

розробки та залучення сучасних методів викладання матеріалу, спроможних ефективно сприяти досягненню якісно кращих результатів навчальної діяльності, завдяки активному співробітництву викладача та лікаря-інтерна, що неодмінно надасть можливість професійного становлення молоді у різноманітних галузях.

Література:

1. Abell Derek. What Makes a Good Case? / Abell Derek // Echo Autumn / Fall. – 2021. – № 17. – С. 4-7.
2. Баханов К. О. Інтерактивне навчання / К. О. Баханов // Історія в школах України. – 2018. – № 2. – С. 31-36.
3. Луцик І. Г. Використання інтерактивних методів як засіб створення інтенсивного освітнього середовища / І. Г. Луцик // Нові технології навчання. – 2019. – № 46. – С. 59-63.
4. Рейнгольд Л. В. За пределами CASE – технологий / Л. В. Рейнгольд // Компьютер. – 2020. – № 13. – С. 12-14.

*Козинець Олександр
Володимирович,
кандидат педагогічних наук,
доцент, доцент кафедри логопедії
та логопсихології, Український
державний університет
імені Михайла Драгоманова*

*Шевчук Ольга Михайлівна,
магістр кафедри логопедії та
логопсихології, Український
державний університет
імені Михайла Драгоманова*

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МУЛЬТИМЕДІЙНОЇ КОМАНДИ В ІНСУЛЬТНОМУ ЦЕНТРІ З ХВОРИМИ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Інтернет-адреса публікації на сайті:

<http://www.spilnota.net.ua/ua/article/id-4206/>

За даними МОЗ, у 2018 році в Україні офіційно зареєстровано 96 319 випадків інсульту (274,1 на 100 тис. населення), у 2019 році — 97 805 (279,6), у 2020 році — 96 978 (278,7). У розвинутих країнах Європи цей показник становить 200 випадків інсульту на 100 тис. жителів. Близько третини хворих на інсульт в Україні (33-36%) — люди працездатного віку.

У нашій країні 30-40% пацієнтів з інсультом помирають протягом перших 30 днів і до 50% протягом року від початку захворювання, 20-40% тих, хто вижив, стають залежними від сторонньої допомоги, і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя [6].

На сьогоднішній день найкращі результати в лікуванні інсультних хворих досягаються в інсультних блоках. Дослідження показали, що ведення пацієнтів з інсультом мультидисциплінарною групою спеціалістів знижує смертність і функціональні порушення на 30%. Інсультні блокади знижують смертність та інвалідність у 10 разів ефективніше, ніж застосування будь-яких лікарських засобів [1, с. 21].

Інсультне відділення (далі ІВ) — це підрозділ лікарні або частина відділення, в якому перебувають лише або більшість пацієнтів з інсультом. Особливостями інсультних відділень є наявність спеціально підготовленого персоналу, мультидисциплінарний підхід до лікування та догляду. Існують різні типи інсультних відділень: гострого інсультного відділення, комбінованого гострого та реабілітаційного відділення, реабілітаційного інсультного відділення та мобільних інсультних бригад, організованих у лікарнях, де немає інсультного відділення [3]. В Україні існує близько десятка спеціалізованих інсультних відділень або інсультних відділень, у яких працюють мультидисциплінарні команди та дотримуються протоколів лікування, що базуються на та міжнародні клінічні рекомендації з лікування інсульту та базуються на принципах доказової медицини. Це рання КТ/МТР нейровізуалізація головного мозку, системний тромболізис при ішемічному інсульті, якщо була можлива госпіталізація пацієнта в терапевтичному вікні (протягом 4,5 годин від початку інсульту), рання мобілізація та інтенсивна реабілітація пацієнта. У розвинених країнах госпіталізація в інсультні відділення вже стала «золотим стандартом». У Великобританії дев'ять із десяти пацієнтів з інсультом лікуються у відділеннях невідкладної допомоги. У Німеччині близько 300 інсультних центрів, туди потрапляє 90% пацієнтів з інсультом. У Польщі близько 200 ІВ лікують близько 80% пацієнтів із гострим інсультом. В Україні, на жаль, лише 0,2% українців з інсультом потрапляють до спеціалізованих судинних відділень [5, 6].

Мультидисциплінарна команда ІВ включає невролога, медсестер, лікаря з фізкультури, ерготерапевта, логопеда та соціального працівника. Робота мультидисциплінарної команди — це спільне обстеження та оцінка стану пацієнта та ступеня дисфункції; створення адекватного середовища для пацієнта залежно від його особливих потреб; спільне обговорення пацієнтів не рідше одного разу на тиждень; загальне встановлення цілей реабілітації; планування виписки [1; 2; 3].

Лікуючий невропатолог ставить діагноз, визначає прогноз, призначає лікування, консультує, спостерігає динаміку хворого. **Медсестри** перебувають з хворим 24 години на добу та стежать за життєвоважливими та неврологічними функціями, забезпечують правильне положення хворого та часту зміну його положення в ліжку. Вони стежать за тим, щоб догляд за шкірою, умивання, чистка зубів, догляд за волоссям, прийом їжі (часто годування через зонд та гастростому) та користування туалетом здійснювалися належним чином. Медсестри беруть участь в обговоренні з членами бригади разом з пацієнтом та його родичами поставленої мети реабілітації та шляхів їх досягнення [1; 5].

Молодші медичні працівники допомагають у догляді за пацієнтами, підготовці до процедур, забезпечують їх транспортування та підготовку до операції та лікування. Молодший медичний працівник підтримує чистоту в кабінетах, палатах та інших медичних приміщеннях. **Фізіотерапевт** оцінює рухові здібності пацієнта, порушення цих функцій, з'ясовує причини порушень та застосовує прийоми, спрямовані на відновлення рівноваги та нормальних рухових стереотипів, необхідних для різних рухів. Роль фізіотерапевтів у тому, щоб забезпечити хворому рух, необхідний для різних видів діяльності [1; 2].

