]	5,88 [0,99-45,72]	0,044

Примітка. RR – risk ratio; OR – odds ratio; 95%CI – 95% confidential intervals

З метою підтвердження діагностичної точності супутньої патології в якості предикторів ЗН провели визначення їх чутливості, специфічності та прогностичної цінності позитивного / негативного результатів (табл. 4.8).

**Чутливість, специфічність та прогностична цінність позитивного /негативного результату розвитку злоякісних новоутворень органів травлення, черевної порожнини залежно від супутньої патології**

Супутня патологія	Чутливість, [95%СІ]	Специфічність, [95%СІ]	Прогностична цінність результату, [95%СІ]	
			позитивного	негативного
Інфаркт міокарда в анамнезі	0,32 [0,15-0,55]	0,38 [0,29-0,48]	0,09 [0,04-0,18]	0,75 [0,62-0,85]
Застійна серцева недостатність	0,41 [0,25-0,59]	0,38 [0,29-0,48]	0,17 [0,10-0,28]	0,67 [0,53-0,78]
Захворювання периферійних судин	0,64 [0,52-0,74]	0,52 [0,39-0,64]	0,62 [0,51-0,73]	0,53 [0,40-0,66]
Цереброваскулярні захворювання	0,64 [0,54-0,73]	0,61 [0,43-0,75]	0,81 [0,71-0,89]	0,38 [0,26-0,52]
НМТ, ожиріння	0,44 [0,30-0,59]	0,35 [0,30-0,46]	0,27 [0,18-0,39]	0,53 [0,40-0,66]
ЗМТ	0,64 [0,30-0,59]	0,45 [0,35-0,55]	0,29 [0,19-0,40]	0,78 [0,65-0,87]
Деменція	0,57 [0,38-0,74]	0,43 [0,33-0,52]	0,21 [0,13-0,32]	0,78 [0,65-0,87]
ХОЗЛ	0,14 [0,05-0,31]	0,29 [0,20-0,38]	0,06 [0,02-0,15]	0,50 [0,37-0,63]
Захворювання сполучної тканини	0,32 [0,19-0,48]	0,31 [0,22-0,42]	0,17 [0,10-0,28]	0,50 [0,37-0,63]
Виразкова хвороба / пептична виразка	0,74 [0,57-0,86]	0,49 [0,39-0,59]	0,35 [0,25-0,46]	0,83 [0,71-0,91]
Захворювання печінки, панкреатити (помірно/тяжкі)	0,67 [0,51-0,81]	0,47 [0,37-0,57]	0,34 [0,24-0,45]	0,78 [0,65-0,87]
ЦД 2	0,45 [0,31-0,59]	0,36 [0,26-0,47]	0,29 [0,19-0,40]	0,53 [0,40-0,66]
ХХН	0,47 [0,34-0,60]	0,34 [0,24-0,46]	0,38 [0,27-0,49]	0,43 [0,31-0,57]
Онкопатологія іншої локалізації (упродовж останніх 5-ти років)	0,33 [0,11-0,65]	0,41 [0,32-0,50]	0,05 [0,02-0,13]	0,87 [0,75-0,94]
Метастази солідного утворення	0,67 [0,47-0,82]	0,45 [0,36-0,55]	0,25 [0,16-0,36]	0,83 [0,71-0,91]
Ко-, поліморбідність	0,60 [0,51-0,68]	0,67 [0,39-0,87]	0,94 [0,85-0,98]	0,17 [0,09-0,29]

Встановили, що найвища прогностична цінність позитивного результату появи ЗН органів черевної порожнини у обстеженій популяції належить ЦВЗ 0,81 [95% СІ: 0,71-0,89] за паритетного співвідношення чутливості та специфічності 64% vs 61% [95% СІ: 0,43-0,75], а також полі-/мультиморбідним станам – 0,94 [95% СІ: 0,85-0,98], чутливість тесту – 60%, специфічність – 67% [95% СІ: 0,39-0,87]; із дещо нижчим показником прогностичної цінності позитивного результату ЗН зазначеної локалізації за супутніх захворювань периферійних судин – 62% [95% СІ: 0,51-0,73], чутливість 64% [95% СІ: 0,52-0,74], специфічність – 52% [95% СІ: 0,39-0,64], відповідно.

В контексті прогностичної цінності появи ЗН органів грудної клітки, то гострий ІМ в анамнезі та супутня застійна СН, як і НМТ, ожиріння та ЦД2 при достатньо високій чутливості і специфічності тесту [0,55-0,68; 95% СІ: 0,40-0,85] показали недостатню за силою впливу прогностичну цінність позитивного результату [0,33; 95% СІ: 0,71-0,89 та 0,47; 95% СІ: 0,34-0,60], відповідно (табл. 4.9). Натомість, супутні ХОЗЛ, захворювання сполучної тканини та, дещо менше, ХХН, мають високу чутливість і специфічність [0,55-0,68; 95% СІ: 0,40-0,85] та 50% і більше відсотків прогностичну цінність позитивного результату появи ЗН вище зазначеної локалізації.

Вірогідну ймовірність високої прогностичної цінності позитивного результату появи ЗН органів ендокринної системи, статевих органів (табл. 4.10) встановили за супутніх захворювань периферійних судин, ЦВЗ, ко-, поліморбідності [0,74-0,98; 95% СІ: 0,59-1,0] і дещо нижчу ймовірність позитивного результату – за НМТ, чи ожиріння [0,52; 95% СІ: 0,37-0,66]. У всіх випадках зазначеної супутньої патології виявили високу специфічність тесту [0,79-0,94; 95% СІ: 0,68-1,0], яка супроводжувалась помірною чутливістю [0,28-0,34; 95% СІ: 0,22-0,46].

**Чутливість, специфічність та прогностична цінність позитивного /негативного результату розвитку злоякісних новоутворень органів дихання, серця, межистіння залежно від супутньої патології**

Супутня патологія	Чутливість, [95% СІ]	Специфічність, [95% СІ]	Прогностична цінність результату, [95% СІ]	
			Позитивного	Негативного
Інфаркт міокарда в анамнезі	0,68 [0,45-0,85]	0,62 [0,52-0,70]	0,25 [0,15-0,38]	0,91 [0,82-0,96]
Застійна серцева недостатність	0,59 [0,41-0,75]	0,62 [0,52-0,71]	0,33 [0,22-0,47]	0,82 [0,72-0,90]
Захворювання периферійних судин	0,36 [0,25-0,48]	0,48 [0,36-0,61]	0,47 [0,36-0,61]	0,37 [0,27-0,49]
Цереброваскулярні захворювання	0,36 [0,27-0,46]	0,39 [0,24-0,56]	0,62 [0,48-0,74]	0,19 [0,11-0,29]
НМТ, ожиріння	0,56 [0,41-0,70]	0,64 [0,54-0,74]	0,47 [0,34-0,60]	0,72 [0,61-0,82]
ЗМТ	0,36 [0,21-0,54]	0,55 [0,45-0,64]	0,22 [0,12-0,34]	0,71 [0,60-0,80]
Деменція	0,43 [0,26-0,62]	0,57 [0,47-0,66]	0,22 [0,12-0,34]	0,79 [0,68-0,87]
ХОЗЛ	0,86 [0,69-0,95]	0,71 [0,61-0,80]	0,50 [0,37-0,63]	0,94 [0,85-0,98]
Захворювання сполучної тканини	0,68 [0,52-0,81]	0,69 [0,58-0,78]	0,50 [0,37-0,63]	0,82 [0,72-0,90]
Виразкова хвороба / пептична виразка	0,26 [0,14-0,43]	0,51 [0,41-0,61]	0,17 [0,09-0,29]	0,65 [0,53-0,75]
Захворювання печінки, панкреатити (помірно/тяжкі)	0,32 [0,19-0,49]	0,53 [0,43-0,63]	0,22 [0,12-0,34]	0,66 [0,55-0,76]
ЦД 2	0,55 [0,40-0,69]	0,64 [0,53-0,74]	0,47 [0,34-0,60]	0,71 [0,60-0,81]
ХХН	0,53 [0,40-0,65]	0,66 [0,54-0,76]	0,57 [0,43-0,69]	0,62 [0,51-0,73]
Онкопатологія іншої локалізації (упродовж останніх 5-ти років)	0,67 [0,35-0,89]	0,59 [0,50-0,68]	0,13 [0,06-0,25]	0,95 [0,87-0,98]
Метастази солідного утворення	0,33 [0,18-0,53]	0,54 [0,45-0,64]	0,17 [0,09-0,29]	0,75 [0,64-0,84]
Ко-, поліморбідність	0,40 [0,31-0,49]	0,33 [0,13-0,61]	0,83 [0,71-0,91]	0,06 [0,02-0,15]

**Чутливість, специфічність та прогностична цінність позитивного /негативного результату розвитку злоякісних новоутворень органів ендокринної системи (щитовидної, підшлункової, молочної залоз, яйників, матки, передміхурової залози, яєчок), зовнішніх статевих органів з урахуванням супутньої патології**

Супутня патологія	Чутливість, [95% СІ]	Специфічність, [95% СІ]	Прогностична цінність результату, [95% СІ]	
			Позитивного	Негативного
Інфаркт міокарда в анамнезі	0,26 [0,13-0,46]	0,74 [0,66-0,80]	0,16 [0,08-0,30]	0,84 [0,77-0,90]
Застійна серцева недостатність	0,26 [0,15-0,41]	0,74 [0,65-0,80]	0,24 [0,13-0,38]	0,76 [0,68-0,82]
Захворювання периферійних судин	0,32 [0,24-0,42]	0,83 [0,72-0,90]	0,74 [0,59-0,85]	0,44 [0,36-0,53]
Цереброваскулярні захворювання	0,31 [0,23-0,39]	0,88 [0,74-0,96]	0,90 [0,77-0,96]	0,27 [0,20-0,35]
НМТ, ожиріння	0,34 [0,24-0,46]	0,79 [0,70-0,86]	0,52 [0,37-0,66]	0,64 [0,56-0,72]
ЗМТ	0,22 [0,11-0,37]	0,72 [0,64-0,79]	0,20 [0,10-0,34]	0,74 [0,66-0,81]
Деменція	0,29 [0,16-0,45]	0,74 [0,66-0,81]	0,24 [0,13-0,38]	0,79 [0,71-0,85]
ХОЗЛ	0,08 [0,02-0,22]	0,69 [0,61-0,76]	0,06 [0,02-0,17]	0,75 [0,67-0,82]
Захворювання сполучної тканини	0,19 [0,10-0,32]	0,71 [0,62-0,78]	0,20 [0,10-0,34]	0,69 [0,60-0,76]
Виразкова хвороба / пептична виразка	0,27 [0,16-0,41]	0,74 [0,66-0,81]	0,28 [0,17-0,43]	0,73 [0,65-0,80]
Захворювання печінки, панкреатити (помірно/тяжкі)	0,18 [0,09-0,32]	0,71 [0,63-0,78]	0,18 [0,09-0,32]	0,71 [0,63-0,79]
ЦД 2	0,28 [0,18-0,40]	0,75 [0,66-0,82]	0,40 [0,27-0,55]	0,64 [0,55-0,71]
ХХН	0,24 [0,15-0,35]	0,72 [0,62-0,80]	0,40 [0,27-0,55]	0,54 [0,46-0,63]
Онкопатологія іншої локалізації (упродовж останніх 5-ти років)	0,29 [0,11-0,56]	0,74 [0,67-0,80]	0,10 [0,04-0,23]	0,91 [0,85-0,95]
Метастази солідного утворення	0,25 [0,13-0,42]	0,73 [0,65-0,80]	0,20 [0,11-0,34]	0,79 [0,71-0,85]
Ко-, поліморбідність	0,28 [0,22-0,36]	0,94 [0,68-1,0]	0,98 [0,88-1,0]	0,11 [0,06-0,17]



Отже, метаболічні порушення, ожиріння та надмірна/знижена маса тіла, супутня патологія серцево-судинної, чи дихальної систем, шлунково-кишкового тракту, ХХН, можуть бути важливими чинниками ризику ЗН; вони також вагомо ускладнюють стан хворих на ЗН. Отримані нами відомості підтверджують наявні у науковій літературі [123, 139] дані про спорідненість патогенетичних ланок метаболічних розладів, гіпоксичних станів, що індукують мутаційні процеси і неконтрольовану реплікацію клітин в онкогенезі. Це породжує нові виклики у паліативній практиці і створює поле для подальшого наукового пошуку.

**Матеріали розділу 4 викладено в наступних публікаціях:** [66, 179, 181].

## РОЗДІЛ 5

### СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

#### **5.1. Моделювання психолого-педагогічних умов і засобів формування професійної готовності медичних сестер до діяльності в галузі паліативної та хоспісної допомоги**

Формування професійної готовності медичних сестер до діяльності в галузі ПХД є складним та відповідальним процесом. Це вимагає комплексного підходу, який враховує психолого-педагогічні умови та використання спеціальних засобів. На нашу думку, це повинно включати наступні компоненти: навчання з ПХД, практичне стажування, психологічну підтримку, моніторинг та оцінку, індивідуалізацію навчання /корекція, командна робота.

##### 1. Курс навчання:

- \* розробка спеціалізованого курсу з ПХД, який включатиме теоретичні та практичні модулі;

- \* використання інтерактивних методів навчання, таких як рольові гри, віртуальні симуляції та дискусійні групи.

##### 2. Практичне стажування:

- \* організація стажування в спеціалізованих паліативних та хоспісних установах;

- \* можливість взаємодії з досвідченими фахівцями та безпосереднє спілкування з пацієнтами.

##### 3. Психологічна підтримка:

- \* забезпечення психологічної підтримки для медичних сестер, яка включатиме сесії дебрифінгу, тренінги зі стресостійкості та емоційного саморегулювання;

- \* проведення групових та індивідуальних консультацій для вирішення емоційних та професійних викликів.

##### 4. Моніторинг та оцінка:

- \* впровадження системи моніторингу та оцінювання професійних навичок медичних сестер у паліативній та хоспісній допомозі;

- \* регулярні апробації та самооцінки для визначення ефективності навчання та формування готовності.

#### 5. Індивідуалізація навчання:

- \* забезпечення можливості вибору спеціалізованих курсів та додаткових тренінгів залежно від індивідуальних потреб медичних сестер;

- \* сприяння розвитку індивідуальних інтересів та спрямувань у сфері паліативної допомоги.

#### 6. Командна робота:

- \* підтримка розвитку навичок командної роботи через сумісні проекти, тренінги та групові завдання;

- \* створення умов для взаємодії з іншими фахівцями в медичній сфері для обміну досвідом та навчання на прикладах кращих практик.

Розробляючи власну модель ми врахували етапи педагогічного моделювання явищ за моделлю Т. Іванова [43]:

- 1) входження в проблему побудови моделі (визначення функції аналізованого об'єкта, його місце та роль у системі освіти);

- 2) створення системи наскрізних компонентів структури досліджуваного об'єкта, що володіє максимальною функціональною повнотою (формулювання критеріїв, проведення контрольних заходів щодо перевірки повноти даних структурних компонентів);

- 3) визначення мінімально допустимого набору базових складових, які мають функціональну повноту (встановлення взаємозв'язків між компонентами системи: логічних, функціональних, семантичних, технологічних тощо);

- 4) розробка моделі динаміки об'єкта дослідження: а) на основі теоретичного й емпіричного вивчення об'єкта встановлюються відомі щодо об'єкта знання (історичні, статистичні, емпіричні тощо); б) визначаються закономірності функціонування системи, яка включає необхідні оптимальні параметри,

котрі описують її поведінку та критерії управління; в) досліджуються закономірності динаміки зміни, самоорганізації або розвитку системи в умовах її функціонування; г) встановлюється причинно-наслідковий зв'язок між поведінкою системи та характером керуючого впливу.

Такий модельний підхід дозволяє створити всебічну й ефективну систему формування професійної готовності медичних сестер до роботи в ПХД.

Опираючись на теоретичний аналіз наукової літератури, а також результати власних емпіричних досліджень, ми вивели ряд важливих положень, на яких ґрунтуватиметься наша авторська модель.

Формування професійної готовності сестер медичних до роботи в галузі ПХД вимагає комплексного підходу, що враховує психологічні та педагогічні аспекти. Модель психолого-педагогічних умов і засобів для цього має бути цілеспрямованою та адаптованою до особистісних і професійних потреб сестер медичних.

Одним з ключових аспектів цієї моделі є *психологічна підтримка*. Сестри медичні, які працюють у сфері паліативної допомоги, зіткнуться зі стресом, емоційним виснаженням і складними ситуаціями смерті та вмирання. Тому важливо надати їм можливість отримувати психологічну підтримку від кваліфікованих фахівців, а також розвивати їх власні психологічні стратегії адаптації.

До інших умов формування професійної готовності можна віднести *педагогічний* підхід. Сестри медичні повинні мати можливість отримати не лише спеціальні теоретичні знання про ПХД, але й практичні навички, які допоможуть їм ефективно виконувати свої обов'язки. Це може включати в себе тренінги, симуляційні вправи та практичні стажування на місцях.

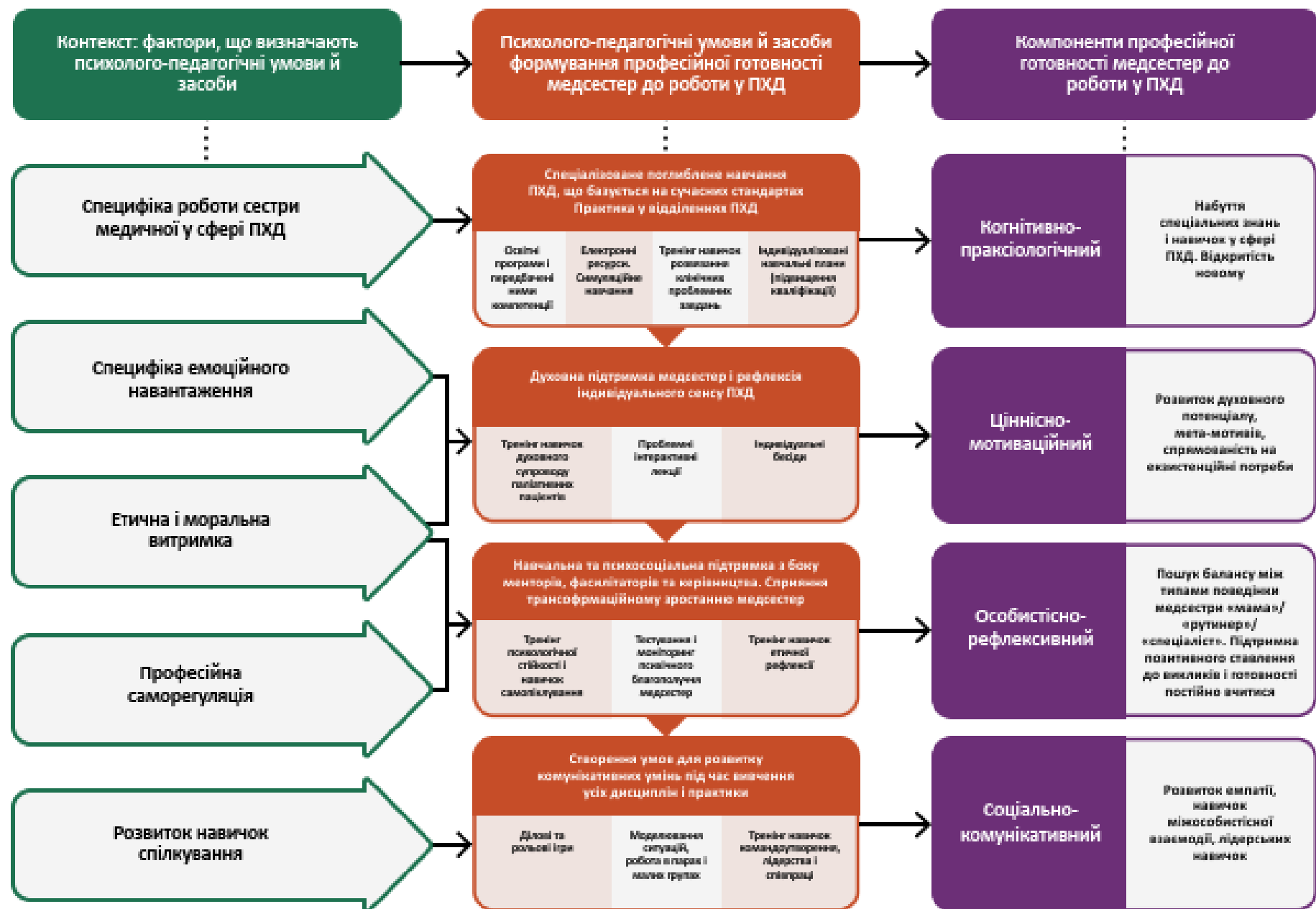
Додатковою важливою складовою моделі є *підтримка з боку керівництва та колег* (командна робота). Сестри медичні повинні відчувати підтримку та визнання своєї роботи з боку адміністрації та інших медичних працівників. Це допоможе зберегти їхню мотивацію і підвищити якість надання послуг у сфері паліативної допомоги.

Крім того, модель повинна враховувати *індивідуальні особливості* медичних сестер та їх потреби в розвитку. Деякі можуть бути більш зацікавлені в академічному навчанні, тоді як інші можуть надавати перевагу практичним навчальним формам. Тому важливо розробляти індивідуалізовані плани навчання та розвитку для кожної сестри медичної.

Узагальнюючи, варто наголосити, що модель психолого-педагогічних умов і засобів формування професійної готовності сестер медичних до роботи в галузі паліативної допомоги повинна бути гнучкою, комплексною та індивідуалізованою. Це допоможе забезпечити підвищення якості медичного обслуговування та збереження емоційного та професійного благополуччя медичних сестер.

Розроблена нами модель наведена на рисунку 5.1. Враховано контекст професійної діяльності сестри медичної у сфері ПХД та основні фактори, що визначають психолого-педагогічні умови й засоби, які нас цікавлять.

Так, специфіка роботи сестри медичної у сфері ПХД відображається насамперед у такому компоненті професійної готовності як когнітивно-праксіологічний, розвиток котрого першочергово має бути спрямований на набуття спеціальних знань і навичок у сфері ПХД і постійне навчання, відкритість новому досвіду. Наші емпіричні дослідження показали, що рівень освіти і стаж роботи дуже великою мірою визначають готовність сестри медичної до діяльності у сфері ПХД. Рівень освіти і стаж роботи – це перш за все досвід, який можливо набути лише через спеціалізоване поглиблене навчання ПХД, що базується на сучасних стандартах, і практику у відповідних клінічних відділеннях. Дані психолого-педагогічні умови реалізуються через такі засоби як освітні програми і передбачені ними компетенції, електронні освітні ресурси, симуляційне навчання, тренінг навичок розв'язання клінічних проблемних завдань, індивідуалізовані навчальні плани (зокрема, плани підвищення кваліфікації).



