

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра педіатрії та медичної генетики

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
за спеціальністю І5 МЕДСЕСТРИНСТВО

на тему:

УДК: 616.33/.34-008-053.2

**«Організаційно-функціональна сестринська модель профілактики
захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей»**

Виконала:

здобувач вищої освіти медико-психологічного
факультету за спеціальністю Медсестринство
Чаглей Юлія Григорівна

Науковий керівник - доктор медичних наук,
професор Сорокман Таміла Василівна

Рецензент – кандидат медичних наук, доцент
кафедри педіатрії та медичної генетики
Хлуновська Людмила Юріївна

Рецензент - кандидат медичних наук, доцент
кафедри педіатрії та дитячих інфекцій
Сажин Сергій Іпполітович

Чернівці – 2025

ABSTRACT

Organizational-functional nursing model of prevention of diseases of the gastrointestinal tract in children

Background. Diseases of the digestive system occupy one of the leading places in somatic pathologies of childhood and adolescence. The prevalence of chronic pathology of the stomach and duodenum, liver and biliary tract is increasing both in Ukraine and in other countries of the world.

The structure of the pathology of the digestive system includes anomalies and developmental defects, functional disorders, organic pathology, malignant neoplasms. Functional disorders of the digestive system mainly occur in young children, and in older children and adolescents - inflammatory, organic diseases of the stomach and intestines. The seasonality of the development and exacerbation of these diseases is characteristic.

Timely prevention of pathology of the digestive system in the most risky period of development of the child's body can affect the manifestation of pathology in subsequent years. Nurses play an extraordinary role in the prevention of diseases and in the formation of a healthy lifestyle. They should be able to assess the patient's health and determine the risks of developing pathology.

Despite the available and accessible resources for patient education, the issue of a clear algorithm for the interaction "nurse - patient" remains open due to the lack of a clear organizational mechanism for managing the quality of their education and monitoring the educational level. This is what gives rise to the study of a new model of teaching gastroenterological patients with the participation of a nurse with her direct patronage of this process.

The purpose: to increase the effectiveness of the prevention of gastrointestinal diseases in children by involving a nurse in teamwork.

Scientific novelty. The results of the qualification study will allow expanding scientific data on the prevalence of digestive system pathology in childhood and the role of a nurse in organizing training and prevention.

The work analyzes the structure of digestive system pathology in children of the Chernivtsi region, identifies the main elements of nursing care for patients with a gastroenterological profile.

For the first time, an organizational and functional model of control and assessment of the activities of a nurse in a gastroenterology department has been developed and substantiated, which includes an assessment of the activities of the nursing service of the department as a whole and, directly, of each nurse.

Practical significance. The obtained indicators and generalized data will be useful in preparing reports, educational and methodological recommendations that can be applied in the pedagogical process during the professional training of future nursing specialists, used in the practical work of medical nurses/brothers as instructions for increasing the effectiveness of the prevention of digestive system pathology in children and adolescents. The conducted research formed the basis for the development of a nursing curriculum for conducting classes in the "Children's Gastroschool" and "Memoir" for children and parents.

Results. Indicators of the structure of digestive system diseases among children and adolescents of Chernivtsi region show that chronic gastritis (CG) and gastroduodenitis (GD) are in the first place, while there is no significant difference with functional disorders, which are in the second place of digestive system pathology. Chronic cholecystitis (CC), chronic cholangitis (CCL) occupy the third place, and gastric and duodenal ulcers occupy the fourth place. In general, the prevalence of GD among children of Chernivtsi region is 138.8‰ (in Ukraine - 152‰) and has been growing in dynamics over the past ten years. The prevalence of VH among children of Chernivtsi region is determined as 0.33‰ (in Ukraine - 0.40‰). When assessing the dynamics of the prevalence of VH in children of Chernivtsi region in recent years, fluctuations in indicators from 0.19 to 0.50‰ were found.

In general, no specific patterns of the prevalence of CGDP have been established for the period 2020-2024. However, in recent years, CGDP has been significantly more common among children in Chernivtsi compared to children in the

Chernivtsi region. This pattern of the prevalence of pathology was established due to an increase in the prevalence of CGDP and VH among children in the city. Thus, during 2020-2024, a significant increase in the prevalence of these nosologies among children in Chernivtsi was noted. Pain syndrome was diagnosed in all children aged 12-18, while in patients aged 7-11 years only in 87.5% ($p < 0.05$). However, we did not establish a significant difference in the frequency of dyspeptic and intoxication syndromes in children of different age subgroups. It is worth noting that a more pronounced clinical picture of the disease was generally observed in patients with Helicobacter-associated peptic ulcer disease. A significant difference was noted in the frequency of asthenovegetative and dyspeptic syndromes: 74.5% and 61.5% ($p < 0.05$) and 84.3% and 76.9% ($p < 0.05$), respectively. We did not find any gender difference in the frequency of the main syndromes of the disease ($p > 0.05$). In boys and girls, the first in frequency was pain syndrome (97.1% and 100.0%, respectively, $p > 0.05$), the second – dyspeptic 83.8% and 83.0% respectively, $p > 0.05$), on the third – asthenovegetative (73.5% and 72.3% respectively, $p > 0.05$). According to the results of the study, we identified the main problems of children with pathology of the digestive system: physiological and psychological.

To draw up an individual plan of nursing interventions, patients were invited for their approval. All problems that were presented, and with which the patient agreed, were ranked in order of their importance, starting with the most important and then in order.

The results of the survey showed that sick children considered the doctor to be the main source of information about the disease (68.5%), 10.2% of patients received information about their disease from a nurse, the rest - 24% from other sources (social networks, acquaintances, etc.).

According to the results of the questionnaire, it was found that a high degree of achievement of the goal of nursing care was achieved in 19.8%, an average degree - in 75.5%, a low degree - in 4.7%.

The assessment of the patient's reaction to nursing interventions, medical staff, treatment, satisfaction with the fact of staying in the hospital was distributed as

follows: most patients (77.9%) were satisfied with nursing interventions and treatment and rated them as "good".

Individual patients (4.7%) were partially satisfied and rated them as "satisfactory", and a proportion of sick children (2.3%) were dissatisfied and rated them as "unsatisfactory) and only 15.1% of sick children were very satisfied and rated them as "excellent". The effectiveness of the impact of nursing manipulations was assessed as good, since in 89.7% the clinical symptoms of diseases decreased, the psycho-emotional state and general well-being improved.

The study showed that a nurse spends most of her time fulfilling medical prescriptions (24%), and 21% is spent on working with documentation.

It is noteworthy that very little time is devoted to direct patient care (9%), although this type of activity should occupy one of the leading places, since it greatly affects the results of nursing care. Auxiliary work takes up another 15% of working time.

According to 28.4% of respondents, the assessment of the activities of each hospital nurse should be carried out once every 3 months, 26.3% - once a month, 23.8% - once every 6 months, 20.5% - once a year.

According to the results of the survey, 24.5% of nurses believe that the examination should be carried out by the head nurse (deputy chief physician for nursing), 75.5% - by a commission of several specialists.

The majority (71.4%) of respondents believe that it is best to receive reliable information about patients' assessment of the quality of nursing staff work through direct communication with patients during administrative rounds.

Respondents were asked to evaluate the significance of factors on a 5-point scale (5 is the maximum, 1 is the minimum) when assessing the activities of nurses in the pediatric gastroenterology department.

14 factors were proposed for assessment:

sanitary and epidemiological well-being of the department;

quality of patient care; quality of prescription fulfillment; quality of documentation;

compliance with the rules for working with medications;
material and technical equipment;
staffing of nursing posts by individuals;
availability of qualification categories among nurses in the department;
level of knowledge of nurses in the department, identified during control (testing, assessment, interview, etc.);
opinion of patients in the department about the work of nurses in the department;
opinion of the head of the department and doctors;
number of complications associated with poor-quality work of nurses (bedsores, post-injection abscesses, etc.);
organization of work of nurses (equipment of workplace, clear internal regulations, division of duties);
information and methodological support of nurses' activities (availability of methodological recommendations, standards, instructions, protocols, etc. at workplaces).

The most significant factors in assessing the quality of nursing care, according to managers, are: quality of execution of medical prescriptions, quality of patient care, sanitary and epidemiological well-being of the department, compliance with the rules of work with medicines, including subject-quantitative accounting.

Nurses identified the following factors as the most significant in monitoring and assessing the activities of nursing staff: quality of execution of medical prescriptions; compliance with the rules of work with medicines, including subject-quantitative accounting, subject to; sanitary and epidemiological well-being of the department; organization of work of nurses; information and methodological support of nurses' activities; quality of patient care.

Analysis of the results of the patient survey showed that most patients rated the following factors with the maximum number of points, while making some corrections to their list: compliance by the nurse with all work rules that ensure patient safety during procedures, the level of professional knowledge and skills of the

nurse, timely and complete fulfillment of medical prescriptions by the nurse, friendly and attentive attitude of the nurse to the patient. Based on the results obtained, we proposed an organizational and functional model of control and evaluation of the activities of nursing staff in hospital medical departments. The model includes control subjects, control tools, a procedure for evaluating the activities of the nursing service in general and each medical department directly.

nurses. The most important element of the model is patient satisfaction with nursing care. An organizational and functional model of monitoring and evaluating the activities of nursing staff in a pediatric gastroenterology department has been developed and substantiated.

The model includes control subjects, control tools, a procedure for evaluating the activities of the nursing staff of the department as a whole and each nurse directly.

The most important element of the model is patient satisfaction with nursing care.

Some of the surveyed nurses have communication problems: clearly uncommunicative 10% (> 30 points), partially communicative 13.3% (> 25 points), satisfactorily communicative 20% (> 19 points), communicative 40% (> 14 and <9 points), "painfully communicative" 16.6% (0-8 points).

Thus, almost 40% of nurses need to improve their communicative competence, which must be taken into account in the professional training of these specialists. A survey of patients' parents also revealed insufficient awareness of the causes of digestive tract pathology and its prevention. Based on the results of the study, a memorandum was compiled on the prevention of digestive system diseases in children and a "Children's Gastro School" was organized for patients and their parents.

96.9% of children and adolescents who completed the training course at the "Children's Gastro School" noted the necessity, satisfaction and importance of this training. Only 3.1% of the training participants were partially satisfied.

Keywords: children, pathology of the digestive system, nurses/brothers, prevention, organizational-functional nursing model.

АНОТАЦІЯ

Організаційно-функціональна сестринська модель профілактики захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей

Актуальність. Захворювання дигестивної системи займають одне з провідних місць у соматичні патології дитячого та підліткового віку. Розповсюдженість хронічної патології шлунка та дванадцятипалої кишки, печінки та міліарних шляхів зростає як в Україні, так і в інших країнах світу.

До структури патології дигестивної системи входять аномалії та вади розвитку, функціональні розлади, органічна патологія, злоякісні новоутвори. Функціональні розлади дигестивної системи переважно трапляються у дітей молодшого віку, а у дітей старшого віку та підлітків - запальні, органічні хвороби шлунк та кишки. Характерною є сезонність розвитку та загострення цих захворювань.

Своєчасна профілактика патології дигестивної системи у найбільш ризикований період розвитку організму дитини зможе вплинути на прояв патології в наступні роки. Надзвичайну роль у профілактиці захворювань, у формуванні здорового способу життя відіграють медичні сестри. Саме вони повинні вміти оцінити стан здоров'я пацієнта та визначити ризики розвитку патології.

Попри наявні та доступні ресурси для навчання пацієнтів питання чіткого алгоритму взаємодії «медична сестра – пацієнт» залишається відкритим через відсутність чіткого організаційного механізму управління якістю їх освіти та моніторингу освітнього рівня. Саме це дає підставу для дослідження нової моделі навчання пацієнтів гастроентерологічного профілю за участю медичної сестри з її безпосереднім патронажем даного процесу.

Мета дослідження: підвищити ефективність профілактики захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей шляхом залученням медичної сестри до командної роботи.

Задачі:

1. Дослідити поширеність та структуру захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей.
2. Визначити основні проблеми пацієнтів дитячого віку із патологією шлунково-кишкового тракту
3. Оцінити роль медичної сестри – бакалавра у підвищенні ефективності профілактики захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей.

Методи дослідження: епідеміологічний, клінічний, статистичний (обробка методів дослідження за загальноприйнятими методами статистики).

Наукова новизна. Результати кваліфікаційного дослідження дадуть змогу розширити наукові дані про розповсюдженість патології дигестивної системи в дитячому віці та роль медичної сестри в організації навчання та профілактики.

У роботі проаналізована структура патології травної системи в дітей Чернівецької області, виокремлені основні елементи медсестринського догляду за пацієнтами гастроентерологічного профілю.

Вперше розроблено та обґрунтовано організаційно-функціональну модель контролю та оцінки діяльності медичної сестри гастроентерологічного відділення, що включає оцінку діяльності сестринської служби відділення в цілому та, безпосередньо, кожної медичної сестри.

Практичне значення. Отримані показники та узагальнені дані будуть корисними при підготовці звітів, навчально-методичних рекомендацій, які можуть бути застосовані в педагогічному процесі при проведенні фахової підготовки майбутніх спеціалістів із медсестринства, використані у практичній роботі медичних медичних сестер/братів як інструкція для підвищення ефективності профілактики патології дигестивної системи в дітей та підлітків. Проведене дослідження лягло в основу розробки мед сестринської навчальної

програми для проведення занять у «Дитячій гастрошколі» та «Пам'ятку» для дітей та батьків.

Результати. Показники структури хвороб дигестивної системи серед дітей та підлітків Чернівецької області свідчать, що на першому місці знаходяться хронічні гастрити (ХГ) та гастродуоденіти (ХГД), при цьому не має вірогідної різниці з функціональними порушеннями, які знаходяться на другому місці патології дигестивної системи. Хронічні холецистити (ХХ), хронічні холангіти (ХХЛ) посідають третє місце, а виразка шлунка та дванадцятипалої кишки займає стабільно четверте місце. У цілому поширеність ХГДП серед дітей Чернівецької області становить 138,8‰ (по Україні – 152 ‰) та в динаміці за останні десять років зростає. Поширеність ВХ серед дітей Чернівецької області визначена як 0,33‰ (по Україні – 0,40‰). При оцінці динаміки поширеності ВХ у дітей Чернівецької області за останні роки виявлено коливання показників від 0,19 до 0,50 ‰.

У цілому певних закономірностей поширеності ХГДП за період 2020 - 2024 років не встановлено. Однак за останні роки ХГДП достовірно частіше зустрічається серед дітей м.Чернівці порівняно з дітьми Чернівецької області. Така картина поширеності патології встановлена за рахунок підвищення рівня поширеності саме ХЕГД та ВХ серед дітей міста. Так, впродовж 2020-2024 рр. відзначається достовірне зростання поширеності даних нозологій серед дітей м.Чернівці.

Больовий синдром діагностовано у всіх дітей 12-18 років, тоді як у хворих 7-11-річного віку лише у 87,5 % ($p < 0,05$). Однак, вірогідної різниці у частоті диспепсичного та інтоксикаційного синдромів в дітей різних вікових підгруп нами не встановлено. Варто зауважити, що більш виражена клінічна картина захворювання в цілому спостерігалася в хворих із гелікобактер-асоційованою виразковою хворобою. Відзначено вірогідну різницю в частоті астеновегетативного та диспепсичного синдромів: 74,5 % і 61,5 % ($p < 0,05$) та 84,3 % і 76,9 % ($p < 0,05$) відповідно.

Гендерної різниці у частоті основних синдромів захворювання нами не

виявлено ($p > 0,05$). У хлопчиків і в дівчаток першим по частоті був больовий синдром (97,1 % і 100,0 % відповідно, $p > 0,05$), на другому – диспепсичний (83,8 % і 83,0 % відповідно, $p > 0,05$), на третьому – астеновегетативний (73,5 % і 72,3 % відповідно, $p > 0,05$). За результатами дослідження нами виокремлено основні проблеми пацієнтів дитячого віку з патологією дигестивної системи: фізіологічні та психологічні.

Для складання індивідуального плану медсестринських втручань були запрошені пацієнти для їх погодження. Всі проблеми, які були виставлені, і з якими пацієнт згоден, ранжувалися в порядку їх значимості, починаючи з найважливіших і далі по порядку.

Результати опитування показали, що основним джерелом інформації про захворювання хворі діти вважали лікаря (68,5%), 10,2% пацієнтів отримували інформацію про своє захворювання від медичної сестри, решта - 24% з інших джерел (соціальні мережі, знайомі тощо).

За результатами анкетування встановлено, що високий ступінь досягнення мети сестринського догляду досягнуто у 19,8%, середній ступінь – у 75,5%, низький – у 4,7%.

Оцінка реакції пацієнта у відповідь на сестринські втручання, на медперсонал, лікування, задоволеності фактом перебування у стаціонарі розподілилася наступним чином: більшість пацієнтів (77,9%) були задоволені сестринськими втручаннями та лікуванням та оцінили як «добре».

Окремі пацієнти (4,7%) були частково задоволені та оцінили на «задовільно», а частка хворих дітей (2,3%) були незадоволені та оцінили на «незадовільно» і тільки 15,1% хворих дітей були дуже задоволені та оцінили на «відмінно».

Ефективність впливу медсестринських маніпуляцій оцінена як добра, оскільки у 89,7% зменшилися клінічні симптоми захворювань, покращився психо-емоційний стан та загальне самопочуття.

Дослідження показало, що медична сестра більшу частину часу витрачає на виконання лікарських призначень (24%), на роботу з документацією тратиться 21%.

Звертає увагу, що дуже мало часу приділяється безпосередньо догляду за пацієнтами (9%), хоча цей вид діяльності повинен займати одне з лідируючих місць, оскільки дуже впливає на результати сестринської допомоги. Допоміжна робота забирає ще 15% робочого часу.

На думку 28,4% опитаних оцінка діяльності кожної медичної сестри стаціонару повинна проводитися 1 раз на 3 місяці, 26,3% - 1 раз на місяць, 23,8% - 1 раз на 6 місяців, 20,5% - 1 раз на рік.

За результатами анкетування 24,5% медичних сестер вважають, що експертизу має проводити головна медсестра (заступник головного лікаря з медсестринства), 75,5% - комісією із декількох спеціалістів.

Більшість (71,4%) опитаних вважає, що отримувати достовірну інформацію про оцінку пацієнтами якості роботи сестринського персоналу найкраще шляхом безпосереднього спілкування з пацієнтами при проведенні адміністративних обходів.

Респондентам було запропоновано оцінити за 5-ти бальною шкалою (5 – максимально, 1 – мінімально) значимість факторів при проведенні оцінки діяльності медичних сестер дитячого гастроентерологічного відділення.

Для оцінки запропоновано 14 факторів:

санітарно-епідеміологічний благополуччя відділення;

якість догляду за пацієнтами; якість виконання лікарських призначень; якість ведення документації;

дотримання правил роботи з медикаментами;

матеріально-технічне оснащення;

укомплектованість сестринських ставок фізичними особами;

наявність кваліфікаційних категорій у медсестер відділення;

рівень знань медсестер відділення, виявлений при проведенні контролю (тестування, залік, співбесіда і т.д.);

думка пацієнтів відділення про роботу медичних сестер відділення;
думка завідувача відділення та лікарів;
кількість ускладнень, пов'язаних із неякісною роботою медсестер (пролежні, постін'єкційні абсцеси і т.д.);
організація праці медичних сестер (оснащення робочого місця, чіткий внутрішній розпорядок, поділ обов'язків);
інформаційно-методичне забезпечення діяльності медсестер (наявність на робочих місцях методичних рекомендацій, стандартів, інструкцій, протоколів тощо).

Найбільш значущими факторами при оцінці якості сестринської допомоги на думку керівників є: якість виконання лікарських призначень, якість догляду за пацієнтами, санітарно-епідеміологічний добробут відділення, дотримання правил роботи з медикаментами, у тому числі предметно-кількісного обліку.

Медичні сестри виділили наступні фактори, як найбільш значущі при проведенні контролю та оцінки діяльності сестринського персоналу є: якість виконання лікарських призначень; дотримання правил роботи з медикаментами, у тому числі предметно-кількісного обліку, що підлягають; санітарно-епідеміологічний добробут відділення; організація праці медсестер; інформаційно-методичне забезпечення діяльності медсестер; якість догляду за пацієнтами.

Аналіз результатів анкетування пацієнтів показав, що більшість пацієнтів оцінили максимальною кількістю балів наступні фактори, при цьому внесли певну корекцію до їх переліку: дотримання медичною сестрою всіх правил роботи, що забезпечують безпеку пацієнтів при проведенні процедур, рівень професійних знань та умінь медсестри, своєчасне та повне виконання медсестрою лікарських призначень, доброзичливе та уважне ставлення медичної сестри до пацієнта. На основі отриманих результатів нами запропонована організаційно-функціональна модель контролю та оцінки діяльності сестринського персоналу лікувальних відділень лікарень. Модель

включає суб'єкти контролю, інструменти контролю, процедуру оцінки діяльності сестринської служби загалом і безпосередньо кожної медичної сестри. Найважливішим елементом моделі є задоволеність пацієнтів сестринською допомогою. Розроблено та обґрунтовано організаційно-функціональну модель контролю та оцінки діяльності сестринського персоналу у дитячому гастроентерологічному відділенні.

Модель включає суб'єкти контролю, інструменти контролю, процедуру оцінки діяльності медсестринського персоналу відділення загалом і безпосередньо кожної медичної сестри. Найважливішим елементом моделі є задоволеність пацієнтів сестринською допомогою.

Частина опитаних медичних сестер мають проблеми з комунікацією: явно не комунікабельні 10% (> 30 балів), частково комунікабельні 13,3% (>25 балів), задовільно комунікабельні 20% (>19 балів), комунікабельні 40% (> 14 та <9 балів), «болісно комунікабельні» 16,6% (0-8 балів).

Отже, майже 40% медичних сестер потребують удосконалення своєї комунікативної компетентності, що необхідно враховувати при фаховій підготовці даних спеціалістів. Опитування батьків пацієнтів виявило також недостатню обізнаність щодо причин патології дигестивного тракту та її профілактики. За підсумками проведеного дослідження було складено пам'ятку про профілактику захворювань травної системи у дітей та організовано «Дитячу гастрошколу» для пацієнтів та їх батьків.

Діти та підлітки, які завершили навчальний курс у «Дитячій гастрошколі», у 96,9% відзначили необхідність, задоволеність та важливість цього навчання. Тільки 3,1% учасників навчання були частково задоволені.

Ключові слова: діти, патологія травної системи, медичні сестри/медичні брати, профілактика, організаційно-функціональна сестринська модель.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	16
ВСТУП	17
РОЗДІЛ I. Сучасні погляди на передумови, механізм розвитку та прогресування патології дигестивної системи в дітей (огляд літератури)	22
1.1 Чинники розвитку патології дигестивної системи в дітей	22
1.2 Поширеність та структура патології травної системи в дітей	28
1.3 Роль медичної сестри в профілактиці захворювань травної системи в дитячому віці	33
I. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	37
2.1 Клінічна характеристика	37
2.2 Методи дослідження	40
РОЗДІЛ III РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	42
3.1 Поширеність та структура патології травної системи в дітей різного віку	43
3.2 Основні проблеми пацієнтів дитячого віку із патологією шлунково-кишкового тракту	53
3.3 Структурно-функціональна організація роботи медичної сестри дитячого гастроентерологічного відділення	61
3.4 Роль медичної сестри – бакалавра у підвищенні ефективності профілактики захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей	67
Узагальнення результатів дослідження	75
Висновки	87
Практичні рекомендації	89
Список літератури	90
Додаток	100

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

БТ – біліарний тракт

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВХ – виразкова хвороба

ДСО – дисфункція сфінктера Одді

ЖКХ – жовчокам'яна хвороба

ЗЗК – запальні захворювання кишечка

СПК – синдром подразненого кишечника

ФЗ – функціональний закріп

ФАБ – функціональний абдомінальний біль

ФЗК – функціональні захворювання печінки

ФЗ – функціональні захворювання ХГ – хронічний гастрит

ХК – хронічний коліт

ХГД – хронічний гастродуоденіт

ХК – хвороба Крона

ХНБК – хронічний неспецифічний виразковий коліт

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

ВСТУП

Захворювання дигестивної системи займають одне з провідних місць у соматичні патології дитячого та підліткового віку [1]. Розповсюдженість хронічної патології шлунка та дванадцятипалої кишки, печінки та біліарних шляхів зростає як в Україні, так і в інших країнах світу [2-6].