Ерготерапевт — професіонал, який допомагає людям досягти максимального рівня функціонування та незалежності у всіх аспектах життя. Ерготерапевти працюють безпосередньо з фізіотерапевтами, медсестрами, родичами та іншими членами команди, щоб допомогти пацієнту відновити навички повсякденної діяльності та максимізувати свої життєві цілі, у тому числі ролі в сім'ї та суспільстві. **Кабінет трудотерапевта**, який повинен бути обладнаний кухнею (плита, мікрохвильова піч, холодильник, кухонна мийка для миття посуду, письмовий стіл, шафа для одягу), прасувальна дошка та праска, меблі для зберігання техніки [1; 3].

Логопед — фахівець, який займається порушеннями мовленнєвої комунікації (афазії, алалії, дислалії, дизартрії тощо) Логопед повинен обстежити й вести пацієнтів з порушеннями ковтання (40% хворих що перенесли інсульт страждають дисфагією). Якщо встановлено, що у хворого порушено ковтання і він не може приймати їжу, то поруч з його ліжком має бути вивішена табличка «Нічого в рот не давати!» [1; 5; 6]. Логопед допомагає у спілкуванні, незважаючи на наявні у хворого порушення мовлення та дисфазію, проводить заняття на розгальмовування мовлення, відновлення комунікації. Допомагає родичам правильно проводити заняття з відновлення мовлення в домашніх умовах.

Соціальний працівник допомагає пацієнтам отримати фінансову та матеріальну допомогу від держави чи благодійних організацій, на які мають право пацієнти, придбати обладнання та адаптувати середовище для своїх потреб [1, с. 22]. Пацієнтів слід активізувати якомога раніше і якнайчастіше, переважно протягом 24 годин після початку інсульту, якщо немає протипоказань. Ранній початок реабілітації — відразу після стабілізації основних життєвих функцій (гемодинаміки, дихання) — позитивно впливає відновленню функцій [3]. Крім того, це сприяє запобіганню падіння хворих, а також виникненню можливих ускладнень, таких як пролежні, контрактури, больовий синдром, аспіраційна пневмонія, дисфункція тазових органів. У разі неможливості активної участі хворого у реабілітаційних заходах (при порушенні свідомості) на ранніх стадіях захворювання проводять заходи, спрямовані насамперед на попередження розвитку таких ускладнень як пневмонія, пролежні, тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок [4]. Як показано в одному з досліджень, ускладнення, пов'язані з іммобілізацією, спричинили смерть 51% хворих з ішемічним інсультом. На жаль, в Україні є відділення, де смертність хворих на інсульт досягає 100% [4, 6].

Тож мультидисциплінарний підхід і своєчасна реабілітація в інсультних відділеннях знижує кількість судинних ускладнень, смертність, покращує функціональні результати, підвищує мобільність і незалежність від сторонньої допомоги, а також якісно змінює рівень психологічної та соціальної адаптації пацієнтів. У нашій країні ми повинні прагнути збільшити кількість інсультних блоків та спеціалізованих інсультних відділень, які б ефективно лікували та реабілітували хворих на інсульт мультидисциплінарною командою.

Література:

1. Актуальна неврологія (обрані лекції) / О. В. Ткаченко, О. В. Новікова, В. В. Оржешковський та ін.; за ред. проф. О. В. Ткаченко. Київ : Атіка, 2012. 96 с.
2. Баришок Т. В. Засоби відновлення рівноваги постінсультних хворих: науково-доказова база. *IV Всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи : матер. наук.-практ. конф.* Львів : Літограф, 2016. С.54.
3. Беляєва Н.М. Медико-соціальна реабілітація при хворобах центральної та периферичної нервової системи / Н. М. Беляєва, О. Б. Яворенко, І. В. Куриленко. *IV Всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи : матер. наук.-практ. конф.* Львів : Літограф, 2016. С. 28

4. Здесенко І. В. Реабілітація хворих з постінсультними когнітивними та депресивними розладами / І. В. Здесенко. *IV Всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи : матер. наук.-практ. конф.* Львів : Літограф, 2016. С.47.
5. Зозуля І. С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // *Український медичний часопис*. 2011. № 5. С. 38-41.
6. Купріненко Н. Деякі питання організації допомоги хворим на інсульт в Україні та світі. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2015. № 2 (72). С. 129-132.

*Кулакова Аліна Вікторівна,
студентка, Рівненський
державний гуманітарний
університет*

*Науковий керівник:
Нечипорук Любов Іванівна,
кандидат педагогічних наук,
доцент, Рівненський
державний гуманітарний
університет*

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ БУЛІНГУ В РОБОТІ СОЦІАЛЬНОГО ПЕДАГОГА ШКОЛИ

Інтернет-адреса публікації на сайті:

<http://www.spilnota.net.ua/ua/article/id-4238/>

В результаті ускладнення ситуації в соціально-політичній, економічній, освітній та інших сферах суспільного життя внаслідок війни в Україні рівень насильства в суспільстві зріс. Підвищення агресії в суспільстві є каталізаторами його подальшого розповсюдження і в дитячому середовищі. Проблема насильства та цькування надзвичайно актуальна серед підлітків, а їх наслідки негативно впливають фізичне й психічне здоров'я школярів.

Найбільш поширеною формою насильства в шкільному середовищі є булінг. В Законі України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо протидії булінгу (цькуванню)» поняття булінгу