Продовж. рис. 5.1

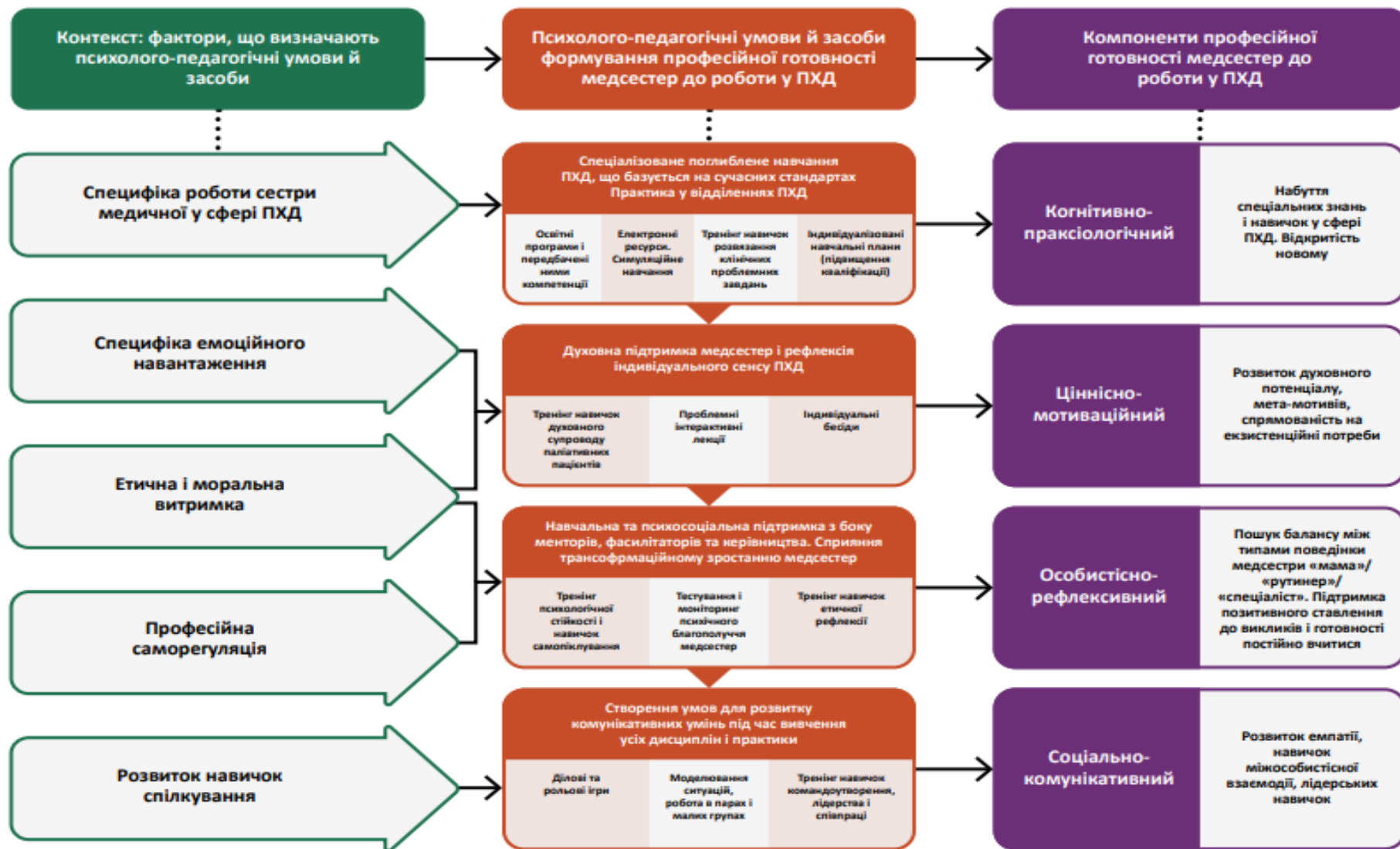


Рис. 5.1. Моделювання психолого-педагогічних умов і засобів формування професійної готовності сестер медичних до діяльності у галузі ПХД

Ціннісно-мотиваційний компонент професійної готовності до діяльності у сфері ПХД відображає, зокрема, специфіку емоційного навантаження й етичну та моральну витримку сестри медичної. Формування даного компонента має бути, як показують результати наших емпіричних досліджень, націлені на розвиток духовного потенціалу, мета-мотивів і спрямованості на екзистенційні потреби сестер медичних. При цьому важливо, щоб професійна діяльність керувалася дійсно не формальними мотивами (наприклад, мотивом престижності чи сімейних традицій). Тому важливою психолого-педагогічною умовою виступає духовна підтримка медсестер і рефлексія індивідуального сенсу ПХД. Дана умова може бути реалізована такими засобами як тренінг навичок духовного супроводу паліативних пацієнтів, проблемні інтерактивні лекції, індивідуальні бесіди.

Етична й моральна витримка і професійна саморегуляція як фактори контексту, що визначають психолого-педагогічні умови і засоби формування професійної готовності сестри медичної до діяльності у сфері ПХД, апелюють до такого її компонента як особистісно-рефлексивний, розвиток котрого має бути зорієнтований першочергово на пошук балансу між типами поведінки медсестри «мама»/«рутинер»/«спеціаліст», а також на вибір позитивного ставлення до викликів і готовності постійно вчитися. Розвиток за таким вектором може здійснюватися в умовах навчальної та психосоціальної підтримки з боку менторів, фасилітаторів та керівництва, сприяння трансформаційному зростанню медсестер. Адекватними цим умовам засобами є тренінг психологічної стійкості і навичок само піклування, тестування і моніторинг психічного благополуччя медсестер, тренінг навичок етичної рефлексії.

Розвиток навичок спілкування як фактор контексту формування професійної готовності сестри медичної до діяльності у сфері ПХД відображається у соціально-комунікативному компоненті готовності і передбачає розвиток емпатії, навичок міжособистісної взаємодії, лідерських навичок сестер медичних. Психолого-педагогічні умови повинні реалізовуватися для розвитку комунікативних умінь під час вивчення усіх дисциплін і практики, зокрема через



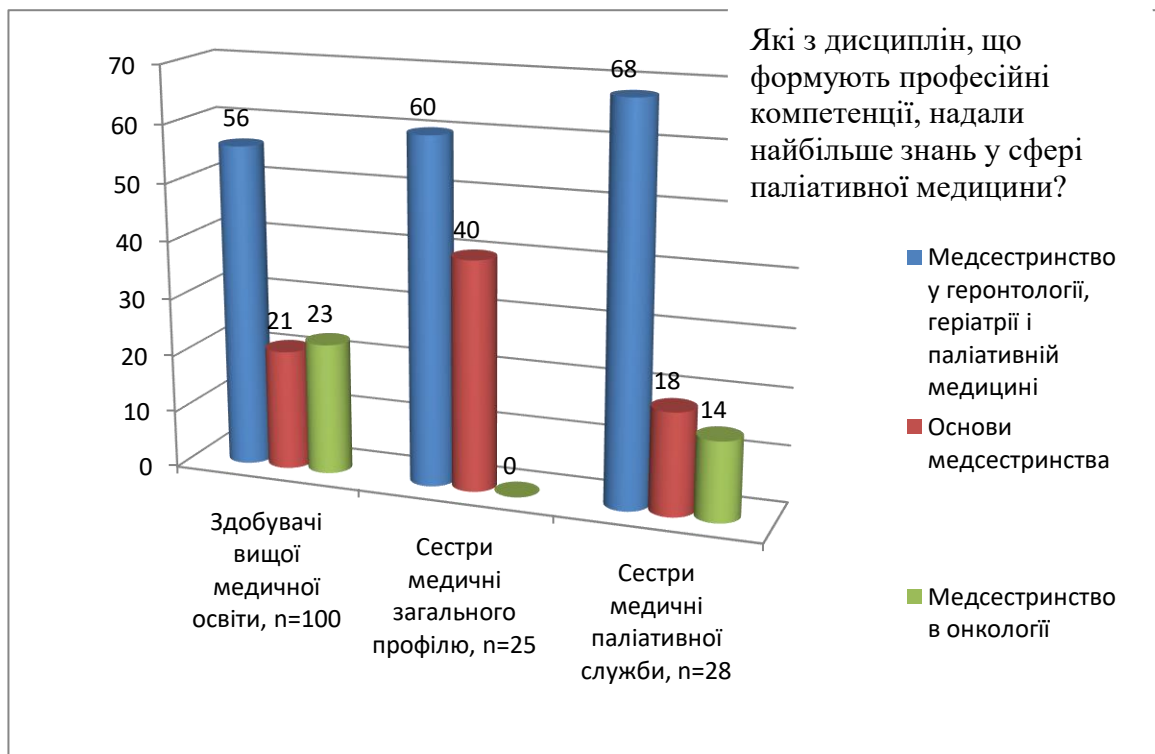
ділові та рольові ігри, моделювання ситуацій, роботу в парах і малих групах, через тренінг навичок командоутворення, лідерства і співпраці.

Щоб розкрити розуміння учасниками нашого емпіричного дослідження шляхів отримання належної професійної підготовки у сфері паліативної допомоги й основних труднощів розвитку цієї сфери у регіоні, нами були включені в анкетування респондентів питання №14, 16, 18, 23, 25 (Додаток В).

Опрацювання відповідей досліджуваних на запитання *«Які з дисциплін, що формують професійні компетенції, надали найбільше знань у сфері паліативної медицини?»* очікувано показало, що більшість з них у трьох підгрупах таким курсом вважають *«Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині»*: серед здобувачів вищої медичної освіти – 56%; серед сестер медичних загального профілю – 60%; серед сестер медичних паліативної служби – 68%. *«Основи медсестринства»* як навчальний курс був корисним у сенсі формування професійних компетентецій у сфері ПХД для 21% здобувачів вищої медичної освіти, 40% сестер медичних загального профілю і 18% сестер медичних паліативної служби. Навчальний курс *«Медсестринство в онкології»* як той, що надав найбільше знань з паліативної медицини, відзначили 23% здобувачів вищої медичної освіти і 14% сестер медичних паліативної служби; серед сестер медичних загального профілю жоден респондент не вказав даний курс як корисний у такому сенсі (рис. 5.2).

Порівняння частки осіб, які визнали корисність курсу *«Основи медсестринства»* у сенсі формування компетенцій з паліативної медицини, у досліджуваних підгрупах сестер медичних загального профілю і сестер медичних паліативних відділень за допомогою критерію  $\phi^*$  Фішера показав, що серед сестер медичних загального профілю достовірно більше (40%) респондентів цінують даний курс, ніж серед медсестер паліативного профілю (18%) –  $\phi_{\text{емп}}=1,806$  і здобувачів вищої медичної освіти (21%) –  $\phi_{\text{емп}}=1,867$ ;  $p=0,03$ .

Відповіді щодо того, *«де респонденти опанували професійні навички з ПХД»* у досліджуваних підгрупах наведено у таблиці 5.1.



**Рис. 5.2.** Частка (%) здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28), які відзначили корисність різних навчальних курсів у сенсі формування компетенцій з паліативної медицини

Закономірно, що значна ( $\varphi_{\text{смп}}=2,788$ ;  $p=0,003$ ) більшість (49%) здобувачів вищої медичної освіти вказали, що опанували зазначені навички під час навчання в Чернівецькому медичному фаховому коледжі; в одиничних випадках це відбувалося у них під час проходження циклу спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти (7%), під час відвідування виїзних тренінгів, майстер-класів, конгресів (2%), під час роботи у відповідному відділенні клініки (2%).

У підгрупі сестер медичних загального та паліативного профілів більшість респондентів опанували професійні навички з ПХД під час проходження циклу спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти (88% та 64% відповідно); навчання в Чернівецькому медичному фаховому коледжі відзначили для себе корисним у цьому сенсі 28% та 18% сестер медичних відповідно. Під час відвідування виїзних тренінгів, майстер-класів, конгресів формували свої професійні навички з ПХД 2%

здобувачів вищої медичної освіти, 8% сестер медичних загального профілю і 14% сестер медичних загального профілю.

Таблиця 5.1

**Розподіл (%) респондентів у досліджуваних підгрупах фахівців відповідно до того, де вони отримали професійні навички з паліативної і хоспісної допомоги**

Де респонденти опанували професійні навички з ПХД	Здобувачі вищої медичної освіти, n=100	Сестри медичні загального профілю, n=25	Сестри медичні паліативної служби, n=28
Під час проходження циклу спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти	7%	88%*	64%*
Під час навчання в Чернівецькому медичному фаховому коледжі	49%**	28%*	18%**
Під час відвідування виїзних тренінгів, майстер-класів, конгресів	2%	8%	14%
Під час роботи у відділенні клініки	2%**	0	79%**

Примітка. \*  $p \leq 0,05$  за критерієм  $\phi^*$  Фішера; \*\*  $p \leq 0,01$  за критерієм  $\phi^*$  Фішера

Робота у відділенні клініки сприяла формуванню навичок ПХД у 2% здобувачів освіти та 79% сестер медичних паліативної служби, що відповідає статистично достовірній різниці  $\phi_{\text{емп}}=8,864$  при  $p \leq 0,00001$ , за критерієм  $\phi^*$  Фішера (табл. 5.1).

Порівняння за допомогою критерію  $\phi^*$  Фішера показників у підгрупах сестер медичних загального профілю і медсестер паліативного профілю виявив, що у серед перших достовірно більша частка сестер медичних, які вказали, що здобули свої навички ПХД під час проходження циклу спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти – 88% проти 64% ( $\phi_{\text{емп}}=2,084$ ;  $p=0,02$ ).

Відповідаючи на питання «Де, на Вашу думку, найоптимальніше отримати якісні знання у сфері паліативного догляду?», абсолютна більшість респондентів усіх 3-х підгруп (60%, 76% та 95% відповідно) назвали цикл спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти. При цьому медсестри паліативного профілю достовірно ( $\chi^2_{\text{емп}}=1,755$  при  $p \leq 0,04$ , за критерієм  $\chi^2$  Фішера) частіше довіряють саме цим курсам (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

**Розподіл (%) респондентів у досліджуваних підгрупах фахівців відповідно до того, як вони уявляють, де можна отримати якісні професійні знання з паліативного догляду**

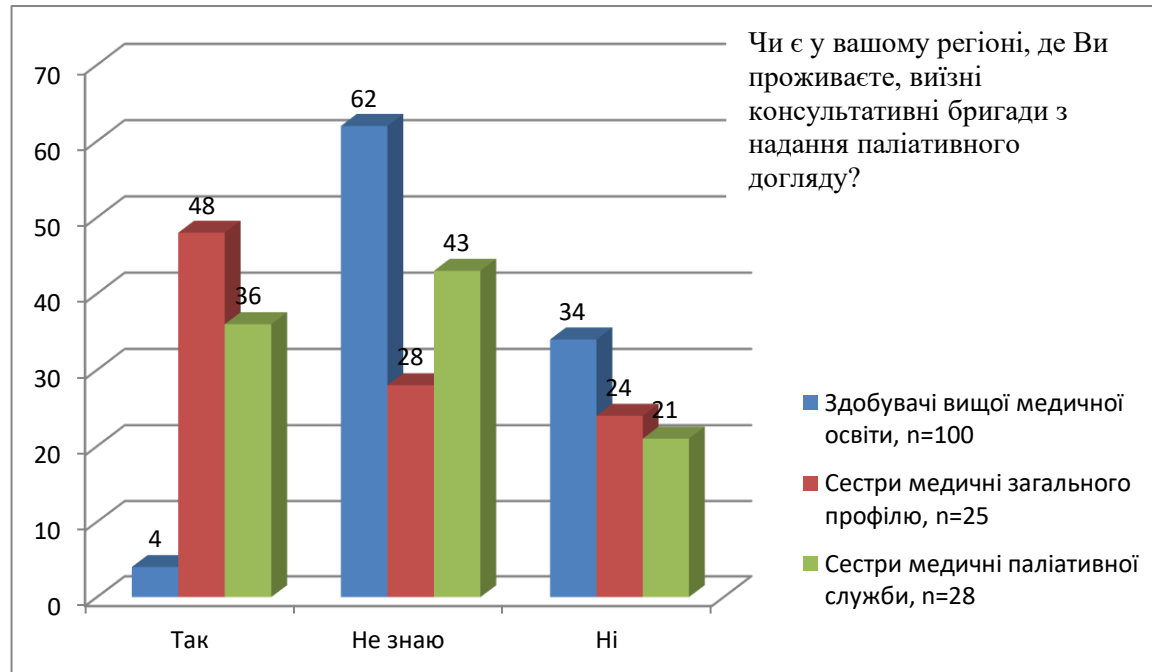
<b>Досліджувані підгрупи Де респонденти опанували професійні навички з ПХД</b>	<b>Здобувачі вищої медичної освіти, n=100</b>	<b>Сестри медичні загального профілю, n=25</b>	<b>Сестри медичні паліативної служби, n=28</b>
Під час проходження циклу спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти	60%	76%*	95%*
Під час додипломного навчання	16%	4%	-
На курсах тематичного удосконалення	21%	32%	18%
Під час відвідування виїзних тренінгів, майстер-класів, конгресів	35%	28%	25%

Примітка: \*  $p \leq 0,05$  за критерієм  $\chi^2$  Фішера

На другому місці за частотою вибору респондентами усіх трьох підгруп - виїзні тренінги, майстер-класи, конгреси (35%, 28% і 25% відповідно). Курсам тематичного удосконалення як джерелу якісних професійних знань з паліативного догляду довіряють 21% здобувачів вищої медичної освіти, 32% медсестер загального профілю і 18% медсестер паліативного профілю. Під час до-

дипломного навчання сподіваються отримали такі знання 16% здобувачів вищої медичної освіти і 4% медсестер загального профілю. Медсестри паліативного профілю взагалі у цьому сенсі не покладаються на до дипломне навчання.

Те, наскільки опитані нами фахівці орієнтуються у стані розвитку паліативної служби в регіоні, прояснювали за їхніми відповідями на запитання «Чи є у вашому регіоні, де Ви проживаєте, виїзні консультативні бригади з надання паліативного догляду?» (рис. 5.3).

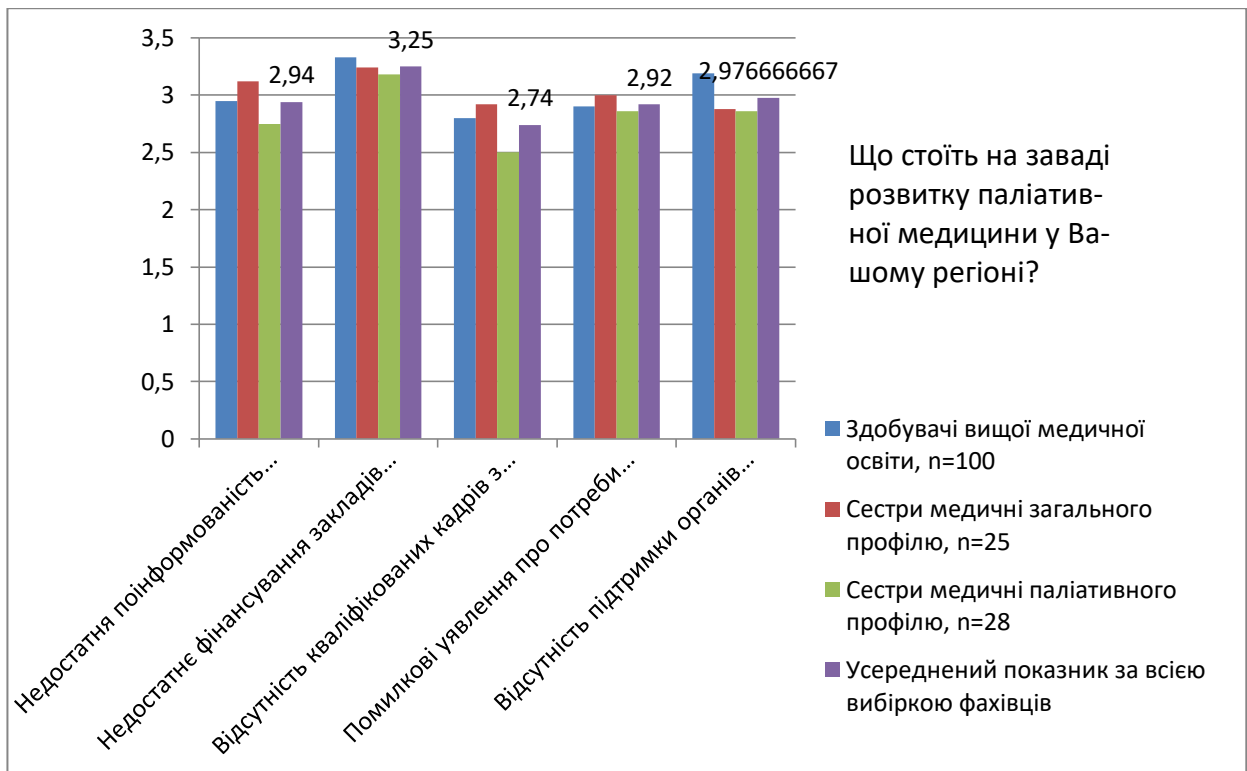


**Рис. 5.3.** Частка (%) здобувачів вищої освіти, сестер медичних загального профілю та сестер медичних паліативних відділень відносно того, що вони знають про наявність паліативної служби у їхньому регіоні

Закономірно, що серед здобувачів вищої медичної освіти відсоток тих, хто не знає про наявність виїзних бригад паліативної служби у регіоні, найвищий (62%). Однак, дивує те, що серед сестер медичних паліативної служби він також досить значний (43%), тоді як серед сестер загального профілю 28%. Виходить, що студенти не цікавляться станом розвитку паліативної служби, оскільки ще не мають сформованого професійного інтересу щодо даної галузі допомоги. Але залишається незрозумілим, чому так багато відповідей «не

знаю» серед сестер медичних паліативного профілю. Адже їхня сфера професійної зайнятості, відповідно до психологічного закону вибірковості сприйняття, мала би бути цікавою для них, і тому інформація про цю сферу мала би відслідковуватися із загального інформаційного потоку. У середньому дійсно найбільший відсоток (44%) респондентів не знають, чи існують у їхньому регіоні виїзні консультативні бригади паліативного догляду (але це не означає, що їх немає); 30% знають про їх існування; 26% знають, що таких бригад не існує.

Респонденти усіх підгруп виявили майже однотайність у баченні того, що стоїть на заваді розвитку паліативної медицини у регіоні (рис. 5.4).



**Рис. 5.4.** Усереднені оцінки здобувачів вищої освіти (n=100), сестер медичних загального профілю (n=25) та сестер медичних паліативних відділень (n=28) чинників, що заважають розвитку паліативної допомоги.

Найбільшою мірою респонденти погоджуються з думкою про те, що на заваді розвитку ПХД у їхньому регіоні стоїть недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я; на другому місці – відсутність підтримки органів державної влади у розвитку системи паліативної допомоги; третє місце за оцінками

фахівців – недостатня поінформованість населення щодо можливості отримання паліативної допомоги; на наступній сходинці – помилкові уявлення про потреби помираючих пацієнтів; на п'ятому місці – відсутність кваліфікованих кадрів з надання паліативного догляду.

Порівнюючи ці відповіді з проблемами впровадження ПХД в Україні, які виділяють науковці К.В. Дубич і К.В. Данилюк [25-26], бачимо, що такі проблеми як недостатнє кадрове забезпечення, відсутність системи підготовки медичних, соціальних працівників за спеціальністю «паліативна та хоспісна допомога» та підвищення їх кваліфікації, а також низький рівень поінформованості громадськості щодо такої допомоги та недостатнє формування громадської думки щодо необхідності, важливості розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги є спільними і актуальними як з боку зовнішніх оцінок експертів, так і для фахівців, що оцінюють стан справ «зсередини».