До структури патології дигестивної системи входять аномалії та вади розвитку, функціональні розлади, органічна патологія, злоякісні новоутвори. Функціональні розлади дигестивної системи переважно трапляються у дітей молодшого віку, а у дітей старшого віку та підлітків - запальні, органічні хвороби шлунк та кишки. Характерною є сезонність розвитку та загострення цих захворювань [9].

Звертає увагу підвищення кількості поєднаної патології та коморбідних захворювань. Натепер існуючі методи інструментально-лабораторної діагностики дають змогу діагностувати та диференціювати різну патологію на ранніх етапах і це покращує прогноз.

Встановлений ріст захворюваності травної системи в останні роки можна пов'язати із негативним впливом екологічних змін в нашій країні. Варті уваги і відомості про зв'язок поширеності патології шлунково-кишкового тракту з якістю питної води. До факторів розвитку патології дигестивної системи відносяться ендогенні впливи, зокрема: спадковість, конституційна тіло будова, стан вегетативної нервової системи [7]. Вплив цих чинників на зростання поширеності та захворюваності шлунково-кишкового тракту в дітей та підлітків із нахилом до хронічного перебігу та коморбідності значно поглиблює проблему профілактики з огляду на медичний та медико-соціальний аспект.

За даними Міжнародного дослідження (GBD), яке постійно моніторує тягар проблем зі здоров'ям та включає 195 країн, у тому числі і Україну, зменшити тягар хвороб органів дигестивної системи рекомендується шляхом

зниження основних факторів ризику розвитку цієї патології [8]. Своєчасна профілактика патології дигестивної системи у найбільш ризикований період розвитку організму дитини зможе вплинути на прояв патології в наступні роки. Надзвичайну роль у профілактиці захворювань, у формуванні здорового способу життя відіграють медичні сестри. Саме вони повинні вміти оцінити стан здоров'я пацієнта та визначити ризики розвитку патології.

Попри наявні та доступні ресурси для навчання пацієнтів питання чіткого алгоритму взаємодії «медична сестра – пацієнт» залишається відкритим через відсутність чіткого організаційного механізму управління якістю їх освіти та моніторингу освітнього рівня [61]. Саме це дає підставу для дослідження нової моделі навчання пацієнтів гастроентерологічного профілю за участю медичної сестри з її безпосереднім патронажем даного процесу.

Мета дослідження: підвищити ефективність профілактики захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей шляхом залученням медичної сестри до командної роботи.

Задачі:

4. Дослідити поширеність та структуру захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей.
5. Визначити основні проблеми пацієнтів дитячого віку із патологією шлунково-кишкового тракту
6. Оцінити роль медичної сестри – бакалавра у підвищенні ефективності профілактики захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей.

Об'єкт дослідження: захворювання шлунково-кишкового тракту в дітей.

Предмет дослідження: чинники розвитку захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей, роль медичної сестри - бакалавра в профілактичному процесі.

Методи дослідження: епідеміологічний, клінічний, статистичний (обробка методів дослідження за загальноприйнятими методами статистики).

Наукова новизна. Результати кваліфікаційного дослідження дадуть змогу розширити наукові дані про розповсюдженість патології дигестивної системи в дитячому віці та роль медичної сестри в організації навчання та профілактики.

У роботі проаналізована структура патології травної системи в дітей Чернівецької області, виокремлені основні елементи медсестринського догляду за пацієнтами гастроентерологічного профілю.

Вперше розроблено та обґрунтовано організаційно-функціональну модель контролю та оцінки діяльності медичної сестри гастроентерологічного відділення, що включає оцінку діяльності сестринської служби відділення в цілому та, безпосередньо, кожної медичної сестри.

Практичне значення.

Отримані показники та узагальнені дані будуть корисними при підготовці звітів, навчально-методичних рекомендацій, які можуть бути застосовані в педагогічному процесі при проведенні фахової підготовки майбутніх спеціалістів із медсестринства, використані у практичній роботі медичних медичних сестер/братів як інструкція для підвищення ефективності профілактики патології дигестивної системи в дітей та підлітків. Проведене дослідження лягло в основу розробки мед сестринської навчальної програми для проведення занять у «Дитячій гастрошколі» та «Пам'ятку» для дітей та батьків.

Апробація результатів дослідження. Отримані результати наукового дослідження широко обговорювалися та доповідалися на науково-практичних та науково-теоретичних конференціях зокрема:

IV Всеукраїнська науково-практична конференція студентів та обдарованої молоді, м. Рівне, 11 – 12 квітня 2024 р.;

IX науково-практична конференція молодих вчених із міжнародною участю «Проблеми сьогодення в педіатрії», м.Харків, 29 лютого 2024р.;

Всеукраїнська студентська науково-практична конференція «Теоретичні та прикладні аспекти фундаментальних медико-біологічних наук», м.Львів, 2025р.;

Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини» для здобувачів освіти другого (магістерського) рівня), присвяченій 125-річчю з дня заснування Одеського національного медичного університету, 24-25 квітня 2025 р.

Публікації. Результати дослідження представлені у 5 друкованих працях.

Структура магістерської роботи. Кваліфікаційна робота включає вступ, розділ «Огляд літератури», розділу власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, переліку джерел літератури та становить 87 сторінок друкованого тексту (84 сторінки основного тексту). Список літератури складає 61 найменування, з них 50 кирилицею та 11 латиною.

Друковані праці:

Чаглей Ю. Сестринська модель профілактики захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей. Зб. тез IX науково-практичної конф. молодих вчених з міжнародною участю «Проблеми сьогодення в педіатрії», м.Харків, 29 лютого 2024р.С.60.

Чаглей Ю. Новини науки: дослідження, наукові відкриття, інноваційні технології: Збірник тез доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та обдарованої молоді, м. Рівне, 11 – 12 квітня 2024 р. С.82-84. Клінічні особливості перебігу патології шлунково-кишкового тракту в дітей.

3. Чаглей Ю.Г., Сорокман Т.В. Освітні медсестринські технології в аспекті пацієнтоорієнтованості. Матеріали IV всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання запровадження інтерактивно-інноваційних форм навчання у ЗВО медичного профілю». Видавництво Львівської політехніки. 7 березня 2025 року, Львів. С.50-53.

4. Продан О.В., Чаглей Ю.Г. Компетентнісний підхід медичної сестри-бакалавра до клініко-генеалогічного дослідження у дітей, хворих на виразку дванадцятипалої кишки. Матеріали ювілейної X науково-практичної

конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Проблеми сьогодення в педіатрії». 27 лютого 2025 року – Харків, 2025. С.44-45.

5. Чаглей Ю.Г, Продан О.В. Компетенції медичної сестри в догляді за пацієнтами дитячого віку з гастроентерологічною патологією. Матеріали Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції «Теоретичні та прикладні аспекти фундаментальних медико-біологічних наук». 15 травня 2025 року - Львів, 2025. С.

РОЗДІЛ І

Сучасні погляди на передумови, механізм розвитку та прогресування патології дигестивної системи в дітей (огляд літератури)

Серед соматичної патології частота хвороб органів травлення динамічно підвищується на теренах усього світу [18-20]. На сучасному етапі хвороби дигестивної системи займають друге-третє місце загалом та у дітей і підлітків зокрема. Настроентерологічне дослідження (DIGEST) досліджувало розповсюдженість цих хвороб за допомогою семи центрів та встановило, що поширеність патології органів травлення складає від 40% до 60 %. Підраховано, що у США 31,1% людей мають хронічні хвороби дигестивної системи. Варто відзначити, що патології дигестивної системи входять до 6 найбільш частих причин смерті у світі [21]. Щодо нашої країни, то ці хвороби знаходяться на третьому місці із 5 основних причин смерті українців. Такі висновки зробили за результати дослідження Глобального тягара хвороб. При цьому, серед населення України показники смертності визначені як найвищі у світі. У національному масштабі цей показник підвищився майже у два щодо такого у 1990 році [22, 23].

1.1 Чинники розвитку патології дигестивної системи в дітей

Натекпер стан здоров'я населення України оцінюється як кризовий. На це вказують негативні тенденції в тріаді статистичних показників, а саме: показник відтворення населення (демографія), показник розвитку дітей, показник фізичного розвитку та адаптації до умов навколишнього середовища (захворюваність, інвалідність).

За даними експерстві ВООЗ, факторами, що впливають на такі негативні

тенденції в Україні, є всі основні складові здоров'я:
соціально-економічний стан,
стан навколишнього середовища,
якість харчових продуктів та питної води,
динамічне розширення населення за рівнем доходів,
стан медичного обслуговування [24-28].

Визначальну роль у розв'язанні проблем здоров'я населення країни і в першу чергу дітей, є поліпшення визначених його детермінант – скорочення поширеності факторів ризику, впровадження сучасних стратегій профілактики хронічних неінфекційних захворювань та формування здорового способу життя.

Незважаючи на те, що останнім часом досягнуті значні успіхи у вивченні різних аспектів етіології, патогенезу та лікування хвороб органів травлення, залишається актуальним питання детального дослідження чинників їх розвитку.

Факторами ризику виникнення захворювань дигестивної системи є порушення харчування та його низька якість, незбалансованість, незадовільна організація харчування вдома та у школі, генетична спадковість, стресові ситуації.

Так, дію психогенних факторів можна розглядати як пусковий механізм розвитку гастриту [10,11]. Негативно впливають порушення режиму дня, зокрема відпочинку, низька фізична активність дитини, негативний психологічний клімат у родині.

Вплив внутрішньо сімейних відносин на здоров'я дітей підтверджується зростанням кількості хворих дітей саме у неповних сім'ях – у порівнянні з повними – у 1,7 рази. Формування хронічних хвороб у дітей науковці пов'язують також зі станом здоров'я їхніх батьків та житловими умовами родини [29, 30].

Зафіксований протягом останніх десятиліть ріст гастроентерологічних захворювань пов'язаний також із погіршенням екологічної ситуації в Україні. Заслужують на увагу і дані про залежність хвороб органів травлення від

якості питної води.

Ендогенними факторами ризику розвитку хвороб органів травлення вважають спадковість, індивідуальні психологічні особливості та особливості будови організму, порушення функціонування вегетативної нервової системи.

Значущість цих факторів у процесах зростання поширеності захворюваності дітей на патологію травної системи з тенденцією до хронізації і поєданого ураження системи травлення розширює рівень проблеми діагностики, лікування та профілактики цих захворювань з безпосередньо медичного до медико-соціального аспекту [32-34].

Існує декілька теорій етіопатогенезу захворювань травної системи: механічного пошкодження слизової оболонки Ашоффа; запальна; пептична Бернарда; стійкої ішемії; нейротрофічна; вісцеровісцеральна; кортиковісцеральна Бикова та Курцина; ендокринна; клапанна Вітебського; бактеріальна, токсико-алергічна.

Провокуючими факторами розвитку патології травної системи в дітей є: спадкова схильність; перинатальна патологія; алергічні запалення слизової оболонки шлунка; зміна характеру харчування (раннє переведення на штучне вигодовування; недостатність свіжих овочів і фруктів, макро- і мікроелементів, харчових волокон, які виконують роль ентеросорбентів; збільшення в раціоні рафінованих білків та вуглеводів; використання великої кількості жирів та консервованої продукції, що містить пестициди, металоорганічні сполуки, токсини, антибіотики, гормони) [35], ушкоджувальна дія на органи травлення нестероїдних протизапальних засобів, що реалізується крізь зміни в системі мікроциркуляції, які спричиняють повний циркуляторний застій у поверхневих капілярах [37-38], тютюновий дим підвищує вміст у крові пепсиногену I, створюючи умови для ацидопептичної агресії. Для розвитку ГДП певне значення має кава, яка містить велику кількість гідрокситриптамиду карбонієвої кислоти.

Згідно думки більшості дослідників, *Helicobacter pylori* (HP) є одним з основних етіологічних чинників, які викликають розвиток хронічних запальних

процесів верхніх відділів травного тракту [39]. Виявлення залежності запалення слизової оболонки від ступеня її колонізації НР дозволило багатьом дослідникам зробити висновок, що гастродуоденальна патологія виникає на тлі хелікобактерної інфекції [40]. Доказом того, що НР відіграє одну з головних ролей у розвитку гастродуоденальної патології свідчить те, що виразка спостерігається у 15 разів частіше у НР–позитивних пацієнтів, ніж у НР–негативних. У хворих з ерозивними ураженнями слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки НР виявляють у 94,4 %, при виразці шлунка – у 80 % [41]. Ступінь патологічних змін, що викликані НР, коливається від мінімальних (поверхневий вогнищевий гастрит) до виражених (пептична виразка). Доведено, що щільність колонізації НР вища при утворенні виразкових та ерозивних дефектів, ніж при хронічному гастриті [42].

Схильність до розвитку патології травного тракту в межах однієї родини, а також наявність НР у 60–68,7% родичів хворих дітей дозволяє припустити наявність так званого «сімейного мікробного вогнища» і можливість інфікування дітей контактним шляхом від батьків та родичів, хворих або бактеріоносіїв.

Встановлено, що в патогенезі уражень гастродуоденальної ділянки існує складний механізм порушення агресивно-протективної рівноваги слизової оболонки, що характеризується підвищенням кислотопродукуючої функції шлунка, зниженням неспецифічного імунного захисту та переходом слиноутворення на неефективний і низькопродуктивний тип. Первинною ланкою в формуванні ерозії є порушення гормональної регуляції функціонального стану шлунка і ДПК [43].

Реалізація гормонального дисбалансу відбувається крізь циклічні нуклеотиди (цАПФ і цГМФ) парієтальних та додаткових клітин, викликає зниження рН внутрішньо шлункового вмісту та порушення протективної дії слизу [44]. У деяких дослідженнях доведено підвищення в крові хворих з ерозіями рівнів кортизолу, гастрину, тиреотропного гормону, інсуліну. За допомогою кореляційного аналізу встановлена пряма залежність між

інтрагастральним та інтрадуоденальним тиском та вмістом гастрину, інсуліну, тиреотропного гормону [45].

Вважається, що в патогенезі захворювань завжди має місце вегетативна дистонія з підвищеним тонусом парасимпатичного відділу нервової системи. В механізмі розвитку відіграє роль не тільки підвищений парасимпатичний тонус, але і зниження тонусу симпатичних нервів, що може викликати гіперплазію шлункових залоз з гіперсекрецією та одночасним порушенням трофіки підвищено функціонуючої слизової оболонки шлунка [45].

Патологія травної системи відноситься до мультифакторної патології з полігенним типом успадкування, відповідно думки багатьох дослідників, так чи інакше пов'язана з генетичними факторами. Однією з ознак полігенного типу успадкування є наявність у схильних до хвороби прихованих патогенетичних (імунологічних, біохімічних) маркерів схильності чи асоційованих (індикаторних) маркерів ризику захворювання.

В сім'ях хворих дітей батьки або близькі родичі часто страждають хронічними захворюваннями ГДД [46] в них виявляють ефект нагромадження генів і синдром "упередження": спадкова патологія розвивається в молодшому віці, ніж у батьків, має тяжкий перебіг [47]. При оцінці генетичної детермінованості виникнення ГДП в дітей спадкова обтяженість щодо захворювань шлунково-кишкового тракту (гастрит, гастродуоденіт, виразкова хвороба) виявлена в 79,1 % випадків. Спадкова схильність більше виражена і частіше реалізується у хворих на виразкову хворобу та жовчекам'яну хворобу. Деякі автори [47-49] вважають, що провідну роль при цьому відіграють темперамент, низька психологічна адаптивність та вегетативний дисбаланс, що дало змогу висунути концепцію "неврогенно-генетичної" теорії розвитку виразкової хвороби шлунка.

Вважається, що генетичними маркерами схильності до гастродуоденальної патології є: відсутність третьої фракції лужної фосфатази, високі показники ацетилхоліну та холінестерази в сироватці крові, гіперпродукція соляної кислоти, зумовлена збільшенням кількості

парієтальних клітин, дефіцит мукополіпротеїдів, уроджений дефіцит 2-макроглобуліну, недолік сіалових та сульфатованих муцинів, які захищають слизову оболонку і забезпечують гіперпродукцією G-клітин у гастродуоденальній СО, що супроводжується безперервним кислото- та ферментоутворенням [50].

Вторинні (їх більшість, за даними літератури, вони становлять 85–90 % усіх дисфункцій біліарного тракту у дітей [51]) виникають при вегетативних дисфункціях на фоні стресу, гормональному дисбалансі, при інших захворюваннях травної системи. Зокрема, хронічні захворювання гастродуоденальної зони у 80–90 % випадків супроводжуються розладами моторики жовчевивудних шляхів [52-53]. Пов'язано це з рядом передумов:

— спільність деяких факторів ризику формування захворювань гастродуоденальної зони і жовчовидільної системи (порушення режиму харчування, стреси, психоемоційні перевантаження, вегетативні дисфункції та ін.); спільність іннервації позапечінкових жовчних шляхів і дванадцятипалої кишки на ґрунті пов'язаного онтогенетичного розвитку; розлади моторики міліарного тракту можуть виникати у тому числі через вісцеровісцеральні рефлекси — подразнення вісцеральних нервових закінчень; застосування у терапії захворювань ліків, що можуть посилювати холестаз (макроліди, амоксицилін, Н2блокатори) або при лікуванні розладів моторики жовчного міхура, посилювати подразнюючу дію жовчі на слизову оболонку (жовчогінні засоби), шлунка та стравоходу (при дуоденогастральному та гастроезофагеальному рефлюксі).

Отже, основні причини патології дигестивної системи можна поділити на кілька груп:

- аліментарні: порушення якості, режиму та повноцінності харчування;
- перинатальна патологія;
- алергічні запалення слизової оболонки шлунка;
- психо-емоційні;

- інфекційні;
- інтоксикаційні: отруйні речовини і медикаменти.

1.2 Поширеність та структура патології травної системи в дітей

Захворювання шлунково-кишкового тракту широко поширені і тягнуть за собою важкі економічні та соціальні наслідки. Справжні показники захворюваності органів травлення серед дітей залишаються невідомими, оскільки їх перебіг протягом тривалого часу часто є асимптоматичним, однак характерно, що у дітей ризик виникнення захворювань органів травлення вищий, ніж у дорослих, а хвороба прогресує швидше і набуває рецидивного або хронічного перебігу.

Дослідження стану здоров'я дітей в Україні за останнє десятиріччя також продемонструвало зростання темпів приросту поширеності захворювань органів травлення на 18,6% [54].

Так, за даними останніх досліджень, у структурі захворюваності дітей шкільного віку хвороби травної системи становлять 49,97 на 1000 дітей по Україні [55]. Разом з тим, за даними Чернівецького інформаційно-аналітичного центру медичної статистики у 2021 році у структурі захворюваності патологія органів травлення серед дітей (0-17 років) посіла лише п'яте місце серед інших 19 класів хвороб. Розбіжність результатів за аналізом даних останніх звітів, може вказувати на недостатню діагностику хвороб дигестивної системи серед дитячого населення та низький рівень звернень до спеціалізованих медичних закладів.

Результати досліджень, які проводились у гастроентерологічному відділенні дитячої клінічної лікарні № 9 м. Києва, свідчать про те, що за останні 10 років у дітей реєструють збільшення частоти тяжких форм гастритів та гастродуоденітів, які призводять до розвитку виразкової хвороби. У структурі патології органів травлення на долю виразкової хвороби припадає до 16%. Поширеність виразкової хвороби становить 4,3 на 1000 дитячого населення. Пік

захворюваності припадає на 9–11 років у дівчат і на 12–14 років у хлопчиків [56].

За останні роки в Україні сформувалися тенденції до погіршення гастроентерологічного здоров'я у дітей шкільного віку, а саме на захворювання дванадцятипалої кишки. Виявлено помітне зростання ерозивно-виразкових форм ураження дванадцятипалої кишки, що становить 15–16% загальної кількості захворювань гастродуоденальної зони [57].

У структурі гастроентерологічних захворювань у дітей переважають хвороби органів гастродуоденальної зони: функціональна диспепсія (ФД), хронічний гастрит (ХГ) і гастродуоденіт (ХГД).

Показано, що у дітей провідне місце належить функціональним розладам, у підлітків — гастродуоденальній патології. Різниця показників поширеності серед дітей віком 0–14 років та підлітків 15–18 років у розрізі регіонів України є статично вірогідною і свідчить про тенденцію до підвищення.

Встановлено також переважання дівчат серед хворих на хвороби органів травлення.

Встановлено, що у дітей молодшого віку частіше трапляються функціональні захворювання, ніж органічні.

Біль у животі є однією з найчастіших скарг при зверненні до педіатра та однією з основних причин екстреної госпіталізації дітей. У шкільному віці БЖ турбує біль шість дітей. Інколи біль зникає безслідно і не вимагає від лікаря проведення поглибленого обстеження дитини та подальшого серйозного лікування, але у біля 70% випадків він продовжує турбувати пацієнта.

На сьогодні функціональні розлади (ФР) травної системи залишаються актуальною проблемою практичної педіатрії і поширеною причиною звернень батьків до лікаря-педіатра.

Поширеність ФР у популяції серед дітей раннього віку істотно різниться. Найчастіше трапляються зригування у 23-50% немовлят, кишкові кольки – у 20-40%, закрепи – у 15-20%, блювання – у 6-9%, діарея – у 4-5% немовлят. Різницю в частоті ФР у немовлят, згідно з даними різних авторів, частково

можна пояснити різноманітними діагностичними критеріями, які використовувалися для встановлення діагнозу [59].

Частота звернень батьків до лікаря при ФР частково залежить і від їх рівня тривожності та сприймання ситуації з дитиною, довіри до педіатра. У частини батьків такі стани викликають турботу і бажання допомогти, у інших – розгубленість і депресію, порушення емоційних і поведінкових реакцій. Певна небезпека полягає в тому, що причиною деяких ФР, що супроводжуються криком і неспокоєм дитини, можуть бути різноманітні ургентні стани, які потребують термінового медичного втручання, хоча вони трапляються відносно рідко.

Значну питому вагу в клінічній гастроентерології, особливо в дитячій, мають захворювання функціонального характеру, які передують, супроводжують та обтяжують органічну патологію. Чи не найбільшу частку серед них займають дискінезії гепатобіліарної системи, які, за останніми даними, складають до 80% усіх гастроентерологічних захворювань [60]. Згідно з даними наукових досліджень найчастіше захворювання органів травлення у дітей виникають у періоди інтенсивних морфофункціональних змін в організмі, тобто в дошкільний (5-6 років), препубертатний (9-12 років) та пубертатний (13-18 років) періоди. Відомо, що в генезі хронічних захворювань жовчного міхура важливу роль відіграють дискінетичні розлади біліарної системи, які зумовлюють розвиток холестазу, а в подальшому – функціональні та морфологічні порушення гепатоциту, зниження бактерицидних властивостей жовчі та її інфікування.

Під біліарною дисфункцією розуміють несвоєчасне, дискоординоване, недостатнє або надмірне скорочення жовчного міхура та сфінктерів Одді, Люткенса-Мартінова, Міріцці.

У МКХ-10 під рубрикою К 82.8 виділена «дискінезія жовчного міхура і міхурової протоки», а під рубрикою К 83.4 – «спазм сфінктера Одді». За найбільш ви-значеною клініцистами класифікацією (Римські критерії II) [5] дискінетичні розлади розрізняють за типом тону та характером скорочення

жовчного міхура (гіпер-, гіпокінезія, атонія), а також за типом порушення тону сфінктерного апарату жовчовивідних шляхів (гіпер- або гіпотонус сфінктера Люткенса і т.д.). Таким чином, виділяють такі типи біліарних дисфункцій:

- гіпертонічна – коли існує спазм сфінктерів без порушень концентраційної функції жовчного міхура та функціонального стану печінки;
- гіперкінетична – поряд з недостатністю сфінктерів існує порушення концентраційної спроможності спазмів жовчного міхура та порушення функціонального стану печінки;
- гіпокінетична – для якої характерна гіпертонія сфінктерів жовчного міхура;
- гіпотонічний тип дисфункції, коли має місце гіпотонія міхура та стаз жовчі у внутрішньопечінкових ходах.

Згідно з Римськими критеріями для клінічної картини дисфункції жовчного міхура характерні повторні (принаймні раз на рік) помірні або сильні болі в епігастрії або правому підребер'ї тривалістю не менше 30 хв, які порушують фізичну активність хворого. Болі можуть бути пов'язані з їжею, супроводжуватися нудотою та/або блювотою, іррадіювати у поперек або праве плече. При цьому структурні зміни, які пояснюють ці симптоми, відсутні.

Критерії дисфункції сфінктера Одді також враховують епізоди болю біліарного або панкреатичного типів тривалістю не менше 30 хв та частотою більше одного разу на рік. Але діагноз встановлюється за наявності інтермітуючого підвищення трансаміназ, лужної фосфатази та панкреатичних ферментів (не менш ніж в два рази) одночасно з розширенням жовчовивідних проток за відсутності органічних причин для цього.

В останні 15-20 років у світовій педіатрії з'явилися так звані нові хвороби. Серед них, зокрема, жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ), яка характеризується змінами колоїдної стабільності жовчі та на ранніх стадіях супроводжується формуванням БС (від англ. sludge – каламуть, мул). Останній діагностується при ультразвуковому дослідженні і проявляється

неоднорідністю жовчі, що пов'язано з порушенням фізико-хімічних властивостей та колоїдної стабільності жовчі з надлишком холестерину. На першому етапі формування ЖКХ у жовчі утворюються холестеринові пухирці, потім – холестеринові кристали, після чого відбувається формування мікролітів (переважно тяж холестеринових).

Патологія підшлункової залози у дітей є одним з найскладніших розділів педіатрії, оскільки її симптоми можуть бути подібними до симптомів інших захворювань, а детальна верифікація ускладнена через обмежені можливості діагностики. Серед нозологічних форм ураження ПЗ в педіатричній практиці – гострі та хронічні панкреатити, аномалії та вади розвитку ПЗ, функціональні розлади, що представлені дисфункцією сфінктера Одді панкреатичним варіантом.

Згідно з Римськими критеріями, до функціональних захворювань кишечника належать: синдром подразненого кишечника (СПК), функціональне здуття, функціональний запор, функціональна діарея та функціональні захворювання кишечника невстановленого походження. При діагностиці цих захворювань ураховують тривалість захворювання (щонайменше 6 місяців), а також наявність у хворого специфічних скарг протягом більш як 3 доби на місяць за останні 3 місяці.

Питання щодо поширеності та диференціальної діагностики функціональних захворювань кишечника у дітей із використанням Римських критеріїв в Україні й сьогодні є дискутабельними та недостатньо вирішеними.

Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) на сьогодні лишаються однією з найбільш складних і невирішених проблем дитячої гастроентерології.

За тяжкістю перебігу, частотою ускладнень та летальністю ЗЗК, до яких належать виразковий коліт (ВК) та хвороба Крона (ХК), посідають одне з провідних місць в структурі хвороб шлунково-кишкового тракту у дітей. ВК та ХК частіше реєструються в індустріально розвинутих країнах Північної Європи та Північної Америки. Низький рівень захворюваності відмічається в Азії, Японії, Південній Америці. Дані про епідеміологію ЗЗК у дітей в Україні

відсутні. За приблизними оцінками, поширеність ЗЗК у дітей становить 3 випадки на 100 тис. дитячого населення. У 20–30 % випадків ЗЗК маніфестують у віці до 18 років, при цьому відмічається тенденція до зростання частоти захворювання в більш ранньому віці.

1.3 Роль медичної сестри в профілактиці захворювань травної системи в дитячому віці

Обов'язковою умовою оздоровлення суспільства має стати обґрунтована система валеологічного виховання населення і насамперед дітей та підлітків. Змінивши ставлення пацієнтів до свого здоров'я можна змінити основні напрямки діяльності системи охорони здоров'я на курс збереження стану здоров'я.

У зв'язку із змінами в останні роки педагогічних підходів до систематичного навчання в групу ризику потрапляють діти шкільного віку, особливо молодших класів. Саме в цей період відбувається накладання зовнішніх стресогенних факторів на механізми адаптації, які часто знаходяться на межі адекватності. Своєчасна профілактика у найбільш ризикований період розвитку дитини дозволить уникнути патології в наступні вікові періоди.

Розробка ефективних методів профілактики та терапії захворювань дигестивної системи у дітей неможлива без знання та урахування стану нейрогуморальної регуляції як патологічного, так і фізіологічного процесу адаптації організму на донозологічному етапі.

Одним з найважливіших аспектів профілактики захворювань органів травлення є правильне харчування. Перш за все, слід звернути увагу на раціон та склад продуктів, які ми споживаємо. Важливо збалансувати прийом їжі, включивши в раціон достатню кількість овочів, фруктів, білків, жирів та вуглеводів.

Важливим принципом здорового харчування є регулярне споживання різноманітних продуктів, що містять необхідні поживні речовини. Раціон

повинен бути збалансованим та включати в себе свіжі овочі та фрукти, багаті на вітаміни та мінерали, а також розмаїтість білкових продуктів, які сприяють нормалізації функцій травлення.

Дуже важливо відмовитися від шкідливих звичок, таких як куріння та зловживання алкоголем. Ці фактори негативно впливають на шлунково-кишковий тракт та можуть спричинити розвиток різних хвороб, зокрема виразкової хвороби шлунка.

Не менш важливим принципом є регулярне харчування у невеликі порції. Це дозволяє запобігти перевантаженню шлунково-кишкового тракту та сприяє належному перетравленню їжі. Також варто уникати переїдання та швидкого харчування, оскільки це може призвести до розладів травлення та набору зайвої ваги.

Важливим є вживання їжі оптимальної температури, яка не є надто гарячою або холодною.; обмеження вживання жирів, особливо тугоплавких, щоб не накопичувати відкладення токсинів у печінці та підшлунковій залозі; включення в раціон кисломолочних продуктів, для того щоб насичувати потрібними корисними бактеріями кишківник.

Для підтримки здорового шлунково-кишкового тракту, необхідно пити достатню кількість води протягом дня. Вода сприяє зволоженню кишечника та полегшує процес травлення. Також варто уникати надмірного вживання алкоголю та кави, оскільки ці напої можуть стимулювати виділення шлункового соку та призводити до розладів у шлунково-кишковому тракті.

Один із головних факторів, що впливає на функціонування шлунково-кишкового тракту, – це регулярна активність. Вона сприяє покращенню перистальтики кишечника, забезпечує нормальне перетравлення їжі та підтримує оптимальну роботу шлункового соку. Крім того, фізична активність сприяє зниженню рівня стресу, який може негативно впливати на функціонування шлунково-кишкового тракту.

Однією з важливих складових профілактики хвороб органів травлення є уникання поганих звичок. Деякі звички можуть негативно впливати на функції

травлення та сприяти розвитку різних захворювань шлунково-кишкового тракту.

Важливу роль у профілактиці захворювань, у формуванні здорового способу життя відіграють медичні сестри. Саме вони повинні вміти оцінити стан здоров'я пацієнта та визначити ризики [61 -66].

При роботі медичної сестри з дітьми від неї вимагається достатнє володіння певними психологічними та професійними якостями. Наприклад, при опитуванні батьків дітей, отримані відповіді щодо найважливіших якостей, якими, на їх думку, мають володіти медичні сестри: володіння професійними навиками і знаннями 22%, доброта 22%, сумлінність 16%, повага до дітей 12%, емпатія 12%, акуратність 11%, скромність 5%. При цьому діти відзначили як важливі професіоналізм та сумлінність, а також комунікабельність.

На сьогодні медсестринські послуги відіграють усе більш важливу роль в аспекті роботи медичної сестри, яка є професіоналом та надає послуги і першою контактує з пацієнтом, його родиною та оточенням, а також пікується ними в лікарні й удома впродовж життя [67-68]. Поряд із цим в останні роки великого значення в покращенні якості життя пацієнтів надають не тільки лікувальним заходам, а й підвищенню рівня їх медичної грамотності, що допомагає їм легше адаптуватись до свого стану [69-70].

Одна з ключових ролей медичної сестри в догляді за хворими із захворюваннями органів травлення це навчання пацієнтів. Медсестри надають інформацію пацієнтів та їх сімей про процес захворювання, варіанти лікування та стратегії самообслуговування, наприклад зміна дієти, лікування та управління симптомами [71].

Питання оцінки якості медичної допомоги досить широко висвітлені у вітчизняній та зарубіжній літературі, і все частіше з'являються роботи, присвячені вивченню проблеми управління якістю сестринської діяльності, оскільки середній медперсонал є невід'ємним учасником лікувально-діагностичного процесу [71-73].

Попри наявні та доступні ресурси для навчання пацієнтів питання чіткого алгоритму взаємодії «медична сестра – пацієнт» залишається відкритим через відсутність чіткого організаційного механізму управління якістю їх освіти та моніторингу освітнього рівня [74-81]. Саме це дає підставу для дослідження нової моделі навчання пацієнтів гастроентерологічного профілю за участю медичної сестри з її безпосереднім патронажем даного процесу.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Робота виконана на кафедрі педіатрії та медичної генетики Буковинського державного медичного університету впродовж 2023–2024 рр., на базі гастроентерологічного відділення НКП «Міська дитяча клінічна лікарня (головний лікар – Д.Г.Білоус).

Дослідження проведене з урахуванням основних положень GCP ICH та Хельсинської декларації з біомедичних досліджень, де людина виступає їх об'єктом (2007). Дизайн дослідження передбачав дотримання принципів конфіденційності та поваги особистості дитини, як особи нездатної до самозахисту, концепцію інформованої згоди, врахування переваг користі над ризиком шкоди та інших етичних принципів стосовно людей, які виступають суб'єктами дослідження.

Дослідження проводилося у два етапи:

1. Ретроспективне дослідження за період 2020-2022 рр. задля вивчення розповсюдженості, захворюваності та структури хвороб травної системи в дітей. У роботі використані офіційної медичної статистики (щорічні статистичні збірники). Проаналізовано архівні історії хвороби дітей, які перебували на лікування в гастроентерологічному відділенні (всього 338).

2.Проспективне дослідження.

2.1. Клінічна характеристика

Всього в розробку взято 338 дітей. Детальне клінічне дослідження здійснено у 108 хворих дітей віком 10 – 18 років (основна група) та у 120 практично здорових дітей відповідного віку (група порівняння). Пацієнти розподілялися на підгрупи за віком, статтю, місцем проживання, а основної

групи ще й за тривалістю захворювання та схемою лікування (табл. 2.1, 2.2, 2.3).

Таблиця 2.1

Розподіл дітей за віком та зоною мешкання

Мешкання	Основна група		Всього	Група порівняння		Всього
	Вік дітей (роки)			Вік дітей (роки)		
	10-14 абс./%	15-18 абс./%		10-14 абс./%	15-18 абс./%	
м. Чернівці	32/29,7	36/33,3	68	38/31,7	32/26,7	70
Чернівецька область	24/22,2	16/14,8	40	30/25	20/16,6	50
Разом	56/51,9	52/48,1	108	68/56,7	52/43,3	120

Таблиця 2.2

Розподіл дітей за статтю та зоною мешкання

Зона мешкання	Основна група		Всього	Група порівняння		Всього
	Хлопчики	Дівчатка		Хлопчики	Дівчатка	
м. Чернівці	42	26	68	32	38	70
Чернівецька область	22	18	40	22	28	50
Разом	64	44	108	54	66	120

Таблиця 2.3

Розподіл хворих дітей за віком і тривалістю захворювання

Вік (роки)	Тривалість хвороби					
	До року		1-3 роки		> 3 років	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10-14	27	48,3	23	41	6	10,7
15-18	24	46,1	22	42,3	6	11,6
Всього	51	47,2	45	41,7	12	11,1

При аналізі анамнестичних даних дітей обох груп встановлено, що на патологію вагітності та пологів вказували 2/3 матерів дітей основної групи та 1/3 матерів дітей групи порівняння. Доношеними народилися 90,2% дітей основної групи, 2,4 % дітей мали масу понад 4000 г. Досить часто (70,3%) в анамнезі дітей основної групи мали місце резидуальні явища перинатального пошкодження центральної нервової системи.

Звертав на себе увагу високий показник захворюваності серед дітей основної групи щодо групи порівняння: гострі кишкові інфекції ($44,4 \pm 3,4\%$ та $27,3 \pm 2,4\%$ відповідно, $p < 0,05$), рецидивувальні та повторні респіраторні захворювання більше 4-6 разів на рік ($72,6 \pm 8,9\%$ та $31,1 \pm 3,3\%$ відповідно, $p < 0,05$), що вимагало призначення жарознижувальних засобів та антибактеріальної терапії. Частою знахідкою у хворих дітей були ентеробіоз ($30,6 \pm 3,6\%$) і лямбліоз ($22,1 \pm 2,7\%$) або сполучені форми глистно-паразитарної інвазії ($14,1 \pm 1,9\%$). Хронічні вогнища інфекції діагностовано у 45 ($41,6 \pm 12,3\%$) дітей основної групи.

При самооцінці стану свого здоров'я 2/3 дітей основної групи вважали себе хворими, що негативно впливало на їх фізичну та психічну активність, поведінку дома та в школі, успішність в отриманні нових знань.

За допомогою анкетування досліджували вплив медико-соціальних факторів на дитину (психологічний стан, шкідливі звички та унікаюча поведінка батьків, житлові умови та побут).

У $66,2 \pm 3,8\%$ пацієнтів та $32,7 \pm 2,1\%$ дітей групи порівняння відзначалася складна психотравмувальна ситуація вдома та школі.

Аналіз типової належності сім'ї визначено, що у $67,9 \pm 4,3\%$ пацієнтів основної групи та $82,8 \pm 9,4\%$ дітей групи порівняння мешкають у повноцінних родин, $32,9 \pm 4,5\%$ та $17,9 \pm 2,4\%$ дітей – у неповних родин, а $36,4 \pm 4,2\%$ пацієнтів є представниками малозабезпечених родин (нераціональне та неповноцінне харчування, порушений психологічний клімат, погані побутові умови).

Середній вік батьків на період вагітності був однаковим в обох групах спостережуваних дітей (батька $26,3 \pm 1,1$ і $25,4 \pm 1,2$ роки матері $23 \pm 1,6$ і $25 \pm 1,3$ відповідно).

2.2. Методи дослідження

Нами проводилося багатопланове анкетування з наступним аналізом всіх особливостей розвитку обстежуваних дітей.

Проводилось опитування дитини і її батьків з метою оцінки характеру харчування (склад їжі, вживання гострої, жирної, смаженої їжі, раціональність харчування), відвідування їдальні в школі, а також режиму дня та фізична активність.

Огляд дітей базувався на оцінюванні фізичного розвитку, зверталася увага на наявність виражених ознак захворювання шлунково-кишкового тракту, виявляли стигми дизембріогенезу.

Обов'язково всім дітям проводилося загальноприйняте об'єктивне обстеження всіх органів і систем та загально-клінічні аналізи (загальний аналіз крові, сечі, аналіз крові на цукор за методом Хагедорна - Йенсона, біохімічний аналіз крові, аналіз калу на наявність яєць гельмінтів та копрограма).

Проанкетовано (лікарі 10 осіб, медичні сестри 17 осіб, діти 108 осіб, батьки 45 осіб). Медичні сестри відділення заповнювали «Карту реєстрації робочого часу (хронометражний лист)» (заповнено 10 зразків).

Застосовані опитувальники:

1. Ряховського В.Ф. (для визначення рівня комунікабельності);
2. Анкета «Самооцінка рівня професійної компетентності медсестер гастроентерологічного відділення»;
3. Анкета «Думка пацієнтів про роботу та професійну компетентність медичних сестер гастроентерологічного відділення»

Усі дані були оброблені методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу за Пірсоном за допомогою пакетів комп'ютерних

программ “STATISTICA” for Windows 8.0.0. (SPSS I.N.C.; 1989-1997),
“STATISTICA V.6.0 (Stat Soft Inc; 1984-1996).

РОЗДІЛ ІІІ

РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Інтегральним показником загального благополуччя суспільства є показник здоров'я дітей, в тому числі і таким індикатором усіх соціальних негараздів [9].

Важливо, що ситуація зі здоров'ям дітей приблизилася до критичного стану: на тлі зменшення чисельності дитячого населення залишаються дуже високі показники поширеності різних хвороб [10].

Однозначно, що цьому сприяє негативний інтенсивний вплив на дітей та підлітків чинників екологічного та медико-соціального ризику, зниження якості харчування та якості проведення профілактичних заходів.

Хронічна патологія дигестивної системи в дітей віддзеркалює серйозну світову проблему [11,12].

Навіть у розрізі регіонів відзначається значна різниця в поширеності та захворюваності дітей на дигестивну патологію [13].

У структурі захворювань дигестивної системи у дітей переважають функціональні розлади, у підлітків — хронічна гатсродуоденальна патологія.

Останніми роками спостерігають зміну структури захворювань органів травної системи: превалювання патології верхніх відділів дигестивної системи, відсутність гендерних відмінностей в частоту патології жовчного міхура, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки та розвирення вікових меж їх фориування [14-16].

Дані офіційної статистики щодо захворюваності і поширеності основних гатсрхвороб за 2020 - 2024 роки суперечать вибіркоким науковим дослідженням, в яких встановлені в 1,5–2 рази вищі рівні захворюваності та поширеності хвороб у школярів.

3.1 Поширеність та структура патології травної системи в дітей різного віку

Показники структури хвороб дигестивної системи серед дітей та підлітків Чернівецької області свідчать, що на першому місці знаходяться хронічні гастрити (ХГ) та гастродуоденіти (ХГД), при цьому не має вірогідної різниці з функціональними порушеннями, які знаходяться на другому місці патології дигестивної системи. Хронічні холецистити (ХХ), хронічні холангіти (ХХЛ) посідають третє місце, а виразка шлунка та дванадцятипалої кишки займає стабільно четверте місце (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Структура патології ШКТ в дітей Чернівецької області за 2020- 2024 рр.,
(%)

Місце	Нозології	Роки					
		2020	20221	2022	2023	2024	Середній
1	Гастрит, дуоденіт	16,43	18,22	19,23	21,66	22,41	20,52
2	Функціональні розлади шлунка	16,13	17,26	17,62	18,87	19,39	18,03
3	Холецистит, холангіт	7,62	7,94	8,12	8,98	9,14	8,59
4	Виразкова хвороба	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,04
5	Хвороби підшлункової залози	0,01	0,005	0,01	0,007	0,01	0,03
6	Неспецифічний виразковий коліт	0,003	0,005	0,004	0,002	0,003	0,004

Встановлено, що пік захворюваності травної системи у віковій групі до 10 років реєструється в дітей віком 5-7 років (табл. 3.2). Відомо, що цей віковий період є одним із тих, коли відбувається інтенсивна морфофункціональна перебудова організму дитини. Однак у структурі патології в цих дітей

переважали функціональні розлади дигестивної системи (функціональні захворювання шлунку та кишечника 49,1%, функціональні захворювання жовчовивідних шляхів 25,8%).

Таблиця 3.2

Частота захворювань травної системи в дітей залежно від віку

Нозології	Діти			
	6 - 9 р., n = 110		10-18 р., n = 119	
	N	M ± m, %	N	M ± m, %
Функціональне захворювання шлунка	54	49,1 ± 3,1*	-	-
Хронічний гастрит	6	5,4 ± 0,3	15	12,6 ± 1,3
Хронічний гастродуоденіт	5	4,5 ± 0,7*	36	32,7 ± 1,7
Виразкова хвороба + ерозивний гастродуоденіт	2	1,8 ± 0,7*	58	52,7 ± 4,7*
Дискінезія жовчовивідних шляхів	28	25,4 ± 2,9	9	7,5 ± 1,9
Разом	95	86,3 ± 4,5	119	100,0
Відсутність преморбідної патології	15	13,7 ± 3,2*	-	-

Примітка. *- вірогідно щодо показників у дітей 10-18р., $p < 0,05$.

У цілому поширеність ХГДП серед дітей Чернівецької області становить 138,8‰ (по Україні – 152 ‰) та в динаміці за останні десять років зростає (рис. 3. 1).

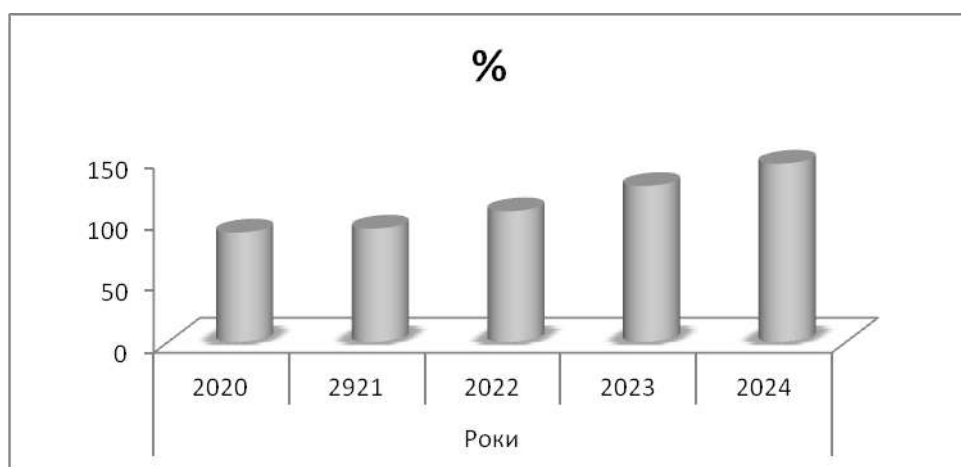


Рис. 3. 1 Динаміка поширеності патології дигестивної системи серед популяції дітей Чернівецької області.

Характерною є динаміка поширеності окремих нозологій (рис. 3.2-3.4). Так, серед дітей віком 7-14 років більш швидкими темпами зростає поширеність функціональних захворювань шлунка, тоді як у віковій підгрупі 15-18 років – ХГД, ХЕГД

Поширеність ВХ серед дітей Чернівецької області визначена як 0,33‰ (по Україні – 0,40‰). При оцінці динаміки поширеності ВХ у дітей Чернівецької області за останні роки виявлено коливання показників від 0,19 до 0,50 ‰.

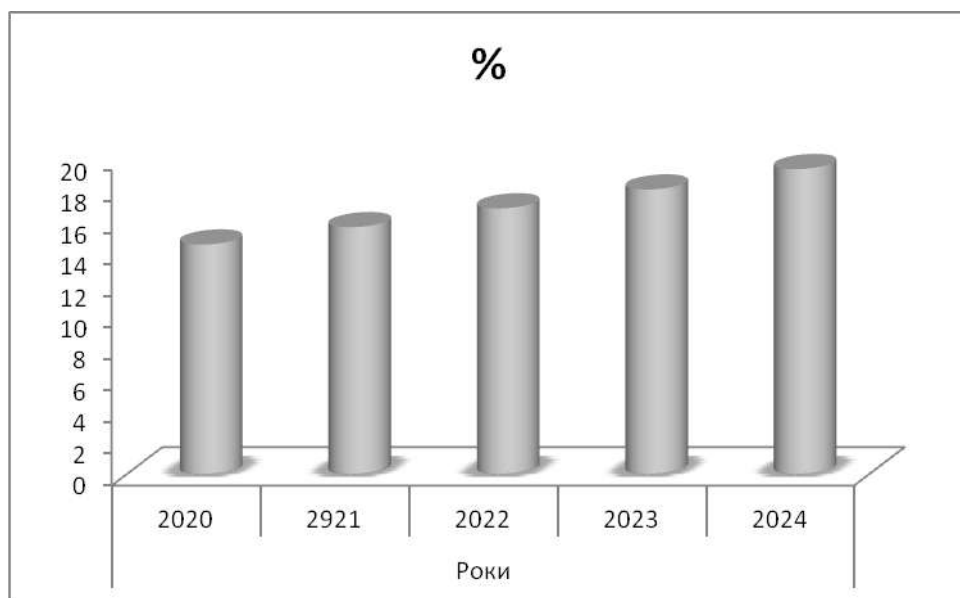


Рис. 3. 2 Динаміка поширеності хронічних гастритів серед популяції дітей Чернівецької області.