Отже, за даними нашого анкетування фахівців, з наявних навчальних курсів найбільше сприяв формуванню їхніх професійних компетенцій у сфері ПХД курс «Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині»; значно меншою мірою – «Основи медсестринства»; і для здобувачів вищої медичної освіти й для медсестер паліативного профілю був корисним курс «Медсестринство в онкології». Навички паліативного догляду працюючі медсестри найбільшою мірою сформували під час проходження циклу спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти, а медсестри паліативного профілю – ще працюючи у відповідних клінічних відділеннях, тоді як здобувачі вищої медичної освіти – найбільшою мірою, навчаючись у Чернівецькому медичному фаховому коледжі. Абсолютна більшість респондентів усіх 3-х підгруп визнають, що якісні знання з паліативного догляду найефективніше отримувати через цикл спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти. Проблема браку кваліфікованих кадрів для надання якісної паліативно-хоспісної допомоги визнається як актуальна і самими фахівцями, і науковцями.

Тому їхня професійна підготовка має бути одним з пріоритетних напрямків розвитку вищої медичної освіти.

Опираючись на запропоновану модель психолого-педагогічних умов і засобів формування професійної готовності сестер медичних до діяльності у галузі ПХД було розроблено елективний курс «Паліативна та хоспісна допомога» для здобувачів освітньої програми «Сестринська справа» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство й експериментально перевірено його ефективність і правильність визначених психолого-педагогічних умов. Розроблено та впроваджено на базі Чернівецького медичного фахового коледжу цикли спеціалізації молодших медичних спеціалістів, фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної освіти та магістрів з медсестринства «Паліативна та хоспісна допомога» спеціальність (кваліфікація) після циклу спеціалізації «сестра медична/брат медичний з паліативної допомоги» тривалістю 180 годин на післядипломному рівні.

## **5.2. Ефективність впровадження елективного курсу «Паліативна та хоспісна допомога» для здобувачів освітньої програми «Сестринська справа» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти.**

Для перевірки результативності впровадження елективного курсу «Паліативна та хоспісна допомога» були використані наступні методи:

- \* анкетування за авторською анкетною (додаток В);
- \* семантичний диференціал (адаптований варіант);
- \* суб'єктивно-оцінний метод (методика «Книжкова полиця»).

Найбільше нас цікавили такі показники професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері ПХД як співвідношення дефіцитарних та метамотивів, прояви різних особистісно-поведінкових типів медсестри, організа-торські здібності, здатність відчувати і розуміти, і загальний рівень готовності.



У контрольному етапі дослідження взяли участь 2 групи здобувачів вищої медичної освіти: основна група, з якою проводилися заняття за розробленим курсом (n=30); контрольна група – студенти, які не брали участь у заняттях за новим курсом (n=60). Результати статистичного аналізу наведено у таблиці 5.3.

Таблиця 5.3

**Порівняння показників професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері паліативної та хоспісної допомоги до та після вивчення курсу «Паліативна та хоспісна допомога»**

Групи спостереження		Основна група, n=30			Контроль, n=60		
Показники професійної готовності		median	Z	p	Median	Z	p
Дефіцитарні мотиви	1 <sup>^</sup>	66	4,15	0,00003	50	0,64	0,52
	2	50			50		
Мета-мотиви	1	40	4,11	0,00004	47,5	0,14	0,89
	2	50			50		
Сестра-«рутинер»	1	5,86	3,69	0,0002	6,93	2,17	0,03
	2	6			6,5		
Сестра-«акторка»	1	4,29	1,33	0,18	4,43	1,42	0,16
	2	4,5			4,5		
Сестра- «нервова»	1	2,57	3,48	0,0005	2,07	3,10	0,002
	2	2,5			1,5		
Сестра-«сильна особистість»	1	2,43	1,21	0,17	2,32	0,12	0,95
	2	2,39			2,29		
Сестра-«мама»	1	1,83	1,96	0,05	1,5	0,25	0,80
	2	1,9			1,5		
Сестра-«спеціаліст»	1	4,0	3,87	0,0001	5	0,29	0,77
	2	3,6			5		
Хороший організатор	1	4,9	3,56	0,0007	4,7	0,11	0,92
	2	6,0			4,9		
Розуміюча	1	5,1	3,76	0,0005	4,3	3,54	0,001
	2	6,3			5,6		
Відчуваюча	1	4,2	3,97	0,00004	4,3	1,45	0,18
	2	6,1			5		
Рівень проф. готовності до ПХД	1	23	3,72	0,0002	23,5	0,43	0,67
	2	26			23,5		

Примітка. <sup>^</sup>1 – вимірювання до вивчення курсу (констатувальне); 2 – вимірювання після вивчення курсу (контрольне). Для контрольної групи 2 – вимірювання через такий самий проміжок часу, через який здійснювалося контрольне вимірювання в основній групі

Встановлено, що після прослуховування курсу «Паліативна та хоспісна допомога» для студентів ОР «бакалавр медицини» у здобувачів вищої медичної освіти, котрі склали основну групу, значно ( $p=0,0002$  за критерієм Вілкоксона) зріс загальний показник рівня професійної готовності до ПХД за рахунок підсилення мета-мотивів ( $p=0,00004$ ), особистісно-поведінкових проявів таких типів медсестри як «рутинер» ( $p=0,0002$ ) і «мама» ( $p=0,05$ ), покращенню здатності проявляти організаторські здібності ( $p=0,0007$ ), відчувати ( $p=0,00004$ ) й розуміти інших людей ( $p=0,0005$ ).

Зростання загального показника рівня професійної готовності до паліативно-хоспісної допомоги відбулося ще й завдяки ослабленню дефіцитарних мотивів сестер медичних ( $p=0,00003$ ), особистісно-поведінкових проявів таких типів медсестри як «нервова» ( $p=0,0005$ ) і «спеціаліст» ( $p=0,0001$ ).

У контрольній групі не спостерігається таких різючих змін, за винятком зниження особистісно-поведінкових проявів таких типів медсестри як «нервова» ( $p=0,002$ ) і «рутинер» ( $p=0,03$ ), а також зростання здатності відчувати й розуміти інших людей ( $p=0,0008$ ).

Експертні оцінки успішності оволодіння курсом й змін, які відбулися зі слухачами основної після його прослуховування показали, що окремі показники професійної готовності здобувачів вищої медичної освіти зазнали змін і з точки зору експертів. Результати порівняння експертних оцінок компонентів професійної готовності здобувачів вищої медичної освіти наведено у таблиці 5.4. Статистичний аналіз даних експертних оцінок сформованості окремих компонентів і загального рівня професійної готовності здобувачів вищої медичної освіти за допомогою кутового перетворення  $\phi^*$ , Фішера показав, що існує статистично достовірна різниця між відсотковими частками високих та низьких оцінок за ціннісно-мотиваційним компонентом: низьких оцінок сформованості даного компонента у структурі професійної готовності здобувачів освіти після вивчення курсу «Паліативна та хоспісна допомога» з боку експертів стало значно менше, майже вдвічі (15% проти 36%;  $\phi_{\text{емп.}}=2.046$ ;  $p=0,02$ ),

тоді як високих – значно більше (33% проти 12%;  $\varphi_{\text{емп.}}=2.143$ ;  $p=0,02$ ). Щодо когнітивно-праксіологічного компонента, то тут спостерігається зменшення відсоткової частки за низьким рівнем сформованості даного компонента професійної готовності (12% проти 30%;  $\varphi_{\text{емп.}}=2.143$ ;  $p=0,02$ ).

Таблиця 5.4

**Розподіл часток (%) респондентів основної групи здобувачів вищої медичної освіти (n=30) відповідно до рівня сформованості окремих компонентів, а також загального рівня професійної готовності за експертними оцінками до та після проходження елективного курсу «Паліативна та хоспісна допомога»**

Рівні сформованості показників	Особистісно-рефлексивний		Ціннісно-мотиваційний		Когнітивно-праксіологічний		Соціально-комунікативний	
	1 <sup>^</sup>	2	1	2	1	2	1	2
Низький (1-3 бали)	30	15	36*	15*	30*	12*	21	16
Середній (4-11 балів)	55	54	52	52	46	48	58	44
Високий (12-15 балів)	15	31	12*	33*	24	40	21*	40*
<b>Загальний рівень професійної готовності здобувачів освіти до діяльності у паліативної та хоспісної допомоги</b>								
Низький (12-24 бали)		Середній (25 – 48 балів)			Високий (49-60 балів)			
1 <sup>^</sup>	2	1	2	1	2			
29*	12*	53	50	18*	38*			

Примітка. <sup>^</sup>1 – вимірювання до вивчення курсу (констатувальне); 2 – вимірювання після вивчення курсу (контрольне); \* статистично достовірна ( $p \leq 0,05$ ) різниця між показниками, підтверджена за допомогою кутового перетворення  $\varphi^*$  Фішера.

Це свідчить про те, що здобувачі вищої медичної освіти після опанування даного курсу уже підвищили рівень своєї вмотивованості й усвідомленості вибору свого професійного шляху, зорієнтувалися у духовних цінностях

і можливих напрямках свого подальшого духовного розвитку так, щоб це було корисно і для справи, й особисто для себе.

Достовірне зменшення відсоткової частки за низьким рівнем експертних оцінок сформованості когнітивно-праксіологічного компонента професійної готовності (12% проти 30%;  $\varphi_{\text{емп.}}=1,872$ ;  $p=0,03$ ) опосередковано підтверджує його оптимізацію в сторону підвищення рівня сформованості.

Також виявлено статистично достовірну різницю в оцінках експертів соціально-комунікативного компонента професійної готовності здобувачів освіти: високих оцінок його сформованості значно збільшилося (40% проти 21%;  $\varphi_{\text{емп.}}=1,661$ ;  $p=0,05$ ).

Загалом, за оцінками експертів, після опанування елективного курсу «Паліативна та хоспісна допомога» професійна готовність здобувачів вищої медичної освіти до діяльності у сфері ПХД проявляється достовірно рідше на низькому рівні (12% проти 29%;  $\varphi_{\text{емп.}}=1,872$ ;  $p=0,03$ ) і частіше – на високому (38% проти 18%;  $\varphi_{\text{емп.}}=1,872$ ;  $p=0,03$ ).

Отже, отримані результати контрольного дослідження доводять ефективність елективного курсу «Паліативна та хоспісна допомога» для формування професійної готовності медсестер до паліативно-хоспісної допомоги, котра розглядається нами як складний феномен, що включає в себе різноманітні аспекти психологічних, соціальних та професійних характеристик.

Очевидно, що підвищення показника професійної готовності пов'язане з низкою факторів, які впливають на мотивацію, особистісні якості та професійні навички сестер медичних, котрі спеціалізуються у ПХД. Однак вже можна впевнено стверджувати, що запропоновані програмою даного навчального курсу теми і застосовані засоби сприяють зміцненню мета-мотивів сестер медичних, що позитивно позначається на рівні професійної готовності.

Особистісно-поведінкові прояви сестри медичної, такі як типологія «рутинера» і «мами», як показують наші результати, також значною мірою визначають рівень професійної готовності. Медсестри типу «рутинер» можуть ви-

являти високий рівень відповідальності та дисциплінованості, що може позитивно позначитись на їх здатності до ефективного виконання обов'язків у сфері ПХД. З іншого боку, медсестри типу «мами» можуть мати виражені риси емпатії та турботливості, що робить їх особливо підходящими для роботи з пацієнтами, які потребують паліативної допомоги.

Організаторські здібності також можуть сприяти зростанню рівня професійної готовності медсестер. У сфері ПХД необхідно координувати багато аспектів догляду за пацієнтами, і медсестри, які виявляють високі організаторські здібності, можуть бути більш успішними у своїй роботі.

Нарешті, здатність відчувати й розуміти інших людей грає ключову роль у взаємодії медсестер з пацієнтами та їхніми родинами в контексті паліативної допомоги. Емпатія та співчуття є важливими аспектами професійної підготовки, які допомагають медсестрам створювати емоційну підтримку для своїх пацієнтів у важкі моменти.

Отже, після прослуховування курсу «Паліативна та хоспісна допомога» загальний показник рівня професійної готовності здобувачів вищої медичної освіти до паліативно-хоспісної допомоги зріс разом з підсиленням мета-мотивів, особистісно-поведінкових проявів, покращенням здатності проявляти організаторські здібності та збільшенням емпатії та співчуття. Вивчення даного курсу формує надійне підґрунтя для успішної роботи майбутніх медсестер у цій важливій сфері медичної допомоги.

**Матеріали розділу 5 викладено в наступних публікаціях: [63-65, 67-69].**

## АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Відповідно до чинного вітчизняного законодавства, паліативна допомога визначається як комплекс заходів спрямованих на покращення якості життя пацієнта з захворюваннями, що обмежують життя, або з захворюваннями, що загрожують життю, відповідно до критеріїв визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги, шляхом запобігання та полегшення фізичних, психологічних, духовних страждань і допомоги членам його сім'ї, іншим особам, що здійснюють за ним догляд.

Здійснено науковий аналіз проблеми професійної готовності медичних сестер до фахової діяльності в системі паліативної допомоги.

Вивчено стан досліджуваної проблеми у науковій медичній і психолого-педагогічній літературі на основі огляду вітчизняних та зарубіжних публікацій. Розкрито сутність й історичні передумови паліативно-хоспісної допомоги в Україні та у світі.

Показано, що поняття паліативна і хоспісна допомога варто диференціювати, тобто паліативна допомога не є синонімом хоспісної допомоги, хоча і включає останню. Основною відмінністю між допомогою паліативною та хоспісною є те, що перша надається пацієнту протягом періоду перебігу небезпечного для його життя захворювання, тоді як хоспісна допомога – виключно наприкінці життя пацієнта і зазвичай у спеціалізованих медичних установах – хоспісах.

Розвиток сучасної ПХД є результатом складного комплексного процесу, який включає соціальні, історичні, наукові та етичні аспекти. І однією з важливих рушійних сил цього процесу виступали саме сестри медичні, тобто фахівчині, які були найближчими до інкурабельних хворих, зокрема Жанна Гарньє, Сесилія Сандерс, Флоренс Уолд, Мері Б. Вудс та інші.

На сучасному етапі в Україні основною проблемою розвитку хоспісної допомоги є те, що існує дуже багато служб, які надають паліативну допомогу та контракуються НСЗУ, однак не всі вони ретельно виконують свої

обов'язки. У зв'язку з повномасштабною війною кількість паліативних пацієнтів значно збільшилася. Але не всі вони мають доступ до релевантної допомоги, а також бракує кваліфікованого медичного персоналу, який би володів сучасними методами і засобами ПХД. Тож потрібно започатковувати заходи з контролю якості ПХД, розробляти відповідні критерії, обговорювати засоби запровадження моніторингової діяльності і вдосконалювати систему фахової підготовки кадрів.

Теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми професійної готовності медичних сестер до діяльності в системі паліативної допомоги дав змогу описати зазначений психологічний феномен як ключову складову для забезпечення високої якості догляду за хворими на завершальних етапах їхнього життя, що виявляється у наявності необхідних знань, навичок у сфері ПХД та професійного мислення, а також відповідних поведінкових та медико-етичних паттернів, стійкій внутрішній мотивації допомагати хворим та їхнім родичам, відповідному рівні розвитку духовного потенціалу та сформованості професійно релевантних особистісних якостей.

Представлено близькі за змістом до професійної готовності сестер медичних поняття, які описуються в зарубіжній літературі: 1) «готовність до роботи» як конструкт, що передбачає позитивні результати випускників, наприклад успішний перехід на робоче місце та продовження роботи за професією після першого року; 2) «готовність до вступу у трудове життя»; 3) «готовність до практики» (готовність до роботи безпосередньо з пацієнтами студентів-медсестер, яка вимагає клінічних знань, технічних навичок, критичного мислення, спілкування, професіоналізму та управління відповідальністю).

Визначено змістовно-критеріальне наповнення складових професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері ПХД. Опираючись на проведений аналіз і виходячи зі специфіки діяльності сестри медичної саме у паліативній сфері було виокремлено такі компоненти структури: ціннісно-мотиваційний (критерії його сформованості – мотивація професійної діяльності,

пов'язана з бажанням лікувати хворих, полегшувати їхні страждання, проявлений духовний потенціал особистості, ціннісне ставлення до іншої особистості), когнітивно-праксіологічний (критерії його сформованості – фахові знання з паліативної медицини, фахові навички догляду за інкурабельними пацієнтами, відкритість новому, здатність вчитися і швидко орієнтуватися у ситуації), особистісно-рефлексивний (критерії його сформованості – емпатійність, милосердя і толерантність, усвідомлення рівня своєї фахової підготовки у сфері паліативної допомоги і професійна впевненість) та соціально-комунікативний (критерії його сформованості – уміння слухати і чути іншу людину, здатність працювати у команді, добрі організаторські здібності).

Проаналізовано психолого-педагогічні умови і засоби формування професійної готовності медичних сестер до діяльності в системі паліативної допомоги, серед яких виокремлено 1) поглиблене навчання в паліативній допомозі; 2) практичний досвід через стажування та роботу на практиці в паліативних установах; 3) цілеспрямований розвиток емпатії та інших релевантних особистісних і комунікативних якостей та навичок, щоб краще розуміти потреби та почуття пацієнтів; 4) розвиток міжособистісних навичок, зокрема навичок комунікації, толерантності та співпраці; 5) розвиток стійкості, витривалості, навичок рефлексії, самопіклування і саморегуляції для забезпечення психічного добробуту сестер медичних. До найважливіших засобів формування професійної готовності медичних сестер до діяльності в системі ПХД відносять 1) симуляційні навчальні сесії, 2) електронні ресурси, 3) фасилітацію, наставництво і менторство; 4) психологічну підтримку.

Наголошується, що у зв'язку із поширенням паліативної допомоги по всьому світу і зростанням кількості доказів її переваги для пацієнтів і сімей, медсестринство має продемонструвати лідерство у прийнятті та наданні високоякісної паліативної допомоги.

Розроблено дизайн емпіричного дослідження професійної готовності медичних сестер до діяльності в галузі паліативної та хоспісної допомоги, ко-



тре включає підготовчий, констатувальний, формувальний, контрольний та завершальний етапи. Сформульовано завдання кожного з етапів, підібрано й обґрунтовано релевантні валідні й надійні методи дослідження, серед яких анкетування, метод семантичного диференціалу, метод експертних оцінок, суб'єктивно-оцінний метод, поперечний епідеміологічний зріз, методи математико-статистичної обробки даних. Обрано вибірку дослідження, яку склали 1) здобувачі вищої медичної освіти (n=100), 2) працюючі сестри медичні загального профілю (n=28), 3) працюючі сестри медичні паліативної служби (n=25); 4) пацієнти відділень паліативної допомоги, хоспісів та геріатричних відділень – інкурабельні хворі (n=63); 4) хворі на ЗН грудної та абдомінальної локалізації, окремих органів ендокринної системи – точніше, досліджувалися їхні історії хвороби (n=190).

Для того, щоб розуміти, з якими клінічними особливостями патології у хворих можуть зустрітися сестри медичні у своїй професійній діяльності у сфері ПХД, досліджено поширеність і коморбідність злякисних новоутворень як однією з найчастіших причин інкурабельних станів, проаналізовано констеляцію можливих чинників ризику ЗН (метаболічні порушення, ожиріння та надмірну/знижену масу тіла, супутню патологію серцево-судинної, чи дихальної систем, шлунково-кишкового тракту, ХХН, тощо), які вагомо ускладнюють стан хворих на ЗН. Отримані нами дані свідчать про спорідненість патогенетичних ланок метаболічних розладів, гіпоксичних станів, що індукують мутаційні процеси і неконтрольовану реплікацію клітин в онкогенезі. Це породжує нові виклики у паліативній практиці і створює поле для подальшого наукового пошуку.

Найпоширенішими в паліативній практиці є злякисні новоутворення органів черевної порожнини (32,4%) і жіночої статевої сфери у тч молочної залози (30,5%). ЗН органів черевної порожнини і бронхолегеневої системи характеризуються значним відсотком виявленням на пізніх стадіях захворювання (III-IV) – 74,6% і 85,2%, відповідно, та високою летальністю: пухлини стравоходу – 72,4%, шлунку – 56,2%, гепатобіліарної системи та підшлункової

залози – 67,5-71,4%, бронхолегеневої системи – 60,0%. Найраніше виявляють ЗН у шкірі та молочній залозі (I стадія у 68,4-97,7% випадків).

Серед осіб із пухлинами органів грудної клітки частіше, ніж у хворих на канцерогенез органів черевної порожнини, наявні в анамнезі гострий інфаркт міокарда (ІМ), застійна серцева недостатність (СН), зумовлена ішемічною хворобою серця (ІХС), чи артеріальною гіпертензією (АГ) – на 17,15% ( $p=0,009$ ) і 15,83% ( $p=0,049$ ), ХОЗЛ – на 43,75% ( $p<0,001$ ), надмірна маса тіла (НМТ), чи ожиріння – на 19,17% ( $p=0,019$ ), захворювання сполучної тканини – на 32,5% ( $p<0,001$ ), ЦД2 і ХХН – на 17,92% ( $p=0,029$ ) і 19,17% ( $p=0,024$ ), відповідно. Натомість, за черевної локалізації ЗН частіше виявляються супутні цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ), виразкову хворобу шлунку і/чи дванадцятипалої кишки (ДПК) (пептичну виразку) та більше мультиморбідних станів – на 19,58% ( $p=0,017$ ), 18,33% ( $p=0,016$ ) і 10,42% ( $p=0,048$ ), що зумовило вищі середні показники індексу коморбідності Чарлсона (з урахуванням віку) та кумулятивної шкали оцінки захворювань CIRS – на 34,29% ( $p=0,039$ ) і 27,63% ( $p=0,02$ ), відповідно.

За канцерогенезу ендокринної і статевих сфер частіше, ніж у когорті хворих на ЗН грудної і черевної локалізації, зустрічаються захворювання периферійних судин на 18,29% ( $p=0,023$ ), ЦВЗ – на 17,14% ( $p=0,013$ ), НМТ, ожиріння – на 16,29% ( $p=0,033$ ), а ХОЗЛ навпаки рідше – на 19% ( $p=0,004$ ). Індекс коморбідності Чарлсона з урахуванням віку і незалежно від віку менші, ніж у середньому по обстеженій популяції на 18,96-27,4% ( $p<0,05$ ), а індекс CIRS – на 25,09% ( $p=0,024$ ), відповідно.

Ризик розвитку ЗН органів черевної порожнини зростає за супутніх ЦВЗ, виразкової хвороби шлунку і/чи ДПК та ко-, поліморбідних станів майже утричі [OR=2,69-3,0; OR 95%CI: 1,0-9,30;  $p\leq 0,045-0,009$ ].

Ймовірність появи ЗН органів грудної клітки (системи дихання, серця, межистіння) збільшується за перенесеного ІМ в анамнезі, наявної застійної СН, НМТ, чи ожиріння, ХОЗЛ, захворювань сполучної тканини, ЦД2 і ХХН у 2,17-15 разів [OR 95%CI: 1,09-42,32;  $p\leq 0,045-0,001$ ].

Шанси на розвиток ЗН органів ендокринної системи та статеві сфери зростають за супутніх захворювань периферійних судин, ЦВЗ, НМТ, ожиріння, ко- і поліморбідності у 1,95-5,88 разу [OR 95%CI: 1,0-45,72;  $p \leq 0,044-0,008$ ], за низької ймовірності появи ЗН зазначеної локалізації за супутнього ХОЗЛ [OR=0,19; OR 95%CI: 0,06-0,65;  $p=0,002$ ].

Епідеміологічний аналіз підтвердив високу прогностичну цінність позитивного результату появи ЗН органів черевної порожнини у обстеженій популяції за супутніх ЦВЗ (0,81), полі-/мультиморбідних станів (0,94), захворювань периферійних судин (0,62); виникнення ЗН органів грудної клітки – за супутніх ХОЗЛ (0,50), захворювань сполучної тканини (0,50) та ХХН (0,57); а вірогідну ймовірність високої прогностичної цінності позитивного результату появи ЗН органів ендокринної системи, статевих органів – за супутніх захворювань периферійних судин, ЦВЗ, ко-, поліморбідності (0,74-0,98) і дещо нижчу ймовірність позитивного результату – за НМТ, чи ожиріння (0,52).