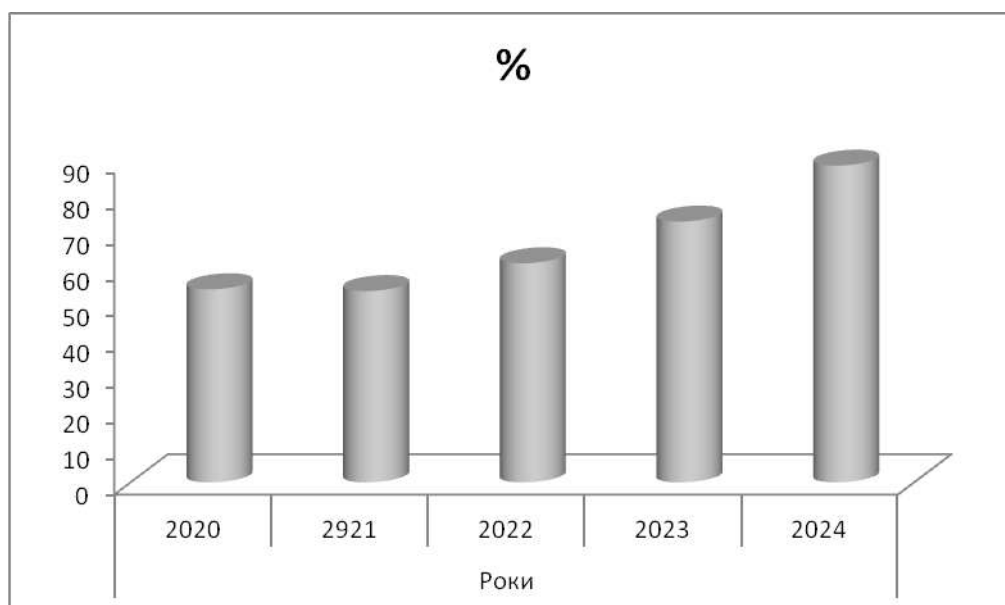


Рис. 3. 3 Динаміка поширеності хронічних гастродуоденітів серед популяції дітей Чернівецької області.

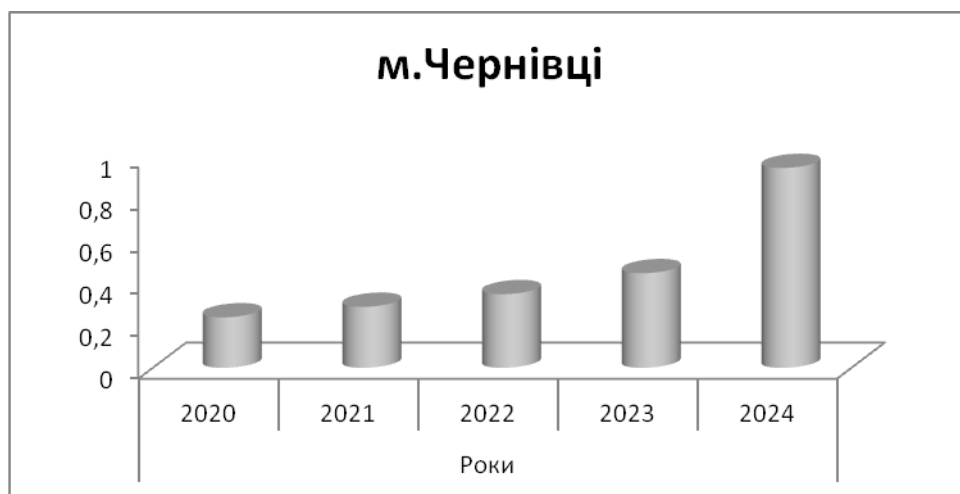


Рис. 3. 4 Динаміка поширеності виразкової хвороби серед популяції дітей Чернівецької області.

У цілому певних закономірностей поширеності ХГДП за період 2020 - 2024 років не встановлено. Однак за останні роки ХГДП достовірно частіше зустрічається серед дітей м.Чернівці порівняно з дітьми Чернівецької області. Така картина поширеності патології встановлена за рахунок підвищення рівня поширеності саме ХЕГД та ВХ серед дітей міста. Так, впродовж 2020-2024 рр. відзначається достовірне зростання поширеності даних нозологій серед дітей м.Чернівці (рис. 3.5).

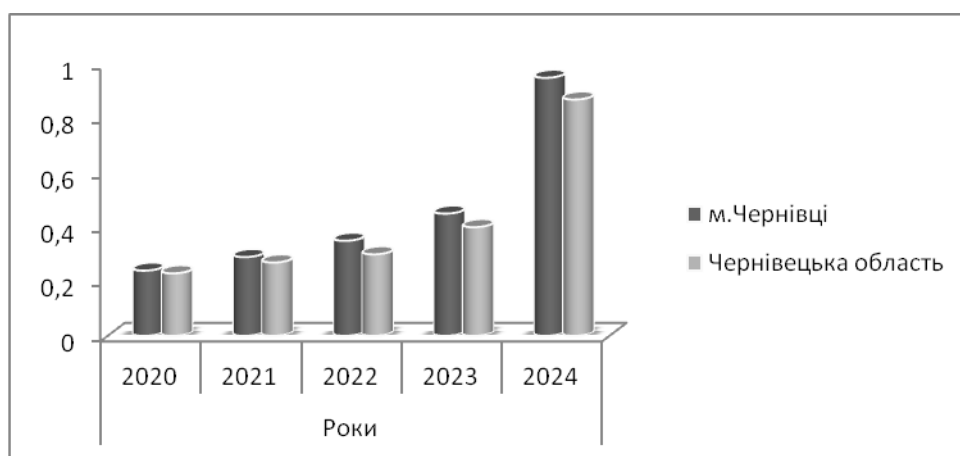


Рис. 3. 5 Динаміка поширеності виразкової хвороби серед популяції дітей Чернівецької області та м.Чернівці.

Захворюваність на ХГДП серед дітей Чернівецької області становить 55,1 ‰. Динаміка захворюваності впродовж 2020-2024 років представлена на рис. 3.6. У цілому захворюваність у 2024 році, у порівнянні з 2020 роком, зросла на 53,8% (з 33,9 до 55,1 випадків на 1000 дітей). Як і поширеність, захворюваність на ХГДП серед дітей міста вища в порівнянні з такою серед дітей села (рис. 3. 6 та 3. 7).

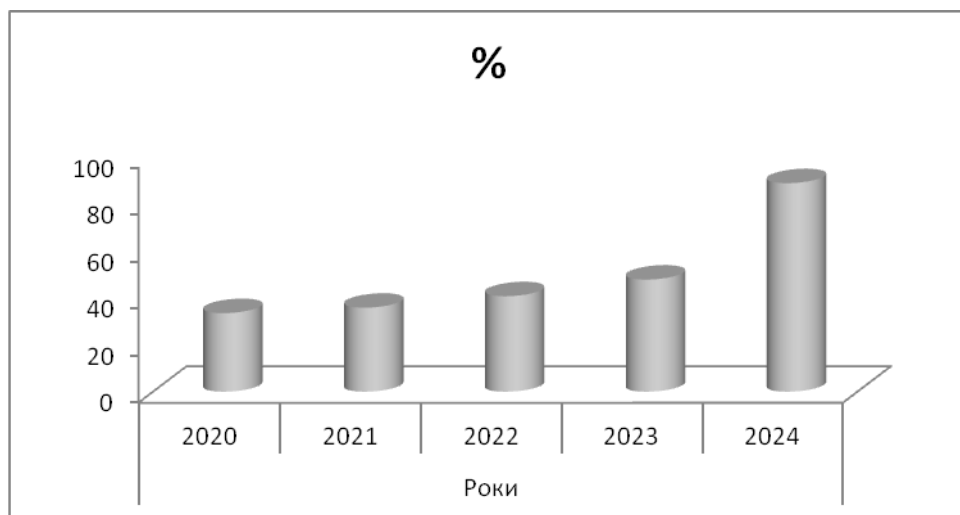


Рис. 3. 6 Динаміка захворюваності на гастроуденальну патологію серед загальної популяції дітей Чернівецької області.

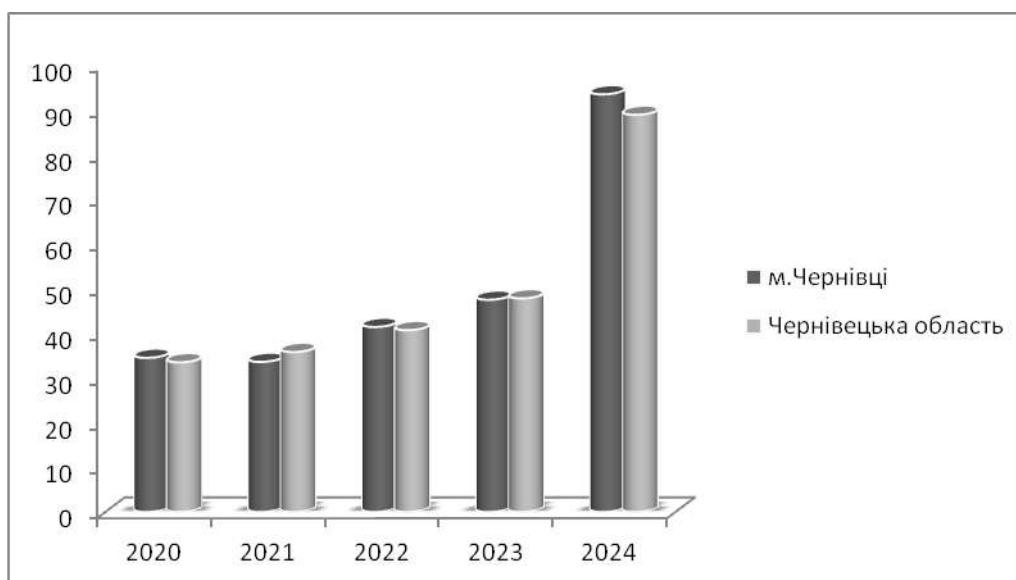


Рис. 3. 7 Динаміка захворюваності на гастроуденальну патологію серед популяції дітей Чернівецької області та м.Чернівці.

Аналіз захворюваності на ВХ серед дітей Чернівецької області виявив деякі коливання впродовж останніх 10 років: періодичні зростання захворюваності до максимального значення у 2022 та 2024 роках та зниження у 2023 (рис. 3. 8).

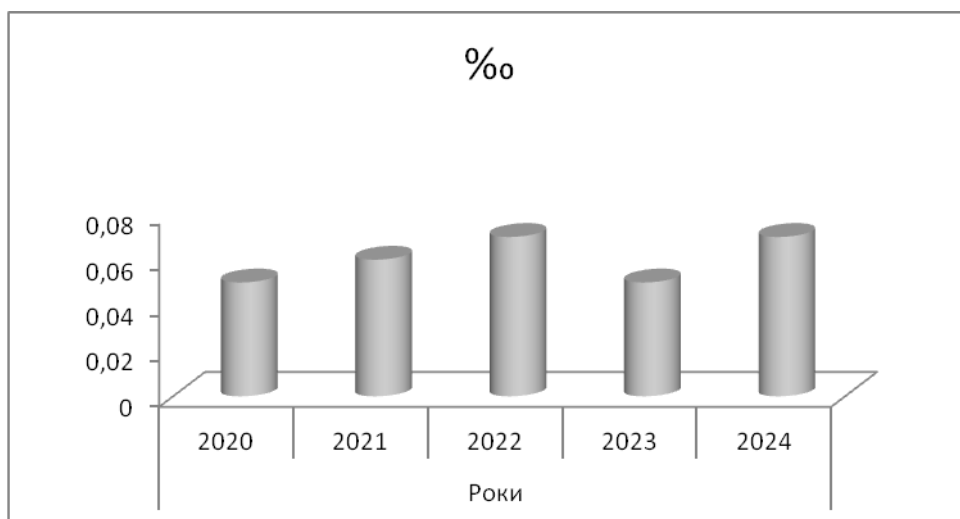


Рис. 3. 8 Динаміка захворюваності на виразкову хворобу серед популяції дітей Чернівецької області.

Якщо порівняти захворюваність на ВХ за останні роки серед дітей Чернівецької області та м.Чернівці, то варто зазначити, що остання в м.Чернівці, як і по області, найвища у 2024 році. Причому коливання захворюваності характерні для Чернівецької області відмічаються і в м.Чернівці, але серед дітей міста вона достовірно вища (рис. 3. 9).

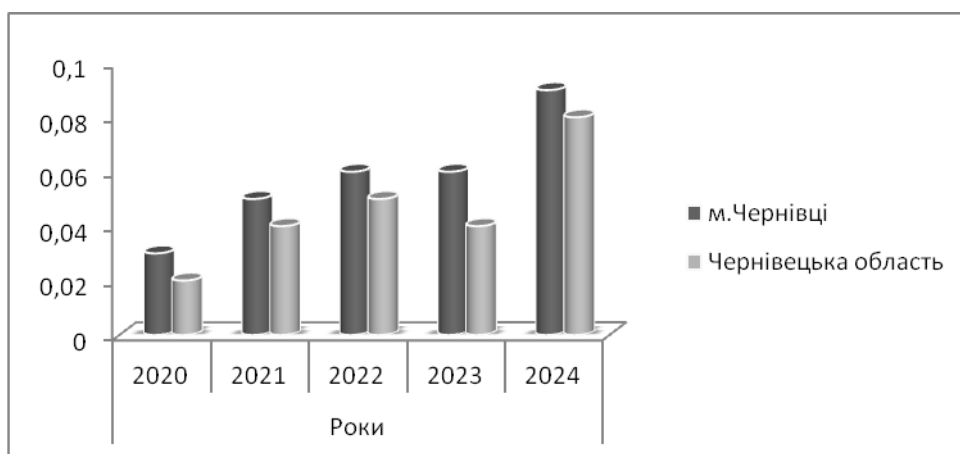


Рис. 3. 9 Динаміка захворюваності на виразкову хворобу серед дітей Чернівецької області та м. Чернівці

Проаналізовано частоту ВХ серед дітей, які знаходилися під нашим спостереженням з 2023 по 2024 рр. залежно від віку, що розподілилася наступним чином: від 7 до 12 років – 26 дітей (33,7%), від 13 до 15 років – 36 дітей (46,8%, $p<0,05$), від 16 до 18 років – 15 (19,5%, $p<0,05$). За результатами наших досліджень з кожним роком частка дітей молодшого шкільного віку поступово зростала, а у 2024 році достовірно відрізнялась від такої у 2023 (табл. 3. 3).

Таблиця 3.3

Частотний розподіл дітей, хворих на виразкову хворобу

Вік (роки)	Роки спостереження (абс./%)	
	2023	2024
7-12	5 (6,5)	11 (14,3) *
13-15	11 (14,3)	10 (12,9)
16-18	3 (3,9)	7 (7,8)

Примітка. * - різниця достовірна при $p<0,05$ щодо дітей 7-12 річного віку 2023 року спостереження.

Серед обстежених дітей, хворих на ВХ відмічалася статева різниця: $74,0\pm4,5$ % хлопчики та $26,0\pm1,9\%$ дівчатка, $p<0,05$.

Середній вік виникнення ХГДП у обстежених дітей становив $13,4 \pm 2,3$ років. Аналіз віку виникнення ХГДП залежно від генеалогічного анамнезу показав, що в дітей із обтяженою спадковістю середній вік виникнення хвороби становить $10,8\pm1,5$ років, в дітей із необтяженою спадковістю – $14,6\pm1,3$ років. Встановлено, що в дітей із обтяженою спадковістю, порівняно з їх батьками, ХГДП виникає на 5–6 років раніше ніж у їх батьків.

Спостерігаються деякі відмінності у віці та статі хворих на ХГДП дітей залежно від нозологій. У хворих на ХГД (рис. 3. 10) не спостерігали різниці у віковій та статевій приналежності.

У хлопчиків і дівчаток частота виникнення ХГД поступово зростала

починаючи з 7-8 років, пік захворюваності приходився на $12,6 \pm 1,1$ років.

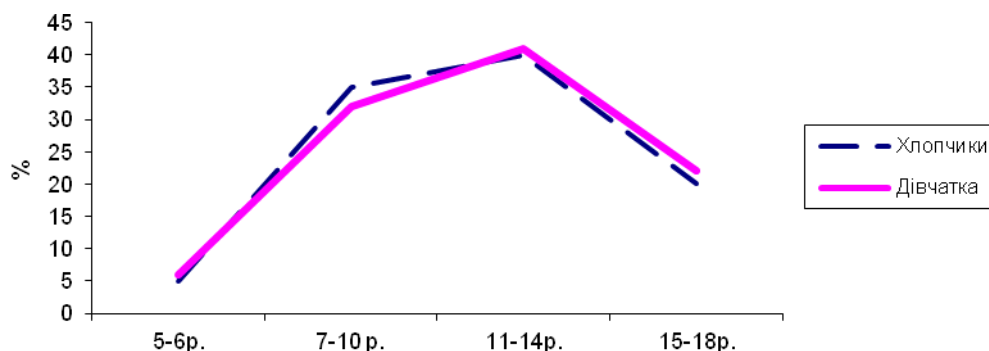


Рис. 3. 10 Статево–вікова характеристика дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт.

Ерозивні ураження гастродуоденальної ділянки в дітей (рис. 3. 11) припадають у хлопчиків на $10,3 \pm 3,8$ р., у дівчаток на $13,8 \pm 3,4$ р. Мало місце поступове зростання частоти ерозивних уражень гастродуоденальної ділянки у дівчаток, найбільше значення якої виявили у віковій групі 12–14 років, на відміну від хлопчиків, в яких спостерігали більш різке зростання частоти виникнення ХЕГД, найвище значення якої встановлено в осіб 7–11 років.

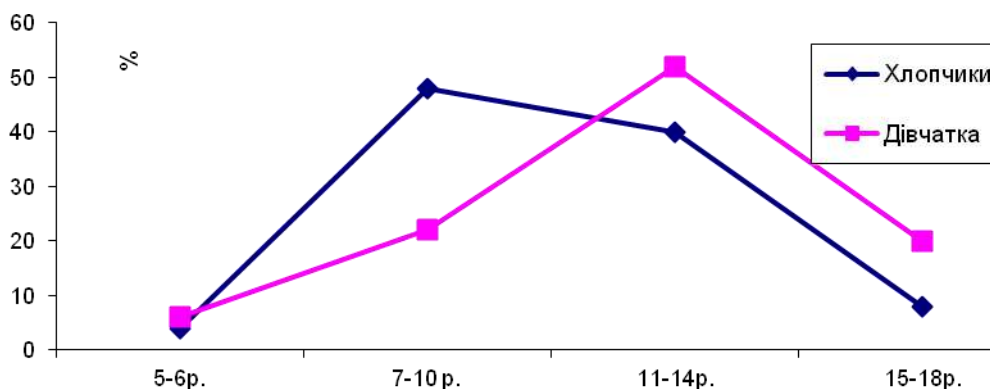


Рис. 3. 11. Статево–вікова характеристика дітей, хворих на ерозивний гастродуоденіт.

Найбільшу частоту ВХ, як у дівчаток та і у хлопчиків спостерігали в віковій групі 12–14 років, середній вік виникнення відрізнявся і склав $10,5 \pm 1,6$ р. та 13,9 р. відповідно ($p < 0,05$). У дітей чоловічої статі спостерігали поступове зростання частоти ВХ уже з 7 років, на відміну від дівчаток, в яких

спостерігали різке зростання частоти ВХ у 12–14 років (рис. 3. 12).

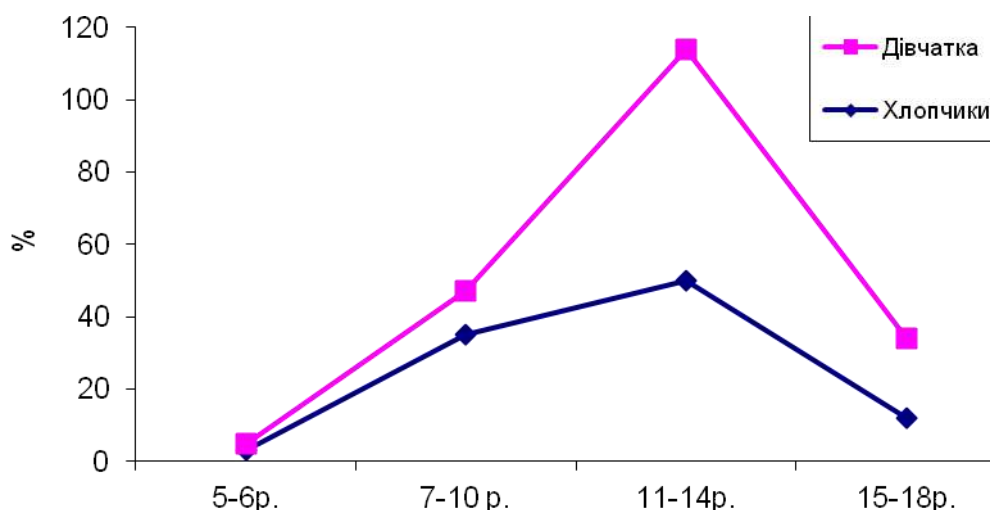


Рис. 3. 12. Статевो-вікова характеристика дітей, хворих на виразкову хворобу.

Локалізація виразки в дванадцятипалій кишці є домінуючою — 70 ($90,9 \pm 8,2$ %) випадків, серед них ВХ ДПК у хлопчиків склала $71,4 \pm 6,4$ %, у дівчаток — $28,5 \pm 1,2$ %. У 7 ($9,1 \pm 0,9$ %) обстежених дітей (100 % хлопчики) виразка локалізувалася в шлунку.

Ускладнений перебіг ВХ зустрівся не часто і склав $14,2 \pm 1,2$ %. В основному ВХ ускладнювалася шлунково-кишковою кровотечею (6 хлопчиків).

Множинні і хронічні виразки виявлено в $7,7 \pm 0,7$ % осіб, з них $83,3 \pm 9,2$ % хлопчики.

За результатами проведених досліджень у цілому ряді випадків, звернення за кваліфікованою медичною допомогою є дещо запізнілим, так у $54,5 \pm 10,2$ % дітей діагноз встановлений на першому році захворювання, у $31,6 \pm 3,2$ % дітей симптоми захворювання відмічалися впродовж 1–3 років $13,7 \pm 1,2$ % відмічали симптоми захворювання впродовж 4–5 років.

Аналізуючи час з моменту виникнення до встановлення діагнозу слід зазначити, що терміном до 3 років частіше встановлювали діагноз гастродуоденіту ($76,3 \pm 1,2$ %), значно рідше ерозивний гастродуоденіт — $13,4 \pm 1,1$ та ВХ — $10,3 \pm 1,3$ %.

Таблиця 3.4

Розлади біліарного тракту

Патологія	ФД n=34	ХГД n=45	ВХ n=17
Розлади БР (всього)	66,2±4,6	72,3±5,9	83,8±12,1
ДЖМ	52,1±3,5	43,6±4,9	41,8±7,3
БС	6,5±1,1	7,9±1,1	33,8±2,8
ХХ	9,1±1,2	8,7±2,1	23,9±3,6

Примітка. БР – біліарний тракт, ДЖМ – дисфункція жовчного міхура, ХХ – хронічний холецистит.

Структура функціональних захворювань представлена в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Функціональні захворювання дигестивного тракту

Нозологія	%
ФД	34,8±12,6
ФАБ	45,8±11,7
СПК	34,2±4,5
ФЗ	23,8±5,2
ФД	19,9±2,7

Примітка. ФД – функціональна диспепсія, ФАБ – функціональний абдомінальний біль, СПК – синдром подразненого кишечника, ФЗ – функціональний закріп, ФД – функціональна діарея.

Отже, встановлено зростання поширеності патології дигестивної системи серед дитячого населення Чернівецької області. Визначення факторів ризику розвитку захворювання з їх бальною оцінкою дозволить прогнозувати розвиток патології травної системи у конкретної дитини, тим самим надасть

можливість провести відповідний комплекс профілактичних заходів, спрямованих на конкретні ймовірні чинники, а у випадку наявності захворювання оцінити тяжкість його перебігу з розробкою комплексу оптимальних лікувально-профілактичних заходів.

3.2 Основні проблеми пацієнтів дитячого віку із патологією шлунково-кишкового тракту

Медична сестра повинна добре знати і вміти застосовувати сестринський процес, як науково-обґрунтований метод вирішення проблем пацієнта.

Для здійснення медсестринського процесу медична сестра має володіти необхідним рівнем теоретичних знань, практичними навичками професійного спілкування та навчання пацієнтів, виконувати сестринські маніпуляції, використовуючи сучасні технології.

Сестринський процес розглядається як організація та виконання системного догляду за пацієнтами, орієнтований на задоволення його потреб.

Нами проведено дослідження з метою виявлення основних проблем пацієнтів дитячого з патологією дігестивної системи.

Больовий синдром діагностовано у всіх дітей 12-18 років, тоді як у хворих 7-11-річного віку лише у 87,5 % ($p < 0,05$). Однак, вірогідної різниці у частоті диспепсичного та інтоксикаційного синдромів в дітей різних вікових підгруп нами не встановлено.

Так, ознаки диспепсичного синдрому відмічали 83,8 % пацієнтів 12-18-річного віку та 81,3 % хворих 7-11-річного віку ($p > 0,05$); симптоми астеновегетативного синдрому – у 72,7 % та 75,0 % дітей основної групи відповідно ($p > 0,05$) (рис. 3.13).

Варто зауважити, що більш виражена клінічна картина захворювання в цілому спостерігалася в хворих із гелікобактер-асоційованою виразковою хворобою.

Відзначено вірогідну різницю у частоті астеновегетативного та

диспепсичного синдромів: 74,5 % і 61,5 % ($p < 0,05$) та 84,3 % і 76,9 % ($p < 0,05$) відповідно.

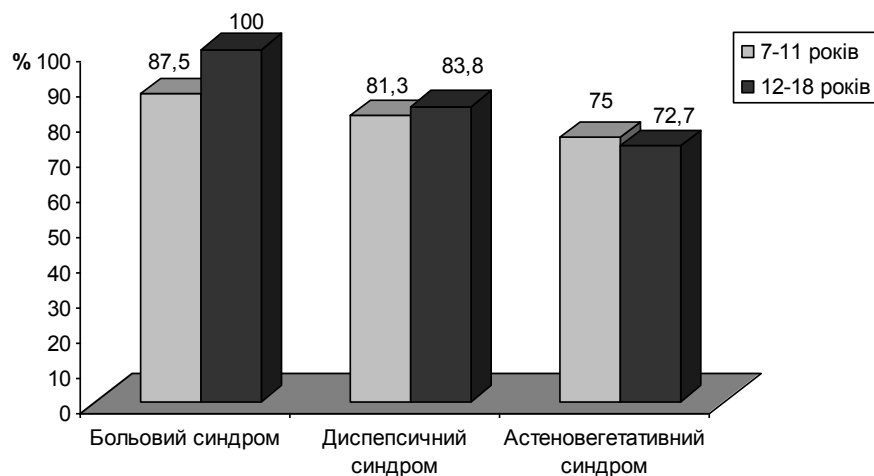


Рис. 3. 13 Частота основних синдромів в дітей залежно від віку.

Гендерної різниці у частоті основних синдромів захворювання нами не виявлено ($p > 0,05$). У хлопчиків і в дівчаток першим по частоті був болювий синдром (97,1 % і 100,0 % відповідно, $p > 0,05$), на другому – диспепсичний (83,8 % і 83,0 % відповідно, $p > 0,05$), на третьому – астеновегетативний (73,5 % і 72,3 % відповідно, $p > 0,05$). Характеристика болювого синдрому представлена в таблиці 3.6. Локалізація болі в обстежених дітей представлена на рис. 3.14.

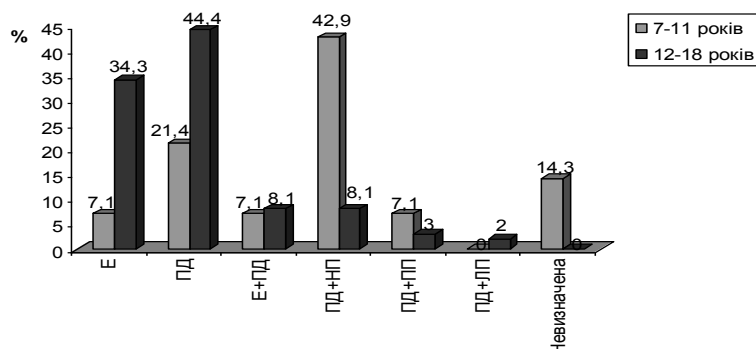


Рис. 3.14 Локалізація болювого синдрому в дітей в дітей залежно від віку (Е – епігастрій, ПД – пілородуоденальна ділянка, НП – 54надпупкова ділянка, ПП – праве підребер'я, ЛП – ліве підребер'я)

Больовий синдром в обстежених дітей

Показник	Діти (n=113)	
	Абс.	М±m,%
Локалізація:		
епігастрій	35	31,0±2,3*
пілородуоденальна ділянка	47	41,6±2,6*
пілородуоденальна ділянка та епігастрій	9	8,0±1,2
пілородуоденальна ділянка та 55ембрано стабіль	14	12,3±1,4
ділянка	4	3,5±0,8
пілородуоденальна ділянка та праве підребер'я	2	1,8±0,6
пілородуоденальна ділянка та ліве підребер'я	2	1,8±0,6
не визначена		
Характер:		
ниючий, тупий	85	75,2±4,6*
переймоподібний	16	14,2±1,4
колючий, пекучий	8	7,1±1,8
не могли охарактеризувати біль	4	3,5±1,2
Інтенсивність: слабкий	21	18,6±2,3
помірний	47	41,6±3,4*
сильний	45	39,8±3,1*
Час появи: натще	19	16,8±2,7
«голодний» і нічний біль	10	8,8±1,1
через 1-1,5 години після їжі	15	13,3±1,4
натще і через 1-1,5 години після їжі	60	53,1±4,2*
не пов'язаний із прийомом їжі	9	8,0±1,5
Частота появи: щодня	58	51,3±3,8*
декілька разів на тиждень	41	36,3±2,9
рідше одного разу на тиждень	14	12,4±1,7

Примітка. * – різниця вірогідна (p<0,05).

Диспепсичний синдром проявлявся нудотою (44,8 %), закрепами або схильністю до закрепів (30,2 %) та печією (27,1 %). Майже з однаковою частотою дітей турбували відрижка (21,9 %) та зниження апетиту (18,8 %). Найрідше хворих турбували нестійкість випорожнень (11,5 %), метеоризм (12,5 %) та блювота (9,4 %).

Клінічні ознаки астеновегетативного синдрому наведені в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Прояви астеновегетативного синдрому в обстежених дітей

Ознака	Діти (n=84)	
	абс.	М ± m, %
Головний біль	68	80,9±3,7
Емоційна лабільність	38	45,2±2,3
Підвищене потовиділення	14	16,7±1,9
Підвищена втома	52	61,9 ±4,2
Загальна слабкість	43	51,2±3,4
Запаморочення	13	15,5±2,6
Поганий сон	16	19,0±2,7

Сестринський процес включає в себе обговорення з пацієнтом і (або) його близькими всіх можливих проблем (про наявність деяких з них пацієнт і не підозрює), допомога в їх вирішенні у межах сестринської компетенції.

Мета сестринського процесу - попередити, полегшити, зменшити або звести до мінімуму ті проблеми, які виникли у пацієнта.

За результатами дослідження нами виокремлено основні проблеми пацієнтів дитячого віку з патологією дигестивної системи: фізіологічні (рис.15) та психологічні (рис. 3.16).

Отже, нами опрацьовані результати дослідження та встановлені основні проблеми пацієнтів із патологією травної системи. Для складання індивідуального плану медсестринських втручань були запрошені пацієнти для їх погодження.

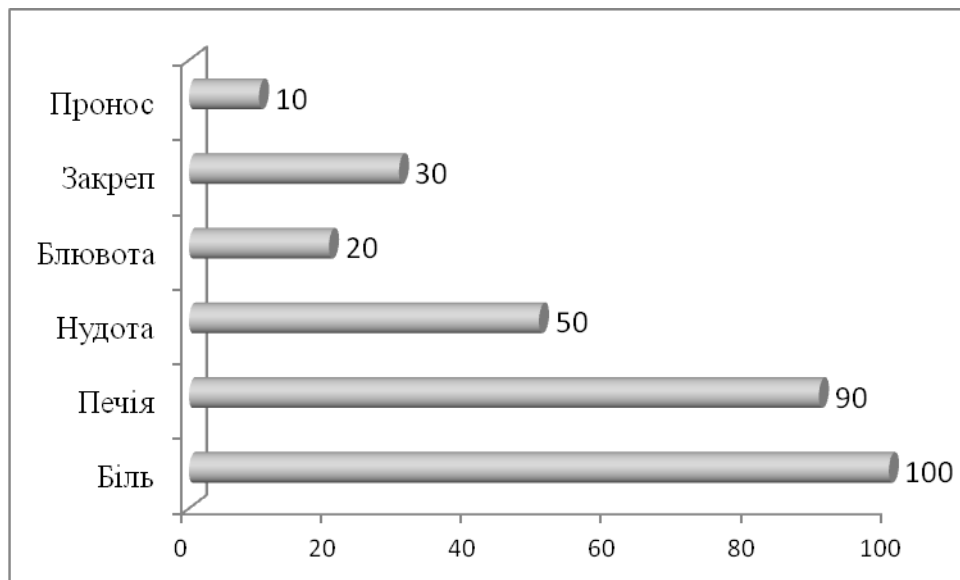


Рис. 3.15 Фізіологічні потреби пацієнтів

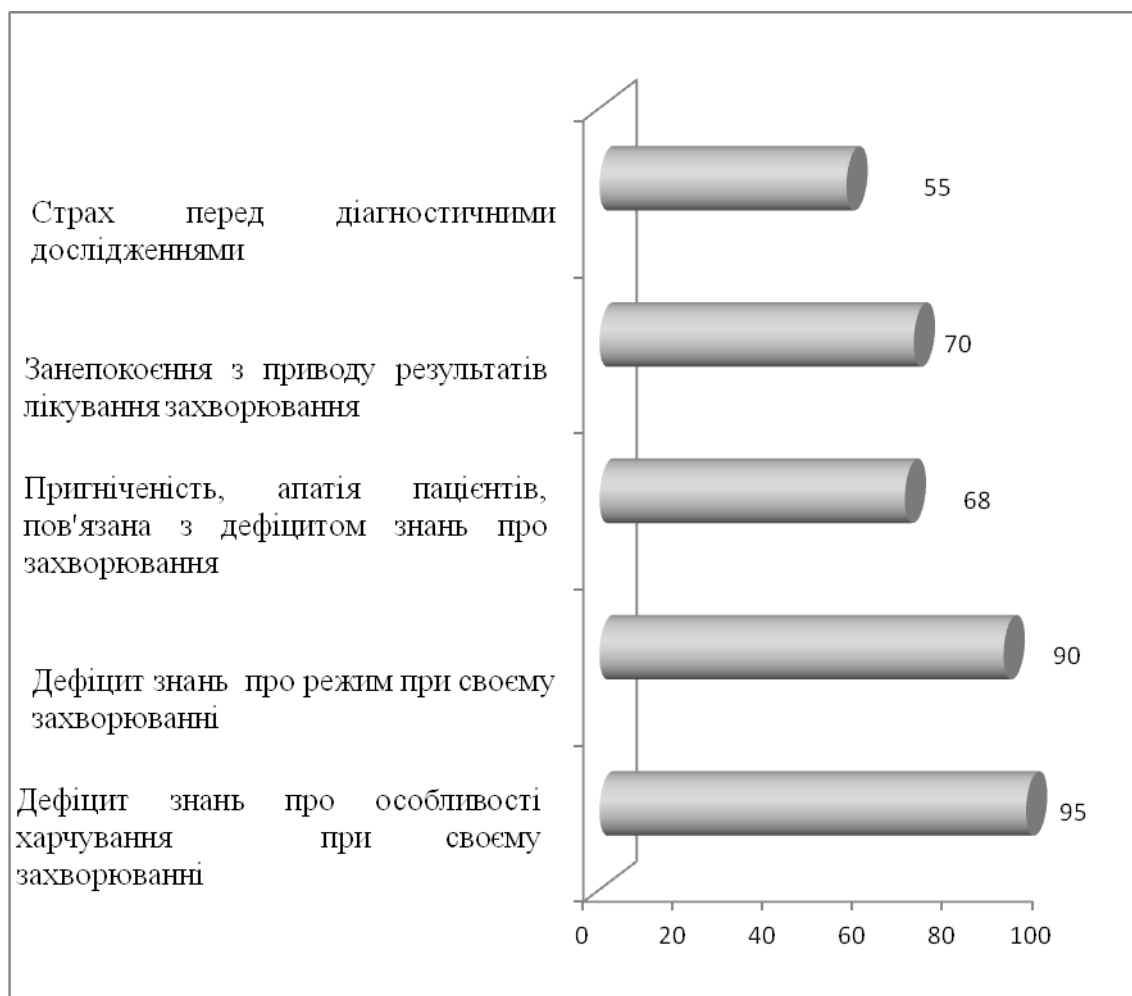


Рис. 3.16 Психологічні проблеми пацієнтів

Всі проблеми, які були виставлені, і з якими пацієнт згоден, ранжувалися в порядку їх значимості, починаючи з найважливіших і далі по порядку (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Догляд за пацієнтами гастроентерологічного відділення

Медична маніпуляція	Обов'язки медичної сестри гастроентерологічного відділення
1. Дотримання режиму	- Створіть психічний спокій пацієнту; - Стежте за дотриманням пацієнтом режиму (строго ліжковий, ліжковий, палатний)
2. Режим харчування	- контролюйте дотримання пацієнтом призначеної дієти; - проводіть бесіди з пацієнтом та його родичами про необхідність дотримання пацієнтом дієти (1а, 1, 2, 3, 4, 5).
3. Спостереження за пацієнтом	- своєчасно виявляйте проблеми пацієнта та вирішуйте їх спільними зусиллями; - за потреби надайте першу долікарську допомогу; - правильно давайте оцінку тяжкості стану пацієнта та інформуйте лікаря

4. Лабораторна діагностика	За призначенням лікаря поясніть пацієнтові як підготуватися до дослідження калу (кал на приховану кров, ентеробіоз, бактеріологічне дослідження, копрологію, яйця гельмінтів, найпростіші).
5. Постановка клізм, газовідвідної трубки	При виконанні таких процедур обов'язково поясніть пацієнтові мету та перебіг процедури, отримайте згоду пацієнта.
7. Інструментальні методи дослідження	- необхідно пояснити пацієнту мету підготовки та мету дослідження; - необхідно пояснити пацієнтові, як поводитися під час процедури; - зверніть увагу пацієнта на той факт, що обстеження проводитиме лікар.
8. Зовнішній вигляд	Зовнішній вигляд медсестри дуже впливає на пацієнта. Якщо медсестра охайна, уважна, добросерда, то й пацієнтові захочеться поговорити з нею. Таким чином, медсестрі буде легше встановити довірчі стосунки з пацієнтом та вирішувати з ним його проблеми.
9. Особиста гігієна тяжкохворих пацієнтів	-своєчасна зміна молодшою медсестрою натільної та постільної білизни;

	- ранковий та вечірній туалет; - своєчасна подача судна та сечоприймача; - підмивання; - проведення заходів щодо профілактики пролежнів; - туалет шкіри, миття ніг, стрижка нігтів.
--	---

Нами проведено опитування пацієнтів дитячого гастроентерологічного відділення щодо стану поінформованості пацієнтів про їх захворювання. Результати опитування показали, що основним джерелом інформації про захворювання хворі діти вважали лікаря (68,5%), 10,2% пацієнтів отримували інформацію про своє захворювання від медичної сестри, решта - 24% з інших джерел (соціальні мережі, знайомі тощо).

За результатами анкетування встановлено, що високий ступінь досягнення мети сестринського догляду досягнуто у 19,8%, середній ступінь – у 75,5%, низький – у 4,7%.

Оцінка реакції пацієнта у відповідь на сестринські втручання, на медперсонал, лікування, задоволеності фактом перебування у стаціонарі розподілилася наступним чином: більшість пацієнтів (77,9%) були задоволені сестринськими втручаннями та лікуванням та оцінили як «добре».

Окремі пацієнти (4,7%) були частково задоволені та оцінили на «задовільно», а частка хворих дітей (2,3%) були незадоволені та оцінили на «незадовільно» і тільки 15,1% хворих дітей були дуже задоволені та оцінили на «відмінно».

Ефективність впливу медсестринських маніпуляцій оцінена як добра, оскільки у 89,7% зменшилися клінічні симптоми захворювань, покращився психо-емоційний стан та загальне самопочуття.

3.3. Структурно-функціональна організація роботи медичної сестри дитячого гастроентерологічного відділення

Проблеми забезпечення та оцінки якості медичної допомоги є одним із пріоритетних завдань системи охорони здоров'я. Впровадження нових медичних технологій та моделей організації медичної допомоги мають бути спрямовані на підвищення.

Важливу роль у забезпеченні якості лікувально-діагностичного процесу відіграє сестринський персонал з огляду на його чисельність та найбільш тісний контакт із пацієнтами.

Світовий досвід показує, що величезний потенціал підвищення ефективності надання медичної допомоги закладено у реформуванні медсестринства. Проте, підвищення професійної ролі, розширення кола обов'язків і повноважень вимагає підвищення відповідальності за допомогу, посилення контролю та оцінки діяльності сестринського персоналу.

Проблемою є явно недостатнє теоретичне опрацювання процедури контролю та оцінки діяльності середнього медперсоналу.

Нами проведено анкетування медичних сестер дитячого гастроентерологічного відділення. Дослідження показало, що медична сестра більшу частину часу витрачає на виконання лікарських призначень (24%), на роботу з документацією тратиться 21%.

Звертає увагу, що дуже мало часу приділяється безпосередньо догляду за пацієнтами (9%), хоча цей вид діяльності повинен займати одне з лідируючих місць, оскільки дуже впливає на результати сестринської допомоги. Допоміжна робота забирає ще 15% робочого часу (рис. 3.17).

На думку 28,4% опитаних оцінка діяльності кожної медичної сестри стаціонару повинна проводитися 1 раз на 3 місяці, 26,3% - 1 раз на місяць, 23,8% - 1 раз на 6 місяців, 20,5% - 1 раз на рік.

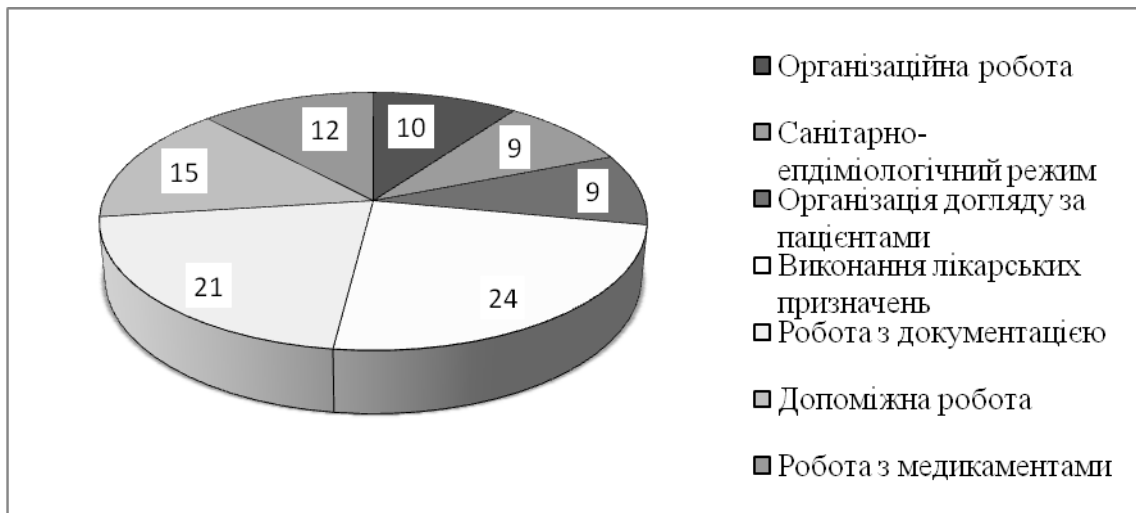


Рис. 3.17 Розподіл робочого часу палатної медичної сестри дитячого гастроентерологічного відділення (%).

За результатами анкетування 24,5% медичних сестер вважають, що експертизу має проводити головна медсестра (заступник головного лікаря з медсестринства), 75,5% - комісією із декількох спеціалістів.

Більшість (71,4%) опитаних вважає, що отримувати достовірну інформацію про оцінку пацієнтами якості роботи сестринського персоналу найкраще шляхом безпосереднього спілкування з пацієнтами при проведенні адміністративних обходів. Респондентам було запропоновано оцінити за 5-ти бальною шкалою (5 – максимально, 1 – мінімально) значимість факторів при проведенні оцінки діяльності медичних сестер дитячого гастроентерологічного відділення.

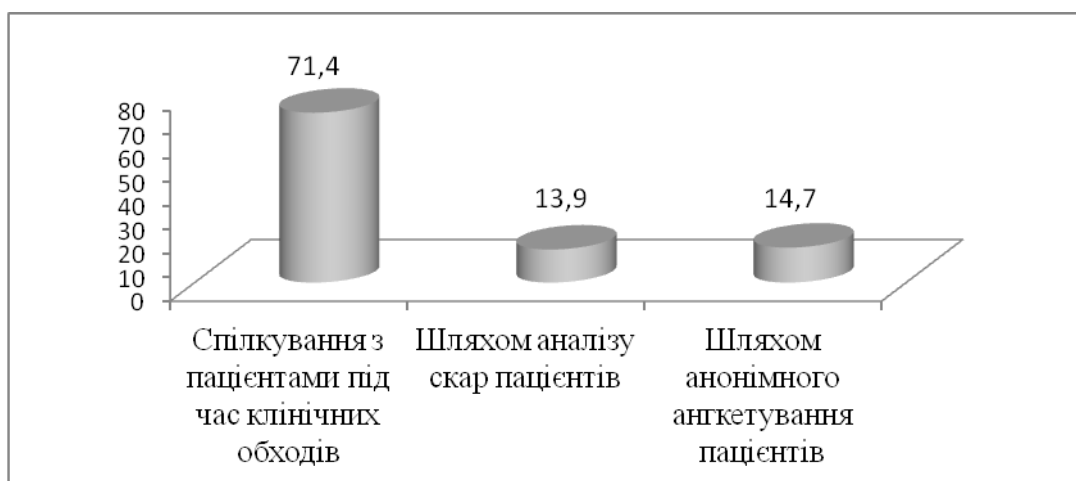


Рис. 3.18 Оцінка якості роботи медичної сестри (%)

Для оцінки запропоновано 14 факторів:

санітарно-епідеміологічний благополуччя відділення;
якість догляду за пацієнтами; якість виконання лікарських призначень; якість ведення документації;
дотримання правил роботи з медикаментами;
матеріально-технічне оснащення;
укомплектованість сестринських ставок фізичними особами;
наявність кваліфікаційних категорій у медсестер відділення;
рівень знань медсестер відділення, виявлений при проведенні контролю (тестування, залік, співбесіда і т.д.);
думка пацієнтів відділення про роботу медичних сестер відділення;
думка завідувача відділення та лікарів;
кількість ускладнень, пов'язаних із неякісною роботою медсестер (пролежні, постін'єкційні абсцеси і т.д.);
організація праці медичних сестер (оснащення робочого місця, чіткий внутрішній розпорядок, поділ обов'язків);
інформаційно-методичне забезпечення діяльності медсестер (наявність на робочих місцях методичних рекомендацій, стандартів, інструкцій, протоколів тощо).

Найбільш значущими факторами при оцінці якості сестринської допомоги на думку керівників є (рис. 3.19):

якість виконання лікарських призначень,
якість догляду за пацієнтами,
санітарно-епідеміологічний добробут відділення,
дотримання правил роботи з медикаментами, у тому числі предметно-кількісного обліку.

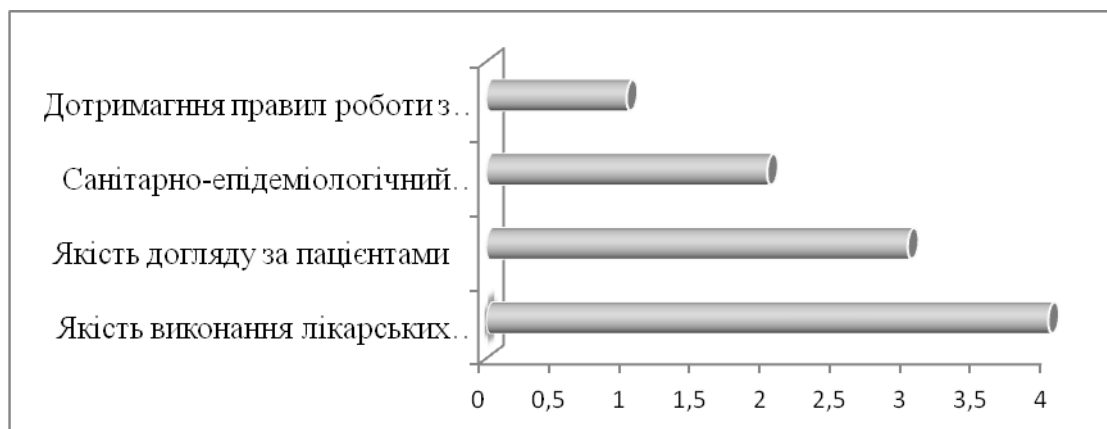


Рис. 3.19 Найбільш значущі фактори оцінки якості сестринської допомоги на думку керівників

Фактори, що отримали максимальну кількість балів та найвищі рангові місця представлені в таблиці 3. 9.