Здійснено емпіричне констатувальне дослідження компонентів професійної готовності медичних сестер до фахової діяльності в системі паліативної допомоги. Встановлено, що особистісно-рефлексивний компонент професійної готовності здобувачів вищої медичної освіти характеризується, за оцінками експертів, середнім рівнем сформованості усіх його показників: емпатійності, милосердя і толерантності, усвідомлення рівня своєї фахової підготовки у сфері паліативної допомоги і професійної впевненості. При цьому останній показник – усвідомлення рівня власної підготовки та професійна впевненість оцінена експертами найнижче.

На основі аналізу відповідей інкурабельних пацієнтів створено «ідеальний» психологічний портрет сестри медичної паліативної служби. Він включає в себе насамперед риси, притаманні типу поведінки сестра-«мама», на другому місці – сестра-«рутинер», «спеціаліст», «сильна особистість», «акторка» й «нервова». Показано, що особистісний портрет фахівця, котрий ґрунтується на самовідчуттях сестер медичних у роботі з інкурабельними пацієнтами, най-

більш наблизений до портрету, описаного пацієнтами, у підгрупі сестер медичних паліативної служби, і це свідчить про вагомі показники їхньої професійної готовності до роботи з термінальними хворими.

Міркування фахівців щодо особистісних якостей, які мають бути притаманні сестрі медичній, котра здійснює догляд за пацієнтами у рамках паліативної допомоги, характеризуються тим, що на першому місці абсолютна більшість респондентів тут вбачають наявність у сестри медичної спеціальних медичних знань і навичок щодо догляду за інкурабельними пацієнтами. Наступні позиції серед названих якостей посідають такі, які властиві для медсестри-«мами»: доброта, милосердя, чуйність, терпіння, співпереживання.

Наголошується на важливості для ефективної медичної практики у паліативній сфері балансу між типами медсестер «мама» і «рутинер»: перші демонструють турботу та емпатію, забезпечуючи пацієнтам комфорт; другі забезпечують чітку організацію і точність у лікуванні. А також на необхідності включення до навчальних програм підготовки сестер медичних обов'язкових завдань, спрямованих на розвиток рефлексивного усвідомлення суб'єктивного значення діяльності у сфері допомоги інкурабельним пацієнтам і власної ролі у цих процесах

У результаті дослідження ціннісно-мотиваційного компонента професійної готовності показано, що сестри медичні і на етапі додипломної підготовки, і вже на етапі здійснення професійної діяльності мають бажання надавати паліативну допомогу.

В усіх трьох досліджуваних підгрупах фахівців спостерігається значне домінування дефіцитарних мотивів (у 61% здобувачів вищої освіти, у 76% сестер медичних загального профілю і в 50% сестер паліативної служби): фізіологічні потреби, потреби у безпеці, упевненості, у любові й приналежності, у оцінці й повазі з боку оточуючих, у самоактуалізації – мотиви, які ніколи не можливо задовольнити один раз і назавжди. Інкурабельні пацієнти, описуючи «ідеальну» сестру медичну для паліативної сфери, також на перше місце ставлять дефіцитарні мотиви.

У середньому 16% сестер медичних по всій вибірці виявляють недостатній рівень розвитку духовного потенціалу. Це може відобразитися у відсутності внутрішньої спрямованості на глибоке розуміння потреб і почуттів пацієнтів й у браку співчуття та емпатії, які важливі для належної медичної допомоги.

Виявлено, що провідними серед мотивів вибору медичної професії для респондентів підгруп здобувачів вищої освіти і сестер медичних загального профілю є можливості піклуватися про здоров'я своїх близьких (56% та 44% відповідно), про своє власне здоров'я (53% та 52% відповідно). Для сестер медичних паліативної служби це – можливість піклуватися про своє власне здоров'я (39%), а також можливість впливати на інших людей (39%). Дані мотиви не зовсім відповідають завданням і змісту паліативної допомоги.

Наголошено, що необхідна оптимізація ціннісно-мотиваційного компонента професійної готовності медичної сестри до діяльності у сфері паліативної допомоги через розвиток її духовного потенціалу, усвідомлення сенсу роботи медичної сестри з пацієнтами на інкурабельній стадії захворювання, усвідомлення власного досвіду контакту з темами смертності людини, сенсу її життя, завершення життя тощо.

Показано, що соціально-комунікативний компонент професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері ПХД характеризується таким, що відповідає очікуванням інкурабельних пацієнтів, рівнем розвитку здатності усміхатися (на протипагу похмурості), розуміти інших (на протипагу оціночному сприйняттю) і хорошими організаторськими здібностями. У той же час, такі соціально-комунікативні якості як делікатність, відкритість і здатність медсестер відчувати іншу людину сформовані на значно нижчому рівні, ніж очікують пацієнти. Сестри медичні загального профілю виявляють достовірно вищі показники здатності відчувати й усміхатися, тобто вони є більш привітними у спілкуванні, ніж здобувачі вищої освіти і медсестри паліативного профілю.

За оцінками експертів, найбільшої уваги потребує розвиток умінь і здатності майбутніх сестер медичних працювати у команді, оскільки за цим показником здобувачі вищої медичної освіти отримали найнижчі бали.

Виявлено особливості когнітивно-праксіологічного компонента професійної готовності сестер медичних до діяльності у сфері ПХД, які полягають у досить адекватних уявленнях респондентів про суть паліативної медицини, завдання і функції сестри медичної у цій сфері, про те, хто належить до категорії інкурабельних пацієнтів, і коли призначається паліативна допомога. Закономірно, що ці знання й уявлення, а також загалом рівень професійної готовності до надання паліативної допомоги достовірно нижчі у здобувачів вищої медичної освіти і найвищі у сестер медичних паліативної служби.

Експерти звертають увагу на необхідність удосконалення умов і засобів формування фахових навичок догляду за інкурабельними пацієнтами, адже лише у 15% студентів даний показник був оцінений експертами на високому рівні, тоді як у 25% – на низькому і у 60% – на середньому.

Загальний рівень професійної готовності здобувачів вищої освіти до діяльності у сфері ПХД визначається експертами як високий у 18% респондентів, як середній – у 53% і як низький – у 29% майбутніх медичних сестер.

Загалом для більшості сестер медичних на всіх етапах їхньої професійної підготовки і реалізації, починаючи з додипломного етапу, характерними є бажання і намір надавати паліативну допомогу. Закономірно, що рівень готовності до її здійснення підвищується у сестер медичних з віком. Сестер медичних паліативної служби відрізняють достовірно слабше виражені дефіцитарні мотиви, ніж в інших двох досліджуваних групах, за рахунок менш проявленого мотиву особистої безпеки й упевненості та сильнішого метамотиву служіння. Мотив служіння проявляється через мислення, котре спрямоване на пошук можливостей і шляхів допомоги потребуючим, людству, природі у цілому, на примноження добра у світі. Мотив служіння у роботі сестри медичної – це палке бажання допомагати іншим. Кожен день, кожен пацієнт – це її місія,

момент, коли вона може подарувати турботу, підтримку та надію, уважно вислуховуючи біль, лагідно допомагаючи, даруючи усмішку. Це не лише робота, це виклик, що втілюється в реальну допомогу та покращення життя інших. Без такої мотивації дуже важко уявити собі сестру медичну паліативної служби.

Стаж професійної діяльності та рівень освіти, здатність розуміти і відчувати, а також зниження значущості суб'єктивного сприйняття престижу професії та сімейних традицій, зниження інтенсивності бажання вирішувати наукові медичні проблеми як мотивів вибору медичної професії, ослаблення особистісних проявів за типом «сестра-сильна особистість» і «сестра-рутинер» найбільшою мірою серед інших досліджуваних нами змінних визначають структуру професійної готовності сестри медичної до надання паліативної допомоги. Відповідно, для формування високої готовності необхідною є оптимізація мотиваційної сфери через розвиток її духовного аспекту, усвідомлення сенсу роботи медсестри з пацієнтами на інкурабельній стадії захворювання, усвідомлення власного досвіду контакту з темами смертності людини, сенсу її життя, завершення життя, відмова від формалізації виконання професійної ролі та відповідних їй обов'язків, а, навпаки, актуалізація істинно особистого ставлення до процесу паліативної допомоги та його учасників, розвиток здатності розуміти і відчувати тощо.

Такі висновки вказують на необхідність включення до навчальних програм підготовки сестер медичних з питань паліативної та хоспісної допомоги обов'язкових завдань, спрямованих, окрім підвищення рівня професійної компетентності, ще й на підсилення у них особистісних метамотивів, таких як мотивів служіння, розвиток рефлексивного усвідомлення суб'єктивного значення діяльності у сфері допомоги інкурабельним пацієнтам і власної ролі у цих процесах. Також у процесі підвищення кваліфікації сестер медичних паліативної служби важливо звернути увагу на виявлену тенденцію до зниження у порівнянні з сестрами медичними загального профілю та здобувачами вищої освіти мотивації особистої безпеки й упевненості. Тут варто зосередитися на розвиткові здатності сестер медичних проявляти уважне ставлення до себе і

зберігати баланс між служінням іншим і самотурботою для профілактики професійного вигорання.

Здійснено огляд сучасних стратегій фасилітації процесу професійної підготовки сестер медичних до діяльності у сфері ПХД, обґрунтовано модель психолого-педагогічних умов і засобів формування професійної готовності медичних сестер до діяльності в галузі паліативної та хоспісної допомоги, представлено авторський навчальний елективний курс «Паліативна та хоспісна допомога» для здобувачів освітньої програми «Сестринська справа» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство і наведено результати контрольного дослідження його ефективності щодо впливу на компоненти і загальний рівень професійної готовності медичних сестер до фахової діяльності в системі паліативної допомоги.

Визначено, що фасилітація – це особлива стратегія сприяння, полегшення, створення відповідних умов, підтримки суб'єкта у проведенні ефективної та змістовної навчальної роботи, що ґрунтується на особливому типі взаємодії, під час якої основний акцент робиться на індивідуальному досвіді учасників для реалізації внутрішніх сил кожної особистості, а також забезпечення усвідомленого, інтенсивного і продуктивного розвитку і саморозвитку учасників навчального процесу.

На основі аналізу вітчизняної та зарубіжної літератури показано, що фасилітація процесу формування професійної готовності сестер медичних для роботи у сфері паліативної допомоги включає в себе комплекс різноманітних підходів та стратегій:

- 1) освітні програми, що базуються на сучасних стандартах та кращих практиках; огляд сучасних (2021 – 2022 рр.) освітні стандарти професійної підготовки сестер медичних в Україні на різних освітніх рівнях; серед результатів навчання за спеціальністю Медсестринство зазначається вміння застосовувати паліативну компетентність при роботі з пацієнтами, їх оточенням, медичними



та соціальними працівниками; відповідно до цих стандартів здійснюється робота і впроваджуються у навчальний процес у закладах професійної та вищої освіти навчальні програми за різними дисциплінами; за даними нашого анкетування фахівців, з наявних навчальних курсів найбільше сприяв формуванню їхніх професійних компетенцій у сфері ПХД курс «Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині»; значно меншою мірою – «Основи медсестринства»; і для здобувачів вищої медичної освіти й для медсестер паліативного профілю був корисним курс «Медсестринство в онкології». Навички паліативного догляду працюючі медсестри найбільшою мірою сформували під час проходження циклу спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти, а медсестри паліативного профілю – ще працюючи у відповідних клінічних відділеннях, тоді як здобувачі вищої медичної освіти – найбільшою мірою, навчаючись у Чернівецькому медичному фаховому коледжі; абсолютна більшість респондентів усіх 3-х підгруп визнають, що якісні знання з паліативного догляду найефективніше отримувати через цикл спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти;

2) практичне тренування та симуляційні вправи, що важливо для розвитку навичок, необхідних у паліативній сфері; завдяки симуляційним вправам і тренінгам стає можливим формування нових навичок у безпечному середовищі, котре сприяє рефлексії, зворотному зв'язку та навчанню; тут важлива безперервна співпраця між службами паліативної допомоги та навчальними закладами, щоб гарантувати, що додипломна та післядипломна освіта базується на постійному оцінюванні вимог до компетентності в галузі паліативної допомоги; стажування в сучасних паліативних установах під патронатом клінічного тренера чи фасилітатора – прямий контакт з пацієнтами та робота в спеціалізованих командах дозволяє сестрам медичним отримати реальний досвід, поглибити свої знання та виробити професійні навички;

3) психологічний консалтинг та менеджмент – психологічні тренінги, спрямовані на розвиток у медичних працівників навичок саморегуляції, стійкості до стресу, мотивації саморозвитку, комунікативної компетенції та креативного мислення тощо; при цьому вагомий акцент робиться на самообслуговуванні та визнанні того, що професіонали повинні піклуватися про власний добробут; формування навичок вирішення проблем клінічної етики, зокрема навичок етичної рефлексії;

4) рефлексивна освіта – розширює знання сестер медичних та впливає на припущення, цінності й переконання, зрештою переформатовуючи клінічну практику;

5) міжпрофесійна освіта – має вирішальне значення для підготовки медичних працівників до спільної та ефективної роботи пліч-о-пліч з іншими фахівцями в сучасному складному середовищі охорони здоров'я; тут виділено 4 компетенції, які керують процесом навчання у сфері міжпрофесійної освіти: ролі та обов'язки, цінності та етика, спілкування та командна робота; інтеграція фасилітації в міжпрофесійну освіту покращує лідерство, співпрацю та комунікацію між командами охорони здоров'я, зрештою підвищуючи безпеку пацієнтів.

Опираючись на теоретичний аналіз наукової літератури, а також результати власних емпіричних досліджень, було змодельовано психолого-педагогічні умови і засоби, які сприяють формуванню професійної готовності сестер медичних до роботи в галузі паліативної допомоги. Відмінною рисою запропонованої моделі є те, що тут враховано контекст професійної діяльності сестри медичної у сфері паліативно-хоспісної допомоги й основні різнобічно фактори, що визначають психолого-педагогічні умови й засоби формування професійної готовності сестер медичних.

Серед факторів контексту виділено специфіку роботи та емоційного навантаження сестри медичної паліативної служби, етичну та моральну витримку, професійну саморегуляцію медсестер і розвиток навичок спілкування. Серед відповідних психолого-педагогічних умов – спеціалізоване поглиблене

навчання ПХД, що базується на сучасних міжнародних стандартах, практика у відповідних клінічних відділеннях, духовна підтримка медсестер і рефлексія індивідуального сенсу ПХД, навчальна та психосоціальна підтримка з боку менторів, фасилітаторів і керівництва, сприяння трансформаційному зростанню медсестер, розвиток навичок спілкування. З-поміж засобів формування професійної готовності сестер медичних до роботи в галузі паліативної допомоги у запропоновану модель включено освітні програми і передбачені ними компетенції, електронні освітні ресурси, симуляційне навчання, тренінг навичок розв'язання клінічних проблемних завдань, індивідуалізовані навчальні плани (зокрема, плани підвищення кваліфікації), тренінг навичок духовного супроводу паліативних пацієнтів, проблемні інтерактивні лекції, індивідуальні бесіди, тренінг психологічної стійкості і навичок самопіклування, тестування і моніторинг психічного добробуту медсестер, тренінг навичок етичної рефлексії, ділові та рольові ігри, моделювання ситуацій, робота в парах і малих групах, тренінг навичок командування, лідерства і співпраці. На основі аналізу наукової літератури і даних власних досліджень показано, що однією з об'єктивних актуальних проблем розвитку сфери ПХД є недостатнє кадрове забезпечення, відсутність системи підготовки працівників за спеціальністю «паліативна та хоспісна допомога» та підвищення їх кваліфікації, а також низький рівень поінформованості громадськості щодо доцільності та ефективності такої допомоги.

Розроблена нами та запроваджена програма елективного курсу «Паліативна та хоспісна допомога» для здобувачів освітньої програми «Сестринська справа» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство відповідає виділеним психолого-педагогічним умовам та передбачає використання зазначених у моделі засобів.

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення та здійснено нове вирішення наукової задачі за спеціальністю 223 «Медсестринство» – на основі комплексного дослідження особливостей професійної готовності сестер медичних до діяльності в системі паліативної та хоспісної допомоги розроблено структурно-функціональну модель з урахуванням психологічних аспектів роботи, компетентісного підходу, психологічно-педагогічної готовності і відповідності.

1. Проблема професійної готовності медичних сестер до фахової діяльності в системі паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) є комплексною і потребує змістовно-критеріального наповнення, що включає ціннісно-мотиваційну, когнітивно-праксіологічну, особистісно-рефлексивну та соціально-комунікативну компоненти. Критерій сформованості *ціннісно-мотиваційної компоненти* – мотивація до професійної діяльності, духовний потенціал, ціннісне ставлення до іншої особистості. Критерій сформованості *когнітивно-праксіологічної компоненти* – фахові знання і навички з паліативної медицини, бажання і здатність вчитися, швидко орієнтуватися у ситуації. Критерій сформованості *особистісно-рефлексивної компоненти* – емпатійність, милосердя і толерантність, усвідомлення рівня своєї фахової підготовки у сфері ПХД і професійна впевненість. Критерій сформованості *соціально-комунікативної компоненти* – уміння слухати і чути іншу людину, здатність працювати у команді, добрі організаторські здібності.

2. Особистісно-рефлексивна компонента професійної готовності до діяльності у сфері ПХД у більшій половині (54,68%) здобувачів вищої медичної освіти сформована на середньому рівні, у третини (29,67%) – на низькому. За оцінкою здобувачів вищої освіти, сестер медичних загального профілю та паліативних відділень серед якостей медичної сестри для успішної діяльності у сфері паліативної допомоги перше місце посідають «спеціальні медичні

знання з надання ПХД» (88-92%), окрім того у медсестер – «доброта, чуйність, милосердя» (60-79%), у здобувачів освіти – «терпіння і доброта» (72%).

3. Суб'єктивна оцінка поведінки сестри медичної у роботі з інкурабельними пацієнтами засвідчила, що у сфері паліативної служби з позиції медичної сестри домінує типологія «сестри-мами», відтак на паритетних засадах «сестри-спеціаліста» і «сестри-сильна особистість»; з позиції здобувачів вищої освіти медична сестра на першому місці повинна мати риси «сестри-рутинера» на другому місці – «сестри-спеціаліста», і на останньому – «сестри-мами»; медсестри загального профілю виділяли першочергову типологію – «нервозність», дещо менше - «акторство» і «сильна особистість». З позиції пацієнта «ідеальна медична сестра» – це «сестра-мама», відтак «сестра-рутинер» і, дещо менше, «сестра-спеціаліст», менш важливою для хворих є «сестра-сильна особистість».

4. Ціннісно-мотиваційні аспекти готовності до роботи у сфері ПХД характеризують домінуванням дефіцитарних мотивів (у 61% здобувачів вищої освіти, у 76% сестер медичних загального профілю і в 50% сестер паліативної служби). Лише у 7% опитаних здобувачів вищої освіти переважають метамотиви духовного самовдосконалення, у 16% сестер медичних загального профілю та у 25% сестер медичних паліативного профілю. Загалом інтенсивність дефіцитарних і духовних (метамотивів) у структурі мотивації сучасних медичних фахівців середньої ланки найчастіше сягає середнього рівня (у 65% та 74% у здобувачів освіти; у 92% та 84% – у сестер медичних загального профілю, 88% та 85% – у медсестер паліативної служби).

5. Високий рівень розвитку соціально-комунікативної компоненти професійної готовності (за здатністю працювати у команді) наявний лише у 12% здобувачів вищої освіти та чверті медичних сестер, за вмінням слухати і чути іншу людину – у третини (33%) здобувачів освіти і майже половини сестер медичних, організаторські здібності найкраще розвинені у 26% здобувачів освіти і 27% медичних сестер.

6. Когнітивно-практиологічна компонента професійної готовності до діяльності у сфері паліативно-хоспісної допомоги засвідчила високу готовність у 12% здобувачів вищої освіти, у 66% сестер медичних загальної практики і 54% сестер медичних паліативного профілю; середню з тенденцією до високого рівня готовності – у 70% здобувачів освіти, 40% працюючих сестер медичних і 46% сестер з паліативних відділень; середню-низьку – у 17% здобувачів і 4% працюючих, відповідно. Низький рівень готовності діагностується лише у здобувачів вищої освіти (1%). Фахові навички догляду за інкурабельними пацієнтами встановили на високому рівні лише у 15% студентів, на середньому – у 60% і на низькому – у 25% осіб.

7. Найпоширенішими в паліативній практиці медичної сестри на території Північної Буковини є злоякісні новоутворення (ЗН) органів черевної порожнини (32,4%) і жіночої статевої сфери у тч молочної залози (30,5%). ЗН органів черевної порожнини і бронхолегеневої системи характеризуються значним відсотком виявленням на пізніх стадіях захворювання (III-IV) – 74,6% і 85,2%, відповідно, та високою летальністю: пухлини стравоходу – 72,4%, шлунку – 56,2%, гепатобіліарної системи та підшлункової залози – 67,5-71,4%, бронхолегеневої системи – 60,0%. Найраніше виявляють ЗН у шкірі та молочної залозі (I стадія у 68,4-97,7% випадків). Ризик розвитку ЗН органів черевної порожнини зростає за супутніх цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ), виразкової хвороби майже утричі ( $p \leq 0,045-0,009$ ). Шанси на розвиток ЗН органів ендокринної системи та статевої сфери зростають за супутніх захворювань периферійних судин, ЦВЗ, ожиріння, ко- і поліморбідності у 1,95-5,88 рази ( $p \leq 0,044-0,008$ ). Зазначене вище вимагає відповідної підготовки сестер медичних у сфері ПХД.

8. Навчальні курси з формування компетенцій у сфері паліативної медицини є ефективними для більшості (49%) здобувачів вищої медичної освіти на етапі додипломної підготовки, для сестер медичних загального та паліативного профілів (88% та 64% відповідно) – під час проходження циклу

спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти. Елективний курс «Паліативна та хоспісна допомога» для здобувачів освітньої програми «Сестринська справа» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство вірогідно підвищив рівень професійної готовності до ПХД за рахунок посилення мета-мотивів, особистісно-поведінкових проявів таких типів медсестри, як «рутинер» і «мама», покращив здатність проявляти організаторські здібності, відчувати й розуміти інших людей. Експертні оцінки встановили оптимізацію ціннісно-мотиваційного, когнітивно-практичного та соціально-комунікативного компонентів професійної готовності здобувачів вищої медичної освіти до діяльності у сфері ПХД.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для покращання надання паліативної та хоспісної допомоги необхідно впровадити у заклади медичної освіти навчальний елективний курс «Паліативна та хоспісна допомога» для здобувачів освітньої програми «Сестринська справа» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство.