Таблиця 3.9

Рангові місця значущості запропонованих чинників оцінки роботи МС

Фактор	Рейтингове місце	σ	t	C (%)
Санітарно-епідеміологічне благополуччя відділення	2	0,71	0,03	14
Якість догляду за пацієнтами	3	0,69	0,03	11
Якість виконання лікарських призначень	1	0,52	0,02	24
Дотримання правил роботи з медикаментами	4	0,89	0,04	16
Матеріально-технічне оснащення	8	0,81	0,03	19
Якість ведення документації	6	0,73	0,02	14
Кількість ускладнень, пов'язаних із неякісною роботою медсестер	5	0,71	0,03	15
Організація праці медичних сестер	7	0,76	0,02	20
Інформаційно-методичне забезпечення діяльності медсестер	11	0,70	0,03	15
Наявність кваліфікаційних категорій у медсестер відділення	10	0,85	0,05	19
Укомплектованість сестринських	9	0,64	0,02	17

ставок фізичними особами				
Рівень знань медсестер відділення виявлений при проведенні контролю	14	0,67	0,04	28
Думка пацієнтів відділення про роботу медичних сестер	12	0,79	0,03	22
Думка завідувача відділення та лікарів	13	0,84	0,04	17

Примітка. Середнє квадратичне відхилення (σ), середня помилка середньої арифметичної (τ), коефіцієнт варіації (C).

Саме ці фактори більшістю респондентів оцінені у максимальну кількість балів за середньої коливань варіантів.

Медичні сестри виділили наступні фактори, як найбільш значущі при проведенні контролю та оцінки діяльності сестринського персоналу є: якість виконання лікарських призначень; дотримання правил роботи з медикаментами, у тому числі предметно-кількісного обліку, що підлягають; санітарно-епідеміологічний добробут відділення; організація праці медсестер; інформаційно-методичне забезпечення діяльності медсестер; якість догляду за пацієнтами (рис. 3.20).

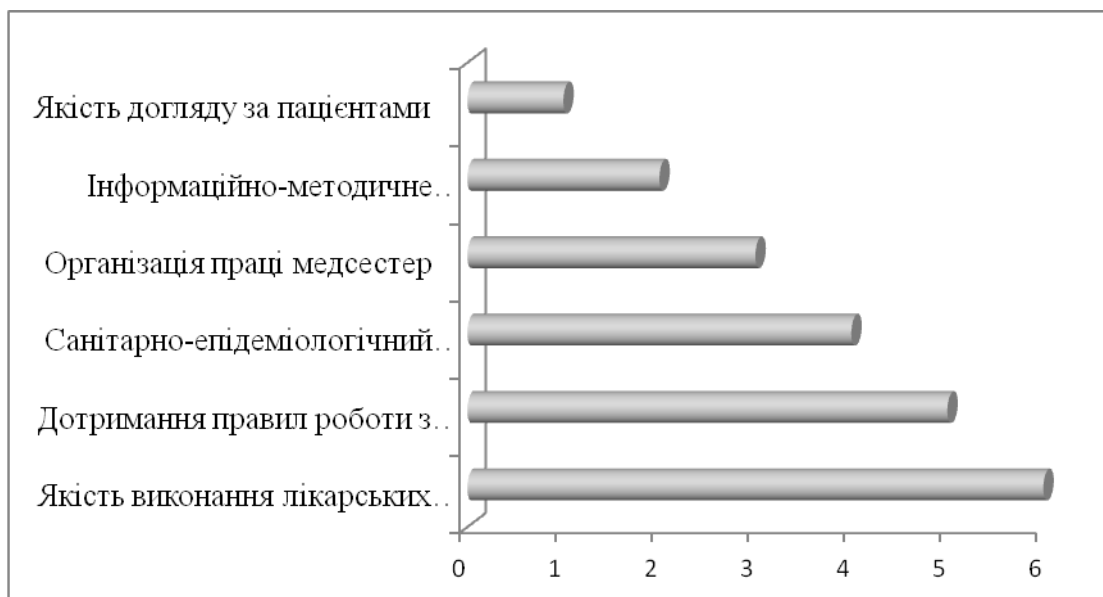


Рис. 3.20 Найбільш значущі фактори оцінки якості сестринської допомоги на думку медичних сестер

Аналіз результатів анкетування пацієнтів показав, що більшість пацієнтів оцінили максимальною кількістю балів наступні фактори, при цьому внесли певну корекцію до їх переліку: дотримання медичною сестрою всіх правил роботи, що забезпечують безпеку пацієнтів при проведенні процедур, рівень професійних знань та умінь медсестри, своєчасне та повне виконання медсестрою лікарських призначень, доброзичливе та уважне ставлення медичної сестри до пацієнта (рис. 3.21). На основі отриманих результатів нами запропонована організаційно-функціональна модель контролю та оцінки діяльності сестринського персоналу лікувальних відділень лікарень. Модель включає суб'єкти контролю, інструменти контролю, процедуру оцінки діяльності сестринської служби загалом і безпосередньо кожної медичної сестри. Найважливішим елементом моделі є задоволеність пацієнтів сестринською допомогою.

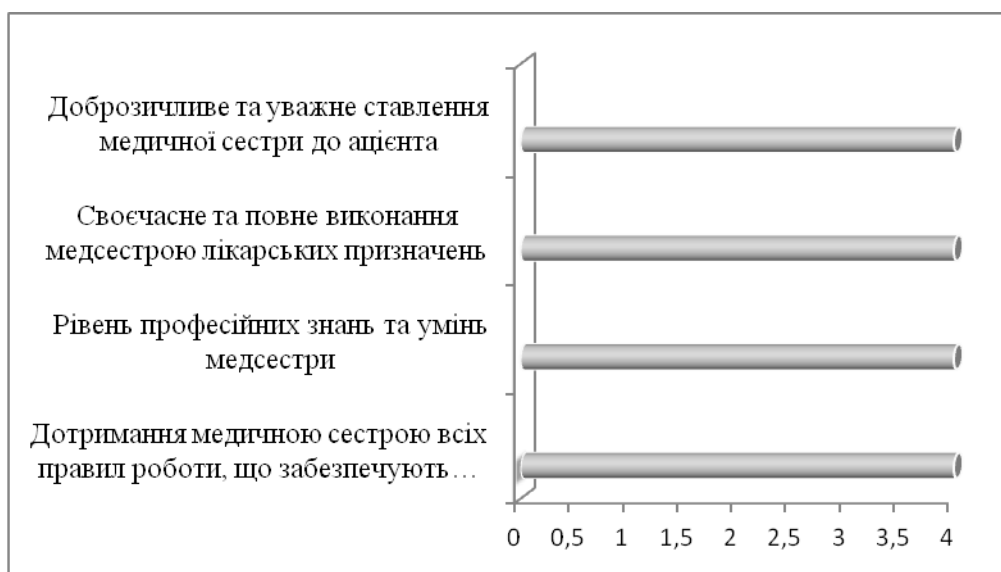


Рис. 3.21 Найбільш значущі фактори оцінки якості сестринської допомоги на думку пацієнтів

Нами розроблено та обґрунтовано організаційно-функціональну модель контролю та оцінки діяльності сестринського персоналу у дитячому гастроентерологічному відділенні (рис. 3.22).

Модель включає суб'єкти контролю, інструменти контролю, процедуру оцінки діяльності медсестринського персоналу відділення загалом і

безпосередньо кожної медичної сестри. Найважливішим елементом моделі є задоволеність пацієнтів сестринською допомогою.



Рис 3.22 Організаційно-функціональна модель

3.4 Роль медичної сестри – бакалавра у підвищенні ефективності профілактики захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей

Знання чинників ризику розвитку патології дигестивної системи дозволяє проводити профілактику цього захворювання, скоротити частоту загострень.

У кожної людини своє уявлення про здоров'я і хвороби, і медична сестра повинна бути готова взаємодіяти з будь-якою особою. Розуміння пацієнтом всіх

факторів, що впливають на розвиток захворювання, зміна його ставлення до власного здоров'я може бути метою сестринського втручання у профілактиці.

Лікувально-профілактична допомога дітям – невід'ємна частина медичної галузі, система, яка має забезпечувати організацію медичного спостереження за здоровими дітьми і підлітками та надавати їм кваліфіковану медичну допомогу.

Медична сестра/медичний брат згідно Стандарту мають володіти відповідними компетентностями.

До них відносяться загальні компетентності, що включають здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу інформації, здатність до планування, організації та управління, здатність спілкуватися іноземною мовою, оброблення, аналізу інформації з різних джерел та проведення досліджень на відповідному рівні, здатність діяти на основі етичних міркувань, здатність до адаптації та дії в новій ситуації, а також навички використання інформаційних та комунікативних технологій, навички міжособистісної взаємодії, вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.

Перелік спеціальних компетентностей включає: вміння виявляти зв'язок патогенезу захворювань з клінічними проявами та результатами додаткових методів дослідження, оцінювати організацію та якість надання різних видів медичної допомоги та санітарно-епідеміологічного благополуччя, здатність використовувати теоретичні знання та практичні уміння для виконання медсестринських втручань відповідно до клінічних протоколів та стандартів медсестринської діяльності, у тому числі при організації надання медичної допомоги за принципом сімейної медицини, здатність організовувати та надавати невідкладну допомогу при різних гострих станах, оцінювати вплив небезпечних чинників щодо ризику розвитку найпоширеніших захворювань у світі, здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, здатність до безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я (освіта впродовж життя), мати знання основних методів діагностики в клініці хвороб цивілізації, вміння застосовувати теоретичні знання та практичні уміння при організації

управління в медсестринських структурних підрозділах. Однак, у кожному спеціалізованому відділенні необхідно мати чітко визначені додаткові, відповідно до спеціалізації відділення надання медичної допомоги, компетенції. Враховуючи різноманіття виконуваних медичною сестрою функцій і підвищену відповідальність, якість фахової діяльності зумовлюється професійними компетенціями та особистісними якостями медичних сестер.

З метою оцінки комунікативних навичок у медичних сестер нами проведено анкетування за методикою В.Ф. Ряховського.

За кожну відповідь "так" - 2 бали, за "інколи" - 1 бал, за "ні" - 0 балів (рис. 3.23).

Частина опитаних медичних сестер мають проблеми з комунікацією: явно не комунікабельні 10% (> 30 балів), частково комунікабельні 13,3% (>25 балів), задовільно комунікабельні 20% (>19 балів), комунікабельні 40% (> 14 та <9 балів), «болісно комунікабельні» 16,6% (0-8 балів).

Отже, майже 40% медичних сестер потребують удосконалення своєї комунікативної компетентності, що необхідно враховувати при фаховій підготовці даних спеціалістів.

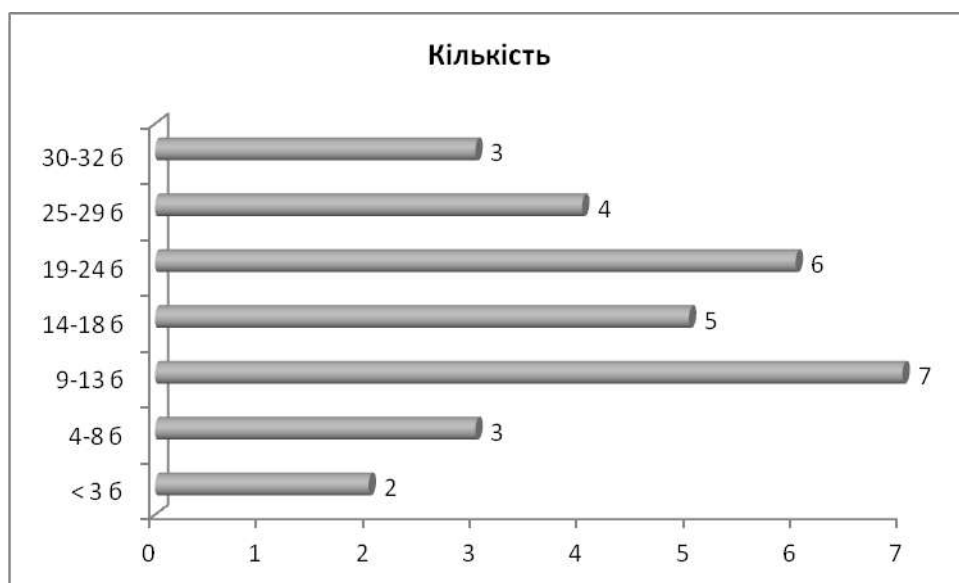


Рис. 3.23 Розподіл проанкетованих медичних сестер за кількістю балів

Важливою частиною організації медсестринського процесу є поінформованість та навчання пацієнта і його родичів щодо його захворювання,

навичок само догляду, самодисципліни при виконанні лікарських призначень, навчити хворого з хронічними захворюваннями і його родину дотримуватися оптимального режиму дня, не втрачати надію на лікування, вчасно звертатися за допомогою при появі загрозливих симптомів тощо.

Дослідження проведено на базі дитячого гастроентерологічного відділення НКП «Чернівецька міська дитяча клінічна лікарня» із залученням 153 пацієнти різного віку та їх батьків шляхом анкетування.

Результати дослідження вказують, що основним джерелом інформації щодо свого захворювання, пацієнти отримали від лікаря (67,7%), ще 23,3% були поінформовані друзями, родичами, іншими пацієнтами з таким же діагнозом, 3,3% пацієнтів отримали інформацію із соцмереж, сайтів приватних клінік і лише 5,7% від медичної сестри (рис. 3.24).

Опитування батьків пацієнтів виявило також недостатню обізнаність що причин патології дигестивного тракту та її профілактики.

На запитання: «У якому вигляді Ви віддали б перевагу отримувати інформацію про профілактику захворювання Вашої дитини?» 50% респондентів вважають за краще отримувати інформацію у вигляді пам'ятки, 40% - у вигляді навчальної програми, 10% - усно і 0% - ні в якому вигляді (рис. 3.25).

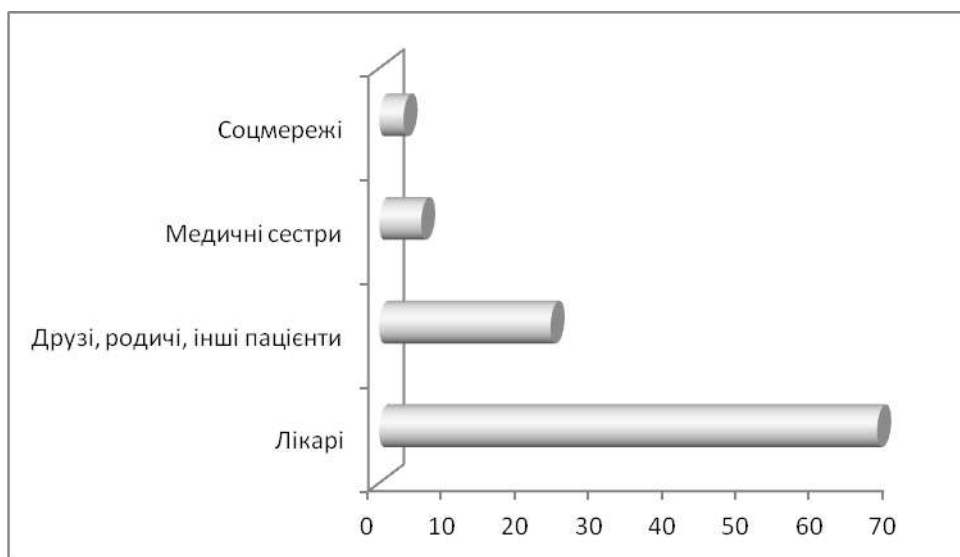


Рис. 3.24 Поінформованість пацієнтів

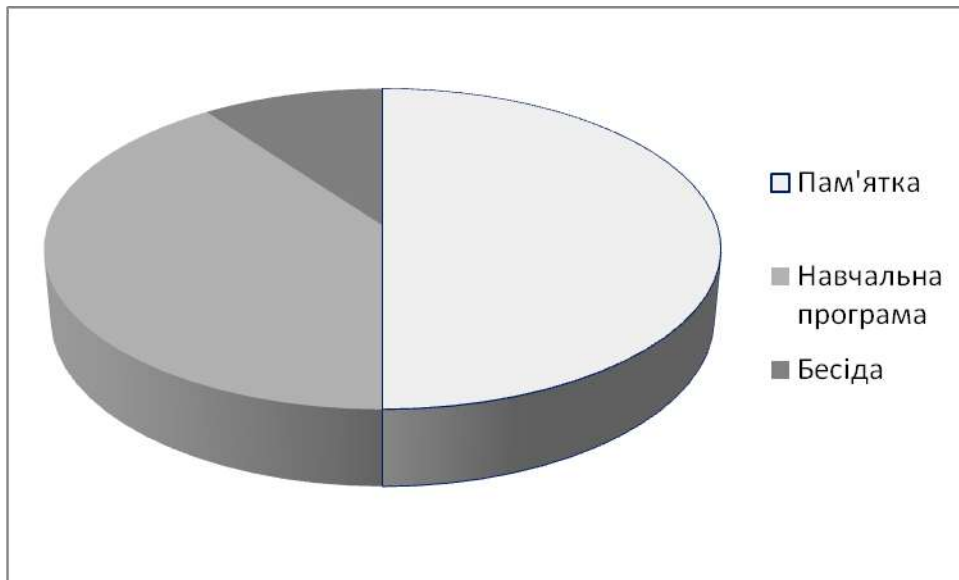


Рис. 3.25 Форми надання інформації пацієнтам за результату ми опитування

Таким чином, за підсумками проведеного дослідження було складено пам'ятку про профілактику захворювань травної системи у дітей (див. Додаток).

Оскільки виокремилася проблема недостатньої поінформованості хворих про причини захворювання, методи профілактики, дієтотерапії, самоогляду, участі батьків в реалізації лікувального та реабілітаційного процесу та за підсумками проведеного дослідження було складено пам'ятку про профілактику захворювань травної системи у дітей (додаток) та організовано «Дитячу гастрошколу» для пацієнтів та їх батьків.

Основними цілями цієї школи було: підвищити поінформованість пацієнтів щодо причин розвитку різних захворювань травної системи та формування позитивної мотивації щодо здорового способу життя, культури здоров'я, знайомство дітей та підлітків із основами здорового стилю життя та формування свого стилю здорового життя, здійснення профілактичної роботи за негативними проявами, формування теоретичних та практичних навичок здорового способу життя, формування творчої особистості здібної до самоконтролю, саморозвитку, самоосвіти і само актуалізації).

За організацію цього курсу відповідала старша медична сестра дитячого гастроентерологічного відділення. Створена навчальна програма передбачала

вступне заняття, лекції (виклад загальних понять про поширеність, причини, клінічні симптоми та принципи лікування та профілактики гастроентерологічної патології) та практичні заняття (відпрацювання практичних навичок щодо режиму та дієтичного харчування, рухового та лікувального режиму, першої домедичної допомоги при станах, які можуть траплятися при тих чи інших хворобах травної системи, методів профілактики загострень хвороби, подолання страху перед проведенням відповідних інвазивних та неінвазивних методів дослідження, самоогляду та самоконтролю, основних складових здорового способу життя, вміння спілкування). У кінці кожного заняття був відведений час для обговорення, вільного спілкування, відповідей на питання.

Окрім виконання програми навчального курсу, рекомендувалася самостійна робота пацієнтів, яка включала виконання коротких листівок, плакатів, бюлетенів тощо.

Після завершення навчального курсу було проведено анкетування, яке виявило значне підвищення поінформованості пацієнтів щодо свого загального стану здоров'я (87,3% змінили свої відповіді щодо розуміння змісту здорового способу життя). Звертала увага, що 90,4% пацієнтів відзначили важливість всіх складових здорового способу життя (дотримання режиму дня, харчування, відпочинку з підвищеною мотивацією до активації рухового режиму та виключення шкідливих звичок). Більшість пацієнтів (78,6%) продовжили виконання рекомендацій медичної сестри у домашніх умовах, ретельно проводили самоконтроль свого щоденного життя. Частина пацієнтів (57,9%) змінили відношення до рухового режиму та контролю фізичного навантаження.

Діти та підлітки, які завершили навчальний курс у «Дитячій гастрошколі», у 96,9% відзначили необхідність, задоволеність та важливість цього навчання. Тільки 3,1% учасників навчання були частково задоволені (рис. 3.20).

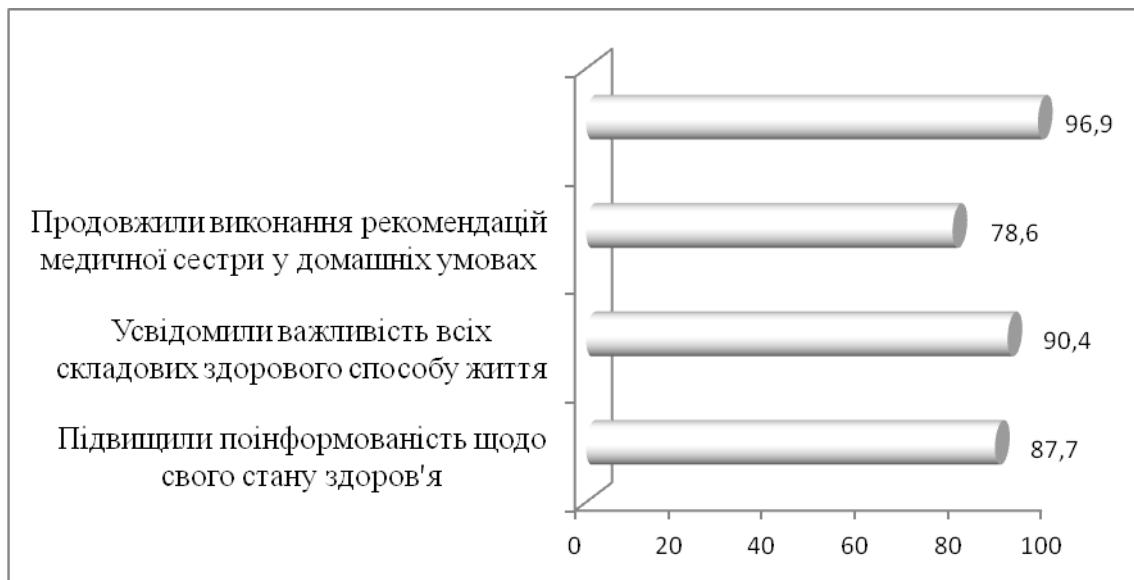


Рис. 3.26 Результати опитування учасників «Дитячої гастрошколи»

Встановлено, що застосування освітніх технологій в практичній роботі медичної сестри/медичного брата з урахуванням пацієнтоорієнтованого підходу та сучасних інноваційних технологій має високу ефективність та спрямовує пацієнтів дитячого віку прагнути істотного поліпшення ситуації для збереження і зміцнення психічного, фізичного і соціального здоров'я.

В умовах високої поширеності захворювань дигестивної системи робота медичних сестер стає критично важливою для забезпечення профілактики для поліпшення стану здоров'я пацієнтів. Профілактична робота медичної сестри охоплює аспект консультування, освітню діяльність та способи формування навичок здорового способу життя у пацієнтів.

Найбільш ефективна робота проводиться з дітьми для зменшення виникнення захворювань органів шлунково-кишкового тракту, а також виявлення цих захворювань на ранніх стадіях їх розвитку, зумовлює зменшення ризиків захворювання та відіграє превентивну функцію.

Основними напрямками профілактики є раціональний режим харчування; збалансований склад їжі; достатнє споживання рідини; дотримання правил особистої гігієни; формування здорового способу життя; дозоване фізичне навантаження та загартовування; вчасне та ефективне лікування гострих та

загострення хронічних захворювань; сприятливий психологічний клімат у сім'ї та дитячому колективі.

Забезпечення належного рівня сестринської допомоги є важливим завданням будь-якого медичного закладу, що можливо, з одного боку, при розробці реальних критеріїв оцінки роботи середнього медичного персоналу, а з іншого - при впровадженні системи заходів, спрямованих на підвищення рівня надання медичних послуг. Успіх лікувально-профілактичної роботи цілком визначається якістю сестринської допомоги і є обов'язковою її складовою.