2. Під час запровадження елективного курсу «Паліативна та хоспісна допомога» рекомендовано проводити оцінювання ціннісно-мотиваційної, когнітивно-праксіологічної, особистісно-рефлексивної та соціально-комунікативної компонент професійної готовності на вихідному та заключному етапах навчання з метою оцінки ефективності запровадженого курсу.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов КВ, Друзь ОВ, Кривоногова ОВ. Паліативна та хоспісна допомога. Одеса: Астропринт; 2015. 104 с.
2. Білик Л. Реалізація педагогічних умов формування паліативної компетентності студентів медичних коледжів. Наукові записки. Серія: Педагогічні науки. 2015;140:35-9.
3. Білик ЛВ. Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі. Черкаси; 2015. 118 с.
4. Білик ЛВ. Наукові дослідження та підготовка наукових кадрів за напрямком «Паліативна і хоспісна допомога». Реабілітація та паліативна медицина. 2015;2:83-8. doi: 10.15574/IJRPM.2015.2.83
5. Білик ЛВ. Формування паліативної компетентності бакалаврів медицини в процесі професійної підготовки [автореферат]. Переяслав-Хмельницький; 2015. 20с.
6. Боб АО, Чукур ОО, Воронюк Ю, Ференц ЛЗ. Оптимізація післядипломної підготовки медичних сестер з питань паліативної та хоспісної допомоги населенню України. Медсестринство. 2021;1:30-2. doi: 10.11603/2411-1597.2021.1.12068
7. Брацюнь ОП, Науменко ГМ. Вплив міждисциплінарного підходу в наданні паліативної допомоги на якість життя паліативних пацієнтів (на прикладі роботи першого денного хоспісу в Україні). Реабілітація та паліативна медицина. 2016;1(3):80-3.
8. Бугаєвська НА, Рега НІ. Особливості підготовки медичних сестер з паліативної та хоспісної допомоги в Україні та Польщі. Медсестринство. 2016;4:15-8. doi: 10.11603/2411-1597.2016.4.7473
9. Бугаєвська НА. Особливості становлення та розвитку паліативно-хоспісної допомоги в Україні. Медсестринство. 2017;1:65-8. doi: 10.11603/2411-1597.2017.1.8496

10. Величко НМ, Вольф ОО, Вялих ТІ, Чайковська ВВ. Медико-соціальні проблеми становлення паліативної допомоги в Україні. В: Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. Соціальна політика щодо невиліковно хворих; 2012 Бер 15-16; Київ. Київ: Університет «Україна»; 2012, с. 37-43.

11. Венгрин НО. Особливості надання медсестринської допомоги та догляду за паліативним хворим. Реабілітація та паліативна медицина. 2023;1:116-9. doi: 10.15574/URPM/2023.8.116

12. Верховна Рада України. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ [Інтернет]. Київ; 1993[цитовано 2024 Січ 21]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

13. Вольф ОО. Нормативно-правові підстави гуманізації соціальної політики щодо невиліковно хворих за умов загострення суспільно-політичної кризи в Україні. Освіта регіону: політологія, психологія, комунікації. 2014;4:44-8.

14. Вольф ОО. Трансформація державної політики у сфері освіти фахівців з середньою медичною освітою з питань допомоги в кінці життя у контексті цілей сталого розвитку і демократизації суспільства в Україні. Вісник Харківського національного університету імені ВН. Каразіна. Серія: Питання політології. 2020;37:60-8. doi: 10.26565/2220-8089-2020-37-09

15. Вороненко ЮВ, Губський ЮІ, Царенко АВ. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. Наука і практика. 2014;1:63-75.

16. Галіцян О, Койчева Т, Курлянд З. Фасилітаційна компетентність викладача вищої школи як суб'єкта педагогічної діяльності. Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені КД. Ушинського. 2019;4:84-9.

17. Галян АІ. Особистісні ресурси як чинник подолання напружених ситуацій у медичних працівників. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. 2015;3(71):78-81.

18. Гармаш ТА. Основні компоненти готовності майбутніх фахівців із логістики до здійснення управлінської діяльності та їх зміст. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені ВО. Сухомлинського. Педагогічні науки. 2017;2:137-43.

19. Гоженко АФ, Гойдик ВС, Сервецький СК. Хоспісна та паліативна допомога – перспективи розвитку. Реабілітація та паліативна медицина. 2016;1:93-4.

20. Гойда НГ, Губський ЮІ, Царенко АВ. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я. Реабілітація та паліативна медицина. 2015;2:23-30. doi: 10.15574/IJRPM.2015.2.23

21. Голотюк ВВ. Методичні аспекти викладання студентам паліативної та хоспісної допомоги на кафедрі онкології. Art of Medicine. 2018;1:63-6.

22. Григор'єв ЄО, Аймедов КВ, Горіщак СП, Сторож ВВ. Паліативна допомога у закладах хоспісного типу. Одеса: Прес-кур'єр; 2017. 205 с.

23. Губенко ІЯ. Профілактика професійного вигорання при наданні паліативної і хоспісної допомоги. Реабілітація та паліативна медицина. 2016;1:31-5. doi: 10.15574/IJRPM.2016.01.31

24. Губський ЮІ, Чайковська ВВ, Царенко АВ. Оптимізація медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні шляхом розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги. Проблеми старіння та довголіття. 2010;19(3):310-6.

25. Губський ЮІ. Інституціональні питання стану та перспектив надання паліативної медичної допомоги в Україні: соціальні, медико-правові та клініко-фармацевтичні аспекти. Реабілітація та паліативна медицина. 2015;1:20-6. doi: 10.15574/IJRPM.2015.01.20

26. Гуртовенко НВ. Мотиваційний компонент – головна складова готовності студентів до професійної діяльності. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія: Психологія і педагогіка. 2014;30:55-8.

27. Данилюк КВ. Сучасний зарубіжний досвід застосування організаційного механізму державного управління паліативною та хоспісною допомогою. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. Серія: Державне управління. 2017;2:79-86.

28. Данилюк КВ. Сутнісна характеристика паліативної та хоспісної допомоги і принципи її надання в Україні. Державне управління: удосконалення та розвиток [Інтернет]. 2018[цитовано 2024 Січ 09];2. Доступно: [http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/2\\_2018/102.pdf](http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/2_2018/102.pdf)

29. Даценко ОА. Психологічний ресурс особистості як наукова парадигма. Вчені записки ТНУ імені ВІ. Вернадського. Серія: Психологія. 2020;4:22-7. doi: 10.32838/2709-3093/2020.4/03

30. Демянчук МР. Аналіз вітчизняного і закордонного досвіду професійної підготовки майбутніх молодших спеціалістів сестринської справи. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні науки. 2018;3:133-44.

31. Демянчук МР. Технології засвоєння термінологічно-понятійного апарату майбутніми молодшими спеціалістами сестринської справи. В: Матеріали III Міжнар. наук. конф. Модернізація освітньої системи: світові тенденції та національні особливості; 2020 Лют 21; Каунас, Литва. Каунас; 2020, р 9-12.

32. Децик ОЗ, Золотарьова ЖМ. Паліативна допомога: проблеми сімей інкурабельних хворих. Реабілітація та паліативна медицина. 2015;1:55-9. doi: 10.15574/IJRPM.2015.01.55

33. Джузь ЙВ, Лотюк ЮГ. Критерій рангової кореляції Спірмена і особливості його застосування у педагогічних дослідженнях. Психолого-педагогічні основи гуманізації навчально-виховного процесу в школі та ВНЗ. 2019;2(22):46-55.

34. Дубасенюк ОА, редактор. Європейський вимір компетентнісного підходу та його концептуальні засади. Професійна педагогічна освіта: компетентнісний підхід. Житомир; 2011, с. 81-109.

35. Дутка УТ. Співвідношення понять «готовність до професійної діяльності» та «професійна компетентність» у сучасній педагогічній парадигмі. Педагогічні науки. 2017;79(3):126-30.
36. Етичний кодекс медичної сестри України [Інтернет]. 2018[цитовано 2024 Січ 09]. Доступно: <https://medplatforma.com.ua/article/1591-etichniy-kodeks-medsestri>
37. Єжова ОО. Сутність організаційно-педагогічних умов педагогічного процесу. Психолого-педагогічні науки. 2014;3:39-43.
38. Єфіменко ОВ, редактор. Рак в Україні, 2021-2022. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 24 [Інтернет]. Київ; 2023[цитовано 2024 Січ 10]. Доступно: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_24/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/index.htm)
39. Задирака ЛВ. Індивідуальні особливості становлення професійної компетентності майбутніх медичних сестер. Медсестринство. 2016;1:40-3. doi: 10.11603/2411-1597.2016.1.7398
40. Закусилова ТО. Формування основ професіоналізму майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки [автореферат]. Запоріжжя; 2018. 23 с.
41. Знаменська МА, Слабкий ГО, Знаменська ТК. Комунікації в охороні здоров'я. Київ; 2019. 194 с.
42. Золотарьова ЖМ. Важкохворі пацієнти: деякі питання організації паліативної допомоги. Галицький лікарський вісник. 2018;25(2):10-4. doi: 10.21802/gmj.2018.2.5
43. Золотарьова ЖМ. Обґрунтування моделі удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу для надання паліативної допомоги [автореферат]. Київ; 2015. 26 с.
44. Іванова Т. Модель педагогічного менеджменту викладача непедагогічного профілю. Естетика і етика педагогічної дії. 2011;2:85-6.

45. Іванчук ОВ, Слободенюк КН, Боб АО. Вплив медсестринського догляду у подоланні депресивних станів пацієнтів хоспісу. Медсестринство. 2017;4:12-5. doi: 10.11603/2411-1597.2017.4.8538

46. Князевич ВМ, Царенко АВ, Яковенко ІВ. Стан, проблеми і перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року». В: Князевич ВМ, Губський ЮІ, Царенко АВ, редактори. Матеріали наук.-практ. конф. Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку; 2014 Вер 18-19; Харків. Київ; 2014, с. 5-13.

47. Князевич ВМ. Національна стратегія створення та розвитку системи паліативної допомоги в Україні (проект). В: Князевич ВМ, Царенко АВ, Яковенко ІВ, Брацюнь ОП, редактори. Матеріали наук.-практ. конф. Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку; 2012 Вер 26-27; Ірпінь. Київ; 2013, с. 7-14.

48. Князевич ВМ. Перспективи розвитку паліативної допомоги в Україні. Реабілітація та паліативна медицина. 2015;2:131-4.

49. Коваль В. Готовність фахівців безпекових інституцій до професійної діяльності: поняття та зміст. Молодий вчений. 2020;3:39-44. doi: 10.32839/2304-5809/2020-3-79-9

50. Коваль ІС. Психолого-педагогічні умови формування професійної готовності майбутніх рятувальників до діяльності в екстремальних умовах. Modern science – Moderní věda. 2017;1:134–9.

51. Кравченко О. Визначення змісту та структури готовності майбутнього фахівця з технології харчування до професійної діяльності. Scientia [Internet]. 2022;3:148-50.

52. Криницька ІЯ, Марущак МІ, Кліщ ІМ. Особливості професійної підготовки медичних сестер на сучасному етапі. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017;4:84-7. doi: 10.11603/1681-2786.2017.4.8659

53. Криничний ЮВ, Лугова ОВ. Практична реалізація стратегії впровадження паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Реабілітація та паліативна медицина. 2016;1:14-9. doi: 10.15574/IJRPM.2016.01.14

54. Курило ОЮ. Психолого-педагогічні умови підготовки майбутніх інженерів-педагогів харчової галузі до творчої професійної діяльності. В: Матеріали Всеукр. наук.-метод. інтернет-конф. Управління якістю підготовки фахівців в умовах цифрової педагогіки; 2021 Груд 22-23; Харків. Харків: Міська друкарня; 2021, с. 75-6.

55. Курлянд ЗН. Психолого-педагогічні умови формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх учителів. Наука і освіта. 2008;8-9:171-6.

56. Курницька ГМ. Стратегія розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року. Медсестринство. 2018;2:42-5. doi: 10.11603/2411-1597.2018.2.9166

57. Курницька ГМ. Підходи щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги. Медсестринство. 2018;1:78-81. doi: 10.11603/2411-1597.2018.1.9109

58. Литвинова АЕ. Компетентність медичних сестер у питанні знеболювання паліативних хворих. Медсестринство. 2018;2:31-3. doi: 10.11603/2411-1597.2018.2.9162

59. Литвинова АЕ. Формування компетентності медичних сестер. Медсестринство. 2017;4:16-8. doi: 10.11603/2411-1597.2017.4.8539

60. Лінніков СВ. Паліативна медицина як ключова ланка реформування системи медичної допомоги в Україні. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. 2015;14(3):218-28. doi: 10.18524/2413-9998.2015.3.77095

61. Лукашук ІМ. Удосконалення критеріїв і показників рівнів готовності майбутніх медичних сестер до фахової діяльності: результати досліджень. Innovative Solutions in Modern Science. 2017;5(14):53-66.

62. Малик СС. Паліативна та хоспісна медицина як медико-соціальна проблема. Реабілітація та паліативна медицина. 2016;1:99-101.

63. Марчук ІВ, Борисюк АС, Тимофієва МП, Марчук ОТ. Психологічна підготовка сестер медичних до надання паліативної та хоспісної допомоги як

фактор їхньої професіоналізації. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2023;10:317-37. doi: 10.32999/2663-970X/2023-10-16.

64. Марчук ІВ, Марчук ОТ. Базові патристичні ідеї: накреслення перспектив духовного супроводу в паліативній допомозі // II Міжнародна молодіжна конференція «Платон мені друг, але істина дорожча»: теоретико-практичні та методологічні аспекти розвитку сучасних гуманітарних наук. Чернівці, 2024. С.243-245.

65. Марчук ІВ, Тимофієва МП. Теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми паліативної компетентності медичних сестер. Україна. Здоров'я нації. 2021;4:63-8. doi: 10.24144/2077-6594.4.1.2021.247007.

66. Марчук ІВ. Взаємозв'язок метаболічних дизрегуляцій, ожиріння, патологій органів черевної порожнини, органів дихання, серцево-судинної системи та хронічних порушень нирок як потенційних чинників ризику розвитку злоякісних новоутворень у контексті паліативної медичної практики. Буковинський медичний вісник. 2024;28(1):56-60. doi: 10.24061/2413-0737.28.1.109.2024.9.

67. Марчук ІВ. Психологічний портрет «ідеальної» медсестри з паліативної допомоги з позицій суб'єктивного сприйняття пацієнтів і фахівців (частина 1). Медсестринство. 2023;2:70-8. doi: 10.11603/2411-1597.2023.2.14332.

68. Марчук ІВ. Фактори активізації професійної підготовки майбутніх сестер медичних в сфері паліативної допомоги. В: Матеріали підсумкової 104-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2023 Лют 06, 08, 13; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2023, с. 402-3.

69. Марчук ОТ, Марчук ІВ. Перспективи практичної реалізації концептів неопатристичного напрямку терапевтичного богослів'я в українському медичному капеланстві. Освітній дискурс. 2022;49(10-12):98-110. doi: 10.33930/ed.2019.5007.42(10-12)-10

70. Миронова Г. Паліативна допомога в Україні: куди рухатися далі? Ваше здоров'я. 2018;25-26:14-5.



71. Міністерство охорони здоров'я України. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2017[цитовано 2024 Січ 10]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

72. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду. Наказ Міністерства соціальної політики України від 29.01.2016 № 58 [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2016[цитовано 2024 Січ 22]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0247-16#Text>

73. Міністерство охорони здоров'я України. Про організацію паліативної допомоги в Україні. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.01.2013 № 41 [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2013. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13#Text>

74. Міністерство охорони здоров'я України. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2020 № 1308 [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2020[цитовано 2024 Січ 24]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>

75. Місяк СА, Мосієнко ВС. Перспективи розвитку напрямків реабілітації та паліативної медицини для онкологічних хворих в Україні. Реабілітація та паліативна медицина. 2015;2:102-4. doi: 10.15574/IJRPM.2015.01.102

76. Місяк СА. Особливості підготовки кадрів із реабілітації онкологічних хворих. Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 2016;2:18-21.

77. Міщуренко ОВ, Лукіна ГО. Досвід післядипломної підготовки медичних сестер з питань надання паліативної та хоспісної допомоги. Реабілітація та паліативна медицина. 2015;2:14-20. doi: 10.15574/IJRPM.2015.01.89

78. Моїсеєнко РО, редактор. Паліативна допомога: організаційні, фармацевтичні та клінічні аспекти знеболення. Київ; 2019. 145 с.

79. Мойсеєнко ВО, Никула ТД, Дериземля ІО, Денисайко КВ. Аспекти викладання етики та деонтології ведення онкологічних хворих у підготовці

студентів-медиків. Реабілітація та паліативна медицина. 2016;1:31-5. doi: 10.15574/IJRPM.2016.01.36

80. Моренко ОМ. Критерії готовності майбутніх соціальних працівників до професійного самовдосконалення. Педагогічні науки. 2019;86:297-302. doi: 10.32999/ksu2413-1865/2019-86-57

81. Мороз ГЗ, Гідзинська ІМ, Ласиця ТС. Комплексна оцінка коморбідності в клінічній практиці: методичні підходи та практичне використання. Клінічна та профілактична медицина. 2021;2:32-8. doi: 10.31612/2616-4868.2(16).2021.04

82. Поєдинцева ЛЛ. Формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах [дисертація]. Харків, УПА; Слов'янськ;; 2018. 356 с.

83. Полякова ДС. Нормативно-правові та організаційні засади надання паліативної допомоги в Україні. Український медичний часопис. 2023;1:1-4. doi: 10.32471/umj.1680-3051.153.238002

84. Помиткін ЕО. Психологічна діагностика духовного потенціалу особистості. Кіровоград: Імекс-ЛТД; 2013, с. 100-3.

85. Резуненко ЮК, Ковальова ОМ, Сафаргаліга-Корнілова НА. Проблеми підготовки фахівців з паліативної та хоспісної медицини у вищих медичних навчальних закладах. Реабілітація та паліативна медицина. 2015;1:91-3.

86. Савка ГВ. Паліативна та хоспісна допомога у практиці сімейного лікаря. Медсестринство. 2019;3:27-31. doi: 10.11603/2411-1597.2019.3.10678

87. Савка ГВ. Стан, проблеми і перспективи впровадження паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медсестринство. 2019;2:26-30. doi: 10.11603/2411-1597.2019.2.10195

88. Самбурська ЛВ. Особливості формування комунікативної компетентності у майбутніх медичних сестер на заняттях з фахових дисциплін. Вісник Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького. Серія: Педагогічні науки. 2022;4:43-9. doi: 10.31651/2524-2660-2022-4-43-49

89. Слободенюк КМ, Боб АО, Єрмакова НО, Гуцол АВ. Особливості медсестринського догляду за паліативними пацієнтами Одеського обласного центру соціально значущих хвороб. Медсестринство. 2019;1:31-3. doi: 10.11603/2411-1597.2019.1.9983

90. Смачило АІ, Матвіїв ЛФ, Качунь ОМ, Іваськевич ЛІ. Медико-соціальні аспекти проблеми надання паліативної допомоги у родинах тяжкохворих та інкурабельних пацієнтів. Медсестринство. 2020;1:35-8. doi: 10.11603/2411-1597.2020.1.11037

91. Солодовник ОВ. Формування готовності майбутніх молодших спеціалістів з медичною освітою до професійного самовдосконалення у професії фахової підготовки [автореферат]. Житомир; 2017. 22 с.

92. Стаднюк ЛА, Губський ЮІ, Царенко АВ, Чайковська ВВ, Приходько В.Ю, Давидович ОВ, та ін. Перспективи оптимізації всеукраїнської міжвідомчої системи багаторівневої підготовки фахівців до надання паліативної і геріатричної допомоги. Реабілітація та паліативна медицина. 2015;2:70-7. doi: 10.15574/IJRPM.2015.2.70

93. Степанюк А, Данюк М. Формування професійно значущих якостей медичних сестер у процесі фахової підготовки. Тернопіль; 2017. 224 с.

94. Стратегія розвитку паліативної допомоги в Україні на 2015-2025 роки. Реабілітація та паліативна медицина. 2015;2:125-7.

95. Тимофієва МП, Марчук ІВ, Марчук ОТ. Духовний супровід на завершальному етапі життя. In: Proceedings of the XIX International Scientific and Practical Conference Modern problems in science; 2022 May 17-20; Vancouver, Canada. Vancouver; 2022, p. 362-6. (Здобувачка написала та підготувала статтю до друку).

96. Тимофієва МП, Марчук ІВ, Марчук ОТ. Духовно-особистісна орієнтація практичної діяльності сестер медичних у роботі з паліативними пацієнтами. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2022;7:118-30. doi: 10.32999/2663-970X/2022-7-9

97. Тимофієва МП, Марчук ІВ. Актуалізація набуття фахових компетенцій майбутніми сестрами медичними для роботи у системі паліативної та хоспісної допомоги. In: Komarytsky ML, editor. Proceedings of IX International Scientific and Practical Conference Priority directions of science and technology development; 2021 May 16-18; Kyiv, Ukraine. Kyiv; 2021, p. 175-8.

98. Тимофієва МП, Марчук ІВ. Комунікативна взаємодія сестер медичних з паліативними пацієнтами. In: Proceedings of the I International Scientific and Practical Conference Problemas y perspectivas de la aplicación de la investigación científica innovadora; 2021 Jun 11; Panama. República de Panamá. Panama; 2021, p. 210-1. doi: 10.36074/logos-11.06.2021.v1.62 (Здобувачка написала та підготувала статтю до друку).

99. Томчук ТВ, Боб АО, Лукіна ГО. Вплив медсестринського догляду на якість життя паліативних пацієнтів. Медсестринство. 2017;1:36-40. doi: 10.11603/2411-1597.2017.1.8487

100. Томчук ТВ, Боб АО. Роль медичної сестри у подоланні відчуття самотності в пацієнтів хоспісу. Медсестринство. 2016;4:47-9. doi: 10.11603/2411-1597.2016.4.7481

101. Трофименко А. Фасилітаційна компетентність як невід'ємна складова професійної компетентності сучасного вчителя. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2020;10:269-79. doi: 10.24139/2312-5993/2020.10/269-279

102. Турчина ІС, Шостак МС. Психолого-педагогічні умови формування соціокультурної компетентності у майбутніх учителів початкової школи. Молодий учений. 2018;2.1:145-8.

103. Фісун ОВ. Явище фасилітації у методичній роботі викладачів навчальних закладів I-II рівнів акредитації. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2017;53:341-6.

104. Фокша ОМ. Педагогічні умови формування фасилітаційної компетентності майбутніх учителів гуманітарних спеціальностей у професійній підготовці [дисертація]. Одеса; 2019. 240 с.

105. Царенко АВ, Губський ЮІ, Царенко ВА. Мультидисциплінарна професійна підготовка сімейних лікарів з надання паліативної допомоги особам похилого віку. *Здоров'я суспільства*. 2013;2(1):612-5.

106. Царенко АВ, Славуцький А, Тальнов АВ, Злотник АА. Значення міжнародних визначень, підходів і стандартів для оптимізації надання паліативної допомоги в Україні. *Здоров'я суспільства*. 2017;6(3):69-76. doi: 10.22141/2306-2436.6.3.2017.123496

107. Царенко АВ, Убогов СГ, Дандре П. Професійна підготовка християнських медичних сестер і капеланів для надання паліативної та госпісної допомоги: досягнення, проблеми, перспективи. *Здоров'я суспільства*. 2023;12(2):31-40. doi: 10.22141/2306-2436.12.2.2023.306

108. Царенко АВ, Чайковська ВВ. Проблеми розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах постаріння населення України. *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2016;3-4:426-34.

109. Царенко АВ, Шекера ОГ, Губський ЮІ, Бондарчук АМ, Злотник АА, Криничний ЮВ. Освіта медичних працівників (до- і післядипломна) з питань паліативної допомоги з метою попередження професійного вигорання. *Здоров'я суспільства*. 2015;4(1-2):27-34.

110. Царенко АВ. Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні [дисертація]. Київ; 2020. 483 с.

111. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Паліативна та хоспісна допомога [Інтернет]. Київ: Український центр контролю за соціально-медичними захворюваннями МОЗ України;. 2015[цитовано 2024 Січ 22]. Доступно: [http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv\\_aids/treatment-andprevention/paliative-care](http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv_aids/treatment-andprevention/paliative-care)

112. Ціпкало АІ, Марущак МІ. Артеріальний тиск та рівень оптимізму – чи є зв'язок у медсестер, які працюють позмінно. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2022;3:56-62. doi: 10.11603/bmbr.2706-6290.2022.3.13116

113. Чернишенко ТІ. Підготовка медичних сестер з паліативної допомоги в Україні. *Реабілітація та паліативна медицина*. 2015;2:78-82. doi: 10.15574/IJRPM.2015.2.78

114. Чернобрива НВ. Компоненти, китерії і рівні готовності майбутніх фельдшерів до професійної діяльності. *Innovative Solutions in Modern Science*. 2017;6:1-13.

115. Чернобрива НВ. Професійна підготовка майбутніх фельдшерів у процесі виробничої практики на засадах компетентнішого підходу. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2017;56-57:435-41.

116. Шатило ВЙ, Яворський ПВ. Паліативна медицина. Київ: Медицина; 2010. 198 с.

117. Шевченко АО. Підготовка фахівців у системі хоспісної та паліативної допомоги на прикладі комунального закладу «Бериславський медичний коледж» Херсонської обласної ради. *Медсестринство*. 2017;4:65-7. doi: 10.11603/2411-1597.2017.4.8555

118. Шевченко К. Педагогічна фасилітація у контексті професійної компетентності вчителя. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені ВО. Сухомлинського*. Серія: Психологічні науки. 2014;2.13:258-63.

119. Ягупов ВВ, Півень НМ. Компетентнісний підхід до формування змісту професійної підготовки майбутніх бакалаврів технічного профілю (на прикладі спеціальності «Інженерне матеріалознавство»). *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка*. Серія: Педагогіка. 2009;3(Спецвип):283-7.

120. Ястремська С, Кульчицький В, Намісник О. Формування професійного мовлення медичних сестер у процесі фахової підготовки до практичної діяльності з ВІЛ-інфікованими пацієнтами. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2021;4:308-16. doi: 10.24139/2312-5993/2021.04/308-316

121. Abel J, Kellehear A, Karapliagou A. Palliative care – the new essentials. *Annals of Palliative Medicine*. 2018;7(2):3-14. doi: 10.21037/apm.2018.03.04

122. Achora S, Labrague LJ. An Integrative Review on Knowledge and Attitudes of Nurses Toward Palliative Care: Implications for Practice. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(1):29-37. doi: 10.1097/njh.0000000000000481

123. Agree EM, Myers GC. *Aging Research in Europe: Demographic, Social and Behavioral Aspects*. Geneva: United Nations Pubns; 1998.

124. Alemán JO, Eusebi LH, Ricciardiello L, Patidar K, Sanyal AJ, Holt PR. Mechanisms of obesity-induced gastrointestinal neoplasia. *Gastroenterology*. 2014;146(2):357-73. doi: 10.1053/j.gastro.2013.11.051

125. American Nurses Association Professional Issues Panel. *Call for Action: Nurses Lead and Transform Palliative Care*. Approved by ANA Board of Directors; 2017.

126. Aparicio M, Centeno C, Robinson CA, Arantzamendi M. Palliative Professionals' Experiences of Receiving Gratitude: A Transformative and Protective Resource. *Qual Health Res*. 2022;32(7):1126-38. doi: 10.1177/10497323221097247

127. Aparicio M, Centeno C and Arantzamendi M. The significance of gratitude for palliative care professionals: a mixed method protocol. *BMC Palliative Care* [Internet]. 2019[cited 2023 Dec 30];18:28. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6427884/pdf/12904\\_2019\\_Article\\_412.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6427884/pdf/12904_2019_Article_412.pdf) doi: 10.1186/s12904-019-0412-y

128. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, De Lima L, Pons Izquierdo J, Clark D, et al. *EAPC atlas of palliative care in Europe 2019*. Vilvoorde: EAPC Press; 2019. 197 p.

129. Asuero M, García-Banda G. The mindfulness-based stress reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *Span J Psychol*. 2010;13(2):897-905. doi: 10.1017/S1138741600002547

130. Babanataj R, Mazdarani S, Hesamzadeh A, Gorji MH, Cherati JY. Resilience training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2019[cited 2023 Dec 27];25(1):e12697. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12697> doi: 10.1111/ijn.12697

131. Banerjee SC, Manna R, Coyle N, Shen MJ, Pehrson C, Zaider T, et al. Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 2016;16(1):193-201. doi: 10.1016/j.nepr.2015.07.007
132. Benito Oliver E, Rivera Rivera P. EL cultivo de la autoconciencia y el bienestar emocional en los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*. 2019;4(Suppl 1):77-93. doi: 10.37536/RIECS.2019.4.S1.115
133. Berry LL, Connor SR, Stuart B. Practical Ideas for Improving the Quality of Hospice Care. *J Palliat Med*. 2017;20(5):449-52. doi: 10.1089/jpm.2017.0016
134. Blaževičienė A, Laurs L, Newland JA. Attitudes of registered nurses about the end - of - life care in multi-profile hospitals: a cross sectional survey. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2020[cited 2023 Dec 27];19(1):131. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7439667/pdf/12904\\_2020\\_Article\\_637.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7439667/pdf/12904_2020_Article_637.pdf) doi: 10.1186/s12904-020-00637-7
135. Brogaard T, Jensen AB, Sokolowski I, Olesen F, Neergaard FA. Who is the key worker in palliative home care? *Scand J Primary Health Care*. 2011;29:150-6. doi: 10.3109/02813432.2011.603282
136. Cagle JG, Unroe KT, Bunting M, Bernard BL, Miller SC. Caring for Dying Patients in the Nursing Home: Voices From Frontline Nursing Home Staff. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(2):198-207. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.08.022
137. Centeno C, Clark D, Lynch T, Racafort J, Praill D, De Lima L, et al. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. *Palliat Med*. 2007;21(6):463-71. doi: 10.1177/0269216307081942
138. Chong PH, PoonWH. The lived experience of palliative homecare nurses in Singapore. *Singapore Med J*. 2011;52:151-7. doi: 10.0000/smj.2011.52.3.151
139. Coelho A, Parola V, Escobar-bravo M, Apóstolo J. Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BMC Palliat Care* [Internet].



2016[cited 2023 Dec 27];15:71. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4971655/pdf/12904\\_2016\\_Article\\_145.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4971655/pdf/12904_2016_Article_145.pdf) doi: 10.1186/s12904-016-0145-0

140. Connor SR. *Hospice and Palliative Care: The Essential Guide*. 2<sup>nd</sup> ed. Routledge; 2009. 278 p.

141. Cutler D. Committee on Population, National Research Council. *Data Needs for Studying the Health Care System*. Paper prepared for the Panel on a Research Agenda and New Data for an Aging World; 1999.

142. de Graaf E, van Klinken M, Zweers D, Teunissen S. From concept to practice, is multidimensional care the leading principle in hospice care? An exploratory mixed method study. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2020[cited 2024 Jan 10];10(1):e5. Available from: <https://spcare.bmj.com/content/10/1/e5.long> doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001200

143. Dehghani F, Barkhordari-Sharifabad M, Sedaghati-Kasbakhi M, Fallahzadeh H. Effect of palliative care training on perceived self-efficacy of the nurses. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2020[cited 2023 Dec 27];19(1):63. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7199299/pdf/12904\\_2020\\_Article\\_567.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7199299/pdf/12904_2020_Article_567.pdf) doi: 10.1186/s12904-020-00567-4

144. Doyle D. *The Essence of Palliative Care - A Personal Perspective*. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services; 2004. 12 p.

145. Feldenzer K, Rosenzweig M, Soodalter JA, Schenker Y. Nurses' perspectives on the personal and professional impact of providing nurse-led primary palliative care in outpatient oncology settings. *Int J Palliat Nurs*. 2019;25(1):30-7. doi: 10.12968/ijpn.2019.25.1.30

146. Finkelstein EA, Bhadelia A, Goh C, Baid D, Singh R, Bhatnagar S, Cet al. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. *JPSM*. 2022;63(4):419-29. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015

147. Frey R, Robinson J, Wong C, Gott M. Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Applied Nursing Research*. 2018;43:1-9. doi: 10.1016/j.apnr.2018.06.003
148. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education. *European Journal of Palliative Care*. 2013;20(2):86-91.
149. Glyn Hughes HL. *Peace at the Last. A Survey of Terminal Care in the United Kingdom*. London: Calouste Gulbenkian Foundation; 1960.
150. Gomez-Cantorna C, Clemente M, Farina-Lopez E, Estevez-Guerra GJ, Manuel G. The Effect of Personality Type on Palliative Care Nursing Staff Stress Levels. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2015;17(4):342-7. doi: 10.1097/NJH.0000000000000172
151. Hagan TL, Xu J, Lopez RP, Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Educ Today*. 2018;61:216-9. doi: 10.1016/j.nedt.2017.11.037
152. Hao Y, Zhan L, Huang M, Cui X, Zhou Y, Xu E. Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: a learning intervention. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021[cited 2023 Dec 27];20(1):50. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7993469/pdf/12904\\_2021\\_Article\\_738.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7993469/pdf/12904_2021_Article_738.pdf) doi: 10.1186/s12904-021-00738-x
153. Hárđi I. *Ápoláslélektan. Megértés és magatartás a gyógyításban*. Budapest: Medicina; 1966. 168 p.
154. He H, Zhu N, Lyu B, Zhai S. Relationship between nurses' psychological capital and satisfaction of elderly cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Front Psychol* [Internet]. 2023[cited 2023 Dec 27];14:1121636. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9911544/pdf/fpsyg-14-1121636.pdf> doi: 10.3389/fpsyg.2023.1121636
155. Hendricks-Ferguson VL, Sawin KJ, Montgomery K, Dupree C, Phillips-Salimi CR, Carr B, et al. Novice Nurses' Experiences With Palliative and End-of-Life Communication. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2015; 32(4):240-52.

156. Hinton J. The physical and mental distress of the dying. *Quart J Med.* 1963;32:1-21.

157. Hökkä M, Melender HL, Lehto JT, Kaakinen P. Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals' Perspectives. *J Palliat Med.* 2021;24(10):1516-24. doi: 10.1089/jpm.2020.0632

158. Hu Y, Jiao M, Li F. Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2019[cited 2023 Dec 27];18(1):104. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6880564/pdf/12904\\_2019\\_Article\\_489.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6880564/pdf/12904_2019_Article_489.pdf) doi: 10.1186/s12904-019-0489-3

159. Hui D, Bruera E. Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *J Clin Oncol.* 2020;38(9):852-65. doi: 10.1200/JCO.18.02123

160. Hynne AB, Kvangarsnes M. Being a cancer nurse in community health service -- an interview study about functions and professional role. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/Vard i Norden.* 2012;32:27-31.

161. International Association for the Study of Pain. EFIC's declaration on pain as a major health problem, a disease in its own right [Internet]. Geneva; 2004[cited 2024 Jan 10]. Available from: <https://iaspfiles.s3.amazonaws.com/production/public/2021/painasadisease.pdf>

162. Joint National Cancer Survey Committee. Report on a National Survey Concerning Patients with Cancer Nursed at Home. London: Marie Curie Memorial; 1952.

163. Kaučič BM, Filej B, Ovsenik M. Ageing – a problem or a challenge for modern society. College of nursing in Celje; 2016. 9 p.

164. Kaye EC, Gattas M, Kiefer A, Reynolds J, Zalud K, Li C, et al. Provision of Palliative and Hospice Care to Children in the Community: A Population Study of Hospice Nurses. *J Pain Symptom Manage.* 2019;57(2):241-50. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.10.509

165. Khosla D, Patel FD, Sharma SC. Palliative care in India: current progress and future needs. *Indian J Palliat Care*. 2012;18(3):149-54. doi: 10.4103/0973-1075.105683

166. Kim JS, Kim J, Gelegjamts D. Knowledge, attitude and self-efficacy towards palliative care among nurses in Mongolia: A cross-sectional descriptive study. *PLoS One* [Internet]. 2020[cited 2023 Dec 26];15(7):e0236390. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7377484/pdf/pone.0236390.pdf> doi: 10.1371/journal.pone.0236390

167. Kim S, Lee K, Kim S. Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2020[cited 2024 Jan 05];19(1):105. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7354682/pdf/12904\\_2020\\_Article\\_581.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7354682/pdf/12904_2020_Article_581.pdf) doi: 10.1186/s12904-020-00581-6

168. Kübler-Ross E, Byock I. *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families*. 1<sup>st</sup> ed. Scribner; 2011. 304 p.

169. Kubota Y, Okuyama T, Uchida M, Umezawa S, Nakaguchi T, Sugano K, et al. Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2016;25(6):712-8. doi: 10.1002/pon.4000

170. Kuusisto A, Santavirta J, Saranto K, Korhonen P, Haavisto E. Advance care planning for patients with cancer in palliative care: A scoping review from a professional perspective. *J Clin Nurs*. 2020;29(13-14):2069-82. doi: 10.1111/jocn.15216

171. Kwak SY, Lee BS. Role adaptation process of hospice nurses. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2018;24:149-60. doi: 10.11111/jkana.2018.24.2.149

172. Lee T, Damiran D, Konlan KD, Ji Y, Yoon YS, Ji H. Factors related to readiness for practice among undergraduate nursing students: A systematic review.

Nurse Educ Pract [Internet]. 2023[cited 2024 Jan 04];69:103614. Available from: doi: 10.1016/j.nepr.2023.103614

173. Lockhart JS, Oberleitner MG, Felice TL, Vioral A. Using Evidence to Prepare Non-Oncology Nurses for Cancer Survivor Care. *J Contin Educ Nurs*. 2018;49(1):12-8. doi: 10.3928/00220124-20180102-05

174. Lu Y, Gu Y, Yu W. Hospice and Palliative Care in China: Development and Challenges. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018;5(1):26-32. doi: 10.4103/apjon.apjon\_72\_17

175. MacLeod RD, van den Block L, editors. *Textbook of palliative care*. Cham: Springer, 2018. Phillips, JL, Viridun, C, Bhattarai, P, Fraser C. *Nursing and palliative care*; p. 1-16.

176. Maffoni M, Argentero P, Giorgi I, Hynes J, Giardini A. Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2019;9(3):245-54. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-001674

177. Makhlof SM, Pini S, Ahmed S, Bennett MI. Managing Pain in People with Cancer-a Systematic Review of the Attitudes and Knowledge of Professionals, Patients, Caregivers and Public. *J Cancer Educ*. 2020;35(2):214-40. doi: 10.1007/s13187-019-01548-9

178. Malloy P, Virani R, Kelly K, Munévar C. Beyond Bad News: Communication Skills of Nurses in Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2010;12(3):166-74. doi: 10.1097/NJH.0b013e3181d99fee

179. Marchuk I, Tymofiieva M. The psychological portrait of an «ideal» palliative care nurse, as perceived by patients and professionals and their subjective experiences. *Innovations in the Education of the Future: Integration of Humanities, Technical and Natural Sciences : international collective monograph*. Praga : FIT CTU in Prague, 2023. P. 328–339. DOI: 10.5281/zenodo.10259802.

180. Marchuk IV. Theoretical and methodological analysis of approaches to the study of nurses' palliative competence. В: *Матеріали 103-ї підсумкової наук.-*

практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2022 Лют 07, 09, 14; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2022, с. 414-5.

181. Marchuk IV. Values and motivational aspects of professional readiness of medical nurses for palliative care. В: Матеріали підсумкової 105-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького складу Буковинського державного медичного університету; 2024 Лют 05, 07, 12; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2024, с. 405-6.

182. Marchuk OT. Eastern patristic interpretation “ $\nu\omicron\upsilon\varsigma$ - $\lambda\omicron\gamma\omicron\varsigma$ ”: sanogenical-therapeutic means of communicativeness (Part I. Basic ideas of structural and functional system). Educational discourse: collection of scientific works. 2021; 34(6): 85-95. doi: 10.33930/ed.2019.5007.34(6)-8

183. Marchuk OT. Eastern patristic tradition of interpretation “ $\nu\omicron\upsilon\varsigma$ - $\lambda\omicron\gamma\omicron\varsigma$ ”: the sanogenical-therapeutic potential of communicativeness (Part II. Prospects of the practical implementation). Educational discourse: collection of scientific works. 2021; 35(7): 86-97. doi: 10.33930/ed.2019.5007.35(7)-8

184. Martins Pereira S, Hernández-Marrero P, Pasman HR, Capelas ML, Larkin P, Francke AL. Nursing education on palliative care across Europe: Results and recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports. Palliat Med. 2021;35(1):130-41. doi: 10.1177/0269216320956817

185. Mason H, Burgermeister D, Harden K, Price D, Roth R. A Multimodality Approach to Learning: Educating Nursing Students in Palliative Care. J Hosp Palliat Nurs. 2020;22(1):82-9. doi: 10.1097/NJH.0000000000000619

186. Mastroianni C, Codina MR, D’Angelo D, Petitti T, Latina R, Casale G, et al. Palliative Care Education in Undergraduate Nursing Curriculum in Italy. J Hosp Palliat Nurs. 2019;21(1):96-103. doi: 10.1097/njh.0000000000000515

187. Maybee A, Winemaker S, Howard M, Seow H, Farag A, Park HJ, et al. Palliative care physicians’ motivations for models of practicing in the community:

A qualitative descriptive study. *Palliat Med.* 2022;36(1):181-8. doi: 10.1177/02692163211055022

188. Mazanec P, Ferrell B, Malloy P, Virani R. Educating Associate Degree Nursing Students in Primary Palliative Care Using Online-E-Learning. *Teaching and Learning in Nursing.* 2019;14(1):58-64. doi: 10.1016/j.teln.2018.10.002

189. Mazzella Ebstein AM, Sanzero Eller L, Tan KS, Cherniss C, Ruggiero JS, Cimiotti JP. The relationships between coping, occupational stress, and emotional intelligence in newly hired oncology nurses. *Psychooncology.* 2019;28(2):278-83. doi: 10.1002/pon.4937

190. McKinless E. Impact of stress on nurses working in the district nursing service. *Br J Community Nurs.* 2020;25(11):555-61. doi: 10.12968/bjcn.2020.25.11.555

191. Medland J, Nolan K, McDonagh A. Raising the Bar: Using Simulation to Advance Staff Competency Regarding the Patient Experience. *J Nurses Prof Dev.* 2020;36(5):294-8. doi: 10.1097/NND.0000000000000644

192. MehtaSH, SudharsiD, SrikrishnanAK, CelentanoDD, VasudevanCK, AnanS, et al. Factors associated with injection cessation, relaps and initiation in a community based cohort of injection drugsin Chennai, India. *Addiction.* 2012;107:349-58. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03602.x

193. Milaniak I, Wilczek E, Ruzycka K, Sadowski J, Kapelak B, Przybyłowski P. Role of personal resources in depression and stress in heart transplant recipients. *Transplant Proc.* 2016;48(5):1761-6. doi: 10.1016/j.transproceed.2016.01.080

194. Mills J, Wand T, Fraser JA. Exploring the meaning and practice of self-care among palliative care nurses and doctors: a qualitative study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2018[cited 2024 Jan 10];17(1):63. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5907186/pdf/12904\\_2018\\_Article\\_318.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5907186/pdf/12904_2018_Article_318.pdf) doi: 10.1186/s12904-018-0318-0

195. Miraglia R, Asselin ME. Reflection as an educational strategy in nursing professional development: an integrative review. *J Nurses Prof Dev*. 2015;31(2):62-72. doi: 10.1097/nnd.0000000000000151
196. Mishelmovich N, Arber A, Odellius A. Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;21:153-9. doi: 10.1016/j.ejon.2015.09.006
197. Mitrea N, Ancuța C, Malloy P, Moșoiu D. Developing, Promoting, and Sustaining Palliative Care Across Central Eastern Europe: Educating Nurses to Be Leaders Is a Critical First Step. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(6):510-7. doi: 10.1097/NJH.0000000000000590
198. Mittmann N, Liu N, MacKinnon M, Seung SJ, Look Hong NJ, Earle CC, et al. Does early palliative identification improve the use of palliative care services? *PLoS One* [Internet]. 2020[cited 2024 Jan 10];15(1):e0226597. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6994244/pdf/pone.0226597.pdf> doi: 10.1371/journal.pone.0226597
199. Mok E, Chiu P.C. Nurse–patient relationships in palliative care. *J Adv Nurs*. 2004;48:475-83. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x
200. Molavynejad S, Babazadeh M, Bereihi F, Cheraghian B. Relationship between personality traits and burnout in oncology nurses. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(9):2898-902. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc\_423\_19
201. Mollica MA, Kent EE, Castro KM, Ellis EM, Ferrer RA, Falisi AL, et al. Perspectives on Palliative Care in Cancer Clinical Trials: Diverse Meanings from Multidisciplinary Cancer Care Providers. *J Palliat Med*. 2018;21(5):616-21. doi: 10.1089/jpm.2017.0445
202. Moosavi S, Rohani C, Borhani F, Akbari ME. Factors affecting spiritual care practices of oncology nurses: a qualitative study. *Support Care Cancer*. 2019;27(3):901-9. doi: 10.1007/s00520-018-4378-8
203. Moreno-Milan B, Breitbart B, Herreros B, Olaciregui Dague K, Coca Pereira MC. Psychological well-being of palliative care professionals: Who cares? *Palliat Support Care*. 2021;19(2):257-61. doi: 10.1017/s1478951521000134



204. Muckaden MA, Pandya SS. Motivation of Volunteers to Work in Palliative Care Setting: A Qualitative Study. *Indian J Palliat Care*. 2016;22(3):348-53. doi: 10.4103/0973-1075.185083
205. Mulville AK, Widick NN, Makani NS. Timely Referral to Hospice Care for Oncology Patients: A Retrospective Review. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019;36(6):466-71. doi: 10.1177/1049909118820494
206. Neiman T. Acute Care Nurses' Experiences of Basic Palliative Care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2020;22(2):101-7. doi: 10.1097/njh.0000000000000622
207. Nguyen VNB, Forbes H, Mohebbi M, Duke M. The effect of preparation strategies, qualification and professional background on clinical nurse educator confidence. *J Adv Nurs*. 2018;74(10):2351-62. doi: 10.1111/jan.13737
208. Ni K, Gong Y, Li F, Cao X, Zhang H, Chu H, et al. Knowledge and attitudes regarding hospice care among outpatients and family members in two hospitals in China. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(16):152-30. doi: 10.1097/md.00000000000015230
209. O'Kane M, Gormley K, Isaac J. A palliative nursing strategy to enhance communication and support for patients and families in intensive care units. *Int J Palliat Nurs*. 2023;29(4):154-8. doi: 10.12968/ijpn.2023.29.4.154
210. Osgood CE. The nature and measurement of meaning. *Psychological Bulletin*. 1952;49:197-237. doi: 10.1037/h0055737
211. Osman H, Shrestha S, Temin S, Ali ZV, Corvera RA, Ddungu HD, et al. Palliative Care in the Global Setting: ASCO Resource-Stratified Practice Guideline. *J Glob Oncol*. 2018;4:1-24. doi: 10.1200/jgo.18.00026
212. Owusu AB, Adam AB, Setorglo J, Anim MT, Bonsu L. Palliative care practices among nurses at Cape Coast Teaching Hospital, Ghana: A cross-sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 2022;17:1004-54. doi: 10.1016/j.ijans.2022.100454
213. Paknejadi F, Hasavari F, Mohammadi TK, Leili EK. Nurses' Knowledge of Palliative Care and Its Related Factors. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2019;29(4):236-42. doi: 10.32598/JHNM.29.4.236

214. Park CL, Sacco SJ. Heart failure patients' desires for spiritual care, perceived constraints, and unmet spiritual needs: relations with well-being and health-related quality of life. *Psychol Health Med*. 2017;22(9):1011-20. doi: 10.1080/13548506.2016.1257813

215. Park JH. Development and validation of nurse's character scale for care in clinical settings. *J Korean Acad Soc Nurs Educ*. 2016;22(2):137-51. doi: 10.5977/JKASNE.2016.22.2.137

216. Payne S, Harding A, Williams T, Ling J, Ostgathe C. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliat Med*. 2022;36(4):680-97. doi: 10.1177/02692163221074547

217. Pesut B, Greig M. Resources for Educating, Training, and Mentoring Nurses and Unregulated Nursing Care Providers in Palliative Care: A Review and Expert Consultation. *J Palliat Med*. 2018;21(1):50-6. doi: 10.1089/jpm.2017.0395

218. Phillips J, Johnston B, McIlpatrick S. Valuing palliative care nursing and extending the reach. *Palliat Med*. 2020;34(2):157-9. doi: 10.1177/0269216319900083

219. Pittroff GE, Hendricks-Ferguson VL. Preparing Clinical Nurses for Nursing Research: Evaluation of Training Procedures in a Palliative Care Pilot Study. *J Christ Nurs*. 2018;35(1):38-43. doi: 10.1097/CNJ.0000000000000462

220. Powell MJ, Froggatt K, Giga S. Resilience in inpatient palliative care nursing: a qualitative systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2020;10(1):79-90. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-001693

221. Pryszyzhnyuk V, Sydoruk L, Sydoruk R, Pryszyzhniuk I, Bobkovich K, Buzdugan I, et al. Glutathione-S-transferases genes-promising predictors of hepatic dysfunction. *World J Hepatol* 2021;13(6):620-33. doi: 10.4254/wjh.v13.i6.620

222. Putranto R, Mudjaddid E, Shatri H, Adli M, Martina D. Development and challenges of palliative care in Indonesia: role of psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med [Internet]*. 2017[cited 2024 Jan 10];11:29. Available from:

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5697086/pdf/13030\\_2017\\_Article\\_114.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5697086/pdf/13030_2017_Article_114.pdf) doi: 10.1186/s13030-017-0114-8

223. Read Paul L, Salmon C, Sinnarajah A, Spice R. Web-based videoconferencing for rural palliative care consultation with elderly patients at home. *Support Care Cancer*. 2019;27(9):3321-30. doi: 10.1007/s00520-018-4580-8

224. Parliamentary Assembly. Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. The Recommendation № 1418 adopted on 28 June 1999 (24th sitting). Parliamentary Assembly of the Council of Europe; 1999.