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Хронічні захворювання системи травлення в дітей — це серйозна світова проблема. Дані офіційної статистики щодо захворюваності і поширеності основних показників здоров'я дітей різного віку за 2020 - 2024 роки суперечать вибіркоvim науковим дослідженням, в яких встановлені в 1,5–2 рази вищі рівні захворюваності та поширеності хвороб у школярів [4].

Аналіз нозологічної структури захворювань органів травлення серед дітей Чернівецької області віком 11-18 років показав, що перше місце посідають хронічні гастрити (ХГ) та гастродуоденіти (ХГД), однак без достовірної різниці з функціональними розладами шлунка, які знаходяться на другому місці в структурі патології дигестивної системи. Третє місце займають хронічні холециститу (ХХ), холангіти (ХХЛ), а четверте стабільно виразкова хвороба шлунка та ДПК (ВХ).

Встановлено, що пік захворюваності травної системи у віковій групі до 10 років реєструється в дітей віком 5-7 років. Відомо, що цей віковий період є одним із тих, коли відбувається інтенсивна морфофункціональна перебудова організму дитини. Однак у структурі патології в цих дітей переважали функціональні розлади дигестивної системи (функціональні захворювання шлунку та кишечника 49,1%, функціональні захворювання жовчовивідних шляхів 25,8%).

У цілому певних закономірностей поширеності ХГДП за період 2020 - 2024 років не встановлено. Однак за останні роки ХГДП достовірно частіше зустрічається серед дітей м.Чернівці порівняно з дітьми Чернівецької області. Така картина поширеності патології встановлена за рахунок підвищення рівня поширеності саме ХЕГД та ВХ серед дітей міста. Так, впродовж 2020-2024 рр. відзначається достовірне зростання поширеності даних нозологій серед дітей м.Чернівці

Середній вік виникнення ХГДП у обстежених дітей становив $13,4 \pm 2,3$

років. Аналіз віку виникнення ХГДП залежно від генеалогічного анамнезу показав, що в дітей із обтяженою спадковістю середній вік виникнення хвороби становить $10,8 \pm 1,5$ років, в дітей із необтяженою спадковістю – $14,6 \pm 1,3$ років. Встановлено, що в дітей із обтяженою спадковістю, порівняно з їх батьками, ХГДП виникає на 5–6 років раніше ніж у їх батьків.

Ускладнений перебіг ВХ зустрівся не часто і склав $14,2 \pm 1,2\%$. В основному ВХ ускладнювалася шлунково-кишковою кровотечею (6 хлопчиків). Множинні і хронічні виразки виявлено в $7,7 \pm 0,7 \%$ осіб, з них $83,3 \pm 9,2 \%$ хлопчики. За результатами проведених досліджень у цілому ряді випадків, звернення за кваліфікованою медичною допомогою є дещо запізненим, так у $54,5 \pm 10,2 \%$ дітей діагноз встановлений на першому році захворювання, у $31,6 \pm 3,2 \%$ дітей симптоми захворювання відмічалися впродовж 1–3 років $13,7 \pm 1,2 \%$ відмічали симптоми захворювання впродовж 4–5 років. Аналізуючи час з моменту виникнення до встановлення діагнозу слід зазначити, що терміном до 3 років частіше встановлювали діагноз гастродуоденіту ($76,3 \pm 1,2 \%$), значно рідше ерозивний гастродуоденіт – $13,4 \pm 1,1$ та ВХ – $10,3 \pm 1,3 \%$.

Отже, встановлено зростання поширеності патології дигестивної системи серед дитячого населення Чернівецької області. Визначення факторів ризику розвитку захворювання з їх бальною оцінкою дозволить прогнозувати розвиток патології травної системи у конкретної дитини, тим самим надасть можливість провести відповідний комплекс профілактичних заходів, спрямованих на конкретні ймовірні чинники, а у випадку наявності захворювання оцінити тяжкість його перебігу з розробкою комплексу оптимальних лікувально-профілактичних заходів.

Медична сестра повинна добре знати і вміти застосовувати сестринський процес, як науково-обґрунтований метод вирішення проблем пацієнта. Для здійснення медсестринського процесу медична сестра має володіти необхідним рівнем теоретичних знань, практичними навичками професійного спілкування

та навчання пацієнтів, виконувати сестринські маніпуляції, використовуючи сучасні технології.

Сестринський процес розглядається як організація та виконання системного догляду за пацієнтами, орієнтований на задоволення його потреб.

Нами проведено дослідження з метою виявлення основних проблем пацієнтів дитячого з патологією дігестивної системи.

Больовий синдром діагностовано у всіх дітей 12-18 років, тоді як у хворих 7-11-річного віку лише у 87,5 % ($p < 0,05$). Однак, вірогідної різниці у частоті диспепсичного та інтоксикаційного синдромів в дітей різних вікових підгруп нами не встановлено. Так, ознаки диспепсичного синдрому відмічали 83,8 % пацієнтів 12-18-річного віку та 81,3 % хворих 7-11-річного віку ($p > 0,05$); симптоми астеновегетативного синдрому – у 72,7 % та 75,0 % дітей основної групи відповідно ($p > 0,05$).

Варто зауважити, що більш виражена клінічна картина захворювання в цілому спостерігалася в хворих із гелікобактер-асоційованою виразковою хворобою.

Відзначено вірогідну різницю у частоті астеновегетативного та диспепсичного синдромів: 74,5 % і 61,5 % ($p < 0,05$) та 84,3 % і 76,9 % ($p < 0,05$) відповідно.

Гендерної різниці у частоті основних синдромів захворювання нами не виявлено ($p > 0,05$). У хлопчиків і в дівчаток першим по частоті був больовий синдром (97,1 % і 100,0 % відповідно, $p > 0,05$), на другому – диспепсичний (83,8 % і 83,0 % відповідно, $p > 0,05$), на третьому – астеновегетативний (73,5 % і 72,3 % відповідно, $p > 0,05$).

Диспепсичний синдром проявлявся нудотою (44,8 %), закрепамі або схильністю до закрепів (30,2 %) та печією (27,1 %). Майже з однаковою частотою дітей турбували відрижка (21,9 %) та зниження апетиту (18,8 %). Найрідше хворих турбували нестійкість випорожнень (11,5 %), метеоризм (12,5 %) та блювота (9,4 %).

Сестринський процес включає в себе обговорення з пацієнтом і (або) його близькими всіх можливих проблем (про наявність деяких з них пацієнт і не підозрює), допомога в їх вирішенні у межах сестринської компетенції.

Мета сестринського процесу - попередити, полегшити, зменшити або звести до мінімуму ті проблеми, які виникли у пацієнта.

За результатами дослідження нами виокремлено основні проблеми пацієнтів дитячого віку з патологією дигестивної системи: фізіологічні та психологічні.

Отже, нами опрацьовані результати дослідження та встановлені основні проблеми пацієнтів із патологією травної системи. Для складання індивідуального плану медсестринських втручань були запрошені пацієнти для їх погодження.

Всі проблеми, які були виставлені, і з якими пацієнт згоден, ранжувалися в порядку їх значимості, починаючи з найважливіших і далі по порядку.

Нами проведено опитування пацієнтів дитячого гастроентерологічного відділення щодо стану поінформованості пацієнтів про їх захворювання. Результати опитування показали, що основним джерелом інформації про захворювання хворі діти вважали лікаря (68,5%), 10,2% пацієнтів отримували інформацію про своє захворювання від медичної сестри, решта - 24% з інших джерел (соціальні мережі, знайомі тощо).

За результатами анкетування встановлено, що високий ступінь досягнення мети сестринського догляду досягнуто у 19,8%, середній ступінь – у 75,5%, низький – у 4,7%.

Оцінка реакції пацієнта у відповідь на сестринські втручання, на медперсонал, лікування, задоволеності фактом перебування у стаціонарі розподілилася наступним чином: більшість пацієнтів (77,9%) були задоволені сестринськими втручаннями та лікуванням та оцінили як «добре». окремі пацієнти (4,7%) були частково задоволені та оцінили на «задовільно», а частка хворих дітей (2,3%) були незадоволені та оцінили на «незадовільно» і тільки 15,1% хворих дітей були дуже задоволені та оцінили на «відмінно». Ефективність впливу медсестринських маніпуляцій оцінена як добра, оскільки

у 89,7% зменшилися клінічні симптоми захворювань, покращився психо-емоційний стан та загальне самопочуття.

Проблеми забезпечення та оцінки якості медичної допомоги є одним із пріоритетних завдань системи охорони здоров'я. Впровадження нових медичних технологій та моделей організації медичної допомоги мають бути спрямовані на підвищення. Важливу роль у забезпеченні якості лікувально-діагностичного процесу відіграє сестринський персонал з огляду на його чисельність та найбільш тісний контакт із пацієнтами.

Світовий досвід показує, що величезний потенціал підвищення ефективності надання медичної допомоги закладено у реформуванні медсестринства. Проте, підвищення професійної ролі, розширення кола обов'язків і повноважень вимагає підвищення відповідальності за допомогу, посилення контролю та оцінки діяльності сестринського персоналу.

Проблемою є явно недостатнє теоретичне опрацювання процедури контролю та оцінки діяльності середнього медперсоналу.

Нами проведено анкетування медичних сестер дитячого гастроентерологічного відділення. Дослідження показало, що медична сестра більшу частину часу витрачає на виконання лікарських призначень (24%), на роботу з документацією тратиться 21%. Звертає увагу, що дуже мало часу приділяється безпосередньо догляду за пацієнтами (9%), хоча цей вид діяльності повинен займати одне з лідируючих місць, оскільки дуже впливає на результати сестринської допомоги. Допоміжна робота забирає ще 15% робочого часу.

На думку 28,4% опитаних оцінка діяльності кожної медичної сестри стаціонару повинна проводитися 1 раз на 3 місяці, 26,3% - 1 раз на місяць, 23,8% - 1 раз на 6 місяців, 20,5% - 1 раз на рік.

За результатами анкетування 24,5% медичних сестер вважають, що експертизу має проводити головна медсестра (заступник головного лікаря з медсестринства), 75,5% - комісією із декількох спеціалістів.

Більшість (71,4%) опитаних вважає, що отримувати достовірну інформацію про оцінку пацієнтами якості роботи сестринського персоналу найкраще шляхом безпосереднього спілкування з пацієнтами при проведенні адміністративних обходів.

Респондентам було запропоновано оцінити за 5-ти бальною шкалою (5 – максимально, 1 – мінімально) значимість факторів при проведенні оцінки діяльності медичних сестер дитячого гастроентерологічного відділення.

Для оцінки запропоновано 14 факторів:

санітарно-епідеміологічний благополуччя відділення;

якість догляду за пацієнтами; якість виконання лікарських призначень; якість ведення документації;

дотримання правил роботи з медикаментами;

матеріально-технічне оснащення;

укомплектованість сестринських ставок фізичними особами;

наявність кваліфікаційних категорій у медсестер відділення;

рівень знань медсестер відділення, виявлений при проведенні контролю (тестування, залік, співбесіда і т.д.);

думка пацієнтів відділення про роботу медичних сестер відділення;

думка завідувача відділення та лікарів;

кількість ускладнень, пов'язаних із неякісною роботою медсестер (пролежні, постін'єкційні абсцеси і т.д.);

організація праці медичних сестер (оснащення робочого місця, чіткий внутрішній розпорядок, поділ обов'язків);

інформаційно-методичне забезпечення діяльності медсестер (наявність на робочих місцях методичних рекомендацій, стандартів, інструкцій, протоколів тощо).

Найбільш значущими факторами при оцінці якості сестринської допомоги на думку керівників є : якість виконання лікарських призначень, якість догляду за пацієнтами, санітарно-епідеміологічний добробут відділення, дотримання правил роботи з медикаментами, у тому числі предметно-

кількісного обліку. Саме ці фактори більшістю респондентів оцінені у максимальну кількість балів за середньої коливань варіантів.

Медичні сестри виділили наступні фактори, як найбільш значущі при проведенні контролю та оцінки діяльності сестринського персоналу є: якість виконання лікарських призначень; дотримання правил роботи з медикаментами, у тому числі предметно-кількісного обліку, що підлягають; санітарно-епідеміологічний добробут відділення; організація праці медсестер; інформаційно-методичне забезпечення діяльності медсестер; якість догляду за пацієнтами.

Аналіз результатів анкетування пацієнтів показав, що більшість пацієнтів оцінили максимальною кількістю балів наступні фактори, при цьому внесли певну корекцію до їх переліку: дотримання медичною сестрою всіх правил роботи, що забезпечують безпеку пацієнтів при проведенні процедур, рівень професійних знань та умінь медсестри, своєчасне та повне виконання медсестрою лікарських призначень, доброзичливе та уважне ставлення медичної сестри до пацієнта. На основі отриманих результатів нами запропонована організаційно-функціональна модель контролю та оцінки діяльності сестринського персоналу лікувальних відділень лікарень. Модель включає суб'єкти контролю, інструменти контролю, процедуру оцінки діяльності сестринської служби загалом і безпосередньо кожної медичної сестри. Найважливішим елементом моделі є задоволеність пацієнтів сестринською допомогою.

Нами розроблено та обгрунтовано організаційно-функціональну модель контролю та оцінки діяльності сестринського персоналу у дитячому гастроентерологічному відділенні. Модель включає суб'єкти контролю, інструменти контролю, процедуру оцінки діяльності медсестринського персоналу відділення загалом і безпосередньо кожної медичної сестри. Найважливішим елементом моделі є задоволеність пацієнтів сестринською допомогою.

Знання чинників ризику розвитку патології дигестивної системи дозволяє проводити профілактику цього захворювання, скоротити частоту загострень. У кожної людини своє уявлення про здоров'я і хвороби, і медична сестра повинна бути готова взаємодіяти з будь-якою особою. Розуміння пацієнтом всіх факторів, що впливають на розвиток захворювання, зміна його ставлення до власного здоров'я може бути метою сестринського втручання у профілактиці.

Лікувально-профілактична допомога дітям – невід'ємна частина медичної галузі, система, яка має забезпечувати організацію медичного спостереження за здоровими дітьми і підлітками та надавати їм кваліфіковану медичну допомогу.

Медична сестра/медичний брат згідно Стандарту мають володіти відповідними компетентностями. До них відносяться загальні компетентності, що включають здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу інформації, здатність до планування, організації та управління, здатність спілкуватися іноземною мовою, оброблення, аналізу інформації з різних джерел та проведення досліджень на відповідному рівні, здатність діяти на основі етичних міркувань, здатність до адаптації та дії в новій ситуації, а також навички використання інформаційних та комунікативних технологій, навички міжособистісної взаємодії, вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.

Перелік спеціальних компетентностей включає: вміння виявляти зв'язок патогенезу захворювань з клінічними проявами та результатами додаткових методів дослідження, оцінювати організацію та якість надання різних видів медичної допомоги та санітарно-епідеміологічного благополуччя, здатність використовувати теоретичні знання та практичні уміння для виконання медсестринських втручань відповідно до клінічних протоколів та стандартів медсестринської діяльності, у тому числі при організації надання медичної допомоги за принципом сімейної медицини, здатність організовувати та надавати невідкладну допомогу при різних гострих станах, оцінювати вплив небезпечних чинників щодо ризику розвитку найпоширеніших захворювань у світі, здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні

професійної діяльності, здатність до безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я (освіта впродовж життя), мати знання основних методів діагностики в клініці хвороб цивілізації, вміння застосовувати теоретичні знання та практичні уміння при організації управління в медсестринських структурних підрозділах. Однак, у кожному спеціалізованому відділенні необхідно мати чітко визначені додаткові, відповідно до спеціалізації відділення надання медичної допомоги, компетенції. Враховуючи різноманіття виконуваних медичною сестрою функцій і підвищену відповідальність, якість фахової діяльності зумовлюється професійними компетенціями та особистісними якостями медичних сестер.

З метою оцінки комунікативних навичок у медичних сестер нами проведено анкетування за методикою В.Ф. Ряховського. За кожну відповідь "так" - 2 бали, за "інколи" - 1 бал, за "ні" - 0 балів.

Частина опитаних медичних сестер мають проблеми з комунікацією: явно не комунікабельні 10% (> 30 балів), частково комунікабельні 13,3% (>25 балів), задовільно комунікабельні 20% (>19 балів), комунікабельні 40% (> 14 та <9 балів), «болісно комунікабельні» 16,6% (0-8 балів).

Отже, майже 40% медичних сестер потребують удосконалення своєї комунікативної компетентності, що необхідно враховувати при фаховій підготовці даних спеціалістів.

Важливою частиною організації медсестринського процесу є поінформованість та навчання пацієнта і його родичів щодо його захворювання, навичок само догляду, самодисципліни при виконанні лікарських призначень, навчити хворого з хронічними захворюваннями і його родину дотримуватися оптимального режиму дня, не втрачати надію на лікування, вчасно звертатися за допомогою при появі загрозливих симптомів тощо. Дослідження проведено на базі дитячого гастроентерологічного відділення НКП «Чернівецька міська дитяча клінічна лікарня» із залученням 127 пацієнтів різного віку та їх батьків шляхом анкетування. Результати дослідження вказують, що основним джерелом інформації щодо свого захворювання, пацієнти отримали від лікаря

(67,7%), ще 23,3% були поінформовані друзями, родичами, іншими пацієнтами з таким же діагнозом, 3,3% пацієнтів отримали інформацію із соцмереж, сайтів приватних клінік і лише 5,7% від медичної сестри.

Опитування батьків пацієнтів виявило також недостатню обізнаність що причин патології дигестивного тракту та її профілактики. На запитання: «У якому вигляді Ви віддали б перевагу отримувати інформацію про профілактику захворювання Вашої дитини?» 50% респондентів вважають за краще отримувати інформацію у вигляді пам'ятки, 40% - у вигляді навчальної програми, 10% - усно і 0% - ні в якому вигляді.

Таким чином, за підсумками проведеного дослідження було складено пам'ятку про профілактику захворювань травної системи у дітей.

Оскільки виокремилася проблема недостатньої поінформованості хворих про причини захворювання, методи профілактики, дієтотерапії, самоогляду, участі батьків в реалізації лікувального та реабілітаційного процесу та за підсумками проведеного дослідження було складено пам'ятку про профілактику захворювань травної системи у дітей (додаток) та організовано «Дитячу гастршколу» для пацієнтів та їх батьків.

Основними цілями цієї школи було: підвищити поінформованість пацієнтів щодо причин розвитку різних захворювань травної системи та формування позитивної мотивації щодо здорового способу життя, культури здоров'я, знайомство дітей та підлітків із основами здорового стилю життя та формування свого стилю здорового життя, здійснення профілактичної роботи за негативними проявами, формування теоретичних та практичних навичок здорового способу життя, формування творчої особистості здібної до самоконтролю, саморозвитку, самоосвіти і само актуалізації).

За організацію цього курсу відповідала старша медична сестра дитячого гастроентерологічного відділення. Створена навчальна програма передбачала вступне заняття, лекції (виклад загальних понять про поширеність, причини, клінічні симптоми та принципи лікування та профілактики гастроентерологічної патології) та практичні заняття (відпрацювання

практичних навичок щодо режиму та дієтичного харчування, рухового та лікувального режиму, першої домедичної допомоги при станах, які можуть траплятися при тих чи інших хворобах травної системи, методів профілактики загострень хвороби, подолання страху перед проведенням відповідних інвазивних та неінвазивних методів дослідження, самоогляду та самоконтролю, основних складових здорового способу життя, вміння спілкування). У кінці кожного заняття був відведений час для обговорення, вільного спілкування, відповідей на питання.

Окрім виконання програми навчального курсу, рекомендувалася самотійна робота пацієнтів, яка включала виконання коротких листівок, плакатів, бюлетенів тощо.

Після завершення навчального курсу було проведено анкетування, яке виявило значне підвищення поінформованості пацієнтів щодо свого загального стану здоров'я (87,3% змінили свої відповіді щодо розуміння змісту здорового способу життя). Звертала увага, що 90,4% пацієнтів відзначили важливість всіх складових здорового способу життя (дотримання режиму дня, харчування, відпочинку з підвищеною мотивацією до активації рухового режиму та виключення шкідливих звичок). Більшість пацієнтів (78,6%) продовжили виконання рекомендацій медичної сестри у домашніх умовах, ретельно проводили самоконтроль свого щоденного життя. Частина пацієнтів (57,9%) змінили відношення до рухового режиму та контролю фізичного навантаження.

Діти та підлітки, які завершили навчальний курс у «Дитячій гастрошколі», у 96,9% відзначили необхідність, задоволеність та важливість цього навчання. Тільки 3,1% учасників навчання були частково задоволені.

Встановлено, що застосування освітніх технологій в практичній роботі медичної сестри/медичного брата з урахуванням пацієнтоорієнтованого підходу та сучасних інноваційних технологій має високу ефективність та спрямовує пацієнтів дитячого віку прагнути істотного поліпшення ситуації для збереження і зміцнення психічного, фізичного і соціального здоров'я.

В умовах високої поширеності захворювань дигестивної системи робота медичних сестер стає критично важливою для забезпечення профілактики для поліпшення стану здоров'я пацієнтів. Профілактична робота медичної сестри охоплює аспект консультування, освітню діяльність та способи формування навичок здорового способу життя у пацієнтів.

Найбільш ефективна робота проводиться з дітьми для зменшення виникнення захворювань органів шлунково-кишкового тракту, а також виявлення цих захворювань на ранніх стадіях їх розвитку, зумовлює зменшення ризиків захворювання та відіграє превентивну функцію.

Основними напрямками профілактики є раціональний режим харчування; збалансований склад їжі; достатнє споживання рідини; дотримання правил особистої гігієни; формування здорового способу життя; дозоване фізичне навантаження та загартовування; вчасне та ефективне лікування гострих та загострення хронічних захворювань; сприятливий психологічний клімат у сім'ї та дитячому колективі.

Забезпечення належного рівня сестринської допомоги є важливим завданням будь-якого медичного закладу, що можливо, з одного боку, при розробці реальних критеріїв оцінки роботи середнього медичного персоналу, а з іншого - при впровадженні системи заходів, спрямованих на підвищення рівня надання медичних послуг. Успіх лікувально-профілактичної роботи цілком визначається якістю сестринської допомоги і є обов'язковою її складовою.

ВИСНОВКИ

Захворювання травної системи у дітей - це комплекс характерних, постійних або періодично виникаючих симптомів, що сигналізують про порушення в роботі травної системи або окремого органу цієї системи, мають певну залежність від екзогенних, ендогенних і генетичних факторів.

1. Перше рейтингове місце в структурі патології дигестивної системи посідають хронічні гастрити та гастродуоденіти (67,6%), однак без достовірної різниці з функціональними розладами шлунка, які знаходяться на другому місці (61,5%). Третє місце займають хронічні холецистити, холангіти, дисфункції біліарного тракту (32,6%), а четверте стабільно виразкова хвороба ДПК (4,9%).

2. Основні проблеми пацієнтів дитячого віку з патологією дигестивної системи включають фізіологічні (біль, печія, нудота, пронос, закреп) та психологічні (дефіцит знань про особливості харчування при своєму захворюванні, дефіцит знань про режим при своєму захворюванні, пригніченість, апатія пацієнтів, пов'язана з дефіцитом знань про захворювання, занепокоєння з приводу результатів лікування захворювання, страх перед діагностичними дослідженнями).

3. Основним джерелом інформації щодо свого захворювання, пацієнти отримали від лікаря (67,7%), ще 23,3% були поінформовані друзями, родичами, іншими пацієнтами з таким же діагнозом, 3,3% пацієнтів отримали інформацію із соцмереж, сайтів приватних клінік і лише 5,7% від медичної сестри. 50% респондентів вважають за краще отримувати інформацію у вигляді пам'ятки, 40% - у вигляді навчальної програми, 10% - бесіду.

4. Дослідження показало непропорційний хронометраж робочого часу медичної сестри: на виконання лікарських призначень витрачається 24%, на

роботу з документацією - 21%, безпосередньо для догляду за пацієнтами - 9% та 46% - на допоміжну роботу.

5. Найбільш значущими факторами при оцінці якості сестринської допомоги на думку керівників є: якість виконання лікарських призначень, якість догляду за пацієнтами, санітарно-епідеміологічний добробут відділення, дотримання правил роботи з медикаментами, на думку медичних сестер: якість виконання лікарських призначень; дотримання правил роботи з медикаментами, у тому числі предметно-кількісного обліку; санітарно-епідеміологічний добробут відділення; організація праці медсестер; інформаційно-методичне забезпечення діяльності медсестер; якість догляду за пацієнтами, на думку пацієнтів: дотримання медичною сестрою всіх правил роботи, що забезпечують безпеку пацієнтів при проведенні процедур, рівень професійних знань та умінь медсестри, своєчасне та повне виконання медсестрою лікарських призначень, доброзичливе та уважне ставлення медичної сестри до пацієнта.