225. Reiser V, Rosenzweig M, Welsh A, Ren D, Usher B. The Support, Education, and Advocacy (SEA) Program of Care for Women With Metastatic Breast Cancer: A Nurse-Led Palliative Care Demonstration Program. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019;36(10):864-70. doi: 10.1177/1049909119839696

226. Rizo-Baeza M, Mendiola-Infante SV, Sepehri A, Palazón-Bru A, Gil-Guillén VF, Cortés-Castell E. Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *J Nurs Manag*. 2018;26(1):19-25. doi: 10.1111/jonm.12506

227. Rogers St, Lai J, Walker A, Rawson H, Redley B. Development of work readiness in graduate nurses during a Transition to Practice Program: A survey study. *Collegian*. 2023;30(4):595-601. doi: 10.1016/j.colegn.2023.05.007

228. Rosa WE, Krakauer EL, Farmer PE, Karanja V, Davis S, Crisp N, et al. The global nursing workforce: realising universal palliative care. *Lancet Glob Health*. 2020;8(3):327-8. doi: 10.1016/s2214-109x(19)30554-6

229. Rosa WE. Integrating Palliative Care Into Global Health Initiatives: Opportunities and Challenges. *J Hosp Palliat Nurs*. 2018;20(2):195-200. doi: 10.1097/njh.0000000000000415

230. Ross L, Mcsherry W, Giske T, van Leeuwen R, Schep-Akkerman A, Koslander T, et al. Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: a prospective, longitudinal, correlational European study. *Nurse Educ Today*. 2018;67:64-71. doi: 10.1016/j.nedt.2018.05.002

231. Rusch L, Manz J, Hercinger M, Oertwich A, McCafferty K. Nurse Preceptor Perceptions of Nursing Student Progress Toward Readiness for Practice. *Nurse Educ.* 2019;44(1):34-7. doi: 10.1097/nne.0000000000000546
232. Ryan C, McAllister M. Professional development in clinical facilitation: An integrated review. *Collegian.* 2021;28(1):121-7. doi: 10.1016/j.colegn.2020.02.007
233. Salem AH, Leminto G, Tran T. Exploring Students Nurses' Preparedness and Readiness for to Care for Critically ILL Patients and Implication for Patient's Safety. *Int J Nurs Educ.* 2021;13(1):31-9. doi: 10.37506/ijone.v13i1.13308
234. Samarkandi OA. Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. *Saudi J Anaesth.* 2018;12(2):220-6. doi: 10.4103/sja.sja\_587\_17
235. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Cuesta P, Sánchez C, Benito E. Evaluación de una intervención mindfulness en equipos de cuidados paliativos. *Psychosocial Intervention.* 2018;27(2):81-8. doi: 10.5093/pi2018a7
236. Saunders C. The evolution of palliative care. *J R Soc Med.* 2001;94(9):430-2. doi: 10.1177/014107680109400904
237. Saunders C. The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescribers J.* 1964;4:68-73.
238. Sawin KJ, Montgomery KE, Dupree CY, Haase JE, Phillips CR, Hendricks-Ferguson VL. Oncology Nurse Managers' Perceptions of Palliative Care and End-of-Life Communication. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2019;36(3):178-90. doi: 10.1177/1043454219835448
239. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia Pac J Oncol Nurs* [Internet]. 2018[cited 2023 Dec 28];5(1):4-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763437/pdf/APJON-5-4.pdf> doi: 10.4103/apjon.apjon\_43\_17
240. Seo K. Moderating effect of nurse's character on the relationship between attitudes toward nursing care of the dying and performance of terminal care in South Korea. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2021[cited 2024 Jan 10];9(9):1195.

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8471336/pdf/healthcare-09-01195.pdf> doi: 10.3390/healthcare9091195

241. Seow H, Bainbridge D. A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home. *J Palliat Med.* 2018;21(Suppl 1):37-44. doi: 10.1089/jpm.2017.0392

242. Shih CY, Chiu TY, Lee LT, Yao CA, Chen CY, Hu WY. What factors are important in increasing junior doctors' willingness to provide palliative care in Taiwan? An educational intervention study. *J Palliat Med.* 2010;13(10):1245-51. doi: 10.1089/jpm.2010.0128

243. Sibiya MN. People management. In: Booyens S, Jooste K, Sibiya N, editors. *Introduction to Health Services Management for the Unit Manager.* 4th ed. Claremont: Juta and Company (Pty) Ltd; 2015, p. 194-205.

244. Sidorenko A. Empowerment of older persons: principal approaches. *Реабілітація та паліативна медицина.* 2016;1:87-91. doi: 10.15574/IJRPM.2016.1.87

245. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics. *CAA Cancer J Clin.* 2020;70(1):7-30. doi: 10.3322/caac.21590

246. Sijabat M, Dahlia D, Waluyo A. Experiences of palliative care nurses in providing home-based care for patient with advanced cancer. *Enfermeria Clinica.* 2019;29(Suppl 2):413-7. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.060

247. Silbermann M, editors. *Palliative Care for Chronic Cancer Patients in the Community.* Springer; 2021. 599 p.

248. Simon ST, Pralong A, Welling U, Voltz R. Healthcare structures in palliative care medicine: Flowchart for patients with incurable cancer. *Internist (Berl).* 2016;57(10):953-8. doi: 10.1007/s00108-016-0127-6

249. Soikkeli-Jalonen A, Stolt M, Hupli M, Lemetti T, Kennedy C, Kydd A, et al. Instruments for assessing nurses' palliative care knowledge and skills in specialised care setting: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2020 Mar;29(5-6):736-757. doi: 10.1111/jocn.15146

250. Sorensen A, Le LW, Swami N, Hannon B, Krzyzanowska MK, Wentlandt K, et al. Readiness for delivering early palliative care: A survey of primary care and specialised physicians. *Palliat Med.* 2020;34(1):114-25. doi: 10.1177/0269216319876915

251. Sousa ADRSE, Silva LFD, Paiva ED. Nursing interventions in palliative care in Pediatric Oncology: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):531-40. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0121

252. Surjadi M, Stringri-Murray S, Saxe JAM. Entrustable Professional Activities in Nurse Practitioner Education. *The Journal for Nurse Practitioners.* 2019;15(5):97-102. doi: 10.1016/j.nurpra.2018.12.030

253. Swami M, Case AA. Effective Palliative Care: What Is Involved? *Oncology.* 2018;32(4):180-4.

254. Sydoruk LP, Dzhuryak VS, Sydoruk AR, Levytska SA, Knut RP, Sokolenko MO, et al. Association of lipids' metabolism disorders with aldosterone synthase CYP11b2 (-344C/T) gene polymorphism in hypertensive patients depending on glomerular filtration rate. *Pharmacology On Line.* 2020;2:230-42.

255. Taleghani F, Ashouri E, Saburi M. Empathy, Burnout, Demographic Variables and their Relationships in Oncology Nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2017;22(1):41-5. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr\_66\_16

256. Taleghani F, Shahriari M, Alimohammadi N. Empowering Nurses in Providing Palliative Care to Cancer Patients: Action Research Study. *Indian J Palliat Care.* 2018;24(1):98-103. doi: 10.4103/IJPC.IJPC\_64\_17

257. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, et al. Evidence relating health care provider burnout and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2019;171(8):555-67. doi: 10.7326/M19-1152

258. Utne I, Småstuen MC, Nyblin U. Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway. *J Cancer Educ.* 2019;34(4):677-84. doi: 10.1007/s13187-018-1355-3

259. van Diggele C, Roberts C, Burgess A, Mellis C. Interprofessional education: tips for design and implementation. *BMC Med Educ* [Internet]. 2020[cited 2023 Dec 27];20(Suppl 2):455. Available from: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02286-z>

260. van Niekerk V. Relationship, helping and communication skills. In: van Rooyen, D, Jordan PJ, editors. *Foundations of Nursing Practice: Fundamentals of Holistic Care. African Edition. 2nd ed.* Edinburgh: Mosby Elsevier; 2016, p. 181-207.

261. van Schaik M, Kröger C, Zuidema L, Stolper M, Widdershoven G, Pashman HR, et al. Training nurses to facilitate and implement CURA in palliative care institutions: development and evaluation of a blended learning program. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2023[cited 2023 Dec 29];22(1):158. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10590004/pdf/12904\\_2023\\_Article\\_1284.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10590004/pdf/12904_2023_Article_1284.pdf) doi: 10.1186/s12904-023-01284-4

262. Wallerstedt B, Benzein E, Schildmeijer K, Sandgren A. What is palliative care? Perceptions of healthcare professionals. *Scand J Caring Sci.* 2019;33(1):77-84. doi: 10.1111/scs.12603

263. Watson M. *Oxford Handbook of Palliative Care.* Oxford University Press; 2019. 976 p.

264. Wolf AT, White KR, Epstein EG, Enfield KB. Palliative Care and Moral Distress: An Institutional Survey of Critical Care Nurses. *Crit Care Nurse.* 2019;39(5):38-49. doi: 10.4037/ccn2019645

265. Wolsky KL. Establishment of a Standard Definition of Practice Readiness: Academia's vS Practices' Registered Nurses Perceptions Related to nEw Graduate Nurse Competencies Within Alberta, Canada. Capella University ProQuest Dissertations Publishing; 2014.

266. World Cancer Research Fund International. Global cancer data by country [Internet]. World Cancer Research Fund International; 2020[cited 2023

Dec 29]. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/data-cancer-frequency-country>

267. World Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey [Internet]. Geneva: WHO; 2020[cited 2023 Dec 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240002319>

268. World Health Organization. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach [Internet]. Geneva: WHO; 2017[cited 2023 Dec 26]. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_R12-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R12-en.pdf)

269. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Geneva: WHO; 2016. 92 p.

270. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2014;28(2):130-4. doi: 10.3109/15360288.2014.911801

271. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Lisbon on the rights of the patients. Adopted by the 34th World Medical Assembly. Lisbon, Portugal. 1981.

272. Wu HL, Volker DL. Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care. *J Adv Nurs*. 2014;68(2):471-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05770.x

273. Xie W, Wang J, Zhang Y, Zuo M, Kang H, Tang P, et al. The levels, prevalence and related factors of compassion fatigue among oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2021;30(5-6):615-32. doi: 10.1111/jocn.15565

274. Yom E, Seo K. Influences of interpersonal problems and character of nurses on quality of nursing service. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2018;24(5):445-54. doi: 10.1111/jkana.2018.24.5.445

275. Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens RG. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):288-96. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009



## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Список публікацій здобувача

##### ***Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:***

1. Марчук ІВ, Тимофієва МП. Теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми паліативної компетентності медичних сестер. Україна. Здоров'я нації. 2021;4:63-8. doi: [10.24144/2077-6594.4.1.2021.247007](https://doi.org/10.24144/2077-6594.4.1.2021.247007) (здобувачка збрала наукові матеріали, проаналізувала та узагальнила дані, підготувала статтю до друку).

2. Тимофієва МП, Марчук ІВ, Марчук ОТ. Духовно-особистісна орієнтація практичної діяльності сестер медичних у роботі з паліативними пацієнтами. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2022;7:118-30. doi: [10.32999/2663-970X/2022-7-9](https://doi.org/10.32999/2663-970X/2022-7-9) (здобувачка збрала наукові матеріали, проаналізувала та узагальнила дані, підготувала статтю до друку).

3. Марчук І, Борисюк А, Тимофієва М, Марчук О. Психологічна підготовка сестер медичних до надання паліативної та хоспісної допомоги як фактор їхньої професіоналізації. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2023;10:317-37. doi: [10.32999/2663-970X/2023-10-16](https://doi.org/10.32999/2663-970X/2023-10-16) (здобувачка збрала наукові матеріали, проаналізувала та узагальнила дані, підготувала статтю до друку).

4. Марчук ІВ. Психологічний портрет «ідеальної» медсестри з паліативної допомоги з позицій суб'єктивного сприйняття пацієнтів і фахівців (частина 1). Медсестринство. 2023;2:70-8. doi: [10.11603/2411-1597.2023.2.14332](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2023.2.14332) (здобувачка збрала наукові матеріали, проаналізувала та узагальнила дані, підготувала статтю до друку).

5. Marchuk I, Tymofiiieva M. The psychological portrait of an «ideal» palliative care nurse, as perceived by patients and professionals and their subjective experiences. Innovations in the Education of the Future: Integration of Humanities, Technical and Natural Sciences: international collective monograph. Praga: FIT

STU in Prague, 2023: 328-339. doi: [10.5281/zenodo.10259802](https://doi.org/10.5281/zenodo.10259802) (здобувачка проаналізувала та статистично опрацювала дані, підготувала розділ монографії до друку).

6. Марчук ІВ. Взаємозв'язок метаболічних дизрегуляцій, ожиріння, патологій органів черевної порожнини, органів дихання, серцево-судинної системи та хронічних порушень нирок як потенційних чинників ризику розвитку злоякісних новоутворень у контексті паліативної медичної практики. Буковинський медичний вісник. 2024;28(1):56-60. doi: [10.24061/2413-0737.28.1.109.2024.9](https://doi.org/10.24061/2413-0737.28.1.109.2024.9) (здобувачка збирила наукові матеріали, проаналізувала та узагальнила дані, підготувала статтю до друку).

***Наукові праці, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:***

7. Тимофієва МП, Марчук ІВ. Актуалізація набуття фахових компетенцій майбутніми сестрами медичними для роботи у системі паліативної та хоспісної допомоги. In: Komarytskyu ML, editor. Proceedings of IX International Scientific and Practical Conference Priority directions of science and technology development; 2021 May 16-18; Kyiv, Ukraine. Kyiv; 2021, p. 175-8 (дисертантка провела дослідження, узагальнила результати, підготувала тези).

8. Тимофієва МП, Марчук ІВ. Комунікативна взаємодія сестер медичних з паліативними пацієнтами. In: Proceedings of the I International Scientific and Practical Conference Problemas y perspectivas de la aplicación de la investigación científica innovadora; 2021 Jun 11; Panama. República de Panamá. Panama; 2021, p. 210-1. doi: [10.36074/logos-11.06.2021.v1.62](https://doi.org/10.36074/logos-11.06.2021.v1.62) (здобувачка провела дослідження, узагальнила результати, підготувала тези).

9. Тимофієва МП, Марчук ІВ, Марчук ОТ. Духовний супровід на завершальному етапі життя. In: Proceedings of the XIX International Scientific and Practical Conference Modern problems in science; 2022 May 17-20; Vancouver, Canada. Vancouver; 2022, p. 362-6 (здобувачка провела дослідження, узагальнила результати, підготувала матеріали до публікації).

10. Marchuk IV. Theoretical and methodological analysis of approaches to the study of nurses' palliative competence. В: Матеріали 103-ї підсумкової наук.-

практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2022 Лют 07, 09, 14; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2022, с. 414-5 (*здобувачка провела дослідження, узагальнила результати, підготувала матеріали до публікації*).

11. Марчук ІВ. Фактори активізації професійної підготовки майбутніх сестер медичних в сфері паліативної допомоги. В: Матеріали підсумкової 104-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2023 Лют 06, 08, 13; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2023, с. 402-3 (*здобувачка провела дослідження, узагальнила результати, підготувала матеріали до публікації та доповідь*).

12. Марчук ІВ. Values and motivational aspects of professional readiness of medical nurses for palliative care. В: Матеріали підсумкової 105-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2024 Лют 06, 08, 13; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2024, с. 402-3 (*здобувачка провела дослідження, узагальнила результати, підготувала матеріали до публікації*).

***Список праць, які додатково відображають наукові результати дисертації:***

13. Марчук ОТ, Марчук ІВ. Перспективи практичної реалізації концептів неопатристичного напрямку терапевтичного богослов'я в українському медичному капеланстві. Освітній дискурс: збірник наукових праць. 2022;42(10-12):98-110. doi: [10.33930/ed.2019.5007.42\(10-12\)-10](https://doi.org/10.33930/ed.2019.5007.42(10-12)-10) (*здобувачка провела дослідження, узагальнила результати, підготувала статтю до друку*).

14. Марчук ІВ, Марчук О.Т. Базові патристичні ідеї: накреслення перспектив духовного супроводу в паліативній допомозі. В: II Міжнародній молодіжній конференції «Платон мені друг, але істина дорожча»: теоретико-практичні та методологічні аспекти розвитку сучасних гуманітарних наук; 2024 бер 1; Чернівці, 2024, с.243-5 (*здобувачка провела дослідження, узагальнила результати, підготувала тези*).

## ДОДАТОК Б

### Відомості про апробацію результатів дисертації

1. III національний конгрес з міжнародною участю з паліативної та хоспісної допомоги (online, 9-10 жовтня 2020).

Форма участі – доповідь.

2. Всеукраїнська науково-практична конференція (з міжнародною участю) «Інтеграція особистісно орієнтованого підходу в систему компетентної освіти» (Чернівці, 28 січня 2021).

Форма участі – доповідь, публікація тез.

3. The 9th International scientific and practical conference – Priority directions of science and technology development (Київ, May 16-18, 2021).

Форма участі – публікація тез.

4. The XIX International Scientific and Practical Conference «Modern problems in science» (Канада, May 17-20, 2022).

Форма участі – публікація тез.

5. I International Scientific and Practical Conference «Problemas y perspectivas de la aplicación de la investigación científica innovadora» (Панама, 11 червня 2021)

Форма участі – публікація тез.

6. 103-я, підсумкова науково-практична конференція з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 07,09,14 лютого 2022).

Форма участі – публікація тез.

7. 104-а, підсумкова науково-практичній конференція з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 06,08,13 лютого 2023).

Форма участі – доповідь, публікація тез.

8. 105-а, підсумкова НПК з міжнародною участю професорсько-викладацького складу БДМУ (Чернівці, 05,07,12 лютого 2024)

Форма участі – публікація тез.

## ДОДАТОК В

Повний текст авторської анкети для дослідження рівня професійної готовності медичних фахівців до надання паліативної і хоспісної допомоги

**Інструкція:** *Будь ласка, дайте відповіді на запитання. Якщо номер питання позначений знаком «о», то виберіть тільки один варіант відповіді, якщо «к» – можете обрати кілька варіантів відповідей, якщо немає позначки – напишіть свій варіант відповіді.*

1. «о»	Освітньо-кваліфікаційний рівень _____
2. «о»	<b>Стать:</b> Чоловік _____ Жінка _____
3. «о»	<b>Вік</b> _____ років
4. «о»	<b>Освіта:</b> Здобувач вищої освіти _____ Сестра медична _____ Інше _____
5. «о»	<b>Якщо ви відповіли на питання №4 – «здобувач вищої освіти», то перейдіть до питання №7</b> <b>Посада</b> _____
6. «о»	<b>Стаж роботи</b> _____ повних років
7. «о»	<b>Чи можете дати визначення терміну «паліатив»?</b> так _____ ні _____ частково _____
8. «о»	<b>Яке з наведених нижче визначень паліативної медицини вам здається найточнішим?</b> 1) допомога хворим з метою кардинального подолання хвороби; 2) допомога пристарілим хворим; 3) комплексна медико-психологічна допомога, спрямована на полегшення і розділення страждань пацієнта у ситуації невиліковної хвороби; 4) психологічна допомога при переживанні смерті.
9. «о»	<b>Чи знайоме вам визначення «інкурабельний пацієнт»?</b> так _____ ні _____ частково _____
10. «о»	<b>Виберіть найточніше визначення поняття «інкурабельний пацієнт»:</b> 1) особлива група пацієнтів, чия хвороба невиліковна, і їхній стан повністю виключає можливість не тільки лікування, але і тривалого підтримання життя;

	<p>2) онкологічні хворі;  3) хворі старечого віку;  4) пацієнти з особливими потребами (інвалідністю).</p>
11. «О»	<p><b>Чи ви колись доглядали за інкрабельними пацієнтами?</b>  так _____  ні _____</p>
12. «О»	<p><b>Чи погодились би Ви працювати у відділенні, де перебувають пацієнти, що потребують паліативної допомоги?</b>  так _____  ні _____  не знаю _____</p>
13. «О»	<p><b>Дайте оцінку рівню своїх знань у сфері паліативної медицини</b>  1. низький  2. середній  3. достатній  4. високий</p>
14. «О»	<p><b>Які з дисциплін, що формують професійні компетенції, надали найбільше знань у сфері паліативної медицини?</b>  1. Медсестринство в онкології  2. Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині  3. Основи медсестринства  4. Інше(напишіть) _____</p>
15. «О»	<p><b>Чи опанували Ви професійні навички з надання паліативної допомоги?</b>  так _____  ні _____  частково _____</p>
16. «К»	<p><b>Якщо – «так», «частково», то де Ви їх набули? Якщо ви відповіли «ні» на питання № 15, то перейдіть до питання № 17</b>  1. Під час проходження циклу спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти  2. Під час навчання в Чернівецькому медичному фаховому коледжі  3. Під час тематичного удосконалення на базі Івано-Франківського хос-пісу  4. Під час відвідування виїзних тренінгів, майстер-класів, конгресів  5. Інше(напишіть) _____</p>
17. «О»	<p><b>Якщо – «ні», то чи б хотіли Ви отримати спеціальні знання з надання паліативної допомоги?</b>  так _____  ні _____</p>
18. «К»	<p><b>Якщо – «так», то де на Вашу думку найоптимальніше отримати якісні знання у сфері паліативного супроводу? Якщо ви відповіли «ні» на питання № 15, то перейдіть до питання № 17</b>  1. Під час проходження циклу спеціалізації/удосконалення молодших медичних спеціалістів на курсах післядипломної освіти</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. На курсах тематичного удосконалення</li> <li>3. Під час додипломного навчання</li> <li>4. Під час відвідування виїзних тренінгів, майстер-класів, конгресів</li> <li>5. Інше(напишіть)</li> </ol>
19. «к»	<p><b>Які, на Вашу думку, основні якості повинні бути притаманні сестрі медичній у сфері паліативного догляду</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. доброта</li> <li>2. чуйність</li> <li>3. милосердя</li> <li>4. співпереживання</li> <li>5. спеціальні медичні знання з надання паліативного догляду</li> <li>6. терпіння</li> <li>7. інше (напишіть) _____</li> </ol>
20. «о»	<p><b>Яке із відомих у медичних колах висловлювань-настанов молодим фахівцям, на вашу думку, найбільше відповідає принципам паліативної медицини?:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Не нашкодь!</li> <li>2. Світи іншим, згораючи сам.</li> <li>3. Якщо ти не можешвилікувати пацієнта – полегши його страждання, якщо не можеш їх полегшити – розділи їх.</li> </ol>
21. «к»	<p><b>Як би ви назвали вид діяльності медичної сестри в паліативній медицині?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. догляд</li> <li>2. служіння</li> <li>3. опіка</li> <li>4. підготовка</li> <li>5. супровід</li> <li>6. лікування</li> <li>Інше _____</li> </ol>
22. «о»	<p><b>Виберіть з перерахованих нижче основні завдання медичної сестри з надання допомоги невиліковному, помираючому пацієнту:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Динамічний контроль симптомів, насамперед больового синдрому</li> <li>2. Загальний догляд із застосуванням нових технологій</li> <li>3. Організація терапевтичного простору для хворого</li> <li>4. Профілактика захворювань, пов'язаних з постільним режимом</li> <li>5. Психологічна підтримка пацієнта і родичів</li> <li>6. Навчання пацієнтів само- та взаємодопомозі</li> <li>7. Підтримка сім'ї після смерті родича</li> <li>8. Усі перераховані завдання важливі</li> <li>9. Жодне з перерахованих завдань не актуальне для медсестри у сфері паліативної допомоги</li> </ol>
23. «о»	<p><b>Чи є у вашому регіоні, де Ви проживаєте, виїзні консультативні бригади з надання паліативного догляду?</b></p> <p>так _____</p> <p>ні _____</p> <p>не знаю _____</p>
24. «о»	<p><b>З якого моменту повинна надаватися паліативна допомога пацієнту?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. з моменту встановлення діагнозу</li> <li>2. в останні тижні життя</li> <li>3. на вимогу пацієнта</li> </ol>

	4. на вимогу родичів чи близьких пацієнта 5. не знаю	
25. «о»	<b>Оцініть, будь ласка, за п'ятибальною шкалою, що стоїть на заваді розвитку паліативної медицини у Вашому регіоні? Чим більше погоджуєтесь з твердженням, тим вищий оберіть бал</b>	
		Бал (від 1 до 5)
	Недостатня поінформованість населення щодо можливості отримання паліативної допомоги	
	Недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я	
	Відсутність кваліфікованих кадрів з надання паліативного догляду	
	Помилкові уявлення про потреби помираючих пацієнтів	
	Відсутність підтримки органів державної влади у розвитку системи паліативної допомоги.	
26.	<b>Якщо Ви працюєте вкажіть, будь ласка, назву закладу охорони здоров'я, де саме</b> <hr/>	



## ДОДАТОК Г

Метод семантичного диференціалу у модифікованому варіанті: категорії оцінки різних типів сестри медичної так, як вони подавалися для фахівців

Дію суворо за інструкцією	3	2	1	0	1	2	3	Дію на власний розсуд, критично оцінюю ситуацію
Акуратна	3	2	1	0	1	2	3	Недбала
Ретельна	3	2	1	0	1	2	3	Безладна
Працюю механічно	3	2	1	0	1	2	3	Працюю з душею
Співчуваюча	3	2	1	0	1	2	3	Відсторонена
Незграбна	3	2	1	0	1	2	3	Вправна
Щира	3	2	1	0	1	2	3	Лицемірна
Відкрита	3	2	1	0	1	2	3	Скритна
Вдаю з себе когось	3	2	1	0	1	2	3	Залишаюся собою
Слідую ідеалу	3	2	1	0	1	2	3	Слідую реальним вимогам конкретної ситуації
Спокійна	3	2	1	0	1	2	3	Нервова
Терпляча	3	2	1	0	1	2	3	Дратівлива
Імпульсивна	3	2	1	0	1	2	3	Врівноважена
Люблю обговорювати особисті проблеми	3	2	1	0	1	2	3	Зосереджена на потребах пацієнта
Вважаю, що мої зусилля не оцінюються належно	3	2	1	0	1	2	3	Почуваюся гідно
Бридлива	3	2	1	0	1	2	3	Терпима
Охайна	3	2	1	0	1	2	3	Нечупара
Груба	3	2	1	0	1	2	3	Делікатна
Дисциплінована	3	2	1	0	1	2	3	Неорганізована
Осуджуюча	3	2	1	0	1	2	3	Розуміюча
У пацієнтів викликаю страх	3	2	1	0	1	2	3	У пацієнтів викликаю прихильність
Гурботлива	3	2	1	0	1	2	3	Неуважна
Добрий організатор	3	2	1	0	1	2	3	Поганий організатор
«Тепла»	3	2	1	0	1	2	3	«Холодна»
Уважна	3	2	1	0	1	2	3	Не помічаю деталей
Холоднокровна	3	2	1	0	1	2	3	Емоційна
Збуджена	3	2	1	0	1	2	3	Загальмована
Спокійна	3	2	1	0	1	2	3	Тривожна
Зацікавлена	3	2	1	0	1	2	3	Байдужа
Серйозна	3	2	1	0	1	2	3	Жартівлива
Умію і добре знаю багато	3	2	1	0	1	2	3	Умію і знаю дуже добре щось одне
Кмітлива	3	2	1	0	1	2	3	Нездогадлива
Демократична	3	2	1	0	1	2	3	Авторитарна
Енергійна	3	2	1	0	1	2	3	В'яла
Ділова	3	2	1	0	1	2	3	Неділова
Агресивна	3	2	1	0	1	2	3	Добра
Відповідальна	3	2	1	0	1	2	3	Безвідповідальна

Слабка	3	2	1	0	1	2	3	Сильна
Впевнена	3	2	1	0	1	2	3	Невпевнена
Усміхнена	3	2	1	0	1	2	3	Похмура

Примітка. Вибір значення 0 означає нейтральність, 1 - низький ступінь вираженості даної якості, 2 - середній ступінь, 3 - високий ступінь вираженості.

Кольорові позначення типів медсестер: Сестра-рутинер – 7 категорій; Сестра артистичного типу – 6 категорій; Первова сестра – 7 категорій; Сильна особистість -7 категорій; Сестра-мама- 7 категорій; Сестра-спеціаліст – 6 категорій

## ДОДАТОК Д

**Компоненти, показники і критерії експертного оцінювання професійної готовності здобувачів вищої медичної освіти до діяльності у сфері паліативної допомоги**

<b>Когнітивно-праксіологічний компонент професійної готовності</b>	
<u>Показники готовності:</u> * Рівень засвоєння фахових знань з паліативної медицини * Рівень сформованості фахових навичок догляду за інкурабельними пацієнтами * Відкритість новому, здатність вчитися і швидко орієнтуватися у ситуації	<u>Критерії оцінювання кожного показника:</u> Критично незадовільний рівень – 1 бал Незадовільний рівень – 2 бали Задовільний рівень – 3 бали Достатній рівень – 4 бали Високий рівень – 5 балів
<i>Максимальна кількість балів за когнітивно-праксіологічним компонентом - 15</i>	
<b>Особистісно-рефлексивний компонент професійної готовності</b>	
<u>Показники готовності:</u> * Емпатійність * Милосердя і толерантність * Усвідомлення рівня своєї фахової підготовки у сфері паліативної допомоги і професійна впевненість	<u>Критерії оцінювання кожного показника:</u> Якість/здатність проявляється вкрай рідко – 1 бал Якість/здатність проявляється рідко – 2 бали Якість/здатність проявляється час від часу – 3 бали Якість/здатність проявляється у більшості відповідних ситуацій – 4 бали Якість/здатність проявляється у всіх відповідних ситуаціях – 5 балів
<i>Максимальна кількість балів за особистісно-рефлексивним компонентом – 15</i>	
<b>Ціннісно-мотиваційний компонент професійної готовності</b>	
<u>Показники готовності:</u> * Мотивація професійної діяльності, пов'язана з бажанням лікувати хворих, полегшувати їхні страждання * Проявлений духовний потенціал особистості * Ціннісне ставлення до іншої особистості	<u>Критерії оцінювання кожного показника:</u> Такі мотиви і цінності проявляються вкрай рідко – 1 бал Такі мотиви і цінності проявляються рідко – 2 бали Такі мотиви і цінності проявляються час від часу – 3 бали Такі мотиви і цінності проявляються у більшості відповідних ситуацій – 4 бали Такі мотиви і цінності проявляються у всіх відповідних ситуаціях – 5 балів
<i>Максимальна кількість балів за ціннісно-мотиваційним компонентом – 15</i>	
<b>Соціально-комунікативний компонент професійної готовності</b>	
<u>Показники готовності:</u> * Уміння слухати і чути іншу людину * Здатність працювати у команді * Добрі організаторські здібності	<u>Критерії оцінювання кожного показника:</u> Уміння/здатність проявляється вкрай рідко – 1 бал Уміння/здатність проявляється рідко – 2 бали Уміння/здатність проявляється час від часу – 3 бали Уміння/здатність проявляється у більшості відповідних ситуацій – 4 бали Уміння/здатність проявляється у всіх відповідних ситуаціях – 5 балів
<i>Максимальна кількість балів за соціально-комунікативним компонентом – 15</i>	
Шкала експертних оцінок рівня професійної готовності здобувачів вищої медичної освіти до діяльності у сфері паліативної допомоги: <i>низький рівень – 12-24 бали; середній рівень – 25 – 48 балів; високий рівень – 49 – 60 балів</i>	

## ДОДАТОК Е

### ДОДАТОК Е.1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Директор  
 Новоселицького медичного фахового  
 коледжу  
  
 Ірина ПЛАЧНІГА  
 2024 р.

#### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи  
 аспіранта кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
 Буковинського державного медичного університету  
 Марчук Ірини Василівни

1. **Назва пропозиції до впровадження:** розвиток стійкості, витривалості, навичок рефлексії, самопідключування і саморегуляції для забезпечення психічного добробуту серед здобувачів фахової передвищої освіти.
2. **Автор:** Тимофієва Марина Пилипівна – доцент кафедри психології та філософії, Марчук Ірина Василівна – асистент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2. 58002. Україна.
4. **Джерела інформації:** Робоча навчальна програма з елективного курсу для здобувачів фахової передвищої освіти «Паліативна та хоспісна допомога».
5. **Впроваджено:** у освітній процес Чернівецького медичного фахового коледжу.
6. **Форма впровадження:** у матеріали лекцій та навчальної практики елективного курсу для здобувачів фахової передвищої освіти «Паліативна та хоспісна допомога» на додипломному рівні.
7. **Результати впровадження:** засвоєння принципів паліативної та хоспісної медицини, набуття компетентностей із медсестринського догляду за хворими та опіки в процесі лікування паліативних та інкурабельних пацієнтів різного віку, забезпечення якості життя та збереження людської гідності наприкінці життя пацієнта.
8. **Термін впровадження:** 2023-2024 рр.
9. **Зауваження та пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження**  
 Заступник директора з навчальної роботи



Ганна Москалюк

## ДОДАТОК Е.2

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Директор  
 КНП ВМР «Вашківецька лікарня  
 реабілітації та паліативної допомоги  
 з поліклінічним відділенням»  
 Олег МАМАЛИГА  
 « 29 » квітня 2024 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи  
 аспіранта кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
 Буковинського державного медичного університету  
 Марчук Ірини Василівни

1. **Назва пропозиції до впровадження:** розвиток стійкості, витривалості, навичок рефлексії, саморегуляції та збереження психічного здоров'я для забезпечення психічного добробуту сестер медичних.
2. **Автор:** Тимофієва Марина Пилипівна – доцент кафедри психології та філософії, Марчук Ірина Василівна – асистент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2. 58002. Україна.
4. **Джерела інформації:** Робоча навчальна програма з циклу спеціалізації молодших медичних спеціалістів, фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної освіти та магістрів з медсестринства «Паліативна та хоспісна допомога» спеціальність (кваліфікація) після циклу спеціалізації «сестра медична/ брат медичний з паліативної допомоги» тривалістю 180 годин.
5. **Впроваджено:** КНП ВМР «Вашківецька лікарня реабілітації та паліативної допомоги з поліклінічним відділенням»
6. **Результати впровадження:** засвоєння принципів паліативної та хоспісної медицини, набуття компетентностей із медсестринського догляду за хворими та опіки в процесі лікування паліативних та інкурабельних пацієнтів різного віку, забезпечення якості життя та збереження людської гідності наприкінці життя пацієнта.
7. **Термін впровадження:** 2023-2024 рр.
8. **Зауваження та пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження**

Головна сестра медична  
 КНП ВМР «Вашківецька лікарня  
 реабілітації та паліативної допомоги  
 з поліклінічним відділенням»



Ірина КУДРИК



## ДОДАТОК Е.3



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор  
Чернівецького медичного фахового  
коледжуФ. КУЗИК  
«04» 04 2024р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи  
аспіранта кафедри догляду за хворими та вашої медсестринської освіти  
Буковинського державного медичного університету  
Марчук Ірини Василівни

1. **Назва пропозиції до впровадження:** розвиток стійкості, витривалості, навичок рефлексії, самопіклування і саморегуляції для забезпечення психічного добробуту серед здобувачів фахової передвищої освіти.
2. **Автор:** Тимофієва Марина Пилипівна – доцент кафедри психології та філософії, Марчук Ірина Василівна – асистент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2. 58002. Україна.
4. **Джерела інформації:** Робоча навчальна програма з циклу спеціалізації молодших медичних спеціалістів, фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної освіти та магістрів з медсестринства «Паліативна та хоспісна допомога» спеціальність (кваліфікація) після циклу спеціалізації «сестра медична/ брат медичний з паліативної допомоги»; Робоча навчальна програма з елективного курсу для здобувачів фахової передвищої освіти «Паліативна та хоспісна допомога».
5. **Впроваджено:** у освітній процес Чернівецького медичного фахового коледжу.
6. **Форма впровадження:** у матеріали лекцій та навчальної практики елективного курсу для здобувачів фахової передвищої освіти «Паліативна та хоспісна допомога» на додипломному рівні та циклу спеціалізації «Паліативна та хоспісна допомога» на післядипломному рівні.
7. **Результати впровадження:** засвоєння принципів паліативної та хоспісної медицини, набуття компетентностей із медсестринського догляду за хворими та опіки в процесі лікування паліативних та інкурабельних пацієнтів різного віку, забезпечення якості життя та збереження людської гідності наприкінці життя пацієнта.
8. **Термін впровадження:** 2023-2024 рр.
9. **Зауваження та пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження**  
Заступник директора з навчальної роботи

Тетяна БОЙЧУК

## ДОДАТОК Е.4



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи  
аспіранта кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
Буковинського державного медичного університету  
Марчук Ірини Василівни

1. **Назва пропозиції до впровадження:** розвиток стійкості, витривалості, навичок рефлексії, саморегуляції та збереження психічного здоров'я для забезпечення психічного добробуту сестер медичних.
2. **Автор:** Тимофієва Марина Пилипівна – доцент кафедри психології та філософії, Марчук Ірина Василівна – асистент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2. 58002. Україна.
4. **Джерела інформації:** Робоча навчальна програма з циклу спеціалізації молодших медичних спеціалістів, фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної освіти та магістрів з медсестринства «Паліативна та хоспісна допомога» спеціальність (кваліфікація) після циклу спеціалізації «сестра медична/ брат медичний з паліативної допомоги» тривалістю 180 годин.
5. **Впроваджено:** КНП «Сторожинецька БЛІЛ» .
6. **Результати впровадження:** засвоєння принципів паліативної та хоспісної медицини, набуття компетентностей із медсестринського догляду за хворими та опіки в процесі лікування паліативних та інкурабельних пацієнтів різного віку, забезпечення якості життя та збереження людської гідності наприкінці життя пацієнта.
7. **Термін впровадження:** 2023-2024 рр.
8. **Зауваження та пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження**

Заступник медичного директора  
з медсестринства  
КНП «Сторожинецька БЛІЛ»

Людмила КУДРЯВЦЕВА

## ДОДАТОК Е.5



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи  
аспіранта кафедри догляду за хворими та вашої медсестринської освіти  
Буковинського державного медичного університету  
Марчук Ірини Василівни

1. **Назва пропозиції до впровадження:** розвиток стійкості, витривалості, навичок рефлексії, саморегуляції та збереження психічного здоров'я для забезпечення психічного добробуту сестер медичних.
2. **Автор:** Тимофієва Марина Пилипівна – доцент кафедри психології та філософії, Марчук Ірина Василівна – асистент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2. 58002. Україна.
4. **Джерела інформації:** Робоча навчальна програма з циклу спеціалізації молодших медичних спеціалістів, фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної освіти та магістрів з медсестринства «Паліативна та хоспісна допомога» спеціальність (кваліфікація) після циклу спеціалізації «сестра медична/ брат медичний з паліативної допомоги» тривалістю 180 годин.
5. **Впроваджено:** КНП «Путильська багатопрофільна лікарня» .
6. **Результати впровадження:** засвоєння принципів паліативної та хоспісної медицини, набуття компетентностей із медсестринського догляду за хворими та опіки в процесі лікування паліативних та інкурабельних пацієнтів різного віку, забезпечення якості життя та збереження людської гідності наприкінці життя пацієнта.
7. **Термін впровадження:** 2023-2024 рр.
8. **Зауваження та пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження**

Головна сестра медична  
КНП «Путильська багатопрофільна лікарня»

Ірина Михайлюк



## ДОДАТОК Е.6



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи  
 аспіранта кафедри догляду за хворими та вашої медсестринської освіти  
 Буковинського державного медичного університету  
 Марчук Ірини Василівни

1. **Назва пропозиції до впровадження:** розвиток стійкості, витривалості, навичок рефлексії, саморегуляції та збереження психічного здоров'я для забезпечення психічного добробуту сестер медичних.
2. **Автор:** Тимофієва Марина Пилипівна – доцент кафедри психології та філософії, Марчук Ірина Василівна – асистент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2. 58002. Україна.
4. **Джерела інформації:** Робоча навчальна програма з циклу спеціалізації молодших медичних спеціалістів, фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної освіти та магістрів з медсестринства «Паліативна та хоспісна допомога» спеціальність (кваліфікація) після циклу спеціалізації «сестра медична/ брат медичний з паліативної допомоги» тривалістю 180 годин.
5. **Впроваджено:** КНП «СторожинецькаБЛЛ» .
6. **Результати впровадження:** засвоєння принципів паліативної та хоспісної медицини, набуття компетентностей із медсестринського догляду за хворими та опіки в процесі лікування паліативних та інкурабельних пацієнтів різного віку, забезпечення якості життя та збереження людської гідності наприкінці життя пацієнта.
7. **Термін впровадження:** 2023-2024 рр.
8. **Зауваження та пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження**

Головна сестра медична  
 КНП «Центр «ПРОМІНЬ ЗДОРОВ'Я»

Яніна БАСАРАБ

## ДОДАТОК Е.7



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи  
аспіранта кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
Буковинського державного медичного університету  
Марчук Ірини Василівни

1. **Назва пропозиції до впровадження:** розвиток стійкості, витривалості, навичок рефлексії, саморегуляції та збереження психічного здоров'я для забезпечення психічного добробуту серед здобувачів фахової передвищої освіти та слухачів післядипломної освіти.
2. **Автор:** Тимофієва Марина Пилипівна – доцент кафедри психології та філософії, Марчук Ірина Василівна – асистент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2. 58002. Україна.
4. **Джерела інформації:** Робоча навчальна програма з циклу спеціалізації молодших медичних спеціалістів, фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем (короткий цикл) та першим (бакалаврським) рівнем вищої медичної освіти та магістрів з медсестринства «Паліативна та хоспісна допомога» спеціальність (кваліфікація) після циклу спеціалізації «сестра медична/ брат медичний з паліативної допомоги»; Робоча навчальна програма з елективного курсу для здобувачів фахової передвищої освіти «Паліативна та хоспісна допомога».
5. **Впроваджено:** у освітній процес кафедри медико - профілактичних дисциплін та лабораторної діагностики КЗВО «Рівненська медична академія».
6. **Форма впровадження:** у матеріали лекцій та навчальної практики елективного курсу «Паліативна та хоспісна допомога» для здобувачів вищої освіти спеціальності "223 Медсестринство" I та II освітніх рівнів.
7. **Результати впровадження:** засвоєння принципів паліативної та хоспісної медицини, набуття компетентностей із медсестринського догляду за хворими та опіки в процесі лікування паліативних та інкурабельних пацієнтів різного віку, забезпечення якості життя та збереження людської гідності наприкінці життя пацієнта.
8. **Термін впровадження:** 2023-2024 рр.
9. **Зауваження та пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження**  
Декан медико-фармацевтичного факультету  
Рівненської медичної академії

Лариса КОРОБКО

## ДОДАТОК Е.8



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи  
 аспіранта кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
 Буковинського державного медичного університету  
 Марчук Ірини Василівни

1. **Назва пропозиції до впровадження:** розвиток стійкості, витривалості, навичок рефлексії, самопіклування і саморегуляції для забезпечення психічного добробуту серед здобувачів фахової передвищої освіти.
2. **Автор:** Тимофієва Марина Пилипівна – доцент кафедри психології та філософії, Марчук Ірина Василівна – асистент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2. 58002. Україна.
4. **Джерела інформації:** Елективний курс для здобувачів фахової передвищої освіти «Паліативна та хоспісна допомога».
5. **Впроваджено:** у освітній процес Старобільського медичного фахового коледжу.
6. **Форма впровадження:** у матеріали лекцій та навчальної практики елективного курсу для здобувачів фахової передвищої освіти «Паліативна та хоспісна допомога» на додипломному рівні та циклу спеціалізації «Паліативна та хоспісна допомога» на післядипломному рівні.
7. **Результати впровадження:** засвоєння принципів паліативної та хоспісної медицини, набуття компетентностей із медсестринського догляду за хворими та опіки в процесі лікування паліативних та інкурабельних пацієнтів різного віку, забезпечення якості життя та збереження людської гідності наприкінці життя пацієнта.
8. **Термін впровадження:** 2023-2024 рр.
9. **Зауваження та пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження**

Заступник директора  
 з навчально-виховної роботи

Юлія Кобиляцька