6. Організаційно-функціональна сестринська модель профілактики включає суб'єкти контролю, інструменти контролю, процедуру оцінки діяльності медсестринського персоналу відділення загалом і безпосередньо кожної медичної сестри. Найважливішим елементом моделі є задоволеність пацієнтів сестринською допомогою.

7. Застосування освітніх технологій в профілактичній роботі медичної сестри/медичного брата з урахуванням пацієнтоорієнтованого підходу має високу ефективність. Діти та підлітки, які завершили навчальний курс у «Дитячій гастрошколі», у 96,9% відзначили необхідність, задоволеність та важливість навчання.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Профілактична робота медичної сестри охоплює аспект консультування, освітню діяльність та способи формування навичок здорового способу життя у пацієнтів.

1.3 метою профілактики захворювань дигестивної системи в дітей рекомендується:

- застосування освітніх технологій для проведення «Дитячої гастрошколи» за розробленою програмою у відділеннях дитячої гастроентерології, шкільних освітніх закладах.

- для підвищення поінформованості дітей, підлітків, батьків щодо чинників розвитку захворювань дигестивної системи використовувати розроблену «Пам'ятку».

2.3 метою підвищення комунікативної компетентності медичних сестер/братів необхідно проходити комунікативні тренінги.

3. Для оцінки ефективності роботи медичної сестри рекомендується впровадити в дитячі гастроентерологічні відділення організаційно-функціональну модель із бальною оцінкою кожної складової.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Тягар хвороб органів травлення (2019). Дослідження тягара хвороби 2019] [Інтернет].
2. Скирда ІЮ, Петішко ОП, Завгородня НЮ. Епідеміологічні особливості хвороб органів травлення в дітей та підлітків в Україні. 2017;4(51): 229–236. <https://doi.org/10.22141/2308-2097.51.4.2017.119287>
3. Дудник ВМ, Мантак ГІ, Андрікевич І та ін.. Диференціальна діагностика синдрому абдомінального болю у дітей. Современная педиатрия. 2019;1(97): 75–81. <https://doi.org/10.15574/SP.2019.97.75>.
4. Моїсеєнко РО, Дудіна ОО, Гойда НГ. Аналіз стану захворюваності та поширеності захворювань у дітей в Україні за період 2011–2015 роки. Современная педиатрия. 2017; 2(82): 17–27. <https://doi.org/10.15574/SP.2017.82.17>
5. Oliva S, Romano C, De Angelis P, Isoldi S, Mantegazza C, Felici E, Dabizzi E, Fava G, Renzo S, Strisciuglio C, Quitadamo P, Saccomani MD, Bramuzzo M, Orizio P, Nardo GD, Bortoluzzi F, Pellegrino M, Illiceto MT, Torroni F, Cisarò F, Zullo A, Macchini F, Gaiani F, Raffaele A, Bizzarri B, Arrigo S, De' Angelis GL, Martinelli M, Norsa L; Italian Society of Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (SIGENP), and The Italian Association of Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO). Foreign body and caustic ingestions in children: A clinical practice guideline. Dig Liver Dis. 2020 Nov;52(11):1266-1281. doi: 10.1016/j.dld.2020.07.016. Epub 2020 Aug 8. PMID: 32782094.
6. Aboughalia H, Kim HH, Dick AAS, Pacheco MC, Cilley RE, Iyer RS. Pediatric biliary disorders: Multimodality imaging evaluation with clinicopathologic correlation. Clin Imaging. 2021 Jul;75:34-45. doi: 10.1016/j.clinimag.2021.01.006.

7. Ruffner MA, Juste L, Muir AB. Medical Management of Eosinophilic Esophagitis in Pediatric Patients. *Pediatr Clin North Am.* 2021 Dec;68(6):1191-1204. doi: 10.1016/j.pcl.2021.07.014.
8. Bingham SM, Muniyappa P. Pediatric gastroesophageal reflux disease in primary care: Evaluation and care update. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2020 May;50(5):100784. doi: 10.1016/j.cppeds.2020.100784.
9. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology.* 2016;150:M1262–79.e2. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>
10. Edwards T, Friesen C, Schurman JV. Classification of pediatric functional gastrointestinal disorders related to abdominal pain using Rome III vs. Rome IV criteria. *BMC Gastroenterol.* 2018;18(1): 41–47. <https://doi.org/10.1186/s12876-018-0769-z>;
11. Rutten JM, Korterink JJ, Venmans LMAJ et al. Guideline on functional abdominal pain in children. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2017; 161: 781–789. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28936932>
12. Schurman JV, Karazsia BT, Friesen CA. Examination of competing diagnostic models of functional gastrointestinal disorders related to pain in children. *Neurogastroenterol Motil.* 2017;29(11): 576–582. <https://doi.org/10.1111/nmo.13126>; PMID:28656703
13. Степанов Ю.М., Мосійчук Л.М., Дементій Н.П., Петішко О.П. Дискінезії жовчовивідних шляхів у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки: можливості медика-ментозної корекції. *Новини медицини та фармації.* 2016; 10(584): 6–7.
14. Louis-Jean S., Agrawal N., Chaudhry S., Mazer A. Biliary Dyskinesia in Stiff Person Syndrome: An Association Between Reduced GABA Production and Gastroenteric Dysmotility. *J. Community Hosp. Intern. Med. Perspect.* 2023;13(5): 94–96. doi: 10.55729/2000-9666.1239.

- 15.Kegnæs M., Novovic S., Shabanzadeh D.M. Dysfunction of Biliary Sphincter of Oddi-Clinical, Diagnostic and Treatment Challenges. *J. Clin. Med.* 2023; 12(14): 4802. doi: 10.3390/jcm12144802.
16. Afghani E., Lo S.K., Covington P.S. et al. Sphincter of Oddi Function and Risk Factors for Dysfunction. *Front. Nutr.* 2017; 4: 1. doi: 10.3389/fnut.2017.00001.
- 17.Catalano M.F., Howell D.A. Grover Shilpa Clinical Manifestations and Diagnosis of Sphincter of Oddi Dysfunction. UpToDate 2021. publishingimages.s3.amazonaws.com/eZineImages/PracticePerfect/726/Clinical-manifestations-and-diagnosis.pdf.
- 18.Presti M.E., Elwing J.E., Sayuk G.S. Gallbladder Dyskinesia. *South Med. J.* 2022; 115(11): 838–841. doi: 10.14423/SMJ.0000000000001466.
- 19.Kegnæs M., Novovic S., Shabanzadeh D.M. Dysfunction of Biliary Sphincter of Oddi-Clinical, Diagnostic and Treatment Challenges. *J. Clin. Med.* 2023;12(14): 4802. doi: 10.3390/jcm12144802.
- 20.Kim J.V., Wu G.Y Update on Sphincter of Oddi Dysfunction: A Review. *J. Clin. Transl. Hepatol.* 2022;10: 515–521.
- 21.Wang X., Zhang Z., Wu S.C. Health Benefits of Silybum marianum: Phytochemistry, Pharmacology, and Applications. *J. Agric. Food Chem.* 2020; 68(42): 11644–11664. doi: 10.1021/acs.jafc.0c04791.
- 22.Осьодло Г.В., Бойчак М.П., Федорова О.О. Актуальні аспекти застосування Афосилу при коморбідній патології печінки. *Гастроентерологія.* 2022;56(4): 26–28.
- 23.Ткач С.М., Доготар В.Г. Ефективність та безпека комбінованої гепатопротекції при хронічних токсичних ураженнях печінки. *Здоров'я України 21 сторіччя.* 2019;17(462): 40–41.
- 24.Amini M.R., Sheikhhossein F., Talebyan A. et al. Effects of Artichoke Supplementation on Liver Enzymes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clin. Nutr. Res.* 2022; 11(3): 228–239.

25. Mohamed A., Farag M.A. Therapeutic Potential of Artichoke in the Treatment of Fatty Liver: A Systematic Review and Meta-Analysis. J. Med. Food. 2022;25(1). Посилання: (www.umj.com.ua/uk/publikatsia-253250-motorni-porushennya-zhovchovidnih-shlyahiv-prichini-naslidki-prognoz-i-viddalenij-vpliv)
26. Baumgart DC. Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, From Epidemiology and Immunobiology to a Rational Diagnostic and Therapeutic Approach: 695.
27. Cartwright M. Inflammatory bowel disease / M. Cartwright, R. Hardin. Am. Fam. Physician. – 2020; Vol. 101 (6):336–343.
28. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Nutrition in cancer care. Accessed March 21, 2023. URL: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/cancer/nutrition-cancer-care>.
29. Alshammari SA, Almutairi MN, Alomar MO, Alsherif ZM, Alsubaie FH, Almezaini AI. Overlap between gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome and its impact on quality of life. Cureus. 2023 Dec 20;15(12):e50840. <http://doi.org/10.7759/cureus.50840>.
30. Asanuma K, Iijima K, Shimosegawa T. Gender difference in gastro-esophageal reflux diseases. World J Gastroenterol. 2016;22(5):1800-10. <http://doi.org/10.3748/wjg.v22.i5.1800>.
31. Avramidou M, Angst F, Angst J, Aeschlimann A, Rössler W, Schnyder U. Epidemiology of gastrointestinal symptoms in young and middle-aged Swiss adults: prevalences and comorbidities in a longitudinal population cohort over 28 years. BMC Gastroenterol. 2018 Jan 27;18(1):21. <http://doi.org/10.1186/s12876-018-0749-3>.
32. Choghakhori R, Abbasnezhad A, Amani R, Alipour M. Sex-related differences in clinical symptoms, quality of life, and biochemical factors in irritable bowel syndrome. Dig Dis Sci. 2017 Jun;62(6):1550-60. <http://doi.org/10.1007/s10620-017-4554-6>.
33. Edwards T, Friesen C, Schurman JV. Classification of pediatric functional gastrointestinal disorders related to abdominal pain using Rome III vs. Rome

- IV criteria. BMC Gastroenterol. 2018 Mar 17;18(1):41. <http://doi.org/10.1186/s12876-018-0769-z>
- 34.Fairlie T, Shah A, Talley NJ, Chey WD, Koloski N, Yeh Lee Y, Gwee KA, Jones MP, Holtmann G. Overlap of disorders of gut-brain interaction: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023 Jul;8(7):646-659. [http://doi.org/10.1016/S2468-1253\(23\)00102-4](http://doi.org/10.1016/S2468-1253(23)00102-4).
- 35.Fujimori S. Progress in elucidating the relationship between *Helicobacter pylori* infection and intestinal diseases. *World J Gastroenterol*. 2021 Dec 21;27(47):8040-8046. <http://doi.org/10.3748/wjg.v27.i47.8040>.
- 36.Kim YS, Kim N, Kim GH. Sex and gender differences in gastroesophageal reflux disease. *J Neurogastroenterol Motil*. 2016 Oct 30;22(4):575-88. <http://doi.org/10.5056/jnm16138>.
- 37.Kim YS, Kim N. Sex-gender differences in irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil*. 2018 Oct 1;24(4):544-58. <http://doi.org/10.5056/jnm18082>.
- 38.Park H. Functional gastrointestinal disorders and overlap syndrome in Korea. *J Gastroenterol Hepatol*. 2011 Apr;26(Suppl 3):12-4. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2011.06644.x>.
- 39.Sairenji T, Collins KL, Evans DV. An Update on Inflammatory Bowel Disease. *Prim Care*. 2017 Dec;44(4):673-692. <http://doi.org/10.1016/j.pop.2017.07.010>.
- 40.Shlieienkova HO, Shevchenko NS, Tsiura OM, Krutenko NV, Voloshyn KV, Kovalivska SO. Analysis of the structure of comorbidity in children with gastrointestinal tract pathologies. *Modern Gastroenterology*. 2023;(6):21-6. <https://doi.org/10.30978/MG-2023-6-21>.
- 41.Dike CR, Fittro S, Oster RA, Morrow CD, Brandow A, Demark-Wahnefried W, Lebensburger J. Gastrointestinal symptoms, diagnostic evaluations, and abdominal pathology in children with sickle cell disease. *Pediatr Blood Cancer*. 2023 Dec;70(12):e30699. doi: 10.1002/pbc.30699.

42. Tartaglione I, Strunk C, Antwi-Boasiako C, et al. Age of first pain crisis and associated complications in the CASiRe international sickle cell disease cohort. *Blood Cells Mol Dis*. 2021;88:102531. doi:10.1016/j.bcmd.2020.102531
43. Putra J, Goldsmith JD. Daily Dilemmas in Pediatric Gastrointestinal Pathology. *Surg Pathol Clin*. 2020 Sep;13(3):399-411. doi: 10.1016/j.path.2020.05.002.
44. Montoya-Cerrillo D, Bernieh A, Saad AG. Critical diagnoses in paediatric gastrointestinal diseases. *Pathology*. 2022 Mar;54(2):195-206. doi: 10.1016/j.pathol.2021.09.023.
45. Singh HK, Ee LC. Recurrent Abdominal Pain in Children: Is Colonoscopy Indicated? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019 Feb;68(2):214-217. doi: 10.1097/MPG.0000000000002155.
46. Sierra D, Wood M, Kolli S, Felipez LM. Pediatric Gastritis, Gastropathy, and Peptic Ulcer Disease. *Pediatr Rev*. 2018 Nov;39(11):542-549. <http://doi.org/10.1542/pir.2017-0234>.
47. Sperber AD, Freud T, Aziz I, Palsson OS, Drossman DA, Dumitrascu DL, Fang X, Fukudo S, Ghoshal UC, Kellow J, Khatun R, Okeke E, Quigley EMM, Schmulson M, Simren M, Tack J, Whitehead WE, Whorwell P, Bangdiwala SI. Greater Overlap of Rome IV Disorders of Gut-Brain Interactions Leads to Increased Disease Severity and Poorer Quality of Life. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022 May;20(5):e945-e956. <http://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.05.042>.
48. Sperber AD. Review article: epidemiology of IBS and other bowel disorders of gut-brain interaction (DGBI). *Aliment Pharmacol Ther*. 2021;54(Suppl 1):S1-S11. <http://doi.org/10.1111/apt.16582>.
49. Vernon-Roberts A, Alexander I, Day AS. Systematic review of pediatric functional gastrointestinal disorders (Rome IV Criteria). *J Clin Med*. 2021 Oct 29;10(21):5087. <http://doi.org/10.3390/jcm10215087>.
50. Волошин К., Ковалівська С., Крутенко Н., Цюра О., Шлієнкова Г. Аналіз структури патології шлунково-кишкового тракту у дітей. Актуальні

проблеми сучасної медицини. 2021; 8: 22-31. doi: 10.26565/2617-409X-2021-8-02

51. Антипкін Ю.Г., Волосовець О.П., Майданник В.Г., Березенко В.С., Моїсеєнко Р. О., Виговська О. В. та ін. Стан здоров'я дитячого населення – майбутнє країни (частина 1)]. Здоров'я дитини. 2018;13(1):1-11. oі: 10.22141/2224-0551.13.1.2018.127059
52. Сорокман Т.В., Хлуновська Л.Я., Лозюк І.Ю. Частота залучення різних відділів шлунково-кишкового тракту при патологічному процесі у дітей з біліарною дисфункцією. Сучасна педіатрія. Україна. 2021; 4 (116): 24. doi: 10.15574/SP.2021.116.24.
53. Белоусова О.Ю., Казарян Л.В. Функціональні шлунково-кишкові розлади в немовлят: лікувати, спостерігати чи виправляти?. Здоров'я дитини. 2020;15(1):24-9. doi: 10.22141/2224-0551.15.1.2020.196754
- 54.. Запальні захворювання кишечника: експертна думка та практичні аспекти. URL: <http://health-ua.com/article/37806-zapaln-zahvoryuvannya-kishechniku-ekspertna-dumka-ta-praktichn-aspekti>.
- 55.2. Крючко Т.О., Несіна І.М., Пода О.А., Коленко І.О. Алгоритм диференційної діагностики захворювань кишечника у дітей. Дитячий лікар. 2016;3(48): 21–24.
56. Кравченко, Т. Ю., Копійка, Г. К., & Лотиш, Н. Г. Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту у дітей раннього віку (огляд літератури). Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». 2023; (2(68), 196-200. <https://doi.org/10.32782/2415-8127.2023.68.33>
57. Атаманова, О. Патологія шлунково-кишкового тракту у дітей з порушенням фібрилогенезу: особливості формування та перебігу. Медицина сьогодні і завтра. 2020;70(1), 23–28. вилучено із <https://msz.knmu.edu.ua/article/view/411>

- 58.Черниш Ю.М., Охотнікова О.М. Клінічні прояви гастроінтестинальної форми харчової алергії у дітей і підходи до її діагностики. Здоров'я дитини. 2017. Т. 12, № 5. С. 611-62
- 59.Муталов А.Г. Коморбидная патология в практике врача педиатра – особенности диагностики и тактики ведения. 2017.
<https://medvestnik.ru/content/medarticles/Komorbidnaya-patologiya-v-praktike-vracha-pediatra-osobennosti-diagnostiki-i-taktiki-vedeniya.html>
- 60.Курик, О, Бабінцева А. Особливості зовнішньосекреторної функції підшлункової залози у новонароджених дітей з перинатальною патологією. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2024;24(3), 10-15.
<https://doi.org/10.31718/2077-1096.24.3.10>
- 61.Дунда Д. С. Компетенції медичної сестри в догляді за хворими гепатологічного профілю [Електронний ресурс].
- 62.Дунда Д. С., Прокопчук О. В., Даньчак С. В. Система освіти для медичних сестер в Україні. Медсестринство. 2020;№ 2:12.
- 63.Білай С. І. Використання опитувальника SF-36 в оцінці якості життя у пацієнтів із уратним нефролітіазом, коморбідним метаболічним синдромом [Електронний ресурс] .Здобутки клініч. і експерим. медицини. – 2021. – № 4. – Режим доступу :
<https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/zdobutky-eks-med/article/view/12797/11978>
- 64.Афонасова Т. М., Прокопчук О. В., Даньчак С. В., Господарський І. Я., Гаврилюк Н. М. Ефективність освітніх медсестринських технологій у покращенні якості життя пацієнтів гастроентерологічного профілю. Медсестринство. 2022;3:23.
- 65.Прокопчук О. В., Фатахова В., Даньчак С. В., Господарський І. Я., Мазур Л. П., Данилевич Ю. О. Освітні медсестринські технології в аспекті покращення якості життя пацієнтів. Медсестринство. 2022;3:23.
- 66.Dunda D. S. Competencies of a nurse in caring for patients with a hepatological profile [Electronic resource] /D. S. Dunda, O. V. Prokopchuk, S.

- V. Danchak // Nursing. 2020. – No. 2. — Access mode: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/view/11230/10693>.
67. Smith J. The impact of nursing education on patient outcomes: A systematic review / J. Smith, L. Johnson, K. Brown // Journal of Nursing Education. – 2021. – Vol. 60 (2). – P. 76–82.
68. Fawaz M. A. Challenges facing nursing education in the advanced healthcare environment / M. A. Fawaz, A. M. Hamdan-Mansour, A. Tassi // International Journal of African Nursing Sciences. – 2018. – Vol. 9. – P. 105–110. DOI: 10.1016/j.ijans.2018.10.005.
69. Anderson C. A scoping review of innovative educational strategies for pre-licensure nursing education / C. Anderson D. Jones, M. Wilson // Nurse Education Today. – 2020. – Vol. 84. – 104222.
70. Education system for nurses in Ukraine [Electronic resource]. – Access mode: [https:// www.skeptic.in.ua/wpcontent/uploads/Nursing-education-in-Ukraine-2019-report.pdf](https://www.skeptic.in.ua/wpcontent/uploads/Nursing-education-in-Ukraine-2019-report.pdf).
71. Fukada M. Nursing competence: definition, structure and development / M. Fukada // Yonago Acta Medica. – 2018. – No. 61. – P. 001–007.
72. Bilay S. I. The use of the SF-36 questionnaire in the assessment of quality of life in patients with urate nephrolithiasis, comorbid metabolic syndrome [Electronic resource] / S. I. Bilay // Advances in clinical and experimental medicine. – 2021. – No. 4. – Access mode: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/zdobutky-eks-med/article/view/12797/11978>.
73. Іпатов А.В., Ханюкова І.Я. Актуальні питання медико-соціальної експертизи: технологія, сучасна. Актуальні проблеми медико-соцекспертиза: технологія, сучасна законодавча база. Український вісник медико-соціальної експертизи. 2013;1:5-18.
74. Колупаєва А. Спеціальна освіта в Україні та модернізація освітньої галузі. Особлива дитина: навчання і виховання. 2019;3:7-12.

- 75.Кульчицький В.Й. Роль медичної педагогіки у практичній діяльності медичної сестри педагогіка в практичній діяльності медичної сестри. Медсестринство– Сестринська справа. 2021;1:15-17.
- 76.Етапи медсестринського процесу [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://surl.li/ncxvn> (дата звернення : 13.12.2023).
- 77.Медсестринство у внутрішній медицині : підручник / [М. Б. Шегедин, У. Ю. Безкоровайна, Р. В. Неділько та ін.]. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 224 с.
- 78.Симканич Н. Д. Аналіз упровадження етапів медсестринського процесу у відділенні кардіологічного профілю. Медсестринство. 2023;2-4:71-73.
- 79.Томчук Т. В., Боб А. О., Лукіна Г. О. Вплив медсестринського догляду на якість життя паліативних пацієнтів. Медсестринство.2017;2-1:71-73.
- 80.Брацюнь О. П. Вплив міждисциплінарного підходу в наданні паліативної допомоги на якість життя паліативних пацієнтів (на прикладі роботи першого денного хоспісу в Україні) / О. П. Брацюнь, Г. М. Науменко // Реабілітація та паліативна медицина. 2016;1:80–83.
- 81.Рега Н. І. Оцінка якості роботи медичних сестер з інкурабельними хворими в гематологічному відділенні КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» / Н. І. Рега, Б. А. Локай, С. О. Ястремська // Медсестринство. 2015;1:4–8.

ПАМ'ЯТКА



Захворювання органів травлення займають провідні місця в структурі дитячої, підліткової захворюваності. У період отримання загального і професійного утворення організм учня відчуває підвищені навантаження, як розумові, так і фізичні, що пов'язано з великою витратою енергії і високим споживанням харчових речовин.

Причини:

- нерациональна організація шкільного харчування
- наявність недоїдання
- відсутність мотивації вести здоровий спосіб життя в сім'ї
- недоліки медичного обслуговування
- недотримання гігієнічних навичок

-психоемоційне перенапруження.

Якість харчування. Особливо велике значення для організму, що росте, має достатній вміст у продуктах харчування білка. В раціоні дітей і підлітків білки тваринного походження повинні становити не менше 50% від загальної кількості їжі в раціоні, а при підвищеному навантаженні його кількість необхідно підвищувати до 60%. При дефіциті білка можуть виникати перевтома, зниження працездатності, погіршення успішності.

Потреба вуглеводах у дітей і підлітків значно вища, ніж у дорослих. Особливої уваги вимагає організація правильного харчування учнів, які займаються спортом.

Режим харчування. Прийоми їжі повинні проходити водночас, невеликими порціями, щоб не навантажувати організм. Зміна інтервалів між їжею часто призводить до порушення апетиту у дітей і підлітків. Після прийому їжі, ніколи не слід відразу лягати. Їжу потрібно ретельно пережовувати, не відволікатися на розмови. Учням освітніх закладів потрібно 4-5 разовий прийом їжі протягом дня залежно від віку, розумового і фізичного навантаження.

Раціон дітей повинен включати щодня бути м'ясо або риба, молоко і молочні продукти, вершкове та рослинні олії, хліб, хлібобулочні вироби, овочі. Протягом тижня в харчування обов'язково слід включати крупи і макаронні вироби, сметану, сир, яйця, сир, фрукти (плоди, ягоди) або фруктові соки, в тому числі вітамінізовані напої;

Щоденна гігієна порожнини рота також необхідна для профілактики захворювань травного тракту;

Усунення психотравмувальних ситуацій; намагайтеся захищати дітей від стресів і перенапруження; вони можуть спровокувати виникнення та розвиток різних захворювань, в тому числі, і органів травлення;

Формування здорового способу життя у підлітків, негативного ставлення до тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії, токсикоманії, ігроманії;

Корекція режиму дня;

Активний спосіб життя.